

RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA CRISE MIGRANOSA

CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA

COMITÊ AD HOC

<i>ABOUCH VALENTY KRYMCHANTOWSKI</i>	<i>JOSÉ LUIZ DIAS GHERPELLI</i>
<i>ABRAM TOPCZEWSKI</i>	<i>LISELOTTE MENKE BAREA</i>
<i>CARLOS ALBERTO BORDINI</i>	<i>MARCELO CICIARELLI</i>
<i>DEUSVENIR DE SOUZA CARVALHO</i>	<i>MARCELO GABRIEL VEGA</i>
<i>DJACIR DANTAS</i>	<i>MARCO ANTONIO ARRUDA</i>
<i>ELIOVA ZUKERMAN</i>	<i>PEDRO ANDRE KOWACS</i>
<i>GETULIO DARE RABELLO</i>	<i>PEDRO FERREIRA MOREIRA FILHO</i>
<i>IDA FORTINI</i>	<i>TANIA NOVARETTI</i>
<i>JOÃO JOSÉ FREITAS CARVALHO</i>	<i>WILSON FARIAS DA SILVA</i>
<i>JAYME ANTUNES MACIEL</i>	<i>WILSON LUIZ SANVITO</i>
<i>JOSE GERALDO SPECIALI</i>	<i>YARA FRAGOSO DADALTI</i>

A Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe) designou um Comitê *Ad Hoc* para estabelecer um consenso do tratamento das crises de migrânea, visando elaborar recomendações para a difusão entre os profissionais da área médica.

O Comitê procurou respaldo em evidências da literatura médica mundial e na experiência pessoal dos relatores, bem como procurou se alicerçar nas realidades dos recursos medicamentosos existentes em nosso meio. No que diz respeito às drogas que por acaso surjam listadas, a ordem de colocação não indica preferência dos relatores nem grau de eficácia terapêutica.

A apreciação das evidências disponíveis na literatura teve como base as recomendações:

Classe I - Evidência proporcionada por pelo menos um ensaio clínico bem desenhado, randomizado, com grupo controle.

Classe II - Evidência proporcionada por pelo menos um estudo clínico do tipo caso controle ou estudos coorte.

Classe III - Evidência proporcionada por *experts* ou estudos não randomizados ou relato de casos.

Foram criados seis grupos de trabalho, cada um dos quais estudou um aspecto específico relacionado ao tratamento das crises de:

- Migrânea sem aura
- Migrânea com aura
- Migrânea na mulher
- Migrânea e doenças ou condições associadas
- Migrânea na infância e adolescência
- Migrânea na emergência

SBCe - Sociedade Brasileira de Cefaléia (Brazilian Headache Society), filiada à International Headache Society. Guarujá 17-18 de março de 2000. Aceite: 21-março-2000.

SBCe - A/C Dr. Carlos Alberto Bordini - Rua Manoel Furtado 410 - 14300-000 Batatais SP - Brasil.

RECOMENDAÇÕES DE CARÁTER GERAL

1. O tratamento da crise de migrânea começa, em realidade, com medidas gerais aqui representadas por : evitar, quando possível, fatores referidos pelos pacientes como desencadeantes de suas crises; tratar de doenças concomitantes, particularmente hipertensão arterial e depressão do humor; aconselhar atividades físicas moderadas; regular padrão de sono.

2. A abordagem do paciente deve ser feita de forma compreensiva e individualizada, levando em consideração que existe uma variabilidade de paciente para paciente e de crise para crise.

3. Deve ser dada ênfase na educação e orientação do paciente e/ou familiares quanto à natureza do diagnóstico e ao automanejo da crise.

4. A utilização de um diário para o registro das crises deve ser encorajada.

5. Tratamentos não-farmacológicos (acupuntura, técnicas de relaxamento, *biofeedback*, psicoterapia) e homeopatia também têm sido considerados, entretanto não há evidências de eficácia destas medidas.

6. No tratamento farmacológico a ser utilizado, deve ser levado em consideração a eficácia e os efeitos adversos à terapêutica prévia e as contra-indicações, assim como a intensidade e frequência das crises, a presença de sintomas e sinais associados e o tempo necessário para que o medicamento atinja a sua eficácia máxima.

MIGRÂNEA SEM AURA

Tratamento da crise fraca

Nas crises fracas é recomendado tentar repouso em quarto escuro, evitar barulho e, se possível, conciliar o sono. Medidas como o uso de bolsas de gelo e/ou compressão das artérias das têmporas podem ser úteis.

Nas crises fracas, que não cedem com as medidas gerais sugere-se o uso de analgésicos comuns (ácido acetilsalicílico, paracetamol, dipirona), anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) [naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco de sódio, ácido tolfenâmico e clonixinato de lisina]. Além disso, recomenda-se o uso de metoclopramida ou domperidona quando sintomas de náusea ou vômito estão associados. Estas drogas podem ser usadas 30 minutos antes dos medicamentos propostos para a dor mesmo quando o paciente não apresenta náusea, para obter-se efeito gastrocinético ou mesmo impedir a progressão da crise. A presença de intensa sedação ou história prévia de distonia, ou outras manifestações extrapiramidais, deve contra-indicar o uso de metoclopramida. Associações de fármacos, tão frequentemente encontradas no comércio, são desaconselhadas em virtude da somatória de possíveis efeitos colaterais e das doses inadequadas habitualmente encontradas nessas formulações (Tabela 1).

Tratamento da crise moderada

Nas crises moderadas, afora a possibilidade do emprego de analgésicos e AINEs, são recomendadas derivados ergóticos (tartarato de ergotamina ou mesilato de di-hidro-ergotamina) ou triptanos. A escolha do triptano e sua via de administração deve levar em consideração peculiaridades da crise tais como: total do tempo necessário para chegar ao auge da intensidade da dor e presença de náusea e/ou vômito. Exceto com o uso dos triptanos, o emprego de gastrocinéticos e anti-eméticos é sempre recomendado.

O emprego de ergóticos deve ser o mais precoce possível, pois não tem efeito quando tardiamente usados. Os triptanos, por seu lado, podem ser utilizados em qualquer momento da crise.

Na recorrência frequente da cefaléia após uso de triptano é recomendada a associação com AINEs (ácido tolfenâmico ou naproxeno sódico) (Tabela 2).

Tratamento da crise forte

Nas crises fortes recomenda-se o uso de triptanos, indometacina ou clorpromazina. O uso de dexametasona ou de haloperidol pode também ser recomendado. Na vigência de recorrência da cefaléia, após uso de triptanos, deve-se associar AINEs. (Tabela 3)

Observações finais

O uso de analgésicos deve ser limitado a 3 g de ácido acetilsalicílico ou analgésico equivalente/dia, máximo de 3 vezes na semana (50 g de ácido acetilsalicílico ou equivalente por mês) e a 2 a 4 mg/dia, máximo 2 vezes na semana (8-10 mg/semana) de ergóticos, no intuito de prevenir o aparecimento da cefaléia crônica diária ou de manifestações sistêmicas dessas drogas (ergotismo, fibrose retroperitoneal, hemorragia gastrointestinal).

A escolha do triptano deve levar em conta a presença de doenças associadas (hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana ou vasculopatias). O seu uso é contra-indicado nas 24h subseqüentes ao uso do ergótico. (Tabela 4).

Ver algoritmo (*Algoritmo 1. Tratamento da crise de migrânea sem aura*).

MIGRÂNEA COM AURA

Antes do tratamento da migrânea com aura ser iniciado dois pontos devem ser considerados:

- a) Presença de fatores de risco para complicações vasculares (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, doença vascular periférica ou coronariana, uso de anticoncepcionais orais e tabagismo associado) deve ser levada em consideração no tratamento abortivo das crises de migrânea, especialmente naquelas de migrânea com aura.
- b) Drogas vasoconstritoras, como os ergotamínicos, o isometepteno, e os triptanos devem ser evitadas em algumas subformas da migrânea com aura, como na migrânea basilar, na migrânea hemiplégica e na migrânea com aura prolongada; sua utilização deve ser feita de forma judiciosa na presença dos fatores de risco supra-mencionados.

Não há consenso sobre o tratamento da aura migranosa.

Na literatura médica são relatados resultados efetivos (na evitação da crise) com domperidona (20-40 mg VO) na fase premonitória.

A nifedipina, freqüentemente referida na literatura, demonstrou ser ineficaz no tratamento da aura migranosa, causando até mesmo piora da cefaléia.

Foram utilizados nitrito de amilo e isoproterenol por inalação com resultados satisfatórios em relação à aura, porém sem evitar a fase álgica.

No que tange ao momento do uso dos triptanos no tratamento da migrânea com aura não há ainda consenso na literatura, salvo a não utilização do sumatriptano SC durante a fase de aura.

O tratamento da fase álgica que geralmente ocorre posteriormente à ocorrência da aura, é similar ao tratamento da migrânea sem aura.

MIGRÂNEA NA MULHER

Migrânea é uma afecção freqüente e predomina no sexo feminino. Durante as diferentes fases do ciclo reprodutivo, a migrânea pode se apresentar com características peculiares tanto em suas manifestações clínicas e comorbidades como na resposta ao tratamento. Embora de forma geral a abordagem da crise migranosa seja a mesma da migrânea sem aura, a fisiologia das flutuações próprias do ciclo hormonal da mulher e das suas condições de gravidez e de amamentação justificam tratamentos específicos.

O uso de hormônios como contraceptivos pode influenciar a freqüência e intensidade das crises migranosas, porém o tratamento da crise permanece inalterado. Atualmente, com progestinas de 3ª geração, a piora da migrânea durante o uso de contraceptivos orais já não se apresenta como uma condição tão freqüente.

Este relatório abordará os seguintes aspectos :

- 1- migrânea menstrual
- 2- migrânea e gravidez
- 3- migrânea e lactação
- 4- migrânea e menopausa

Tratamento da crise de migrânea na mulher

1- Migrânea menstrual

Migrânea menstrual é definida como crises típicas de migrânea que ocorrem todos ou em quase todos os meses, exclusivamente no período de dois dias que precedem a menstruação até o final do fluxo menstrual. Deve-se deixar claro que a maioria dos casos de migrânea pode apresentar piora das crises no período menstrual, sendo então denominada “migrânea associada à menstruação”. Embora existam tratamentos preventivos da migrânea menstrual, o presente relatório se restringe ao tratamento da crise.

Uma vez que a migrânea menstrual se apresenta com previsão do período de crise e com aspectos fisiopatológicos próprios, surgem possibilidades de tratamentos específicos. Podem ser necessários diversos ciclos de tratamento para se obter o melhor resultado terapêutico e o diário de crises em muito ajuda a avaliar a resposta ao tratamento.

Os medicamentos utilizados na crise de migrânea menstrual bem caracterizada e com evidência de bons resultados são sumatriptano 6mg subcutâneo (máximo de duas aplicações em 24 horas com no mínimo 6 horas entre as duas aplicações) ou zolmitriptano 2,5mg via oral (máximo de 7,5mg nas 24 horas). Também outros triptanos e os diversos tratamentos da migrânea sem aura podem ser utilizados.

No período perimenstrual é recomendado o uso de AINEs como naproxeno sódico 550 mg duas vezes por dia, iniciando dois dias antes da data prevista da menstruação durante 5 a 7 dias. O uso de AINEs não exclui o emprego de triptanos para eventuais crises que ocorram durante o tratamento. A ergotamina 1mg uma a duas vezes por dia via oral, na fase perimenstrual, à semelhança dos AINEs, parece ser eficaz na prevenção da migrânea menstrual porém exclui a possibilidade de usar triptanos caso haja uma crise. Pode haver associação de cafeína à ergotamina, utilizada por via oral para melhora da absorção e potencialização do efeito.

O uso contínuo de sumatriptano 25 mg três vezes por dia, via oral, no período perimenstrual foi avaliado em apenas um estudo aberto com bom resultado.

O tratamento perimenstrual também pode ser feito com uso de estradiol percutâneo na dose de 1,5mg de estradiol em gel, iniciando dois dias antes da menstruação e mantendo por 7 dias. Um estudo aberto com uso de estradiol transdérmico na dose de 100 microgramas a cada dois dias na fase perimenstrual foi eficaz na prevenção enquanto doses menores não mostraram ser eficazes.

Ver Algoritmo 2. (*tratamento da migrânea menstrual*).

2- Migrânea e gravidez

Durante a gravidez existe a possibilidade da migrânea piorar, melhorar, desaparecer ou até mesmo ter início. Esta característica é também observada em outras épocas do ciclo reprodutivo possivelmente pela influência hormonal e pela regulação do eixo hipotálamo-hipofisário. A possibilidade de melhora da migrânea durante a gravidez, a partir do 2º trimestre é cerca de 60%, portanto é possível que a maioria das pacientes não necessite de tratamento de crises.

Nas crises fracas é recomendado medidas não medicamentosas como as referidas no tratamento da migrânea sem aura.

O tratamento medicamentoso fica restrito às drogas cujo benefício exceda os riscos para o feto. Deve-se ressaltar no entanto que, dado à falta de estudos que avaliem a eficácia de drogas no tratamento da crise migranosa na mulher grávida e que não se conhece o risco de tais medicações para o feto, os benefícios e os riscos são desconhecidos até o momento.

Os analgésicos como paracetamol e codeína podem ser utilizados no início da crise migranosa. Alternativamente podem ser utilizados AINEs durante o 1º e 2º trimestres. Para crises fortes, clorpromazina, metoclopramida, dexametasona e meperidina podem ser utilizados com risco mínimo. O uso de triptanos não foi devidamente avaliado e recomenda-se cautela. Ergotamina está contra-indicada.

3. Migrânea e lactação

Como nos casos de gravidez, o período de lactação exige restrição do uso de determinados medicamentos. Analgésicos comuns (paracetamol, dipirona) são considerados como de risco mínimo, exceto o ácido acetilsalicílico que deve ser utilizado com cautela. Clorpromazina, haloperidol e metoclopramida não são recomendados. Ergotamina é contra-indicada. Não há evidências suficientes com os triptanos.

4. Migrânea e menopausa

No tratamento das crises migranosas na menopausa deve ser levado em conta os transtornos associados próprios da idade. Aproximadamente 2/3 das mulheres melhoram da migrânea durante a menopausa fisiológica, enquanto 2/3 pioram na menopausa cirúrgica .

O tratamento da migrânea durante a menopausa é o mesmo de outros períodos da vida.

Conclusão

Apesar das diversas propostas de tratamento, existem poucos estudos conduzidos de acordo com as normas da IHS e SBCe para avaliação clínica de uma droga. De forma geral, o tratamento das crises migranosas na mulher segue os padrões habituais, exceto nas situações especiais de migrânea menstrual de difícil tratamento, gravidez e amamentação.

Ver algoritmo (*Algoritmo 2. Tratamento da migrânea menstrual*).

MIGRÂNEA E DOENÇAS OU CONDIÇÕES ASSOCIADAS

O objetivo deste consenso é recomendar um tratamento personalizado da crise migranosa, o que vale dizer traçar estratégias para tratar o migranoso e não a migrânea. A experiência mundial no tratamento da crise migranosa, decantada em muitas décadas de prática terapêutica (com exceção dos triptanos, cuja experiência não ultrapassa uma década), tem demonstrado o grau de eficácia dos vários antimigranosos, seus efeitos colaterais, suas contra-indicações e suas interações. Não é infreqüente que o migranoso, que está a nossa frente, apresente doenças ou condições associadas, de sorte que ao orientar o tratamento da crise migranosa o médico deve ter em mente as contraindicações de determinados fármacos. É preciso que os médicos que lidam com migranosos saibam manejar estes medicamentos e, principalmente, saibam respeitar as suas contra-indicações quando da coexistência de doenças, comorbidades ou outras condições associadas. Neste sentido, o tratamento da crise, seja passo-a-passo seja estratificado, deve ser seletivo levando em conta a eficácia da(s) droga(s), seus efeitos colaterais, suas contra-indicações e interações. Com este objetivo elaboramos tabelas em que procuramos quantificar o risco do uso destes medicamentos nas diversas doenças ou condições associadas (gravidez, lactação). (Tabelas 5 e 6).

MIGRÂNEA NA CRIANÇA E ADOLESCÊNCIA

A migrânea na infância e adolescência é uma doença de elevada prevalência com características diagnósticas e terapêuticas específicas. Na literatura revisada observou-se a escassez de estudos sobre o assunto além de serem poucos aqueles que apresentavam metodologia científica adequada. Listamos na Tabela 7, as drogas utilizadas, com a dose recomendada, e a via de administração.

Ver algoritmo (*Algoritmo 3. Tratamento da crise de migrânea em crianças e adolescentes*).

MIGRÂNEA NA EMERGÊNCIA

O relatório sobre o tratamento da migrânea na emergência não seguiu propositadamente o direcionamento dos demais. Procurou-se recomendar normas para o descarte de cefaléias secundárias que darão ao não-especialista segurança no diagnóstico da migrânea. Pacientes que procuram uma unidade de emergência não estão tendo suas crises migranosas habituais, o que indica possibilidade de cefaléia secundárias.

1. Condições recomendáveis para o atendimento de cefaléia numa Unidade de Emergência

Para atendimento de pacientes com cefaléia, a Unidade de Emergência tem que:

- a) Proporcionar pronto atendimento.
- b) Dispor de um ambiente para repouso com pouca luminosidade e silencioso.
- c) Equipe médica e pessoal de apoio adestrados para atendimento de emergências.
- d) Capacidade de realizar exames laboratoriais básicos, radiografias simples, tomografia computadorizada e exame do líquido cefalorraqueano.

2. Elementos essenciais na história clínica para o atendimento de cefaléia numa Unidade de Emergência (Tabela 8).

Na presença de sinais e/ou sintomas de alerta realizar exames complementares apropriados (na ordem abaixo) :

1. Sinais e/ou sintomas de disfunção no SNC :
 - a. TCC sem contraste (usar contraste em casos selecionados)
 - b. Exame do LCR
2. Sinais e/ou sintomas gerais :
 - a. Exames laboratoriais e de radiologia simples
 - b. TCC de crânio
 - c. Exame do LCR

Obs: Na forte suspeita de meningite, deve-se primeiramente fazer o exame do líquido cefalorraqueano.

3. Tratamento

Objetivos

1. Alívio da dor e sintomas associados.
2. Iniciar ação educativa e encaminhar o paciente a serviços especializados para controle e profilaxia da dor evitando o retorno à Unidade de Emergência.

Medidas gerais

1. Dar ciência ao paciente das causas da cefaléia e dos procedimentos a serem realizados.
2. Colocar o paciente em ambiente de penumbra e calma.
3. Estabilizar parâmetros vitais.

Tratamento específico

Esquema 1: Migrânea fraca:

- I. Ver Tabela 1 (Migrânea sem aura)
- II. Se a cefaléia permanecer após 1 hora ou se o migranoso for admitido com dor moderada, usar o esquema 2.

Esquema 2: Migrânea moderada:

- I. Ver Tabela 2. (Migrânea sem aura).
- II. Se a cefaléia permanecer após 1 hora ou se o migranoso for admitido com dor forte usar o esquema 3.

Esquema 3. Migrânea forte:

- I. Ver tabela 3 (Migrânea sem aura).
- II. Se a cefaléia permanecer após 1 hora, passar ao esquema 4.

Esquema 4. Migrânea refratária e/ou estado migranoso:

- I. Internar;
- II. Investigar cefaléias secundárias
- III. Hidratação e reposição eletrolítica;
- IV. Dexametasona, 10 mg IV (classe II)
- V. Se dor persistir, dexametasona, 4 mg de 6/6 horas (até 48 horas) (classe II) associada a clorpromazina, 0,1 mg/Kg IV, em 3 minutos, mantendo infusão de SF 0,9% (classe I) e repetindo a cada 4 horas, se necessário ou utilizar - com muito rigor - meperidina, 2ml (100 mg) diluídos para 10 ml e administrando-se 2 ml IV cada 30 minutos até dor ceder (classe III). Pode-se repetir esquema da meperidina após 6 horas, se necessário.
- VI. Alta com orientação.

Ver algoritmo (*Algoritmo 4. Tratamento da crise migranosa na unidade de emergência*).

Agradecimento - A Sociedade Brasileira de Cefaléia agradece os membros do comitê que elaboraram este Consenso, nas pessoas dos colegas Eliova Zukerman, José Geraldo Speciali, Wilson Farias da Silva e Wilson Luiz Sanvito.

Tabela 1. Tratamento da crise fraca.

Droga	Dose/Posologia	Classe
Ácido acetilsalicílico	1000 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 3g ou	Classe I
Paracetamol	1000 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 3g ou	Classe I
Naproxeno sódico	750-1250 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 1650 mg ou	Classe I
Ibuprofeno	800-1200 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 1600 mg ou	Classe I
Diclofenaco de sódio	50-100 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 200 mg ou	Classe I
Ácido tolfenâmico	200-400 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 600 mg ou	Classe I
Clonixinato de lisina	250 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 500 mg ou	Classe I
Dipirona	500 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 2g ou	Classe III
Todos podem ser associados ou precedidos	Metoclopramida 20 mg VO ou Domperidona 20 mg VO	Classe I Classe I
Outras opções	Isometepteno 65 mg + Cafeína 100 mg + e Dipirona 300 mg VO	Classe III

Legenda (válida para todas as tabelas e algoritmos); VO, via oral; s/n, se necessário; h, horas; g, gramas; mg, miligramas.

Tabela 2. Tratamento da crise moderada.

Droga	Dose/Posologia	Classe
Ácido acetilsalicílico*	1000 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 3g ou	Classe I
Ácido tolfenâmico*	200-400 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 600mg ou	Classe I
Clonixinato de lisina*	250 mg VO repetir 2-4 h após s/n máximo/dia 500 mg ou	Classe I
Tartarato de ergotamina*	1-2 mg VO repetir 1-2 h s/n máximo/dia 4 mg ou	Classe I
DHE*	0,5 mg em cada narina repetir 15 min após s/n máximo/dia 2 mg ou	Classe I
Sumatriptano	50-100 mg VO, 20 mg IN repetir em caso de recorrência máximo/dia 200 mg ou	Classe I
Naratriptano	2,5 mg VO repetir s/n máximo/dia 5 mg ou	Classe I
Zolmitriptano	2,5-5 mg VO repetir s/n máximo/dia 7,5 mg ou	Classe I
Rizatriptano	5-10 mg VO, 10 mg disco dispersível sobre a língua, s/n, máximo/dia 20 mg ou	Classe I
Triptanos	Em caso de recorrência freqüente de cefaléia associar ácido tolfenâmico 200 mg ou naproxeno sódico 550 mg VO	Classe II

*associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito

Legenda (válida para todas as tabelas e algoritmos): IN, via intranasal; DHE, mesilato de dihidroergotamina.

Tabela 3. Tratamento da crise forte

Droga	Dose/Posologia	Classe
Dipirona*	1000 mg IV diluída em SF 0,9% máximo/dia 2g ou	Classe III
Clonixinato de lisina*	200 mg IV diluído em 20 ml SF 0,9% máximo/dia 500 mg	Classe III
Sumatriptano	6 mg SC ou 20 mg IN, ou 50-100 mg VO ou	Classe I
Rizatriptano	5-10 mg VO, 10 mg disco dispersível sobre a língua ou	Classe I
Zolmitriptano	2,5-5 mg VO ou	Classe I
Indometacina*	100 mg IR repetir 1h s/n máximo/dia 200mg ou	Classe II
Clorpromazina	0,1-0,7 mg/kg IM ou IV diluído em SF 0,9%, repetir até 3 vezes nas 24h ou	Classe I
Dexametasona*	4 mg IV, repetir 12-24 h s/n ou	Classe II
Haloperidol	5 mg IM ou IV diluído em SF 0,9%	Classe II
Triptanos	Em caso de recorrência freqüente de cefaléia associar ácido tolfenâmico 200 mg VO ou naproxeno sódico 550 mg VO	Classe II

*associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito

Legenda (válida para todas as tabelas e algoritmos): SC, via subcutânea; IM, via intramuscular; IR, intra-retal; IV, via intravenosa; SF, soro fisiológico.

Tabela 4. Eficácia e efeitos colaterais.

Droga	Eficácia	Efeitos colaterais
Ácido acetilsalicílico	+	+
Paracetamol	+	+
Isometepteno	++	+
AINEs	++	+
Ergotamina	++/+++	++/+++
DHE	+++/++++	+/++
Sumatriptano	+++/++++	+
Naratriptano	++	+
Zolmitriptano	+++	+
Rizatriptano	+++	+
Clorpromazina	+++	++
Dexametasona	++	+
Haloperidol	++	++

Legenda: + grau de intensidade dos efeitos.

Tabela 5. Drogas antimigranasas: contra-indicações, riscos e interações farmacológicas.

Droga	Contra-indicações	Grau do risco	Interações Farmacológicas Relevantes
Paracetamol	doença hepática grandes etilistas	++/+++ ++++	barbitúricos
Aspirina	úlceras pépticas ativas discrasias sanguíneas nefropatias gastrite crianças e adolescentes gravidez (3º trimestre) asma	++++ ++++ ++/+++ ++ + ++++ +++	anticoagulantes orais insulina hipoglicemiantes orais corticosteróides fenitoína ticlopidina ácido valpróico
Dipirona	porfiria hepática LES	++ ++++	anticoagulantes orais clorpromazina hipoglicemiantes orais
Analgésicos	nefropatias	++	amiodarona
Narcóticos	hepatopatias amamentação	++ ++/+++	diuréticos drogas anti-hipertensivas IMAO
AINEs	gravidez (3º trimestre) úlceras pépticas ativas discrasias sanguíneas asma brônquica gastrite hipertensão arterial grave nefropatia crianças	+++ ++++ ++++ ++++ ++/+++ ++/+++ +++ +	hipoglicemiantes orais lítio anti-hipertensivos inibidores da ECA beta-bloqueadores diuréticos digitálicos
Isometepteno	porfiria aguda intermitente hipertensão arterial grave doença coronariana cardiopatias doença vascular periférica glaucoma hepatopatias	++++ ++ ++ ++ ++ +++/++++ ++	IMAO alcalóides derivados do espórão do centeio
DHE não considerada a apresentação injetável	doença coronariana hipertensão arterial grave doença vascular periférica hepatopatias nefropatia gravidez amamentação Infecções sistêmicas graves	+++ +++ +++ ++ ++ ++++ ++++ ++++	vasoconstrictores beta-bloqueadores nitroglicerina triptanos eritromicina

continua

continuação

Tabela 5. Drogas antimigranosas: contra-indicações, riscos e interações farmacológicas.

Droga	Contra-indicações	Grau do risco	Interações Farmacológicas Relevantes
Ergotamina	doença coronariana	++++	triptanos
	doença vascular periférica	++++	vasoconstrictores
	gravidez	++++	derivados ergóticos
	infecções sistêmicas graves	++++	Eritromicina
	AVC	++++	aminas vasopressoras
	náuseas e/ou vômitos	+/++	IMAO
	colagenoses	++	nitroglicerina
	hipertensão arterial grave	++/+++	propranolol
	amamentação	++/+++	
	bradicardia acentuada	++	
	hepatopatia	++/+++	
	nefropatia	++/+++	
	prurido intenso	++	
desnutrição	+++		
Sumatriptano	infarto do miocárdio	++++	derivados ergóticos
	AVCI/AIT	++++	IMAO
	doença coronariana	++++	inibidores seletivos da recaptção de serotonina
	angina de Prinzmetal	++++	Lítio
	hipertensão arterial grave	++++	
	hipertensão arterial	+++	
	gravidez	++++	
	amamentação	+++/>++++	
	náuseas e/ou vômitos	0/+	
	doença vascular periférica	+++/>++++	
Triptanos segunda geração	infarto do miocárdio	++++	IMAO
	AVCI	++++	derivados ergóticos
	AIT	++++	aminas vasoativas
	doença coronariana	++++	inibidores seletivos da recaptção de serotonina
	angina de Prinzmetal	++++	Propranolol
	Hipertensão arterial grave	++++	
	hipertensão arterial	+++	
	gravidez	++++	
	amamentação	+++/>++++	
	doença vascular periférica	+++	
	hepatopatia	++	
nefropatia	++		
Corticosteróides	glaucoma	++++	anti-ácidos
	infecções sistêmicas	++++	
	diabete melito	+++/>++++	
	hipertensão arterial	+++/>++++	
	úlceras pépticas ativas	++++	

continua

continuação

Tabela 5. Drogas antimigranasas: contra-indicações, riscos e interações farmacológicas.

Droga	Contra-indicações	Grau do risco	Interações Farmacológicas Relevantes
Clorpromazina	síndromes parkinsonianas	+/+++	propranolol
	hipotensão arterial	+/+++	opiáceos
	cardiopatias graves	+++	neurolépticos
	hepatopatia	++	anti-hipertensivos
			inibidores da ECA
	epilepsia	++	fluoxetina
	gravidez	0/+	
	síndromes distônicas	++	
Haloperidol	síndromes parkinsonianas	+/+++	alfametildopa
	formas graves de nefropatia		opiáceos
	e cardiopatia	+/+++	barbitúricos
	1º trimestre da gestação	0/+	outros neurolépticos
	amamentação	0/+	lítio
	síndromes distônicas	++	aminas vasoativas
	depressão endógena	0/+	valproato/divalproato anticolinérgicos beta-bloqueadores
Cafeína	úlceras pépticas ativas	++++	nifedipina
	taquicardia	++	IMAO
	arritmias cardíacas	++	fenitoína
			quinolonas outros estimulantes do SNC
Metoclopramida	amamentação	+++	neurolépticos
	feocromocitoma	++++	digitálicos
	síndromes parkinsonianas	+ / ++	IMAO
	síndromes distônicas	+ / ++	sedativos
	crianças	+ / ++	
	hemorragias gastrointestinais	++++	
	epilepsia	++	
Domperidona	feocromocitoma	++++	neurolépticos
	prolactinoma	++++	cisplatina
	hemorragia gastrointestinal	++++	
	cardiopatias graves	+/+++	

Legenda: +++++, risco máximo, contra-indicada; +++, risco alto, usar quando não houver outra opção e sob estreita supervisão; ++, risco moderado, uso com precaução; +, risco baixo, segura; 0, sem risco.

Tabela 6. Risco das drogas antimigranosas nas doenças ou condições associadas.

Droga	Epilepsia	Hipertensão Arterial	Doença vascular periférica	Cardiopatía	AVC	Asma	Glaucoma	Diabete	Úlcera péptica ativa	Hepatopatia	Nefropatia	Discrasias sanguíneas	Infeções sistêmicas
Paracetamol	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Aspirina	+	+	+	+	+	-	+	+	â	+	-	â	+
Dipirona	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Opiáceos	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
AINE	+	-	+	+	+	â	+	+	â	+	-	â	+
Isometepteno	+	-	-	-	?	-	â	+	+	-	+	+	+
DHE	+	-	-	-	?	+	+	+	+	-	-	+	â
Ergotamina	+	-	â	â	â	+	+	+	+	-	-	+	â
Sumatriptano	+	-	-	â	â	+	+	+	+	+	+	+	+
Triptanos (2ª ger)	+	-	-	â	â	+	+	+	+	-	-	+	+
Corticóides	+	-	+	-	+	+	+	â	â	+	+	+	â
Clopromazina	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Caféina	+	+	+	-	+	+	+	+	â	+	+	+	+
Metoclopramida	+	+	+	+	+	+	+	+	â*	+	+	+	+
Domperidona	+	+	+	+	+	+	+	+	â*	+	+	+	+

Legenda: +, segura; -, uso com precaução; â, contra-indicada; ?, ação desconhecida; *, com sangramento.

Tabela 7. Medicamentos utilizados na crise de migrânea em crianças e adolescentes.

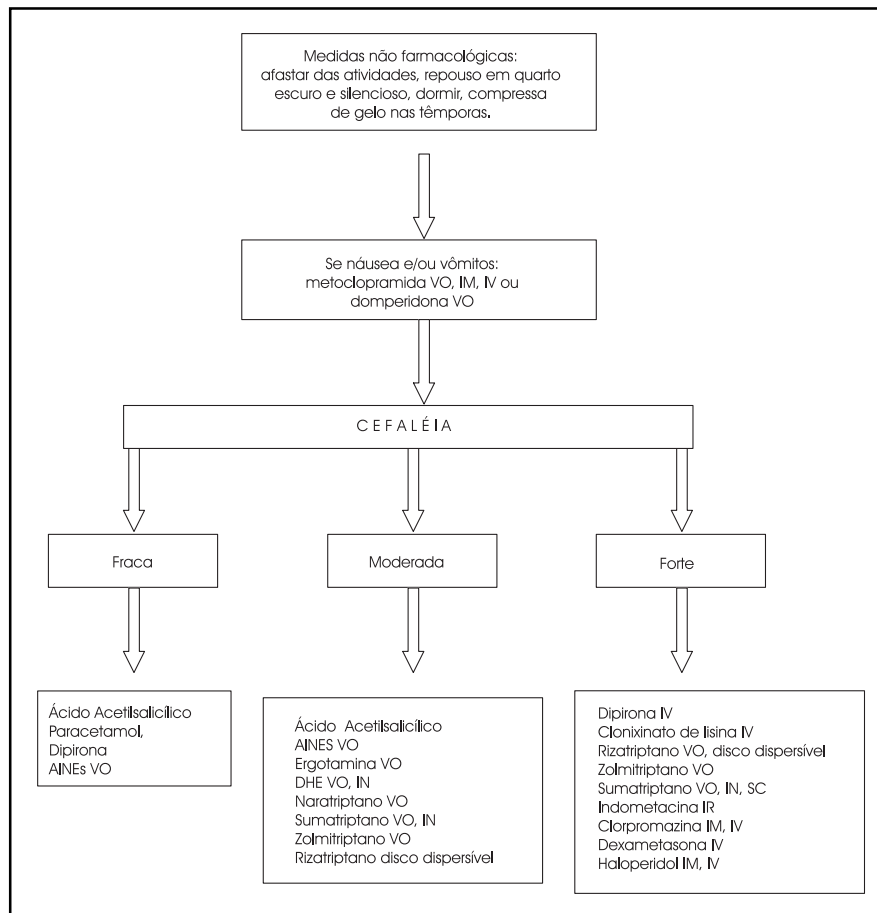
Droga	Dose	Via	Evidência
Paracetamol Crianças Adolescentes	10-15 mg/kg/dose até 6 doses/dia	VO	Classe I
Ibuprofeno Crianças Adolescentes	10-20 mg/kg/dose até 4 doses/dia	VO	Classe I
Sumatriptano Adolescentes	10-20 mg	IN	Classe I
Sumatriptano Crianças Adolescentes	3-6 mg/dose	SC	Classe III
Mesilato de Dihidroergotamina Crianças Adolescentes	0,02-0,04 mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO	Classe II
Tartarato de ergotamina Crianças Adolescentes	0,04-0,08 mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO	Classe III
Zolmitriptano Adolescentes	2,5 mg/dose	VO	Classe III
Acido acetilsalicílico Crianças Adolescentes	7-10 mg/kg/dose até 6 doses/dia	VO	Classe III
Metoclopramida Crianças Adolescentes	0,1-0,2 mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO, IM IV, IR	Classe III
Clorpromazina	0,25 mg/kg até 6 doses/dia 0,5 mg/kg até 4 doses/dia	VO IR	Classe III
Naproxeno sódico	2,5-5 mg/kg/dose até 4 doses/dia	VO	Classe III
Diclofenaco potássico	0,5-2 mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO, IR	Classe III
Diclofenaco sódico	0,3-1 mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO, IR	Classe III
Dipirona	6-10 mg/kg/dose < 6 a: até 1 g/dia 6-12 a: até 2 g/dia > 12 a: até 3 g/dia	VO, IR IM, IV	Classe III
Isometepteno (associação)	1 gota/kg/dose	VO	Classe III
Dexametasona	0,25 mg/kg/dose	IV	Classe III
Diazepam	0,2-0,3 mg/kg/dose	IV	Classe III

Observação: A partir de 30 quilos de peso, as doses são as mesmas do adulto.

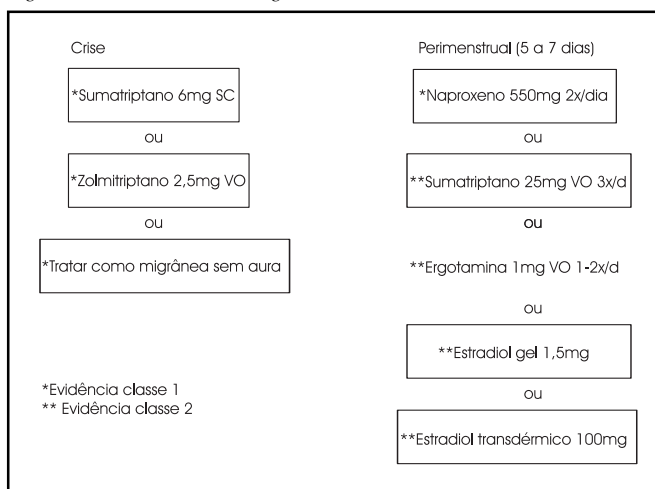
Tabela 8. Elementos essenciais na história clínica para o atendimento de cefaléia numa Unidade de Emergência

Dados na história	Alertas
Idade	Cefaléias secundárias na terceira idade
Modo e circunstâncias de instalação e evolução	A primeira cefaléia Mudança de padrão em relação às crises anteriores Mudança de padrão da aura ou aura atípica Início súbito e/ou recente Desencadeada por esforço físico e atividade sexual Evolução progressiva Piora com a postura
Intensidade (usar escala analógica e visual)	A pior cefaléia
Sintomas associados	Febre Náuseas e vômitos Sintomas neurológicos focais Distúrbio da consciência Descarga nasal purulenta Queixas visuais
Antecedentes	História de câncer, SIDA, trauma, glaucoma e outras doenças sistêmicas
Exame físico	Alertas
Pressão arterial	Elevação súbita (acima de 25%)
Temperatura	Febre
Palpação do crânio	Presença de pontos dolorosos (seios da face, globo ocular, artérias carótida e temporal)
Exame neurológico	Alertas
Consciência	Alteração
Nervos cranianos	Edema de papila, distúrbio da motricidade ocular, anisocoria. Paralisia facial.
Motricidade	Sinas focais
Sensibilidade	
Coordenação	
Reflexos	Assimetrias, sinal de Babinski
Pesquisa de sinais meníngeos	Rigidez de nuca e presença de outros sinais meníngeos

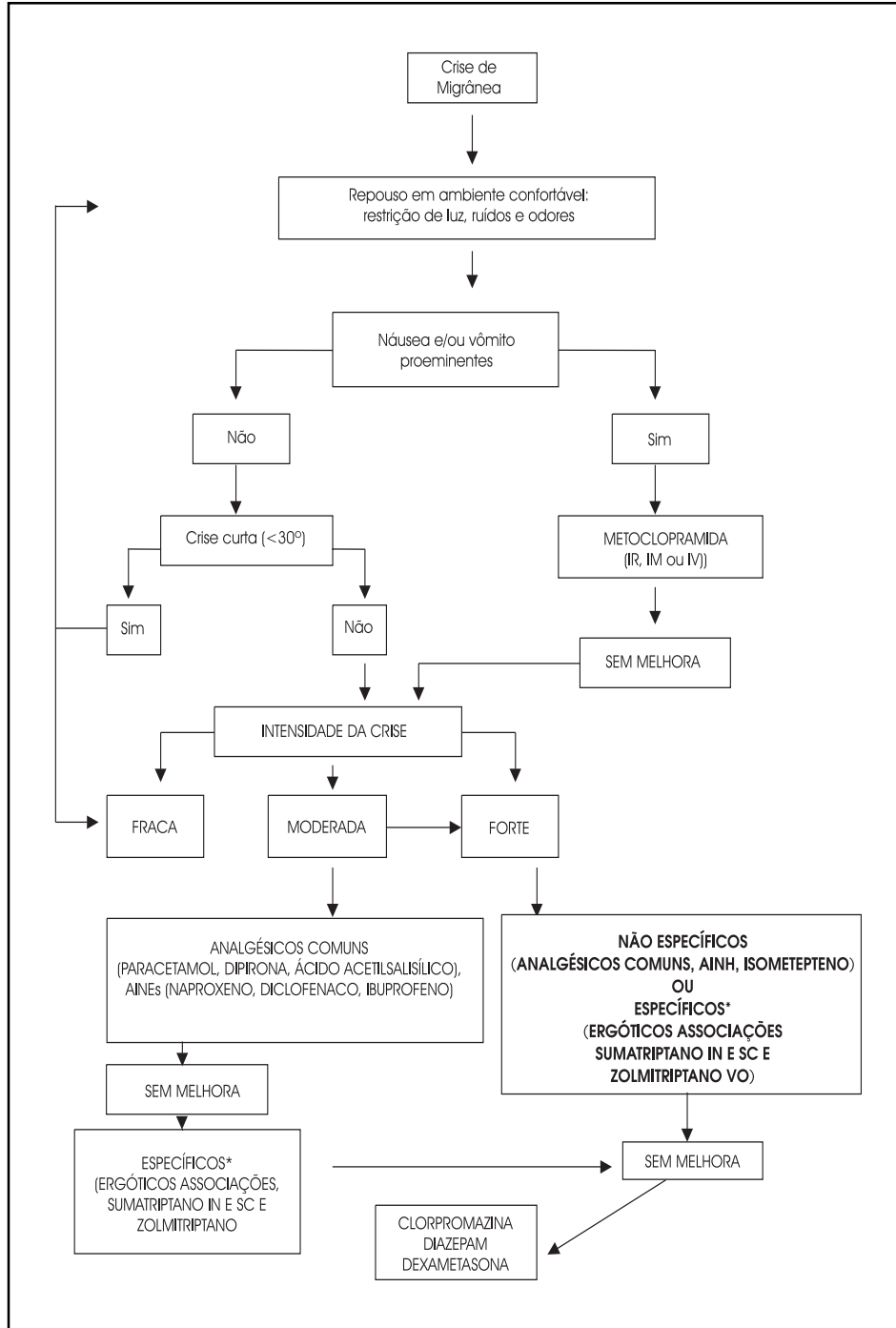
Algoritmo 1. Tratamento da crise de migrânea sem aura.



Algoritmo 2. Tratamento da migrânea menstrual.

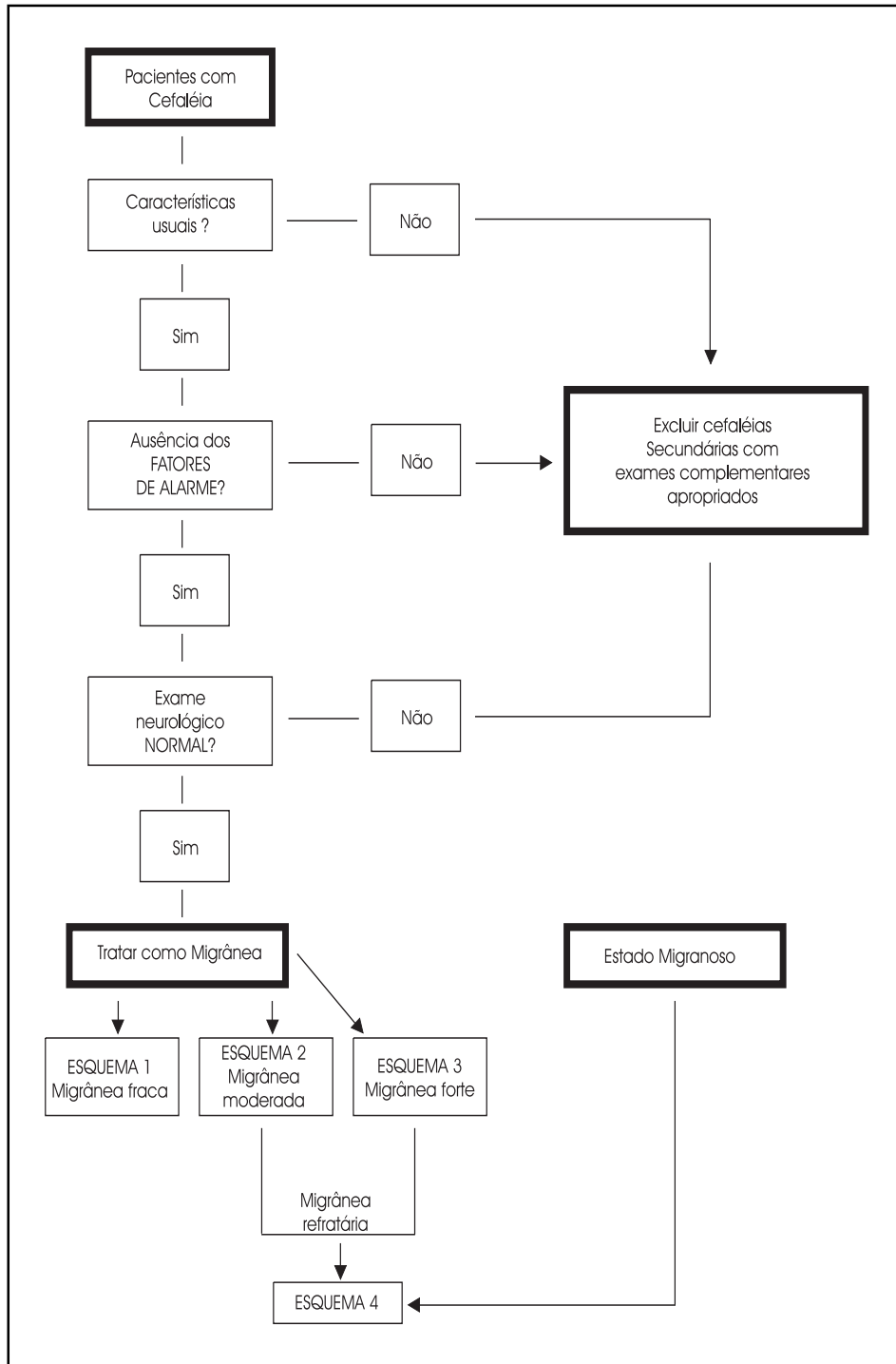


Algoritmo 3. Recomendações do tratamento da crise de migrânea em crianças e adolescentes.



*drogas que não devem ser utilizadas na migrânea com aura prolongada, basilar e hemiplegica.

Algoritmo 4. Tratamento da crise migranosa na unidade de emergência.



REFERÊNCIAS

Migrânea sem aura

- Ferrari M, Haan J. Drug treatment of migraine attacks. In Silberstein SD, Goadsby PJ (eds). Headache. Blue Books of Neurology. Newton: Butterworth-Heinemann, 1997:117-130.
- Ferrari M, Roon K. The triptan war anno 1999. American Academy of Neurology. Syllabus 1999.
- Krymchantowski AV, Barbosa JSS, Cheim C, Alves LA. Oral lysine clonixinate in the acute treatment of migraine: a double-blind study. Cephalalgia 2000; in press.
- Krymchantowski AV. Naproxen sodium decreases migraine recurrence when administered with sumatriptan. Arq Neuropsiquiatr 2000; in press.
- Meloche J. Triptans and migraine: Which drug for which patient? Can J Diag 1999;16:67-77.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. Oxford: Isis Medical Media, 1998:61-90.
- Tfelt-Hansen P, McEwen J. Nonsteroidal antiinflammatory drugs in the acute treatment of migraine. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds). The headaches. 2.Ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2000:391-397.
- Tfelt-Hansen P, Saxena P. Ergot alkaloids in the acute treatment of migraine. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds). The Headaches. 2.Ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2000:399-409.

Migrânea com aura

- Amery WK, Waelkens J. Prevention of the last chance: an alternative pharmacologic treatment of migraine. Headache 1983;23:37-38.
- Bates D, Ashford E, Dawson R, et al.. Subcutaneous sumatriptan during the migraine aura. Neurology 1994; 44:1587-1592.
- Hoffert MJ, Scholz MJ, Kanter R. A double-blind controlled study of nifedipine as an abortive treatment in acute attacks of migraine with aura. Cephalalgia 1992;12:323-324.
- Kuppersmith MJ, Hass WK, Chase NE. Isoproterenol treatment of visual symptoms in migraine. Stroke 1979;10:299-305.
- Waelkens J. Dopamine blockade with domperidone: bridge between prophylactic and abortive treatment of migraine? A dose-finding study. Cephalalgia 1984;4:85-90.
- Wolff HG. Headache and other head pain. New York: Oxford Univ Press; 1963.

Migrânea e mulher

- Becker WJ. Use of oral contraceptives in patients with migraine. Neurology 1999;53(Suppl 1):19-25.
- Boussier M-G, Massiou H. Migraine in the reproductive cycle. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds). The headaches. New York: Raven Press 1993.
- Boyle CAJ. Management of menstrual migraine. Neurology 1999;53(Suppl 1):15-18.
- Fachinetti F, Neri I, Martignoni E, Fioroni L, Nappi G, Genazzani AR. The association of menstrual migraine with the premenstrual syndrome. Cephalalgia 1993;13:422-425.
- Fachinetti F, Bonellie G, Kangasniemi P, Pascual J, Shuaib A. The efficacy and safety of subcutaneous sumatriptan in the acute treatment of menstrual migraine. Obstet Gynecol 1995;86:911-916.
- Fettes I. Migraine in the menopause. Neurology 1999;53(Suppl 1):129-33.
- Granella F, Sances G, Messa G, Marinis M, Manzoni GC. Treatment of menstrual migraine. Cephalalgia 1997;17(Suppl 20):35-38.
- Koren G, Pastuszak A, Ito S. Drug therapy: drugs in pregnancy. N Engl J Med 1998;338:1128-1137.
- Lignieres B, Vincens M, Mauvais-Jarvis P, Mas JL, Touboul PJ, Boussier MG. Prevention of menstrual migraine by percutaneous oestradiol. Br Med J 1986; 293:1540.
- MacGregor AE. Menstruation, sex, hormones and migraine. Advances in Headache. Neurol Clin 1997;15:125-141.
- Newman LC, Lipton RB, Lay CL, Solomon S. A pilot study of oral sumatriptan as intermittent prophylaxis of menstruation-related migraine. Neurology 1998;51:307-309.
- Pfaffenrath V. Efficacy and safety of percutaneous estradiol vs placebo in menstrual migraine. Cephalalgia 1993;13(Suppl 13):244.
- Pradalier A, Vincent D, Beaulieu P, Baudesson G, Launay J-M. Correlation between oestradiol plasma level and therapeutic effect on menstrual migraine. In Clifford Rose F (ed). New advances in headache research. 4. London: Smith-Gordon, 1994:129-132.
- Rapoport AM, Ramadan NM, Adelman Ju et al. Optimizing the dose of zolmitriptan (Zomig) for the acute treatment of migraine: a multicenter, double-blind, placebo controlled, dose range-finding study. Neurology 1997;49:1210-1218.
- Sance G, Martignoni E, Fioroni L, Blandini F, Fachinetti F, Nappi G. Naproxen sodium in menstrual migraine prophylaxis: a double-blind placebo controlled study. Headache 1990; 30:705-709.
- Silberstein SD. Migraine and pregnancy. Advances in Headache. Neurol Clin 1997;15:209-231.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. Oxford: Isis Medical Media 1998.
- Smite MG, van der Meer YG, Pfeil JPJM, Rijniere JJMM, Vos AJM. Perimenstrual migraine: effect of estraderm TTS® and the value of contingent negative variation and exteroceptive temporalis muscle suppression test. Headache 1993;34:103-106.
- Solbach MP, Stevenson-Waymer R. Treatment of menstruation-associated migraine headache with subcutaneous sumatriptan. Obstet Gynecol 1993;82:769-772.
- Steiner M, Steinberg S, Stewart D, et al.. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. N Engl J Med 1995;332:1529-1534.
- Wainscott G, Volans GN, Sullivan FM, Wilkinson M. The outcome of pregnancy in women suffering from migraine. Postgrad Med J 1978; 54:98-102.

Migrânea nas doenças ou condições associadas

- Callahan M, Raskin N A controlled study of dihydroergotamine in the treatment of acute migraine headache. Headache 1986;26:168-171

- Cordás TA, Barretto OCO Interações Medicamentosas. São Paulo: Lemos Editorial, 1998
- Farias da Silva W. Algas craniofaciais. São Paulo :Lemos Editorial, 1998
- Ferrari MD. How to assess and compare drugs in the management of migraine: success rates in term of response and recurrence. *Cephalalgia* 1999;19:2-8.
- Ferrari M, Haan J. Drug treatment of migraine attacks. In Silberstein SD, Goadsby PJ (eds). *Headache. Blue Books of Neurology*. Newton:Butterworth-Heinemann, 1997:117-130.
- Giammarco R, Edmeads J, Dodick D Clinical decisions in headache management. London: Decker Hamilton,1998.
- Hezog AG. Continuous bromocriptine therapy in menstrual migraine (Abstr). *Neurology* 1995;45:A465.
- Lance JW, Goadsby PJ. *Headache*. 6 Ed. Oxford: Butterworth- Heinemann, 1998:116-157.
- Marcolin MA Interações farmacológicas com drogas psiquiátricas. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998.
- Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA *The headaches* 2.Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- PDR Generics. *Medical economics*. New Jersey: Montvale, 1995.
- Pradalier A. Acute migraine attack therapy: comparison of naproxen sodium and an ergotamine tartarate compound. *Cephalalgia* 1985;5:107-113.
- Rowland LP. *Current neurologic drugs*. Baltimore: Williams & Willians, 1998
- Silberstein SD Agents for migraine and other headaches. *Current neurologic drugs*. Baltimore : Williams & Wilkins, 1998.
- Silberstein SD, Lipton BR, Goadsby PJ. *Headache in clinical practice*. Oxford : Isis Medical Media, 1998.
- Silberstein SD, Lipton BR. Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology* 1994;44:6-16.
- Silberstein SD Migraine and pregnancy. *Neurol Clin* 1997;15:209-231.
- Silberstein SD, Saper J Migraine: diagnosis and treatment. In Dalessio D, Silberstein SD (eds). *Wolff's headache and other head pain*. New York: Oxford Univ Press, 1993:96-170.
- Spierings ELH *Headache*. Boston : Butterworth-Heinemann, 1998.

Migrânea na criança e adolescência

- Barlow CF. *Headaches and migraine in childhood*. Oxford: Blackwell Scientific, 1984.
- Davidoff RA. *Migraine: manifestations, pathogenesis and management*. Philadelphia: F A Davis, 1995
- Dowson AJ, Fletcher PE, Millson DS. Efficacy and tolerability of 'Zomig' in adolescent migraine. *Cephalalgia* 1998;18:406.
- Evers S. Managing adolescent migraine – that difficult age. Barcelona: 9th Congress of the International Headache Society, 1999.
- Hämäläinen ML, Hoppu K, Valkeila E, Santavuori P. Ibuprofen or acetaminophen for the acute treatment of migraine in children: a double-blind, randomized, placebo-controlled, crossover study. *Neurology* 1997;48:103-107.
- Hockaday JM. *Migraine in childhood*. London: Butterworths, 1988.
- Linder ST. Subcutaneous sumatriptan in the clinical setting: the first 50 consecutive patients with acute migraine in a pediatric neurology office practice. *Headache* 1996;36:419-422.
- MacDonald JT. Treatment of juvenile migraine with subcutaneous sumatriptan. *Headache* 1994;34:581-582.
- Winner P, Saper J, Nett R, Asgharnejad M, Laurenza A, Peykamian M. Sumatriptan nasal spray for acute migraine in adolescent migraineurs. Barcelona: 9th Congress of the International Headache Society. 1999.
- Winner P. Management of childhood migraine. *American Academy of Neurology. Syllabus*, 1999.

Migrânea na unidade de emergência

- Andersson P, Hinge HH, Johansen O, et al. Double-blind study of naproxen vs placebo in the treatment of acute migraine attacks. *Cephalalgia* 1989;9:54-57.
- Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG Metamizol (dipirona) endovenoso no tratamento agudo da migrânea e da cefaléia tipo tensional episódica. Um estudo contra placebo controlado. Resumo enviado ao X Pan American Congress of Neurology – Cartagena de Indias, Colombia, 1999.
- Cameron JD, Lane PL, Speechley M Intravenous chlorpromazine vs intravenous metoclopramide in acute migraine headache. *Acad Emerg Med* 1995;2:597-602.
- Carpay HA, Matthijse P, Steinbuch M, Mulde PGH: Oral and subcutaneous sumatriptan in the acute treatment of migraine: an open randomized cross-over study. *Cephalalgia* 1997;17:591-595.
- Gallagher RM. Emergency treatment of intractable migraine. *Headache* 1986;26:74-75.
- Karabetsos A, Karachalios G, Bourlinou P. et al. Ketoprofen versus paracetamol in the treatment of acute migraine. *Headache* 1997;37:12-14.
- Karachalios GN, Fotiadou A, Chrisikos N et al. Treatment of acute migraine attack with diclofenac sodium: a double blind study. *Headache* 1992;32:98-100.
- Moschiano F, D'Amico D, Grazi L, Leone M, Bussone G: Sumatriptan in the acute treatment of migraine without aura: efficacy of 50 mg dose. *Headache* 1997;37:421-423.
- Pfaffenrath V, Scherzer S: Analgesic and NSAID's in the treatment of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 1995;15(Suppl 1):14-20.
- Saadah, H: Abortive migraine therapy in the office with dexametasone and prochlorperazine. *Headache* 1994;34:366-370.
- Tek D, McClellan D, Olshaker M. A prospective double blind study of metoclopramide hydrochloride for the control of migraine in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:1083-1087.
- Ziegler DK Opiate and opioid use in patients with refractory headache. *Cephalalgia* 1994;14:14-15.