

## Classificação e características das cefaléias em pacientes com insuficiência renal crônica em regime de hemodiálise

Ana Luisa Antoniazzi  
Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Speciali  
Dissertação de Mestrado – Fac. de Medicina de Ribeirão Preto

No período compreendido entre janeiro de 1998 a dezembro de 1999, entrevistamos 123 pacientes, 71 (57,7%) do sexo masculino e 52 do sexo feminino (42,2%), com insuficiência renal crônica, para estudar as cefaléias deste grupo. Estavam em programa de hemodiálise crônica e pertenciam a três serviços distintos de hemodiálise, na cidade de Ribeirão Preto.

Classificamos os tipos de cefaléias relatados, segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia, e calculamos as respectivas prevalências. A prevalência das cefaléias encontradas neste grupo foi de 70,7%.

Dividimos os pacientes em cinco grupos: grupo I (pacientes com cefaléia prévia ao programa de hemodiálise, que não mais se manifestou após o início das sessões); grupo II (pacientes que começaram a ter cefaléia após o início das sessões, que ocorria durante as sessões); grupo III (pacientes que começaram a ter cefaléia após o início das sessões, que ocorria entre as sessões); grupo IV (pacientes com cefaléia prévia ao programa, que passaram a tê-la durante as sessões de hemodiálise, e grupo V (pacientes com cefaléia prévia ao programa, que passaram a tê-la entre as sessões).

Em ordem decrescente obtivemos as seguintes porcentagens: grupo IV, 34,5%; grupo I, 27,6%; grupo II, 23%; grupo

III, 9,2% e grupo V, 5,7%. História familiar de cefaléia esteve presente em 25% dos casos.

Antes do início do programa de hemodiálise predominava migrânea sem aura (50,8%) e, depois do início das sessões, a cefaléia da diálise (68,0%), item 10.5 da classificação da IHS. A cefaléia da diálise ocorre em igual proporção em ambos os sexos, surge preferentemente entre a terceira e a quarta hora da sessão (65,1%), e há um aumento percentual da cefaléia do tipo tensional episódica em relação à migrânea após o início das sessões de hemodiálise (3/1P1/1).

Verificamos que em trinta pacientes ocorria cefaléia, em geral migranosa, antes do início do programa de hemodiálise, e, após o início das sessões, estas aconteciam durante as diálises. A nosso ver, embora possam ser classificadas como cefaléia da diálise, não são verdadeiramente, pois tratam-se de cefaléias preexistentes, desencadeadas por este procedimento. As cefaléias que surgem pela primeira vez em pacientes sem antecedentes de cefaléia seriam as verdadeiras cefaléias da hemodiálise (vinte pacientes).

Dipirona foi a medicação mais freqüentemente prescrita na crise de cefaléia da hemodiálise. Tal conduta é empírica, pois não existem pesquisas indicando o melhor tratamento da cefaléia da diálise.

Considerando-se a elevada prevalência e freqüência da cefaléia da hemodiálise, achamos necessária a indicação de medicação profilática. Pesquisas devem ser direcionadas neste sentido, garantindo a segurança do uso das drogas disponíveis nestes pacientes.

## Cefaléia e qualidade de vida: uso do SF-36 em uma população de funcionários de um hospital brasileiro

Hilton Mariano Junior  
Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Speciali  
Dissertação de Mestrado – Fac. de Medicina de Ribeirão Preto

O presente estudo avaliou o impacto da cefaléia na qualidade de vida relacionada à saúde em uma amostra de funcionários de um hospital público brasileiro.

Nos meses de março e abril de 2000 foram entrevistados 350 funcionários selecionados aleatoriamente entre os 1.140 que trabalham no Hospital Municipal Mário Gatti, na cidade de Campinas, SP, questionados quanto à ocorrência de cefaléia nos últimos seis meses (classificada de acordo com os critérios de 1988 da Sociedade Internacional de Cefaléia) e aplicada a versão traduzida para a língua portuguesa do instrumento genérico de qualidade de vida SF-36. Do total de 350 funcionários selecionados, foram excluídos 23 (6,6%) por estarem

em período de férias; cinco (1,4 %) por afastamento de suas atividades de trabalho devido a problemas de saúde; sete (2%), por diagnóstico de doenças crônicas (três funcionários eram hipertensos, dois queixavam-se frequentemente de lombalgias e outros dois tinham acompanhamento médico por depressão). Cinco funcionários (1,4%) se recusaram a participar do estudo. Os 310 funcionários restantes foram divididos segundo a presença de cefaléia nos seis meses prévios em três grupos:

1. Migrânea: formado por 92 funcionários, 81 mulheres (88 %) e 11 homens (12%), com média de idade de 36,8 anos e desvio-padrão de 8,2 anos.

2. Tensional: constituído por 81 funcionários – 58 mulheres (71,6%) e 23 homens (28,4%), com média de idade de 36,4 anos e desvio-padrão de 8,5 anos.

3. Controle: (sem queixa de cefaléia): 90 indivíduos, 71 mulheres (78,9%) e 19 homens (21,1%), com média de idade de 37,8 anos e desvio-padrão de 10,2 anos.

Utilizando-se o teste de Mann-Whitney (não-paramétrico) para definição das variáveis com diferença significativa, foram comparados os oito aspectos avaliados pelo SF-36 entre os

três grupos. Nos parâmetros capacidade funcional ( $p=0,131$ ), estado geral da saúde ( $p=0,063$ ), aspectos físicos ( $p=0,805$ ), aspectos sociais ( $p=0,20$ ), saúde mental ( $p=0,114$ ), e aspectos emocionais ( $p=0,221$ ), os grupos avaliados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

No aspecto vitalidade, os valores obtidos pelo grupo Tensional ( $p < 0,0113$ ) e Migrânea ( $p < 0,0004$ ) foram menores que os do controle. Na análise da presença de dor, o valor obtido pelos migranosos foi significativamente menor que os do controle ( $p < 0,00001$ ) e do grupo Tensional ( $p < 0,03$ ), ao passo que o escore do grupo Tensional foi menor que o do controle ( $p < 0,05$ ).

Com esses dados foi possível determinar o importante comprometimento da qualidade de vida no aspecto vitalidade dos indivíduos avaliados decorrente da cefaléia, apesar de se tratar de uma amostra não oriunda de uma clínica especializada em cefaléia e da relativa baixa frequência de crises dos funcionários avaliados.

O SF-36 mostrou ser um instrumento útil na estimativa desse impacto.

## Um estudo epidemiológico de cefaléia no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC.

Luiz Paulo de Queiroz  
Orientadora: Liselotte Menke Barea  
Co-orientador: Nelson Blank  
Dissertação de Mestrado – Univ. Federal de Santa Catarina

**Objetivos:** Estimar a prevalência de cefaléia e alguns tipos de cefaléia nos diversos períodos; a magnitude da associação de alguns tipos de cefaléia com algumas características socio-demográficas da população; a proporção de indivíduos que utilizam os serviços de saúde; o grau de incapacidade causado pela cefaléia nas atividades dos indivíduos, em uma amostra representativa da população adulta do Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC.

**Método:** Este é um estudo do tipo transversal, de base populacional. Em trezentos domicílios – aleatoriamente selecionados – foram entrevistados 625 indivíduos, com idade de 15 a 64 anos. A taxa de participação foi de 87%. A entrevista, porta-a-porta, com questionário estruturado, foi realizada por estudantes de medicina.

**Resultados:** A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 94,6%, no último ano de 80,8% e a prevalência ponto de 13,3%. A prevalência de enxaqueca no último ano foi de 22,1% e a prevalência ponto de 5,6%. A prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano foi de 22,9% e a prevalência ponto de 2,9%. Cefaléia do Grupo Enxaqueca estava significativamente

associada a indivíduos com as seguintes características: do sexo feminino, com baixo consumo de energia, com baixa renda familiar e separados ou viúvos. A proporção de indivíduos com cefaléia no último ano que procurou ajuda pela dor de cabeça foi de 49,8%, que consultou com médico, de 48,8%, e que tomou medicamentos, de 82,8%. Dos que procuraram ajuda, 63,0% realizaram exames complementares. Indivíduos que relataram cefaléia do Grupo Enxaqueca utilizaram significativamente mais os serviços de saúde e apresentaram incapacidade significativamente maior que os que referiram cefaléia do Grupo Tensional. A utilização dos serviços de saúde foi significativamente maior entre os indivíduos com graus de incapacidade mais altos.

**Conclusões:** Este é o primeiro estudo populacional de cefaléia em adultos realizado no Brasil, utilizando os critérios diagnósticos da IHS. As altas taxas de prevalência encontradas permitem afirmar que a cefaléia é um importante problema de saúde pública.

## Cefaléia menstrual: estudo semiológico de 100 casos

Lineu Domingos Miziara  
Orientador: Prof. Dr. Jose Geraldo Speciali  
Dissertação de Mestrado – Fac. de Medicina de Ribeirão Preto

A literatura é rica em trabalhos que relacionam a cefaléia aos hormônios sexuais na mulher. Cerca de 60% das mulheres associam seus ataques de cefaléia ao período menstrual. Muitos trabalhos demonstraram que a migrânea menstrual decorre provavelmente da queda de estrogênios verificada pouco antes da menstruação. No entanto, não há estudos pormenorizados que descrevam as características clínicas das cefaléias que ocorrem no período menstrual e que não são diagnosticadas como migrâneas segundo a Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial (1988).

O presente trabalho se propõe a estudar semiologicamente a cefaléia menstrual, seja aquela que acontece exclusivamente no período menstrual, seja aquela que piora nesse período. Definimos cefaléia menstrual, em nosso estudo, como aquela que se inicia no intervalo de tempo de dois dias antes da menstruação até o último dia da mesma, podendo se prolongar por sete dias após o fim do fluxo. Os parâmetros analisados foram: intensidade, caráter e localização da dor, além de sintomas associados.

Foram analisadas as cefaléias de cem pacientes com idade variando entre 20 e 45 anos, por dois períodos menstruais

consecutivos, através de questionário preenchido pelas próprias pacientes. Das cem pacientes incluídas no trabalho, 23 faziam uso de contraceptivos orais, e as características das cefaléias desse grupo foram comparadas às das pacientes que não usavam contraceptivos orais.

A análise dos resultados permitiu concluir que cerca de 80% das cefaléias, quer ocorram exclusivamente no período menstrual, ou em outros dias do mês com piora nesse período, classificam-se como migrânea sem aura, sendo de forte intensidade no primeiro dia de dor, e aliviando-se progressivamente até o último dia de dor. As cefaléias registradas foram, em sua maior parte, latejantes (cerca de 60%) e, em algum momento do período menstrual, referidas como hemicrânicas; a duração dessas cefaléias foi mais longa do que as crises migrâneas relatadas na literatura. Na sua maioria (cerca de 40%), as cefaléias se iniciaram dois dias antes do primeiro dia da menstruação. Náuseas e/ou vômitos foram os sintomas associados com maior frequência.

Em nosso trabalho, constatamos que as cefaléias menstruais ocorrem com mais frequência dois dias antes do início da menstruação e no dia do início do fluxo menstrual. Finalmente, registramos, entre as cefaléias menstruais, nove casos de cefaléia tensional, dois casos de cefaléia cervicogênica e um caso de cefaléia em facadas.

A comparação das cefaléias das 23 mulheres que usavam contraceptivos orais com as das 77 que não usavam não revelou diferenças estatisticamente significantes em nenhum dos parâmetros estudados.

## Estudo randomizado, placebo controlado, para avaliar a eficácia e o perfil de efeitos adversos da dipirona, diclofenaco, clorpromazina e sulfato de magnésio no tratamento agudo da migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional episódica

Marcelo Eduardo Bigal  
Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Speciali  
Dissertação de Doutorado – Fac. de Medicina de Ribeirão Preto

**Introdução:** O presente estudo apresenta a avaliação formal de drogas disponíveis em unidades públicas de saúde brasileiras, no que diz respeito ao tratamento agudo da migrânea sem aura (MO), migrânea com aura (MA) e cefaléia do tipo tensional episódica (CTTE). O estudo foi do tipo randomizado,

controlado por placebo, com mascaramento e desenho em paralelo.

**Casística e Métodos:** Foram estudados pacientes atendidos entre 1º de março de 1997 e 31 de novembro de 1999, em dois prontos socorros. Definiram-se três grupos: 1 – MO (n = 184); 2 – MA (n = 150); 3 – CTTE (n = 150). Os pacientes de cada um dos grupos foram randomizados para receber: 1 – Placebo por via endovenosa (EV); Dipirona EV; Diclofenaco por via intramuscular (IM); 4 – Clorpromazina EV; 5 – Sulfato de Magnésio EV. As avaliações se deram imediatamente antes da administração da droga (T0); trinta minutos (T30), sessenta

minutos (T60) e 24 horas após a administração da mesma. Os parâmetros avaliados foram: 1 – Dor (evolução da intensidade, eficácia, percentual de pacientes com melhora, percentual de pacientes com ausência de dor, recorrência e medicação de resgate); 2 – Sintomas associados (intensidade, eficácia e percentual de pacientes com ausência do sintoma associado); 3 – Efeitos adversos. O tratamento estatístico empregado foi: estatística descritiva; teste chi-quadrado em tabelas de contingência; teste não paramétrico de Mann-Whitney; teste não paramétrico de Kruskal-Wallis; pós-teste de Dunn.

Resultados: 1 – MO: A – Dor: clorpromazina, dipirona e diclofenaco foram superiores ao placebo. O sulfato de magnésio só foi superior ao placebo na avaliação de 24 horas. B – Náuseas: a clorpromazina foi superior ao placebo e a todas as demais drogas. A dipirona foi superior ao placebo e ao sulfato de magnésio. O diclofenaco foi superior ao placebo em apenas um dos parâmetros testados. C – Fotofobia: a clorpromazina foi a que mostrou maior diferença com o placebo, seguida da dipirona e sulfato de magnésio. O diclofenaco não diferiu do placebo. D – Fonofobia: o sulfato de magnésio mostrou a maior diferença com o placebo, seguido pela clorpromazina e dipirona. Considerando-se o número de comparações em que cada uma das drogas foi superior às demais, temos: clorpromazina = 60; dipirona = 36; sulfato de magnésio = 18; diclofenaco = 14;

2 – MA: A – Dor: clorpromazina, dipirona, diclofenaco e sulfato de magnésio foram superiores ao placebo. B – Náuseas: a clorpromazina foi superior ao placebo e a todas as demais drogas. Dipirona e sulfato de magnésio foram igualmente efetivas; diclofenaco só diferiu do placebo na avaliação de 24 horas. C – Fotofobia: clorpromazina, dipirona e sulfato de magnésio foram igualmente eficazes e superiores ao placebo. D – Fonofobia: todas as drogas foram superiores ao placebo. E – Aura: o sulfato de magnésio foi a droga mais eficaz, seguido da clorpromazina e dipirona. O diclofenaco não foi efetivo. Considerando o número de comparações em que cada uma das drogas foi superior, temos: clorpromazina = 74; dipirona = 40; sulfato de magnésio = 38; diclofenaco = 14.

3 – CTTE: considerando o número de comparações em que cada uma das drogas foi superior temos: clorpromazina = 22; dipirona = 18; sulfato de magnésio = 18; diclofenaco = 3. O total de pacientes com efeitos adversos foi: placebo = 23,4%; dipirona = 26,8%; diclofenaco = 40,8%; clorpromazina = 43,4%; sulfato de magnésio: 24,2%.

Conclusões: as drogas disponíveis nas Unidades Públicas de Saúde brasileiras mostraram-se eficazes e seguras, além de serem alternativas de baixo custo. Apresentam ainda particularidades que permitem individualização da escolha de acordo com o perfil sintomatológico do paciente.

#### MINIBULA NARAMIG®

APRESENTAÇÃO: comprimidos de 2,5 mg -embalagem contendo 4 comprimidos. INFORMAÇÃO TÉCNICA: Foi demonstrado que o naratriptano é um agonista seletivo dos receptores subtipo 5-HT 1B e 5-HT 1D, que mediam a contração vascular. Estes receptores são encontrados principalmente em vasos sanguíneos intracranianos (cerebrais e meníngeos), atuando sobre a dilatação e/ou formação de edema nestes vasos — mecanismo subjacente da enxaqueca. Além disto, o naratriptano parece inibir a atividade do trigêmeo, contribuindo para o bloqueio central da percepção dolorosa. O T1/2 é de 6 horas. INDICAÇÕES: NARAMIG® é indicado para o tratamento agudo de crises de enxaqueca, com ou sem aura. CONTRA-INDICAÇÕES: Hipersensibilidade a componentes da fórmula. NARAMIG® não deve ser usado por pacientes com antecedentes de infarto agudo do miocárdio, cardiopatia isquêmica, ou acidente vascular cerebral. É contra-indicado o uso de NARAMIG® em pacientes com insuficiência hepática ou renal severa, ou com hipertensão grave. PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS: NARAMIG® deve ser usado somente em enxaqueca. A administração concomitante de derivados da ergotamina não é recomendada. Entretanto, a co-administração de naratriptano com ergotamina, diidroergotamina ou sumatriptano não resultou em efeitos clinicamente significativos. Gravidez: Não foi confirmado ser seguro o uso de naratriptano em mulheres grávidas. Os raros registros de emprego inadvertido em gestantes não implicaram em dano aparente ao feto. Lactação: O naratriptano é secretado no leite de animais. Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas: O paciente deve ter cuidado ao dirigir ou operar máquinas, pois pode ocorrer sonolência como consequência da enxaqueca em si, ou do uso da medicação. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Não há evidências de interações com betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, álcool ou alimentos. O naratriptano não inibe a MAO. As interações medicamentosas são pouco prováveis. REAÇÕES ADVERSAS/COLATERAIS: A incidência de efeitos colaterais parece similar ao placebo. Os sintomas são geralmente de curta duração, podendo porém, ser intensos. POSOLOGIA: NARAMIG® deve ser administrado preferentemente tão logo se inicie uma crise de enxaqueca. A dose recomendada para adultos é de um comprimido (2,5mg). Se os sintomas da enxaqueca recidivarem, uma segunda dose pode ser tomada, com intervalo mínimo de 4 horas. Insuficiência renal ou hepática: a dose diária máxima total é de um único comprimido de 2,5mg. SUPERDOSE: Devem ser aplicadas as medidas de suporte habituais. É pouco provável a ocorrência de eventos adversos graves. Venda sob prescrição médica.