

Cefaléia na Mulher



Escrito por Administrator

SÁB, 21 DE MARÇO DE 2009 01:56

A mulher é um ser especial.

É especial por apresentar útero, menstruação ou regra, gravidez, parto, puerpério, menopausa, e por amamentar.

Cefaléia é sinônimo de dor de cabeça e esse termo engloba todas as dores de cabeça existentes. Portanto enxaqueca ou migrânea, cefaléia ou dor de cabeça tensional, cefaléia ou dor de cabeça da coluna ou cervicogênica, cefaléia em pontada, cefaléia secundária a sinusite, etc... são tipos dentro do grupo das cefaléias ou dores de cabeça.

A distribuição populacional de todas as cefaléias em um grande estudo populacional mostrou que a cefaléia tipo tensional é a mais comum (acomete 78% da população), seguida da enxaqueca ou migrânea em 16%.

Enxaqueca ou migrânea é a cefaléia cuja prevalência (número de casos de cefaléia numa determinada população em um determinado período) varia de 10 a 20% da população. Ocorre preponderância feminina em todos os estudos com uma proporção homem:mulher 1:2-3. As razões para a preponderância de cefaléia na mulher ainda não são bem entendidas mas suspeita-se de alguma relação com o hormônio feminino. A influência dos hormônios femininos pode ser mais importante em migrânea do que em cefaléia tipo tensional.

Pode também ser devida à utilização mais freqüente dos cuidados de saúde pelas mulheres.

A prevalência da cefaléia nas mulheres aumenta durante o período fértil, reduzindo-se após a menopausa. A prevalência aumentada de migrânea na mulher não pode ser exclusivamente relacionada ao período fértil, pois as diferenças entre os sexos persistem na terceira idade.

Em relação à idade, até os 11 anos não se observa diferença de prevalência de migrânea entre os sexos; acima disso, a preponderância entre os sexos aparece. A idade mais comum de início da migrânea está entre a 2^o/3^o década de vida, e o início da migrânea é infreqüente depois dos 50 anos.

A mulher passa por várias fases em seu ciclo de vida dependentes da fase hormonal: da infância entra na puberdade, onde ocorre a menarca ou primeira menstruação, para então passar pela fase de vida adulta onde apresenta ciclos menstruais. Nesta fase, a mulher pode ou não engravidar, pode ou não fazer uso de pílulas anticoncepcionais orais, quando então entra na fase de climatério, onde apresenta a menopausa e, durante as fases pré e pós-menopausa, a mulher pode ou não ser submetida à terapia de reposição hormonal.

Deve-se, portanto, respeitar a fase de vida na qual a mulher se encontra para que se raciocine adequadamente quando diante de um quadro de cefaléia na mulher.

Uma das cefaléias mais importantes na mulher é a migrânea menstrual, ou seja, a enxaqueca que ocorre antes, durante ou imediatamente depois da menstruação.

A migrânea menstrual tem sido reconhecida provavelmente desde os tempos de Hipócrates.

Definição: Migrânea menstrual verdadeira – crises de migrânea sem aura (sem estrelinhas na visão ou sem formigamentos nos braços e nas pernas) que ocorrem, exclusivamente, no período compreendido entre dois dias antes do início da menstruação até o final do fluxo menstrual e em nenhum outro período do ciclo menstrual. Essa é a migrânea menstrual pura ou verdadeira. Apesar de se saber que, na experiência clínica, migrânea com aura (com estrelinhas ou bolinhas na visão, ou sensação de formigamentos ou outro sintoma parecido em braços e/ou pernas) possa ocorrer. A migrânea menstrual verdadeira afeta cerca de 14% das mulheres com enxaqueca.

Migrânea associada à menstruação: Migrânea com piora no período menstrual, que ocorre em qualquer parte do ciclo, com exacerbação da freqüência e/ou da intensidade no período peri-menstrual.

Em 60 a 70% dos casos, as cefaléias são relacionadas ao ciclo menstrual. Migrânea relacionada à menstruação começa na menarca (idade da primeira menstruação da menina)

em 33% das mulheres.

Migrânea que ocorre de -7 a -3 dias antes da menstruação pode ser considerada migrânea pré-menstrual e associada à síndrome pré-menstrual (conhecida como TPM).

SD pré-menstrual ou TPM é caracterizada por sintomas que ocorrem na fase luteal (após a ovulação), incluindo fadiga em 90% das pacientes, irritabilidade ou depressão em 90%, humor lábil em 75%, alterações do apetite em 75%, e edema (inchaço) mamário e cefaléia em 50%.

A migrânea na mulher depende com certa frequência da variação dos níveis hormonais e várias evidências apontam nessa direção:

Prevalência da migrânea a partir da menarca (33%);

A exacerbação da migrânea com uso de anticoncepcionais;

Desaparecimento ou atenuação da migrânea a partir do 2º trimestre gestacional;

Aparecimento rápido da migrânea no período puerperal (após o parto) principalmente por causa da queda rápida dos estrogênios;

Funcionamento da menstruação como gatilho de crises de migrânea; Desaparecimento da migrânea na pós-menopausa;

Reaparecimento da migrânea em muitos casos com a terapia de reposição hormonal.

O mais importante a respeito de tudo que foi exposto até agora é o conhecimento de que as cefaléias nas mulheres e a enxaqueca ou migrânea menstrual apresentam tratamento especializado.

A paciente deve preencher um diário detalhado (fornecido pelo médico) com a frequência das crises, os dias da cefaléia, a intensidade da dor, a presença ou não de manifestações associadas, a regularidade do ciclo, a resposta ao tratamento. Esse diário é extremamente importante porque mostra um retrato fiel do tipo de migrânea menstrual, dos fatores que a desencadeiam ou que pioram ainda mais essa fase menstrual, e a eficácia do tratamento.

O tratamento terá algumas diferenças se a migrânea for piorada com a menstruação (migrânea associada à menstruação) ou se a migrânea for a migrânea menstrual verdadeira.

Sempre com orientação médica, o tratamento inicial das mulheres que apresentam migrânea através o ciclo menstrual, incluem medidas gerais, tais como, relaxamento, identificação e eliminação de desencadeantes, uso de medicações preventivas e sintomáticas.

Medicações sintomáticas são usadas para diminuir a duração e a intensidade de uma crise individual.

Medicação preventiva deveria ser considerada quando há três ou mais crises por mês que sejam prolongadas e não responsivas a medidas sintomáticas.

Há várias medicações para o tratamento, sempre utilizar medicamentos com orientação médica.

Com relação às mulheres que engravidam e apresentam cefaléia:

É comum tais mulheres apresentarem melhora das cefaléias antigas durante o segundo e o terceiro trimestres gestacionais.

A migrânea na gestação é bastante estudada, porém outras cefaléias como tipo tensional e outras formas de cefaléias mais complicadas podem ocorrer.

Parece que os níveis crescentes, altos e sustentados de estrogênio favorecem a melhora da migrânea na gestação.

Porém as mulheres que apresentam piora da cefaléia (cerca de 30%) ou cefaléia pela primeira vez na gravidez devem procurar um especialista, pois há tratamento para essas cefaléias e medicações que podem ser utilizadas, sempre com orientação médica.

Há também várias medidas não medicamentosas que podem ser utilizadas para que a mulher tenha uma gravidez tranqüila, como é de seu merecimento, uma vez que a mesma se encontra num estado tão especial, o gestacional.