

## MAIS E MELHOR

Proporcionar à farmácia mais e melhores serviços, que contribuam para um desempenho profissional de qualidade, é uma preocupação de sempre da ANF. Foi em nome desta filosofia que concebemos a Farmácia Técnica, pensada com o objectivo de disponibilizar informação técnica e científica que constitua um suporte útil à intervenção diária na farmácia.

De dois em dois meses, levaremos à farmácia informação actualizada e abordada na sua vertente mais prática, apresentada por forma a responder a muitas das situações que se colocam no dia-a-dia.

A partir de agora a farmácia dispõe de mais um instrumento para cimentar a sua intervenção. E este é um boletim para todos os membros da equipa. Para consultar e ultrapassar questões pontuais. Mas – permitam-nos a ambição – a Farmácia Técnica propõe-se ir mais longe e constituir mais um motor de actualização de conhecimentos, indispensável na nossa profissão.

Com esta nova publicação, esperamos cumprir aquele que é o designio máximo da farmácia e dos farmacêuticos: prestar cuidados de qualidade às populações que servimos. Esperemos, pois, que vos possa ser útil nessa missão.

João Cordeiro

## Gripe e Constipação

Ana Nogueira, CEDIME

As infecções respiratórias agudas mais comuns são a constipação e gripe. Predominam nos meses frios e possuem alguns sintomas comuns. A gripe, causada pelo vírus *Influenza* tipo A, B ou C, provoca essencialmente infecção das vias respiratórias inferiores (bronquite e pneumonia). A constipação refere-se a alterações das vias respiratórias superiores (rinite, faringite, laringite) <sup>1,2,8</sup>.

A transmissão da infecção resulta da inalação de gotículas infectadas provenientes da tosse ou espirro de doentes ou contacto directo mão-mão. <sup>1,2,8</sup>.

### PROFILAXIA E TERAPÊUTICA DA GRIPE E CONSTIPAÇÃO

Está disponível, mediante receita médica obrigatória, a vacina contra a gripe. A composição desta vacina, recomendada pela OMS, confere protecção ao fim de 2 semanas (embora na primovacinação em crianças possa ser um pouco mais longo) persiste por um período inferior a 1 ano.

Recomenda-se a vacinação anual aos idosos, adultos e crianças com doenças crónicas (pulmonares, cardíacas, renais, doenças metabólicas, imunodeficiência) e a indivíduos que podem transmitir a doença a grupos de alto risco <sup>1,2,4,8</sup>.

Está contra-indicada em doentes com hipersensibilidade à proteína de ovo e na presença de doenças agudas ou febre elevada. Após 6 a 12 h da administração pode ocorrer febre e outros sintomas generalizados que desaparecem ao fim de 1-2 dias <sup>6</sup>.

Os medicamentos antivíricos têm indicação como adjuntos da vacinação e controlo da gripe apenas mediante prescrição e vigilância médica. Só produzem efeito enquanto são administrados, não conferem imunidade e necessitam de ser iniciados até 48 horas após o contacto com os doentes ou exposição à doença. Enquanto que a amantadina e rimantidina só actuam na infecção pelo vírus *Influenza* A o oseltamivir e zanamivir actuam no *Influenza* A e B <sup>3,4</sup>.

TABELA 1: PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE CONSTIPAÇÃO E GRIPE <sup>8</sup>

CARACTERÍSTICAS	GRIPE	CONSTIPAÇÃO
Início	Súbito	Gradual
Febre	Elevada	Baixa
Mialgia, artralgia	Intensas	Ligeiras
Fadiga	Intensa	Ligeira
Cefaleia	Intensa	Ligeira
Tosse	Comum (seca)	Menos comum (produtiva)
Espirros	Raros	Comuns
Odinofagia	Por vezes	Comum, no início
Irritação ocular	Por vezes	Comum
Secreção nasal aquosa	Por vezes	Comum (início)
Complicações	Pneumonia, bronquite	Congestão sinusal, otalgia

## > Perguntas frequentes

### Quais são os grupos de risco a que se recomenda a vacina contra a gripe?

Às pessoas consideradas com alto risco de desenvolver complicações pós-infecção gripal:

- Idoso;
- Pessoas residentes ou com internamentos prolongados em instituições prestadoras de cuidados de saúde, independentemente da idade (ex: deficientes, centros de reabilitação);
- Pessoas sem-abrigo;
- Pessoas com idade superior a 6 meses, grávidas e mulheres a amamentar; que sofram de doença cardíaca, renal, hepática ou pulmonar (incluindo a asma), doenças metabólicas (ex: diabetes mellitus), outras situações que provoquem depressão do sistema imunitário, incluindo medicação (ex: corticoterapia) ou infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e cancro;
- Crianças e adolescentes (6 meses-18 anos) em terapêutica prolongada com salicilatos e, portanto, em risco de desenvolver a síndrome de Reye.

Às pessoas que podem transmitir o vírus a outras consideradas de alto risco (enumeradas anteriormente, mesmo que tenham sido vacinadas) ou que estejam em risco acrescido de contrair a doença:

- Pessoal dos serviços de saúde e de outros serviços com contacto directo com pessoas de alto risco;
- Pessoal dos serviços de saúde que trabalha em hospitais e que tenham contacto directo com doentes internados;
- Co-habitantes (incluindo crianças > 6 meses) de pessoas de alto risco.

Pode ainda ser ponderada a vacinação de outras pessoas ou grupos que, por analogia com os anteriormente mencionados, se considerem em igual risco de contrair e/ou transmitir a gripe.

### Alívio de sintomas

Utilizam-se os analgésicos/antipiréticos, descongestionantes, anti-histamínicos, antitússicos, mucolíticos/expectorantes, antibióticos tópicos, antissépticos tópicos e anestésicos tópicos<sup>1,4,2</sup>.

**Analgésicos/antipiréticos:** Aliviam a febre, dor de garganta, dor de cabeça e mialgias, artralgias e mal-estar geral<sup>1,4</sup>.

**Descongestionantes nasais tópicos ou sistémicos:** Causam vasoconstrição reduzindo a congestão e facilitando a ventilação nasal<sup>4,2</sup>. A aplicação tópica (aerossol ou gotas nasais) usa-se até 3 – 5 dias, é mais eficaz, actua mais rapidamente (ao fim de 5 minutos) e está associada a menor número e intensidade de reacções adversas comparado com a via oral. Como actua rapidamente o uso prolongado causa exacerbação da congestão e origina rinite medicamentosa. O aerossol distribui-se mais uniformemente<sup>4,2</sup>. Os mais utilizados são: fenilefrina, nafazolina, xilometazolina, efedrina, tramazolina. Por via oral usa-se a pseudoefedrina<sup>1,4</sup>.

**Anti-histamínicos:** As associações tópicas nasais e sistémicas devem-se ao efeito anticolinérgico que reduz o muco e rinorreia. O mais utilizado é a clorofeniramina disponível sob prescrição médica e em associação<sup>1,4</sup>.

**Antitússicos:** Deprimem a tosse. Estão indicados na tosse seca ou quando existe um ciclo de irritação brônquica com ataques de tosse<sup>1,4</sup>.

**Mucolíticos e Expectorantes:** Os mucolíticos reduzem a viscosidade das secreções

e facilitam a expulsão. Os expectorantes estimulam os mecanismos de eliminação da secreção para a faringe com deglutição das secreções. Em termos terapêuticos pouco diferem<sup>1,4</sup>.

**Antibióticos Tópicos:** A maioria das faringites são de origem vírica e bacteriana. Nestas podem ser utilizadas pastilhas ou soluções tópicas com antibióticos (não se usam sistemicamente)<sup>4</sup>. Algumas associações não estão fundamentadas cientificamente, embora certos constituintes tenham interesse terapêutico<sup>6</sup>.

**Antissépticos Tópicos:** Os mais utilizadas são a hexetidina, clorohexidina, álcool diclorobenzílico e compostos de amónio quaternário (cetilpiridínio, dequalínio, benzoxónio e domifeno)<sup>4</sup>. Alguns encontram-se em associações não fundamentadas cientificamente, embora certos constituintes tenham interesse terapêutico<sup>6</sup>.

**Anestésicos tópicos:** Aliviam temporariamente a dor de garganta e apresentam-se em pastilhas. Usa-se a benzocaína, tetracaína e oxibuprocaína. Algumas associações não estão fundamentadas cientificamente, embora certos constituintes tenham interesse terapêutico<sup>6</sup>.

As vantagens das combinações medicamentosas advém do facto de serem mais económicas e de permitirem uma administração mais cómoda. Devem ser seleccionadas de acordo com as queixas<sup>2</sup>.

Na tabela 2 resumem-se as substâncias que podem ser dispensadas sem receita médica.

(Consultar tabelas nas páginas 3 e 4)

## BIBLIOGRAFIA

1. Steven Pray W. Nonprescription Product Therapeutics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
2. Resfriado y gripe. Pan Act Med 28: 276 (2004), 802-809.
3. Klasco RK (Ed): DISEASEDEX™, DRUGDEX®- Emergency Medicine. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Edição expira 6/2005, Vol. 124).
4. Sweetman S (Ed), Martindale: The Complete Drug Reference. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, (Edição expira 6/2005, Vol. 124).
5. Drug Facts And Comparisons Updated Monthly. Sto Louis. Facts and Comparisons, (Fev 2001).
6. Caramona M, Afonso Pinheiro E e outros. Prontuário Terapêutico 5. Lisboa: INFARMED, 2004.
7. USP DI Volume I Drug Information For The Health Care Professional. 21ª ed. 2001.
8. Soares, MA - Medicamentos Não Prescritos Aconselhamento Farmacêutico. 2ª ed. Lisboa: Publicações Farmácia Portuguesa, 2002.
9. Direcção Geral de Saúde: Gripe: Vigilância, vacinação, profilaxia e terapêutica em 2004/2005. Disponível em <http://www.dgsaude.pt>.

TABELA 2: ALGUNS EXEMPLOS DE SUBSTÂNCIAS DISPENSADAS EM REGIME DE MNSRM QUE ALIVIAM OS SINTOMAS <sup>4,5,6,7</sup>

FÁRMACO	DOSE ADULTO (ORAL) (algumas marcas ainda possuem via rectal)	DOSE PEDIÁTRICA (ORAL) (algumas marcas ainda possuem via rectal)	REACÇÕES ADVERSAS (que obrigam a consultar o médico e mais frequentes)	PRECAUÇÕES (P) E CONTRA-INDICAÇÕES (CI)
<b>Analgésicos/Antipiréticos</b>				
<i>Paracetamol, comp. 500mg</i>	0,5 - 1 g; Dmáx 4 g/d.	3 meses - 1 ano: 60 a 120 mg; 1-5 anos: 120 a 250 mg; 6-12 anos: 250 a 500 mg; Cada 4-6 h com Dmáx 4 doses/d <sup>4</sup> .	Agranulocitose, anemia hemolítica, trombocitopenia, rash. Sobredosagem: IR e elevado risco de IH. Outras: Em doses elevadas causa pancreatite, etc.	P: Ingestão crónica de álcool, deficiência na G <sub>6</sub> PD, hipoprotrombinémia e insuficiência em vitamina K, 3º trimestre de gravidez, IR, IH. CI: Hipersensibilidade (H).
<b>Analgésicos/Antipiréticos e Anti-inflamatórios</b>				
<i>Ác. acetilsalicílico, comp. 500 mg</i>	0,5 - 1 g; Dmáx 4 g/d.	> 12 anos: 0,5 g; Dmáx 1,5g, 3 doses/d cada 4-8h.	Anafilaxia, úlcera gastrointestinal com possível hemorragia, rash, broncospasma, anemia hemolítica. Outras - Irritação gástrica, hiperuricemia, etc.	P: Ingestão crónica de álcool, asma, polipos nasais, cardite grave, hemofilia, deficiência em G <sub>6</sub> PD, hipoprotrombinémia e insuficiência em vitamina K, 3º trimestre de gravidez, IR, IH. CI: H, crianças com infecção viral (risco de síndrome de Reye), doenças de coagulação.
<i>Ibuprofeno, comp. 200 mg</i>	300 - 800 mg, 2 a 3 vezes/d.	> 7 kg: 20 a 30 mg/Kg/d, 3-4 tomas; 1-2 anos: 50 mg, 3-4 vezes/d; 3-7 anos: 100 mg, 3-4 vezes/d; 8-12 anos: 200 mg, 3-4 vezes/d.	Anafilaxia, hematemeses, epistaxis, dor de peito, convulsões, angioedema, desmaio, broncospasma, distúrbios hematológicos. Outras: Irritação gástrica, etc.	P: Ingestão crónica de álcool, história de úlcera gastrointestinal, distúrbios renais e hepáticos, hipertensão ou doença cardíaca com edemas, doenças de coagulação. CI: H ao ác. acetilsalicílico ou outro anti-inflamatório, angioedema, polipos nasais.
<i>Naproxeno, comp 200 mg</i>	250 a 500 mg, 1 a 2 vezes/d.			
<b>Antitússicos</b>				
<i>Dextrometorfano</i>	10 a 20 mg cada 4 h ou 30 mg cada 6 a 8 h; Dmáx 120 mg/d.	2-6 anos: 2,5 - 5 mg cada 4 h ou 7,5 mg cada 6-8 h; Dmáx 30 mg/d; 6-12 anos: 5 - 10 mg cada 4 h ou 15 mg cada 6-8 horas; Dmáx 60 mg/d.	Irritabilidade, fadiga, distúrbios do sono, etc.  Sobredosagem: excitação, confusão, depressão respiratória.	P: Tosse crónica ou com excesso de secreções. CI: H
<i>Clobutinol</i>	40 a 80 mg, 3 vezes/d.		Distúrbios do sono, náuseas, tonturas, vômitos, edema, exantema, etc.	P: IR, epilepsia, história familiar com epilepsia. CI: H
<i>Butamirato</i>	5 - 10 mg, 3- 5 vezes/d.			CI: H
<i>Difenidramina</i>	25 - 50 mg, 3 - 4 vezes/d.	6,25 - 25 mg, 3 - 4 vezes/d ou 5 mg/Kg/d até 300 mg/d, em 3 a 4 doses.	Sonolência, secura das mucosas (nariz, garganta), rash, epigastralgias, etc.	P: Glaucoma do ângulo fechado, úlcera péptica com estenose, hipertrofia da próstata sintomática, asma brônquica, doença da tiróide, doença cardiovascular ou hipertensão. CI: H
<b>Expectorantes</b>				
<i>Bromexina</i>	8 -16 mg, 3 vezes/d.	< 5 anos: 2 mg, 2 vezes/d; 5-10 anos: 2 mg, 3 vezes/d.	Cefaleias, vertigens, rash, etc.	P: Úlcera gástrica CI: H
<i>Carbocisteína</i>	Início: 750 mg, 3 vezes/d; Após resposta: 1,5 g/d, em tomas divididas.	2-5 anos: 62,5-125 mg, 4 vezes/d; 6-12 anos: 250 mg, 3 vezes/d.	Náuseas, irritação gastrointestinal, cefaleias, rash, etc.	CI: H, úlcera gástrica.
<i>Guaifenesina</i>	200 - 400 mg cada 4 h; Dmáx 2,4 g/d.	2-6 anos: 50 - 100 mg cada 4 h; Dmáx 600 mg/d; 6-12 anos: 100 a 200 mg cada 4 h; Dmáx 1,2 g/d.	Náuseas, vômitos, tonturas, cefaleias, rash, em doses excessivas pode causar urolitíase.	P: Tosse crónica e persistente em doentes com asma, bronquite crónica ou enfisema, tosse com bastante expectoração. CI: H

TABELA 2: ALGUNS EXEMPLOS DE SUBSTÂNCIAS DISPENSADAS EM REGIME DE MNSRM QUE ALIVIAM OS SINTOMAS <sup>4,5,6,7</sup>

FÁRMACO	DOSE ADULTO (ORAL) (algumas marcas possuem via rectal)	DOSE PEDIÁTRICA (ORAL) (algumas marcas possuem via rectal)	REACÇÕES ADVERSAS (que obrigam a consultar o médico e mais frequentes)	PRECAUÇÕES (P) E CONTRA-INDICAÇÕES (CI)
<b>Descongestionante Oral</b>				
<i>Pseudoefedrina</i>	Esta substância apenas está disponível em prescrição médica e em associação medicamentosa.		Convulsões, alucinações, taquicardia, dificuldade de respirar, insónia, inquietação, distúrbios do sono, tontura, dor de cabeça, fraqueza, etc.	P: Arritmias, diabetes <i>mellitus</i> , glaucoma, hipertiroidismo, doença isquémica cardíaca, hipertrofia da próstata, IR. CI: H, hipertensão grave, doença coronária grave.
<b>Descongestionante Nasal</b>				
<i>Fenilefrina nasal</i>	Sol 0,5% - 2 gts em cada narina 2 - 3 vezes/d.	Sol 0,25% - 2 gts em cada narina 2 - 3 vezes/d.	Irritação local com picada, ardor, secura da mucosa e epistaxis. Por má técnica de aplicação e deglutição do fármaco: hipertensão, inquietação, insónias, depressão central, especialmente quando utilizados em crianças ou no adulto em doses excessivas.	P: Doença cardiovascular, doença da tiróide, diabetes <i>mellitus</i> , hipertrofia da próstata asma brônquica, aterosclerose cerebral, hipertensão, hipotensão ortostática idiopática, doença da tiróide. CI: H, glaucoma de ângulo fechado.
<i>Oximetazolina nasal</i>	Sol 0,05%: 2 - 3 gts em cada narina cada 12h; Nebulizador 0,05%: 1 - 2 nebulizações em cada 8 - 12h.	Nebulizador 0,05%: 1 nebulização em cada narina cada 12 h.	Irritação local com picada, ardor, secura da mucosa e epistaxis. Se houver má técnica de aplicação nasal, e o fármaco for engolido, pode ocorrer: hipertensão, inquietação e insónias ou mesmo depressão central, especialmente quando utilizados em crianças ou no adulto em doses excessivas.  Outras: A indução de rinite medicamentosa é menor com a oximetazolina e xilometazolina porque têm uma duração de acção longa comparada com, por exemplo, fenilefrina.	P: Doença cardiovascular; doença da tiróide, diabetes <i>mellitus</i> , hipertrofia da próstata asma brônquica, arterioesclerose cerebral hipertensão, hipotensão ortostática idiopática  CI: H, glaucoma de ângulo fechado
<i>Xilometazolina nasal</i>	Gts nasais a 0,1% e nebulizador: 2 a 3 gts ou 1 a 2 nebulizações em cada narina 3 a 4 vezes/d.	> 6 anos: Gts nasais a 0,1% e nebulizador: 2 a 3 gts ou 1 a 2 nebulizações em cada narina 3 a 4 vezes/d; < 6 anos: Gts nasais a 0,05%: 1 a 2 gts em cada narina, 1 ou 2 vezes/d.		
<i>Tramazolina nasal</i>	1 a 2 pulverizações ou 2 a 3 gts em cada narina			
<b>Preparações descongestionantes, misturas de expectorantes ou associações de antitússicos, demulcentes e expectorantes:</b>				
Algumas associações não estão fundamentadas cientificamente, embora certos constituintes tenham interesse terapêutico.				
<b>Anti-histamínicos</b>				
<i>Clemastina</i>	1 mg, 2 vezes/d	1 - 3 anos: 0,25-0,5 mg, 2 vezes/d; 3 - 6 anos: 0,5 mg, 2 vezes/d; 4 - 12 anos: 0,5-1 mg, 2 vezes/d.	Sonolência, sedação, secura das mucosas, nariz e garganta, etc.	P: Glaucoma do ângulo fechado, úlcera péptica com estenose, hipertrofia da próstata sintomática CI: H
<i>Dexbromofeniramina</i>	Esta substância apenas está disponível em associação medicamentosa.		Sonolência, sedação, secura das mucosas (nariz, garganta), etc.	P: Glaucoma do ângulo fechado, úlcera péptica com estenose, hipertrofia da próstata, bronquite crónica, enfisema, doença da tiróide, diabetes <i>mellitus</i> , doença cardiovascular com hipertensão. CI: H
<b>Antibióticos (tirotricina, gramicidina, fusafungina), antissépticos (hexetidina, clorhexidina, álcool diclobenzílico, cetilpiridínio, dequalínio, benzoxónio, domifeno) e anestésicos tópicos (benzocaína, tetracaína, oxibuprocaína) e outras (benzidamina, mentol, eucaliptol e outras essências)</b>				
Algumas associações não estão fundamentadas cientificamente, embora certos constituintes tenham interesse terapêutico.				

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica; Dmáx - Dose máxima; d – Dia; IR – Insuficiência renal; RAM – Reação adversa ao Medicamento; IH – Insuficiência hepática; IC – Insuficiência cardíaca; H – Hipersensibilidade; G-6-PD – Glucose-6-fosfato desidrogenase.

## > Perguntas frequentes

### O álcool com cetrimida pode ser aplicado no umbigo de recém-nascidos?

A cetrimida (brometo de cetrimónio ou brometo de hexadeciltrimetilamónio)<sup>1</sup> é um derivado de amónio quaternário, cujas propriedades antissépticas<sup>1,2</sup> são aumentadas em meio alcoólico.<sup>1</sup> Tem sido utilizada em:

- Limpeza da pele, feridas e queimaduras, em solução aquosa de 0,1 a 1% ou em creme a 0,5%;<sup>2</sup>
- Psoríase de couro cabeludo, dermatite seborreica e profilaxia de infecções de feridas operatórias,<sup>2</sup> em concentrações superiores às anteriores;
- Pediatria, em solução aquosa de 0,1% a 1% e creme a 0,5%.<sup>2</sup> Em baixas concentrações, a cetrimida provoca uma ligeira irritação cutânea,<sup>1,2</sup> contudo, concentrações elevadas (10% a 20%) ou a aplicação em pó, estão associadas a queimaduras e necrose cutâneas.<sup>1,2</sup> Aplicações prolongadas e/ou repetidas podem desencadear reacções de hipersensibilidade.<sup>1,2</sup> Face aos dados conhecidos, o álcool a aplicar em recém-nascidos, particularmente na região peri-umbilical não deve conter adjuvantes, designadamente cetrimida.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klasco RK (ed), MARTINDALE® System. Thompson MICROMEDEX; Greenwood Village, Colorado vol 124 expira 6/2005.
2. Klasco RK (ed): DRUGDEX® System. Thompson MICROMEDEX; Greenwood Village, Colorado vol 124 expira 6/2005.
3. Direcção Geral de Saúde – 03/DSMIA.

Esta e outras perguntas estão disponíveis para consulta no anfonline.

## Dor de cabeça

Clara Antunes, CEDIME

A dor de cabeça, ou cefaleia, é um dos sintomas que mais frequentemente motiva a procura de aconselhamento farmacêutico<sup>1</sup>. Segundo a classificação internacional da Sociedade Internacional de Cefaleias, a cefaleia pode ser primária como no caso da enxaqueca, da cefaleia tipo tensão e da cefaleia em salvas, ou, menos frequentemente, secundária a outras patologias (exp.: traumatismos, infecção, tumor perturbações dos olhos, dentes etc.)<sup>2</sup>. A resolução da cefaleia secundária consiste na identificação e tratamento da patologia subjacente.

### CEFALEIA PRIMÁRIA

#### Características

A mais comum é a cefaleia de tensão, seguida da enxaqueca<sup>2</sup>. As características principais das cefaleias primárias encontram-se resumidas na tabela 1.

#### Avaliação do doente

Dialogar com o doente para caracterizar o tipo de cefaleia (tabela 1). Existem situações em que deve encaminhar-se o doente para consulta médica, tais como<sup>1,3</sup>:

- Mais de metade das crises causam incapacidade para o trabalho ou tarefas diárias;

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DAS CEFALEIAS PRIMÁRIAS<sup>1,2</sup>

Características	
Cefaleia primária	<b>De tensão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Localização bilateral;</li><li>• De carácter em pressão ou aperto (não pulsátil);</li><li>• Duração variável;</li><li>• Intensidade ligeira a moderada;</li><li>• Não agravada por actividade física de rotina;</li><li>• Pode estar associada a dor pericraniana;</li><li>• Em situações crónicas podem ocorrer náuseas ligeiras, fotofobia e fonofobia.</li></ul>
	<b>Enxaqueca</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Localização unilateral;</li><li>• De carácter pulsátil;</li><li>• Duração de 4 a 72 horas;</li><li>• Intensidade moderada a grave;</li><li>• Exacerbação por actividade física rotineira;</li><li>• Associada frequentemente a náuseas, vómitos, anorexia, fotofobia e/ou fonofobia;</li><li>• Pode ser precedida (imediatamente antes do início da cefaleia) por aura (distúrbios visuais, sensoriais e/ou da fala) por vezes acompanhada por parésia (hemiplégica) reversível;</li><li>• Pode ser precedida por sintomas premonitórios (de horas a 1 ou 2 dias antes do início da cefaleia) – fadiga, dificuldade de concentração, rigidez do pescoço, foto ou fonofobia, náuseas, visão enevoada, bocejos e palidez;</li><li>• Predisposição genética.</li></ul>
	<b>Em salvas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Localização estritamente unilateral na região orbitaria, supra-orbitaria, temporal ou em qualquer combinação dessas áreas;</li><li>• Duração de 15 min a 3 horas, desde 1 vez em cada dois dias até 8 vezes por dia;</li><li>• Associada a hiperemia conjuntival, lacrimejo, congestão nasal, rinorreia, sudorose na região frontal e facial, miose, ptose e ou edema palpebral.</li></ul>

## > Perguntas frequentes

### Como proceder com os medicamentos armazenados num frigorífico que avariou? - recomendações.

O frigorífico é o local de armazenamento dos medicamentos que requerem conservação entre os 2 a 8°C. É fundamental controlar o seu bom funcionamento e, por isso, recomenda-se medir e registar pelo menos duas vezes por dia a temperatura do seu interior. Em caso de avaria, este Controlo Diário da Temperatura do Frigorífico permite reduzir o tempo de exposição dos medicamentos a condições inadequadas e descrever com consistência as condições às quais as preparações farmacêuticas foram acidentalmente submetidas. Através da descrição rigorosa da ocorrência o farmacêutico está apto para, de uma forma clara e transparente, solicitar a cada um dos laboratórios responsáveis pela comercialização dos medicamentos a informação de como deve proceder com as embalagens que se encontravam no frigorífico durante a avaria. Este pedido é dirigido a cada laboratório, acompanhado ou não dos registos de Controlo Diário da Temperatura do Frigorífico, e deve contemplar:

- Descrição da ocorrência; duração da avaria, temperaturas registadas.
- Descrição do medicamento: número de código de registo no INFARMED; nome comercial do medicamento; número de lote de fabrico.

Os laboratórios são as entidades que podem responder a esta questão porque possuem as conclusões dos ensaios de estabilidade a que os medicamentos são submetidos no processo de registo do INFARMED. A informação destes ensaios permite avaliar se as condições a que cada lote foi sujeito se encontram dentro dos limites de tolerância que garantem a qualidade do medicamento<sup>1</sup>. Assim, o farmacêutico deverá agir em conformidade com as respostas provenientes dos diferentes laboratórios.

## BIBLIOGRAFIA

1. [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)

**Esta e outras perguntas estão disponíveis para consulta no anfonline.**

- Mais de 20% das crises são acompanhada por vómitos;
- Cefaleia em 15 ou mais dias por mês;
- Existência de sintomas sugestivos de cefaleia secundária tais como o aparecimento súbito da primeira cefaleia após os 50 anos ou em crianças com idade inferior a 7 anos, perda de consciência ou de capacidades mentais, cefaleia acompanhada de rigidez no pescoço, febre, cefaleia que dura há mais de 72 horas e cuja dor se intensifica, dor à volta do olho em doentes com glaucoma ou cefaleia aguda com dor intensa;
- O doente já utilizou dois ou mais analgésicos diferentes sem eficácia no alívio da dor. Caso nenhuma destas situações se verifique, o doente pode recorrer a Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) para o tratamento sintomático da cefaleia.

### Tratamento sintomático

Os MNSRM indicados no tratamento da dor ligeira a moderada da cefaleia de tensão e enxaqueca encontram-se resumidos na tabela 2, não devendo o recurso à automedicação ultrapassar os 10 dias no adulto<sup>1,4</sup>. Os analgésicos referidos na tabela 2 não são de grande utilidade na cefaleia em salvas devido à curta duração de cada episódio<sup>6</sup>.

Os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) para o tratamento sintomático da crise (dor moderada a grave) estão resumidos na tabela 3.

### Profilaxia

As situações em que as cefaleias são frequentes e interferem com a actividade

normal do doente têm indicação para tratamento profilático (tabela 4), que, além de melhorar a qualidade de vida do doente, permite uma utilização esporádica dos analgésicos e evita o estabelecimento de uma situação de cefaleia de exacerbação por uso excessivo de analgésicos.

### Medidas não farmacológicas

As medidas não farmacológicas para prevenir as cefaleias incluem a identificação dos factores desencadeantes (ingestão de certos alimentos na enxaqueca, stresse e alterações do sono na enxaqueca e na cefaleia de tensão, bebidas alcoólicas, hipoxémia das altitudes e medicamentos vasodilatadores na cefaleia em salvas), acupunctura e aprendizagem de técnicas de relaxamento para a enxaqueca e cefaleia de tensão, fisioterapia e correcção da postura para a cefaleia de tensão. Para a cefaleia em salvas intratável podem ser utilizadas medidas não farmacológicas como a lesão do nervo trigémeo para bloquear a aferência nociceptiva e a termocoagulação do gânglio de Gasser<sup>12</sup>.

## CONCLUSÃO

Os principais objectivos no tratamento de um doente que sofre de cefaleias primárias frequentes são o tratamento das crises de forma eficaz, rápida e consistente, restabelecer a capacidade funcional do doente e impedir a ocorrência de novas crises. É necessário educar o doente sobre a sua condição e discutir com ele as opções terapêuticas, prevenindo desta forma a automedicação e o abuso de medicamentos<sup>12</sup>. (Consultar tabelas nas páginas 7 e 8)

## BIBLIOGRAFIA

1. PRAY, W. Steven - Nonprescription Product Therapeutics. 1a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999
2. Classificação Internacional das Cefaleias. 2o ed. Sinapse. 2005;5: Suplemento 1
3. WENZEL, R. G. SARVIS, C. A. KRAUSE, M. L. Over-the-Counter Drugs for Acute Migraine Attacks: Literature Review and Recommendations. Pharmacotherapy. 2003;23(4):494-505.
4. SOARES, Maria Augusta - Medicamentos Não Prescritos Aconselhamento Farmacêutico. 2a ed. Lisboa: Publicações Farmácia Portuguesa, 2002. 2 vol.
5. MILLEA, P. J. BRODIE, J. J. Tension-Type Headache. American Family Physician. 2002;66(5):797-803.
6. CARRUTHERS-CZYZEWSKI, Patrícia - Nonprescription Drug Reference For Health Professionals. 1a ed. Canadá: Canadian Pharmaceutical Association, 1996.
7. Prontuário Terapêutico 5 - Dezembro 2004. 5a ed. Lisboa: INFARMED, 2003.
8. Klasco RK (Ed): DRUGDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado Vol. 124 (Edition expires 06/2005).
9. Sweetman S (Ed), Martindale: The Complete Drug Reference. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado, Vol. 124 (Edition expires 06/2005).
10. FERRONE, M., MOTL, S. Current Pharmacotherapy for the Treatment of Migraine. US Pharmacist. 2003;28(3). Disponível em <http://www.uspharmacist.com>
11. DOWSON, A. J., et al. New Guidelines for the Management of Migraine in Primary Care. Current medical research and opinion. 2002; 18(7):4414-439.
12. MONTEIRO, J. M. P. et al. Recomendações Terapêuticas para Cefaleias. Parte I. Cefaleias Idiopáticas. 2003. Porto. Sociedade Portuguesa de Neurologia e Sociedade Portuguesa de Cefaleias.
13. SNOW, V. Et al. Pharmacologic Management of Acute Attacks of Migraine and prevention of Migraine Headache. Clinical guidelines. Annals of Internal Medicine. 2002; 137(10):840-852.

**TABELA 2: PROPRIEDADES DOS MNSRM PARA TRATAMENTO DA DOR LIGEIRA E MODERADA** <sup>1,3,4,5,8,9</sup>

	Paracetamol	Salicilados	Ibuprofeno e Naproxeno
<b>Posologia (adulto)</b>	0,5 a 1 g por dose, no máximo de 4g/dia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acetilsalicilato de lisina – 0,9 a 1,8 g por dose, no máximo de 7,2 g/dia;</li> <li>• Ácido acetilsalicílico – 0,5 a 1 g por dose, no máximo de 4 g/dia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibuprofeno – 200 a 400 mg por dose, no máximo de 1,2 g/dia;</li> <li>• Naproxeno sódico – 220 mg por dose (correspondente a 200 mg de naproxeno), no máximo de 660 mg/dia.</li> </ul>
<b>Contra-indicações e precauções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidade;</li> <li>• Insuficiência hepática – alcoolismo, hepatites (redução da dose);</li> <li>• Doença de Gilbert;</li> <li>• Insuficiência renal;</li> <li>• Deficiência em glucose-6-fosfato desidrogenase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidade aos salicilados ou outros Anti-inflamatórios Não Esteróides (AINE's);</li> <li>• Asma, polipos nasais, alergias ou broncospasmo associado ao uso de salicilados ou outros AINE's;</li> <li>• Antecedentes de úlcera gastroduodenal ou de hemorragias digestivas;</li> <li>• Consumo crónico de álcool;</li> <li>• História de distúrbios da coagulação;</li> <li>• Insuficiência renal, hepática ou cardíaca;</li> <li>• Último trimestre da gravidez e aleitamento;</li> <li>• Idoso.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de infecção viral em crianças (risco de síndrome de Reye);</li> <li>• Gota;</li> <li>• Diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>• Deficiência em glucose-6-fosfato desidrogenase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e outras doenças auto-imunes.</li> </ul>
<b>Interacções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibacterianos – aumento da toxicidade do cloranfenicol; Isoniazida - aumento do risco de hepatotoxicidade;</li> <li>• Anticoagulantes orais (acenocumarol e varfarina) – risco de hemorragia;</li> <li>• Alcoolismo crónico e fármacos indutores enzimáticos (carbamazepina, fenobarbital, fenitoína e rifampicina) – redução do efeito do paracetamol e hepatotoxicidade;</li> <li>• Bussulfano – aumento da toxicidade do bussulfano;</li> <li>• Lamotrigina – redução da efectividade da lamotrigina;</li> <li>• Zidovudina – neutropenia e aumento da hepatotoxicidade do paracetamol;</li> <li>• Valeriana – aumento do risco de hepatotoxicidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINE's ou corticosteróides - aumento do risco de hemorragia e úlcera gástrica;</li> <li>• Anticoagulantes (acenocumarol, varfarina e heparina), antiagregantes plaquetários (clopidogrel e ticlopidina) e ginkgo biloba – aumento do risco de hemorragia;</li> <li>• Metotrexato – aumento da toxicidade do metotrexato;</li> <li>• Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (exp.: captopril, enalapril e lisinopril) e diuréticos (furosemda e espironolactona) – insuficiência renal aguda e redução do efeito anti-hipertensor;</li> <li>• Digoxina – aumento da concentração plasmática por redução da excreção renal.</li> <li>• Inibidores selectivos de recaptação da serotonina (exp.: fluoxetina, paroxetina e sertralina) – aumento do risco de hemorragia gastrointestinal;</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoagulantes (acenocumarol e varfarina) – aumento do risco de hemorragia;</li> <li>• Álcool – prolongamento do tempo de hemorragia e aumento das lesões na mucosa gastrointestinal;</li> <li>• Ácido valpróico – aumento da toxicidade do ácido valpróico;</li> <li>• Sulfonilureias (glibenclamida, gliclazida, glimepirida e glipizida) – aumento do risco de hipoglicemia;</li> <li>• Insulina – aumento do risco de hipoglicemia devido à acção hipoglicémica do ácido acetilsalicílico;</li> <li>• Antiácidos (hidróxido de magnésio, alumínio e cálcio) – redução da eficácia dos salicilados;</li> <li>• Nitroglicerina – aumento da concentração plasmática da nitroglicerina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lítio – aumento da toxicidade do lítio;</li> <li>• Ciclosporina – aumento da toxicidade da ciclosporina;</li> <li>• Quinolonas (levofloxacina e ofloxacina) – aumento do risco de convulsões em doentes com predisposição;</li> <li>• Tacrolimus – insuficiência renal aguda.</li> </ul>

**FARMÁCIA**  
TÉCNICA

PROPRIEDADE

**anf**

Associação Nacional das Farmácias

PERIODICIDADE: BIMESTRAL  
TIRAGEM: 5.000 EXEMPLARES

[www.anf.pt](http://www.anf.pt)

DIRECTOR  
JOÃO CORDEIRO

SUB-DIRECTORES  
MARIA DA LUZ SEQUEIRA  
LUÍS MATIAS  
DIRECÇÃO TÉCNICA  
ANA NOGUEIRA

COORDENAÇÃO DO PROJECTO  
ROSÁRIO LOURENÇO

EDITOR  
20 anos de influência  
**LPMcom**  
MARKETING INSTITUCIONAL

EDIFÍCIO LISBOA ORIENTE, AV. INFANTE D. HENRIQUE, 333H,  
ESCRITÓRIO 49 • 1800-282 LISBOA  
TELEF. 21 850 81 10 - FAX 21 853 04 26  
EM AIL: IP.M.COM @IP.M.COM.PT

POWERED BY BOSTON MEDIA

TABELA 3: MSRM PARA TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS 7, 12

	Tipo de Cefaleia	Fármacos	Posologia / Via de Administração	Generalidades	
Tratamento sintomático	De tensão	Tizanidina (Miorelaxante central)	6-18 mg/dia por via oral	• Provoca sonolência;	
	Enxaqueca	Triptanos	Almotriptano	6,5 – 12,5 mg por via oral. Pode ser repetido após 2 horas.	• Precauções – em doentes com arritmia, cardiopatia isquémica, AVC isquémico e mulheres grávidas ou a amamentar; • Reacções adversas – náuseas, tonturas, sonolência, astenia, mialgias, xerostomia, peso no pescoço, tórax ou membros, parestesias.
			Naratriptano	2,5 mg por via oral. Pode ser repetido após 4 horas.	
			Rizatriptano	10 mg por via oral. Pode ser repetido após 2 horas.	
			Sumatriptano	50 – 100 mg por via oral. Máximo 300 mg/dia. 20 mg por via intranasal. Pode repetir após 2 horas.	
			Zolmitriptano	6 mg por via subcutânea. Pode repetir passado uma hora. 2,5 – 5 mg por via oral ou intranasal. Pode repetir após 2 horas.	
Enxaqueca	Ergotâmicos	Ergotamina	1 – 2 mg por via oral.	• Precauções – em doentes com enxaqueca hemiplérgica; hipertiroidismo, isquémia cardíaca ou das extremidades, doença hepática ou renal e mulheres grávidas ou a amamentar; • Reacções adversas – gastrintestinais, contracturas musculares, parestesias, isquémia de órgãos.	
		Di-hidroergotamina	1 mg por via intranasal (em Portugal existe apenas formulação oral).		
Em salvas		Oxigenoterapia	100%, 6-12 L/min por via intranasal.	Como para a enxaqueca. Como para a enxaqueca.	
		Ergotamina	1 – 2 mg por via oral.		
		Sumatriptano	6 mg por via subcutânea. Pode repetir passado uma hora.		

TABELA 4: PROFILAXIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS 5, 10, 11, 12, 13

	Tipo de Cefaleia	Fármacos	Generalidades
Tratamento profilático	De tensão	Tri ou tetracíclicos: amitriptilina, imipramina, maprotilina, mianserina e nortriptilina  Inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS): fluoxetina e paroxetina	• Profilaxia indicada quando o n.º de episódios por mês é superior a 15; • Amitriptilina (10 a 100 mg/dia) - existem mais estudos com melhores resultados; • Tem sido utilizada toxina botulínica injectada nos pontos dolorosos.
	Enxaqueca	Bloqueadores beta: propranolol, atenolol, nadolol e metoprolol Antagonistas do cálcio: flunarizina e verapamilo Antidepressores – tricíclicos (amitriptilina) e ISRS (fluoxetina) Anticonvulsivantes: valproato de sódio, topiramato e gabapentina AINEs - naproxeno	• Os bloqueadores beta são de primeira linha em doentes não asmáticos, sem diabetes tipo I, insuficiência cardíaca congestiva ou isquémia periférica; • Profilaxia indicada quando o n.º de episódios por mês é superior a 1; • A duração do tratamento é variável, dependendo da gravidade, frequência e duração das crises; • É recomendável o tratamento por períodos de 3-6 meses, que se podem repetir após intervalos de duração variável. • Naproxeno - profilaxia da enxaqueca menstrual (500 mg 2 vezes por dia, 3 a 7 dias antes do início do fluxo menstrual).
	Em salvas	Ergotamina Verapamilo Carbonato de lítio Corticosteróides: prednisona, dexametasona e metilprednisolona	• Verapamilo (240 a 480 mg/dia) – fármaco de primeira linha; • Carbonato de lítio – monitorização periódica da litiémia.