



# Protocolo Assistencial Pronto Socorro

## **Cefaleia**



## COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade  
Dr. Edgard Ferreira dos Santos  
Dr. Claudio Nazareno  
Especialista Colaborador: Dr. Denis Bichuetti

Dra. Sabrina Bernardez Pereira  
Enfa. Michelle Saad  
Farm. Valéria Fontes

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**CTT:** cefaleia tipo tensional  
**CS:** cefaleia em salvas  
**HCor:** Hospital do Coração  
**HP:** hemicrania paroxística  
**ICHD-3:** International Classification of Headache Disorders  
**NT:** neuralgia trigeminal  
**PS:** Pronto Socorro  
**SNC:** Sistema Nervoso Central  
**TC:** Tomografia computadorizada

## 1. FUNDAMENTOS

A cefaleia é o sintoma mais prevalente na medicina, afetando 95% da população mundial em algum momento durante a vida. Há vários tipos de cefaleias descritas na Classificação Internacional de Cefaleias (The International Headache Classification of the International Headache Society), e o conhecimento de cada uma e de seus critérios diagnósticos é fundamental para a adequada identificação de cada síndrome algica, assim como seu tratamento. A enxaqueca é o tipo de cefaleia primária mais comum, afetando até 30% da população e, destes, 15% podem evoluir com enxaqueca crônica (dor em mais de 15 dias do mês por mais de três meses), e figura entre uma das causas mais prevalentes de absenteísmo laborativo e redução de qualidade de vida.

## 2. PROTOCOLO

### 2.1 Diagnóstico Clínico

A abordagem de um paciente com algia crânio facial deve incluir a anamnese passiva e um inventário ativo de questões sobre estilo de vida, comorbidades psiquiátricas e hábitos de vida, com intenção de se diferenciar uma cefaleia primária (sem lesão estrutural) de secundária e comorbidades relacionadas que podem prejudicar a evolução e tratamento (tabela 1).

**Tabela 1 - Anamnese Dirigida - Exemplo de Questões**

- **Localização da dor**
- **Característica da dor:** pulsátil, em peso, pontada, choque
- **Duração da dor**
- **Frequência:** quantos dias por mês ou semana a pessoa apresenta dor
- **Intensidade:** em cefaléia não se usa a escala analógica de dor, prefere-se a seguinte nomenclatura
  - **Leve:** não atrapalha atividades e não necessita uso de medicação analgésica
  - **Moderada:** incomoda e atrapalha, mas não força a interrupção de atividades; necessita de medicação analgésica
  - **Forte:** força interrupção de atividades e interrompe/impede o sono; demanda uso de medicação
- **Fatores acompanhantes:** fotofobia, fonofobia, osmofobia, náuseas/vômitos, alterações visuais ou motoras, alterações de fala ou linguagem, etc
- **Fatores de alívio:** medicação, isolamento acústico, luz, repouso, etc
- **Fatores desencadeantes, exemplos:** jejum prolongado, algum alimento (cafeína, chocolate, queijos amarelos, molhos enlatados, embutidos), modificação do padrão e qualidade de sono (para mais ou menos), stress físico ou emocional, consumo de cafeína, consumo/frequência de uso de medicações analgésicas, tabagismo.

### Continuação da tabela 1 - Anamnese Dirigida - Exemplo de Questões

- **Fatores que podem estar associados a cefaleia secundária**
  - **Agravo da dor:** piora ao longo de dias a semanas com piora ao decúbito pode significar hipertensão intracraniana
  - Febre e rigidez nucal
  - Início após os 50 anos de idade
  - Cefaleia exclusivamente unilateral, sem alternar lados (“cefaleia fixa”)
  - Sinais ou história de sinusopatia/alergias
  - História com perda de força, sensibilidade, alterações visuais persistentes, declínio cognitivo ou crises epilépticas
  - Refratária ao tratamento habitual
  - Imunossupressão ou neoplasias sistêmicas
  - Cefaléia súbita (ápice de intensidade em até 5 minutos do início): hemorragia subaracnóide

A realização de um exame neurológico e fundo de olho são fundamentais na caracterização de uma cefaleia secundária, pois todas as cefaleias primárias apresentam exame neurológico normal. Além disso, nem toda cefaleia secundária requer a realização de exames complementares, como alguns casos de sinusite bacteriana ou viral e dores musculares cervicais, por exemplo, situações que provocam cefaleias secundárias facialmente identificadas com uma boa história e exame clínico.

Caso identifique-se um dos fatores acima ou alteração no exame neurológico, é recomendável a investigação para causas secundárias descritas abaixo na tabela 2. A investigação deve incluir exame de imagem, ressonância ou tomografia, sempre com contraste e, em casos selecionados, líquido cefalorraquiano, eletroencefalograma, ultrassonografia doppler transcraniano e exames laboratoriais conforme a indicação.

### Tabela 2 - Causas de Cefaleia na Unidade de Emergência

#### Cefaleias primárias

Migrânea  
Cefaleia tensional  
Cefaleia em salvas/hemicrânia paroxística/hemicrânia contínua  
Cefaleia benigna do esforço/cefaleia primária relacionada à atividade sexual

#### Cefaleias secundárias

##### Infecções do SNC

Meningoencefalites (bacteriana, viral, fúngica).  
Abscesso cerebral  
Tromboflebite

##### Doença vascular

Hemorragia subaracnóideia (aneurisma)  
Acidente vascular cerebral isquêmico  
Hematoma intraparenquimatoso  
Hematoma subdural crônico  
Trombose venosa cerebral  
Dissecção de artéria carótida/vertebral

Vasculites/arterite temporal

Síndrome da vasoconstrição cerebral reversível

##### Doenças intracranianas não vasculares

Hidrocefalia  
Hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor)  
Hipotensão intracraniana (ex.: pós-punção líquórica)  
Neoplasias primária/secundária  
Apoplexia pituitária  
Malformação de Arnold Chiari  
Neurite óptica

## Continuação da tabela 2 - Causas de Cefaleia na Unidade de Emergência

### Cefaleias secundárias

#### Alterações metabólico-tóxicas

- Feocromocitoma
- Doença tireoidiana
- Medicamentos/drogas ilícitas
- Síndromes de retirada de medicamentos ou substâncias
- Hipercarbia
- Intoxicação por monóxido de carbono

#### Encefalopatia hipertensiva

#### Trauma craniano

#### Doenças otorrinolaringológico-oftalmológicas (ex.: sinusopatia, glaucoma).

#### Doenças da coluna cervical

#### Doenças sistêmicas (ex.: infecções, IAM)

## 2.2 Cefaleias Primárias

Abaixo se encontram tabelas, retiradas da ICHD3, com os critérios diagnósticos das cefaleias primárias mais comuns. Pacientes que preenchem estes critérios, que apresentam exame neurológico normal e ausência de sinais de alerta acima descritos, não necessitam de exame de imagem para iniciar tratamento.

### Enxaqueca

**A:** Pelo menos cinco episódios preenchendo os critérios de B a D

**B:** Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso)

**C:** A cefaleia tem, pelo menos, duas das quatro características seguintes:

1. Localização unilateral
2. Pulsátil
3. Dor moderada ou grave
4. Agravamento por atividade física de rotina ou seu evitamento (por exemplo, caminhar ou subir escadas).

**D.** Durante a cefaleia, pelo menos, um dos seguintes:

1. Náuseas e/ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia

**E.** Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

### Enxaqueca com aura

Episódios recorrentes, com minutos de duração, unilaterais e completamente reversíveis, de sintomas visuais, sensitivos ou outros atribuíveis ao sistema nervoso central que, geralmente, se desenvolvem gradualmente e, em regra, são seguidos por cefaleias com características de enxaqueca e sintomas associados.

#### **Critérios de diagnóstico:**

**A:** Pelo menos dois episódios preenchem os critérios B e C.

**B:** Um ou mais dos seguintes sintomas de aura, totalmente reversíveis:

1. Visual
2. Sensitivo
3. Fala e/ou linguagem
4. Motor
5. Tronco cerebral
6. Retiniano

**C:** Pelo menos duas das quatro características seguintes:

1. Pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente em 5 ou mais minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente.
2. Cada sintoma individual de aura dura 5 a 60 minutos
3. Pelo menos um sintoma de aura é unilateral
4. A aura é acompanhada, ou seguida em 60 minutos, por cefaleia.

**D:** Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta e foi excluído um acidente isquêmico transitório.

### Cefaleia Tipo Tensional (CTT)

**A:** Pelo menos 10 episódios de cefaleias ocorrendo em < 1 dia por mês em média (< 12 dias por ano) preenchendo critérios B a D

**B:** duração 30 minutos a 7 dias

**C:** pelo menos 2 dos 4 seguintes:

1. Dor em aperto ou pressão (não pulsátil)
2. Localização bilateral
3. Não é agravada por atividade física de rotina
4. Intensidade leve a moderada

**D:** Acompanha-se dos seguintes aspectos:

1. Ausência de náusea e vômitos, pode apresentar anorexia
2. Presença de fotofobia ou fonofobia.

**E:** outra causa não justifica a dor

### Neuralgia trigeminal (NT)

**A:** Crises paroxísticas de dor que duram de uma fração de segundo a dois minutos, afetando uma ou mais divisões do nervo trigêmio e preenchendo os critérios B e C.

**B:** A dor tem pelo menos uma das seguintes características:

1. Intensa, aguda, superficial ou em pontadas.
2. Desencadeada por fatores ou áreas de gatilho

**C:** Crises estereotipadas para cada paciente

**D:** Sem evidência clínica de déficit neurológico

**E:** outra causa não justifica a dor

### Cefaleia em Salvas (CS)

**A:** Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D.

**B:** Dor forte ou muito forte, unilateral, supraorbitária e/ou temporal com duração de 15-180 minutos (quando não tratada).

**C:** Um dos dois ou ambos os seguintes:

1. Pelo menos um dos seguintes sintomas ou sinais ipsilaterais à cefaleia:

- a) hiperemia conjuntival /ou lacrimejo
- b) congestão nasal ou rinorreia
- c) edema da pálpebra
- d) sudorese facial e da região frontal
- e) rubor facial e da região frontal
- f) sensação de ouvido cheio
- g) miose e/ou ptose

2. Sensação de inquietação ou agitação

**D:** As crises têm uma frequência de uma, em cada dois dias, a oito por dia, durante mais de metade do tempo em que a perturbação está ativa.

**E:** Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

### Hemicrania paroxística (HP)

**A:** Pelo menos 20 crises que cumpram os critérios de B a E.

**B:** Dor grave, unilateral orbitária, supraorbitária e/ou temporal com duração de 2 a 30 minutos

**C:** Pelo menos, um dos seguintes sintomas ou sinais ipsilaterais à dor:

1. Hiperemia conjuntival e/ou lacrimejo
2. Congestão nasal e/ou rinorreia
3. Edema da pálpebra
4. Sudorese facial e da fronte
5. Rubor facial e da região frontal
6. Sensação de ouvido cheio
7. Miose e/ou ptose

**D:** As crises tem uma frequência superior a 5 por dia, mais de metade do tempo.

**E:** As crises previnem-se de forma absoluta por doses terapêuticas de indometacina

**F:** Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

### ATENÇÃO:

- Todas as situações acima podem apresentar-se de forma episódica ou crônica, definida por frequência maior que 15 dias no mês, por três meses.
- Deve-se também identificar o abuso de analgésicos, definido pelo consumo de mais de 10 doses de triptano ou ergotamínico/mês, ou mais do que 15 doses analgésicos comum/mês, no caso de dores muito frequentes.
- Alguns pacientes podem apresentar duas ou mais formas distintas de cefaleia, e cada uma delas devem ter sua história e tratamento individualizados.
- Alguns fatores estão associados à cronificação de cefaleias primárias, como idade (mais jovens), sexo feminino, obesidade, depressão e ansiedade.

### 2.3 Cefaleias Secundárias

- Critérios de diagnóstico gerais para as cefaleias secundárias:

**A:** Qualquer cefaleia preenchendo o critério C.

**B:** Foi diagnosticada outra perturbação cientificamente documentada como podendo causar cefaleias.

**C:** Evidência de causalidade demonstrada por, pelo menos, dois dos seguintes.

1. A cefaleia desenvolveu-se em relação temporal com o início da presumida perturbação causal

2. Um ou dois dos seguintes:

a) a cefaleia piorou significativamente em paralelo com o agravamento da presumida perturbação causal

b) a cefaleia melhorou significativamente em paralelo com a melhoria da presumida perturbação causal

3. A cefaleia tem as características típicas da perturbação causal

4. Existe outra evidência de causalidade

**D:** Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

### 2.4 Diagnóstico Complementar

#### Tomografia de crânio

##### **Tomografia de crânio, na suspeita de uma cefaleia secundária:**

*Critério maior para indicação de TC de crânio:*

- Associada a exame neurológico alterado
- Progressiva que piora com decúbito com ou sem náuseas
  - Sintomas de hipertensão intracraniana
- Súbita (ápice de intensidade em 5 minutos)
  - Hemorragia subaracnóide
- Associada a febre e rigidez de nuca (sem foco definido)
- HIV do inglês Human Immunodeficiency Virus ou Imunodeficiência Humana ou imunossupressão

*Critérios menores para indicação de TC de crânio (avaliar caso-a-caso)*

- Início tardio (>50 anos)
  - Neoplasias
  - Hematoma subdural
  - Meningites crônicas
  - Arterite temporal
- Características preocupantes
  - Refratária ao tratamento habitual
  - Unilateral e fixa
  - Cefaleia "nova" e piora da vida
  - Comprometimento clínico



## Coleta de Líquor

Líquor, na suspeita de meningites ou encefalite. Pacientes com cefaleia súbita e tomografia de crânio normal devem também realizar exame de líquor para se descartar hemorragia subaracnóide.

*Critérios para realizar tomografia de crânio antes de punção líquórica na suspeita de meningite:*

- Exame neurológico alterado
- Crise epiléptica associada
- Traumatismo crânio encefálico
- Imunossupressão
- Dor subaguda ou crônica

*Contraindicações de punção líquórica*

- Distúrbios da coagulação, uso de anticoagulante com RNI > 1,7 e < 50.000 plaquetas
- Hidrocefalia obstrutiva
- Lesão intracraniana com desvio de linha média.

\*Casos agudos sem sinais de alerta não precisam de tomografia computadorizada antes de LCR.

## 3. TRATAMENTO

Após a adequada identificação do tipo de cefaleia, faz-se necessário orientar o tratamento abortivo da crise (tabelas 3-6), assim como a adequada identificação de candidatos ao tratamento preventivo. Recomenda-se tratamento preventivo naqueles que apresentem cefaleias crônicas (três ou mais crises fortes por mês ou crise única prolongada e incapacitante). A intenção da terapia preventiva é de reduzir a intensidade e frequência de crises, deve-se sempre iniciar com monoterapia e incrementar até dose máxima antes de trocar e classe ou medicação. Vale lembrar que se recomenda um intervalo de 30 a 60 dias para se avaliar a eficácia de um determinado medicamento ou dose, antes de se pensar em trocá-lo.

### OBSERVE:

- Atenção a reações de hipersensibilidade e história prévia de reação a todos os pacientes.
- Opióide não é recomendado para tratamento de cefaleia.

## Tabela 3 - Medicações usadas no tratamento da enxaqueca

- Em 100 mL SF
  - Dipirona (Novalgina®) 1 a 2 g
  - Cetoprofeno (Profenid®) 100mg ou Trometamol Cetorolaco (Toragesic®) 30 mg
  - Metoclopramida (Plasil®) ou Dimenidrinato (Dramin®)
  - Dexametasona (Decadron®) 10 mg (se dor > 48h)
- Clorpromazina (Amplictil®)
  - Bolus lento: 0,1 mg/kg
  - Em 30 min: 0,7 mg/kg

### Opções:

**1. Rizatriptana (Maxalt®) comp. 10 mg** via oral, repetir após 2 h, se não atingir melhora de pelo menos 50%.

**Uso apenas para enxaqueca.**

**Contraindicação:** doença coronariana, cardiopatia ou arritmia e uso de ergotamínico no mesmo dia.

### Continuação da tabela 3 - Medicções usadas no tratamento da ENXAQUECA

**2. Sumatriptana (Sumax®)** ampola subcutânea 6 mg: 10,5 ml dose única.

**Uso apenas para enxaqueca.**

**Contraindicação:** doença coronariana, cardiopatia ou arritmia e uso de ergotamínico no mesmo dia.

### Tabela 4 - Medicções usadas no tratamento da CEFALIA TIPO TENSIONAL

• **Em 100mL SF**

- Dipirona (Novalgina®) 1 a 2g
- Trometamol Cetorolaco (Toragesic®) 30 mg

• **Relaxante muscular**

- Ticolchicosídeo (Coltrax®) 4 mg IM
- Benzodiazepínico
  - Clonazepam (Rivotril®) 0,3-0,5 mg VO
  - Alprazolam (Frontal®) 0,25-0,5 mg VO

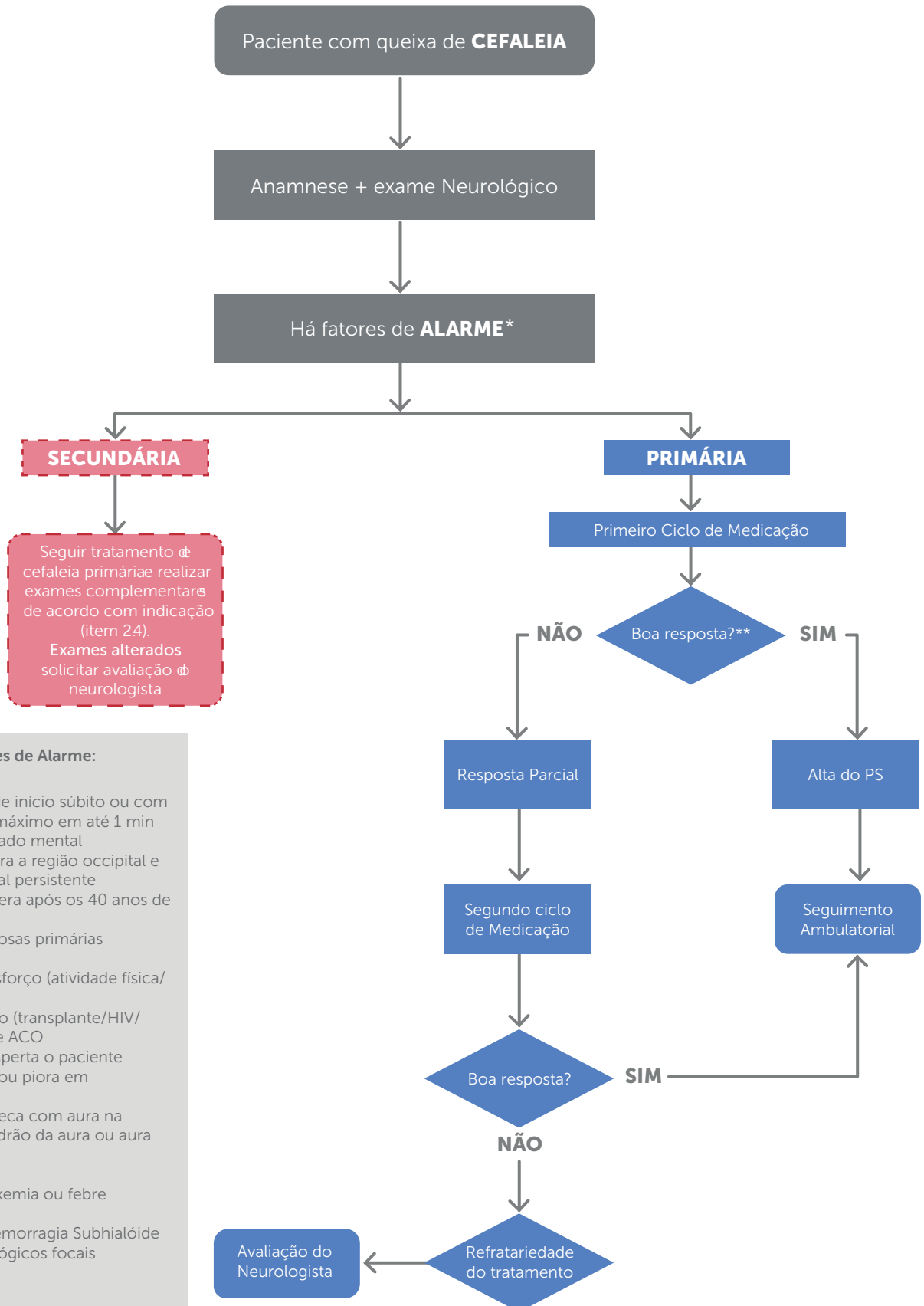
### Tabela 5 - Medicções usadas no tratamento da NEURALGIA DO TRIGÊMEO

**Fenitoína (Hidantal®)** 5 a 10 mg/kg em 100 ml SF 0,9% a 20 mg/min

### Tabela 6 - Medicções usadas no tratamento da CEFALIA EM SALVA

**Oxigênio** a 10 L/min em máscara por 10 a 15 minutos

### 3.1 Fluxograma de Atendimento à Cefaleia no PS



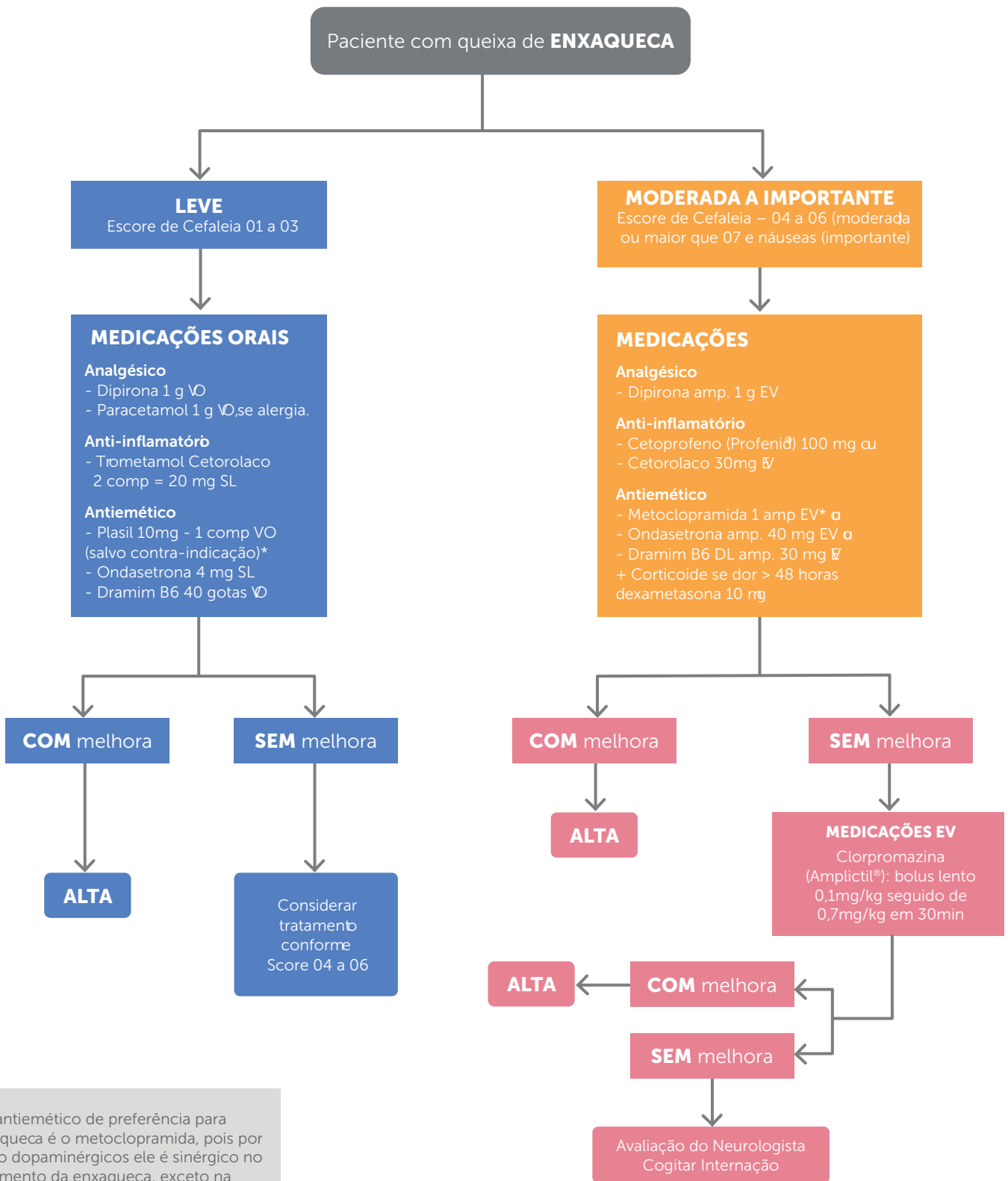
**\* Fatores de Alarme:**

- Dor de cabeça de início súbito ou com intensidade de máximo em até 1 min
- Alteração de estado mental
- Dor irradiando para a região occipital e cervical unilateral persistente
- Primeira dor severa após os 40 anos de idade
- Doenças infecciosas primárias coexistentes
- Início durante esforço (atividade física/sexual/valsava)
- Imunossupressão (transplante/HIV/câncer) e uso de ACO
- Cefaleia que desperta o paciente durante a noite ou piora em decúbito dorsal
- Caso de enxaqueca com aura na mudança do padrão da aura ou aura prolongada > 1h
- Meningismo
- Aparência de toxemia ou febre (mesmo baixa)
- Papiledema / Hemorragia Subialóide
- 13. Sinais neurológicos focais

**\*\*Boa resposta:**

Melhora de pelo menos 50% dentro das primeiras duas horas do início do tratamento.

**3.2 Fluxograma de tratamento à Enxaqueca no PS**



\* O antiemético de preferência para enxaqueca é o metoclopramida, pois por efeito dopaminérgicos ele é sinérgico no tratamento da enxaqueca, exceto na existência de efeitos colaterais prévios.  
 \*\* se enxaqueca com dor importante – opção do uso de Rizatriptana (Maxalt®) comp. 10mg via oral ou clorpromazina. Se vomito, Sumatriptana (Sumax®) 6mg: 10,5ml dose única subcutânea  
**ATENÇÃO para as contra-indicações**

## 4. QUANDO CHAMAR O ESPECIALISTA?

Na vigência de exame neurológico e exame complementar alterado, de acordo com etiologia identificada (neurologista, neurocirurgião, otorrino, oftalmo ou outro). Caso paciente não apresente pelo menos 50% de melhora após 2h de uso de medicação adequada na dose correta.

### 4.1 Critérios de Alta

O paciente poderá ter recomendação de alta médica quando atingir pelo menos 50% de melhora da intensidade de dor ou melhora dos sintomas após 2 h de medicação.

Para aqueles pacientes com mais de 48h de dor, recomenda-se a alta com prescrição de um anti-inflamatório:

#### Prescrição de Anti-inflamatório

**1ª opção:** Naproxeno 550mg (FLANAX® 550mg) 12/12 h ou 8/8h por 3 dias OU

**2ª opção:** Ibuprofeno 400mg (DALSY®) 12/12h ou 8/8h por 3 dias OU

**3ª opção:** Trometamol Cetorolaco (TORAGESIC®) 10mg 8/8h por 3 dias OU

**4ª opção:** Paracetamol 500mg (TYLENOL®) 2cp 8/8h por 3 dias se alérgico a AINH -

Não exceda o total de 4 g em 24 horas.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalgia. 2013 Jul; 33(9):629-808.
2. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o Tratamento da crise migranosa. Comitê AD Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Arq. Neuropsiquiatria 2000; 58(2-A): 371-389.
3. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o Tratamento profilático migrante. Comitê AD Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Arq. Neuropsiquiatria 2002; 60(1): 159-169.
4. Dynamic optimization of chronic migraine treatment. Current and future options. Ninan T. Mathew. NEUROLOGY 2009; 72 ( Suppl 1): S14 – S20
5. Therapy of primary headaches: the role of antidepressants. B. Colombo P.O.L. Annovazzi G. Comi. Neurol Sci (2004) 25:S171–S175.
6. The preventive treatment of migraine. Bigal ME, Lipton RB. Neurologist. 2006 Jul; 12(4):204-13.
7. Sanvito WL, Monzillo PH. Cefaleias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 437-448, 1997.





**Responsável Técnico**

Dr. Luiz Carlos V. de Andrade – CRM 48277



Organization Accredited  
by Joint Commission International



Associação Beneficente Síria

HCor – Hospital do Coração/Diagnóstico – Unidade Paraíso: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP

HCor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP

HCor Diagnóstico – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP

HCor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP

HCor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-socorro: (11) 3889-9944

[www.hcor.com.br](http://www.hcor.com.br)