



hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Protocolo de 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 nuchal
- 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 subaracnóidea (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 preencham 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 trigêmeo 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 frente
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 - Medicções 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 CEFALeia TIPO TENSIONAL

• Em 100mL SF

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

• Relaxante muscular

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

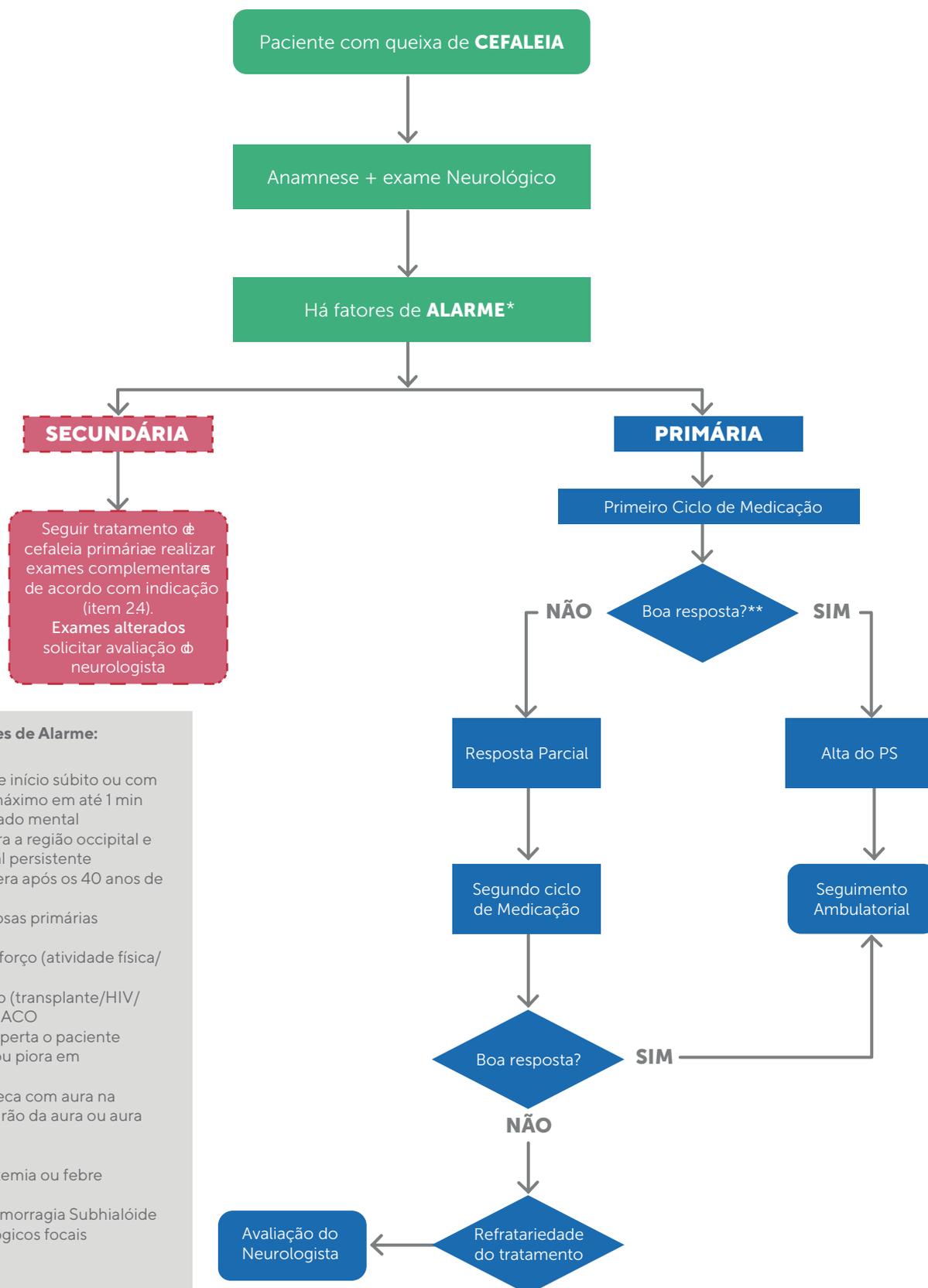
Tabela 5 - Medicções usadas no tratamento da NEURALGIA DO TRIGÊMEO

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

Tabela 6 - Medicções usadas no tratamento da CEFALeia EM SALVA

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

3.1 Fluxograma de Atendimento à Cefaleia no PS



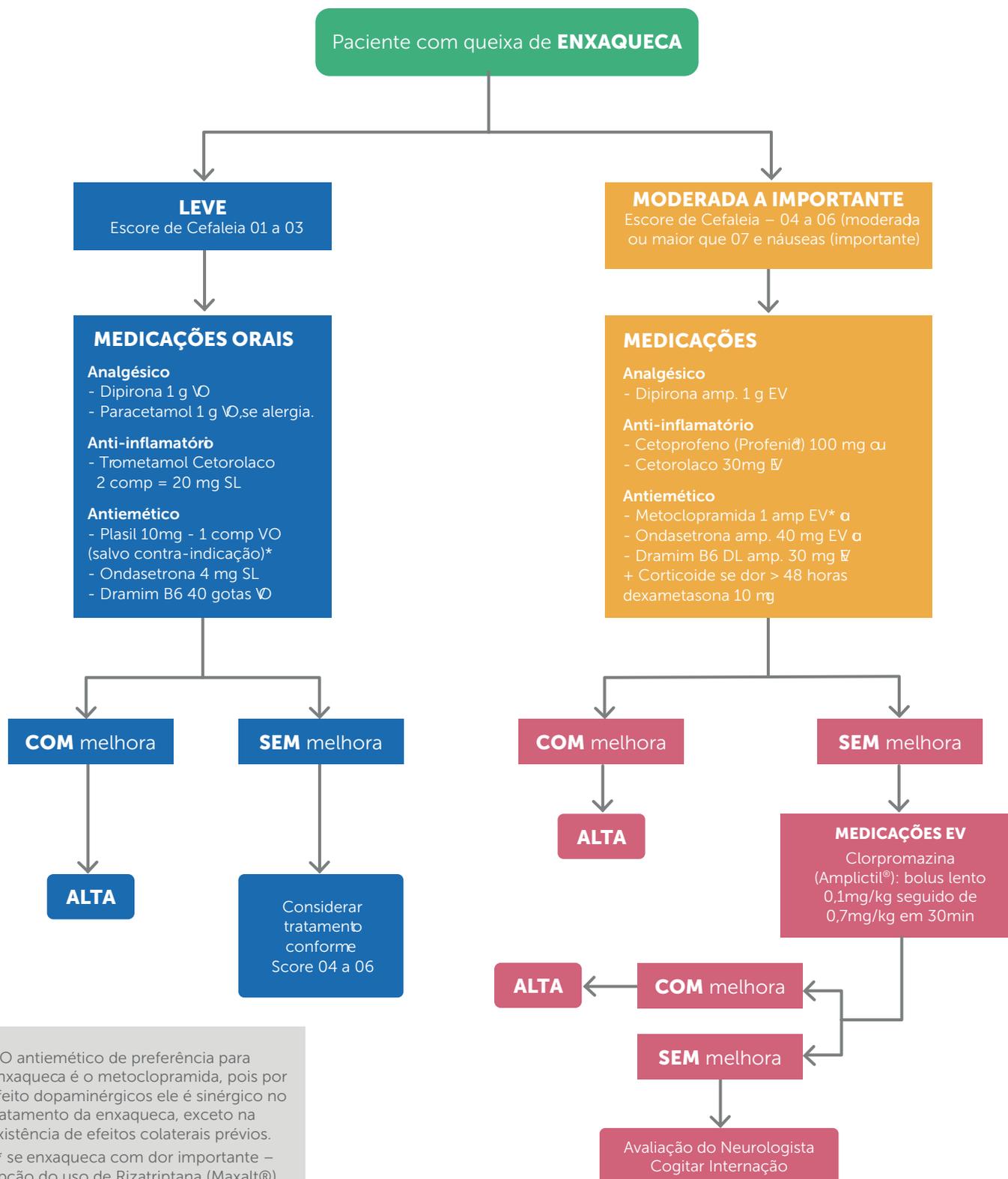
*** Fatores de Alarme:**

- Dor de cabeça de início súbito ou com intensidade de máximo em até 1 min
- Alteração de estado mental
- Dor irradiando pra 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 dopaminérgico 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 vômito, 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). Cephalalgia. 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 primarias: aspectos clínicos e terapêuticos. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 437-448, 1997.

Responsável Técnico
Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM 204962



Organization Accredited
by Joint Commission International

hcor

**ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA**

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica - Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 - São Paulo - SP
Hcor - Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 - São Paulo - SP
Hcor Medicina Diagnóstica - 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
hcor.com.br