



Aline Karen Sonda

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM
CEFALÉIA NA EMERGÊNCIA

ASSISTANCE PROTOCOL FOR EVALUATION OF PACIENTS WITH
HEADACHES IN THE EMERGENCY

Santa Maria, RS

2020

Aline Karen Sonda

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM
CEFALÉIA NA EMERGÊNCIA
ASSISTANCE PROTOCOL FOR EVALUATION OF PATIENTS WITH
HEADACHES IN THE EMERGENCY**

Projeto do trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, com a finalidade de obtenção da aprovação do Trabalho Final de Graduação II.

Orientador: Juliana Oliveira Freitas Silveira

Santa Maria, RS

2020

RESUMO

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM CEFALÉIA NA EMERGÊNCIA

AUTORA: Aline Karen Sonda
ORIENTADORA: Juliana Oliveira Freitas Silveira

A prevalência de cefaleia é demasiadamente alta na maioria dos serviços de emergência do país e do mundo, sendo considerada a principal queixa nos ambulatórios de neurologia. Diante dessa prevalência, estabelecer a distinção entre as cefaleias primárias e secundárias na emergência economiza gastos com medicações e exames desnecessários, tempo de diagnóstico e atenua-se a dor do usuário do serviço. Desse modo, é de grande proveito à equipe de saúde, a formulação de uma ferramenta simples, para auxiliar no diagnóstico das cefaleias, diminuindo custos dos serviços de saúde e aumentando a qualidade de vida dos pacientes. Assim, o objetivo deste trabalho, elaborado a partir de uma revisão da literatura, é formular um protocolo assistencial a ser utilizado como um instrumento no atendimento de pacientes com cefaleia que procuram o serviço de emergência.

Palavras-chave: Cefaleia. Protocolo. Emergência.

ABSTRACT

ASSISTANCE PROTOCOL FOR EVALUATION OF PATIENTS WITH HEADACHES IN THE EMERGENCY

AUTHOR: Aline Karen Sonda
ADVISOR: Juliana Oliveira Freitas Silveira

The prevalence of headache is too high in most emergency services in the country and the world, being considered the main complaint in neurology outpatients. Given this prevalence, distinguishing between primary and secondary headaches in the emergency department saves expenses with unnecessary medications and exams, diagnostic time and reduces the pain of the user of the service. Thus, it is of great benefit to the health care team to formulate a simple tool to assist in the diagnosis of headaches, reducing health care costs and increasing the quality of life of patients. Thus, the objective of this work, prepared from a literature review, is to formulate an assistance protocol to be used as a tool in the care of patients with headaches who seek the emergency service.

Key words: Cephalaea. Protocol. Emergency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
1.1. Justificativa	07
1.2 Objetivos	07
1.2.1 Objetivos gerais.....	07
1.2.2 Objetivos específicos	08
2. METODOLOGIA	08
2.1 Busca e avaliação da literatura	08
3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE	08
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	09
4.1 Critério de inclusão.....	09
4.2 Critério de exclusão.....	09
5. CASOS ESPECIAIS	09
6. REFERENCIAL TEÓRICO	09
6.1 Diagnóstico	09
6.1.1 Cefaleias primárias.....	10
6.1.2 Cefaleias secundárias.....	15
6.1.3 Diferenciação entre cefaleias primárias e secundárias.....	16
6.2 Exames complementares	18
6.3 Tratamento da crise migrânea	19
6.4 Tratamento da crise de cefaleia em salvas	25
6.5 Monitorização e acompanhamento pós alta da emergência	25
7. FLUXOGRAMA	27
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	28

1 INTRODUÇÃO

Uma vez que a cefaleia está entre as quatro principais causas na demanda de atendimento médico na urgência nos Estados Unidos, o diagnóstico da equipe de saúde atuante no serviço deve ser realizado com rigor, de modo que, se equivocado, oferece risco à vida do paciente (TABATABAI; SWADRON, 2016).

A cefaleia é um sintoma extremamente comum e recorrente nos atendimentos médicos de urgência do Brasil (4,5%). É considerado, também, a terceira queixa mais frequente (10,3%) nos ambulatórios de clínica médica e a principal causa de procura por atendimentos nos ambulatórios de neurologia (SPECIALI et al., 2018). Algumas cefaleias são periódicas e no decorrer da vida, 95% dos homens e 99% das mulheres experimentarão no mínimo um evento (DA SILVA et al., 2012). Tal sintoma, além de ser custoso para os serviços de emergência, tem grande influência na qualidade de vida do paciente e seus familiares, uma vez que pode ser incapacitante (SPECIALI; FLEMING; FORTINI, 2016).

Uma vez que as cefaleias variam amplamente de acordo com a intensidade e a frequência da dor, a recorrência dos tipos diagnosticados em âmbito de emergência revela-se desigual quando comparado à observada na comunidade. Ou seja, mesmo que a cefaleia tensional predomine na população em geral, em centros de emergência há prevalência da migrânea, visto que esta é mais incapacitante (DA SILVA et al., 2012). Nesse contexto, existem dois tipos de cefaleia: primária e secundária. Entre as cefaleias primárias, destacam-se a migrânea (enxaqueca), a cefaleia tensional e a cefaleia em salvas. (VINCENT; WANG, 2018).

As cefaleias primárias possuem sua frequência amplamente diversificada. São consideradas doenças das quais são o sintoma predominante, todavia não sendo um único evento. Ou seja, são episódios periódicos de dor de cabeça em que tal sintoma é apontado como a própria doença (ex.: migrânea, cefaleia do tipo tensional e em salvas) (VINCENT; WANG, 2018).

As cefaleias secundárias são consideradas sintomas de outra doença associada à uma patologia causal subjacente (ex: cefaleia atribuída a trauma, infecção ou a transtorno intracraniano não vascular). Desse modo, discernir entre as cefaleias citadas é de extrema importância, uma vez que, a cefaleia secundária tem risco de

relacionar-se com patologias graves e fatais (VINCENT; WANG, 2018). Assim, durante o atendimento do paciente com cefaleia, a equipe médica deve distanciar as causas que põem a vida em risco, diferenciando as cefaleias primárias das secundárias e avaliando os sinais de alerta, por meio da anamnese e do exame físico.

Dessa forma, desenvolver uma ferramenta capaz de auxiliar o médico de maneira confiável no reconhecimento, manejo e qualificação das cefaleias em ambiente de emergência torna-se favorável não somente ao profissional, mas também ao paciente e à instituição de saúde, reduzindo gastos.

1.1. Justificativa

Em média, a prevalência de cefaleia no Brasil durante 1 ano é de 70,6% (QUEIROZ; SILVA JUNIOR, 2015). Nos Estados Unidos, a cefaleia é a quarta causa (cerca de 3%) de atendimento em emergências. A maior parte dos usuários atendidos em unidade de emergência em decorrência da dor de cabeça sofre de um distúrbio de cefaleia do tipo primária (DORETTI et al., 2019). Diante de tal prevalência, a finalidade do diagnóstico correto da cefaleia na urgência e na distinção entre a cefaleia primária e secundária, está focada na atenuação da dor e na avaliação das causas secundárias, as quais tem envolvimento de distúrbios adjacentes que tem a capacidade de promover desfechos graves ou até mesmo fatais ao paciente (TABATABAI; SWADRON, 2016).

Nesse sentido, tal protocolo possibilita ao médico e à equipe de saúde, em ambiente de emergência, diferenciar as cefaleias e, dessa forma, garantir o tratamento adequado ao paciente atenuando, assim, as possibilidades de equívocos, resultados danosos e otimizar o atendimento na emergência.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Este protocolo assistencial tem como objetivo orientar a investigação e condução do atendimento de cefaleia na emergência como uma ferramenta ampla que possibilite o seu uso comum, simplificando o diagnóstico das cefaleias e auxiliando no tratamento adequado.

1.2.2 Objetivos específicos

- Diferenciar cefaleia primária de secundária na urgência
- Identificar os critérios para classificação das cefaleias
- Reconhecer os sinais de alarme nas cefaleias
- A partir de um embasamento teórico, formular um protocolo assistencial de avaliação de pacientes com cefaleia na urgência de modo que este seja comum aos atendimentos.

2. METODOLOGIA

2.1 Busca e avaliação da literatura

A realização do presente Protocolo Assistencial foi através de levantamentos bibliográficos durante os meses de outubro e novembro de 2019, por meio de consulta de artigos científicos, a qual foi feita na base de dados no site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, na leitura da 3ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias - The International Classification of Headache Disorders – 3rd ed. (2018) ICHD-3, na plataforma Scielo - Biblioteca Eletrônica Científica, no site da Sociedade Brasileira de Cefaleia - <https://sbcefaleia.com.br/index.php>, no livro Current Medical Diagnosis and Treatment 2020 e no livro Medicina Interna de Harrison – 19 edição. Nas plataformas descritas, priorizou-se artigos publicados nos últimos 20 anos. A pesquisa para tal bibliografia contou com as seguintes palavras – chave: Headache disorders, epidemiology, emergency department, headache classification e migraine treatment.

3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

R51: Cefaleia

G430: Enxaqueca sem aura

G431: Enxaqueca com aura

G442: Cefaleia tensional

G440: Outras cefaleias especificadas

4. CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.1 Critérios de inclusão

O protocolo contemplará pacientes adultos ou idosos que apresentarem cefaleia e necessitam de atendimento em unidade de emergência.

4.2 Critérios de exclusão

O protocolo é direcionado aos pacientes na faixa etária adulta e aos idosos. Estão excluídos pacientes da faixa etária pediátrica (menor de 18 anos), gestantes e portadores de doenças crônicas com necessidade de ajuste de doses farmacológicas.

5. CASOS ESPECIAIS

Este protocolo não se aplica a casos especiais de atendimento.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Diagnóstico

Uma vez que a cefaleia é capaz de ocorrer por múltiplos distúrbios e é classificada como queixa comum e rotineira nos serviços de saúde, o seu diagnóstico pode tornar-se dificultoso. Dessa forma, o desafio das equipes que recebem o paciente inicialmente é avaliar se a cefaleia ocasiona risco de morte e, como consequência, exige tratamento imediato (CHOU, 2018).

O diagnóstico baseia-se na anamnese cuidadosa, se for possível, e nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, a fim de diferenciar a cefaleia em primária ou secundária (CHOU, 2018).

Uma cefaleia nova ou de característica distinta das que o paciente teve ao longo da vida tem maior probabilidade de ser proveniente de algo potencialmente grave. Ao iniciar o diagnóstico de um paciente que vem ao serviço de saúde com cefaleia é indispensável distinguir entre um distúrbio benigno (geralmente uma dor de cabeça primária) e uma condição grave (causando, geralmente uma cefaleia secundária) (CHOU, 2018).

Múltiplas estruturas vasculares, infecciosas, inflamatórias e causas traumáticas de cefaleia são destacadas e atribuídas a uma cefaleia potencialmente fatal, a qual pode ser identificada avaliando sinais de alerta durante a história e o exame do paciente (CHOU, 2018).

6.1.1 Cefaleias primárias

1. **Migrânea (enxaqueca)** – A prevalência da migrânea no Brasil é de 15,8% (QUEIROZ; SILVA JUNIOR, 2015). Contudo, tal tipo de cefaleia é altamente incapacitante, uma vez que tal padrão de cefaleia é caracteristicamente de forte intensidade (QUEIROZ; SILVA JUNIOR, 2015).

As causas que levam o paciente a desenvolver crises de migrânea são diversas, as principais são: estresse, o qual promove uma sobrecarga ao organismo, consumo excessivo de cafeína, sedentarismo, sono irregular e alimentação, seja em grande volume ou até mesmo a qualidade do alimento podem agravar a crise (ENXAQUECA, 2020).

A migraena pode ser classificada em dois tipos principais: com e sem aura, a qual é qualificada como um conjunto de sintomas neurológicos reversíveis que ocorrem normalmente antes da cefaleia propriamente dita, sendo a aura visual a mais prevalente (90% dos casos) (VINCENT; WANG, 2018).

- *Migranea sem aura*: Tal enxaqueca é classificada como periódica mostrando-se em crises que podem prolongar-se por até 72 horas com determinadas características como: unilateral, pulsátil, moderada ou forte intensidade, relacionada à atividade física, náusea, fotofobia e fonofobia (VINCENT; WANG, 2018). Os critérios diagnósticos da migrânea sem aura estão descritos no quadro 1:

Quadro 1 – Critérios diagnósticos da migrânea sem aura

A. Ao menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D
B. Crises de cefaleia durando 4-72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)

<p>C. A cefaleia possui ao menos duas das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. localização unilateral 2. caráter pulsátil 3. intensidade da dor moderada ou forte 4. exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escadas)
<p>D. Durante a cefaleia, ao menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. náusea e/ou vômito 2. fotofobia e fonofobia
<p>E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.</p>

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Vincent (2018)

- *Migrânea com aura*: Os pacientes que experimentam a enxaqueca com aura relatam certa dificuldade em descrever seus sintomas. Contudo, segundo Vincent (2018), a migrânea com aura é classificada com crises regulares de sintomas unilaterais visuais, sensoriais ou neurológicos frequentemente prévios à crise da enxaqueca propriamente dita. O quadro 2 apresenta os critérios diagnósticos da migrânea com aura:

Quadro 2 – Critérios diagnósticos da migrânea com aura

<p>A. Ao menos duas crises preenchendo os critérios B e C</p>
<p>B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura plenamente reversíveis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. visual 2. sensorial 3. fala e/ou linguagem 4. motor 5. tronco cerebral 6. retiniano
<p>C. Ao menos três das seis seguintes características:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. ao menos um sintoma de aura alastra-se gradualmente por ≥ 5 minutos 2. dois ou mais sintomas de aura ocorrem em sucessão 3. cada sintoma de aura individual dura 5-60 minutos 4. ao menos um sintoma de aura é unilateral 5. ao menos um sintoma de aura é positivo 6. a aura é acompanhada, ou seguida dentro de 60 minutos, por cefaleia
D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Vincent (2018)

Entre as três principais formas de aura, a visual frequentemente tem manifestação em espectro em fortificação, escotomas e sintomas visuais bilaterais. A aura sensorial rotineiramente aparece em forma de parestesia e a aura relacionada a fala dá-se em forma de afasia (VINCENT; WANG, 2018).

2. Cefaleia tensional – Tal cefaleia é muito habitual na rotina da população em geral. Variando entre 30% a 78% de prevalência entre diferentes estudos, tal dor encontra-se na primeira posição de frequência entre as cefaleias. São classificadas em: cefaleia tensional episódica infrequente, a qual é caracterizada por menos de uma crise por mês e que tem ocorrência na maioria da população e cefaleia tensional episódica frequente, a qual é associada à incapacidade considerável (VINCENT; WANG, 2018).

- *Cefaleia tensional episódica infrequente*: é classificada por eventos pontuais, normalmente bilaterais, com percepção em pressão ou aperto, com característica fraca ou moderada da dor e com período de minutos a dias. Ademais, diferente da migraena, não tem conexão com náusea, no entanto fotofobia ou fonofobia podem se manifestar (VINCENT; WANG, 2018). O quadro 3 mostra os critérios diagnósticos para a cefaleia tensional episódica infrequente:

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para a cefaleia tensional episódica infrequente

A. Ao menos 10 episódios de cefaleia ocorrendo em <1 dia/mês em média (<12 dias/ano) e preenchendo os critérios B-D
B. Duração de 30 minutos a sete dias
C. Ao menos duas das quatro seguintes características: 1. localização bilateral 2. qualidade em pressão ou aperto (não pulsátil) 3. intensidade fraca ou moderada 4. não agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas
D. Ambos os seguintes: 1. ausência de náusea ou vômitos 2. fotofobia ou fonofobia (apenas uma delas pode estar presente)
E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Vincent (2018)

- *Cefaleia tensional episódica frequente* - é classificada por eventos pontuais, normalmente bilaterais, com percepção em pressão ou aperto, com característica fraca ou moderada da dor e com período de minutos a dias. Ademais, diferente da migraena, não tem conexão com náusea, no entanto fotofobia ou fonofobia podem se manifestar (VINCENT; WANG, 2018). O quadro 4 mostra os critérios diagnósticos para a cefaleia do tipo tensão episódica frequente:

Quadro 4 - Cefaleia tensional episódica frequente

A. Ao menos 10 episódios de cefaleia ocorrendo em média em 1-14 dias/mês por > 3 meses (≥ 12 e <180 dias por ano) e preenchendo os critérios B-D
B. Duração de 30 minutos a sete dias
C. Ao menos duas das seguintes quatro características: 1. localização bilateral 2. qualidade em pressão ou aperto (não pulsátil) 3. intensidade fraca ou moderada

4. não agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas
D. Ambos os seguintes: 1. ausência de náusea ou vômitos 2. fotofobia ou fonofobia (apenas uma delas pode estar presente)
E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Vincent (2018)

- 3. Cefaleia em salvas** – Exclusivamente unilateral forte, tal cefaleia tem duração entre 15 a 180 minutos podendo ocorrer em dias intermitentes ou diariamente (com máximo de oito episódios por dia). As regiões afetadas podem ser: orbital, supraorbital, temporal ou associações de tais faixas de dor. Além disso, a dor está relacionada à outros sintomas como: injeção conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia, sudorese frontal e facial, miose, ptose e/ ou edema palpebral, ipsilaterais à dor, e/ou a inquietude ou agitação (VINCENT; WANG, 2018). O quadro 5 mostra os Critérios diagnósticos da Cefaleia em salvas:

Quadro 5 - Critérios diagnósticos da cefaleia em salvas

A. Ao menos cinco crises preenchendo os critérios B-D
B. Dor forte ou muito forte unilateral, orbital, supraorbital e/ou temporal, durando 15-180 minutos (quando não tratada)
C. Um dos ou ambos os seguintes: 1. ao menos um dos seguintes sintomas ou sinais, ipsilaterais à cefaleia: a. injeção conjuntival e/ou lacrimejamento b. congestão nasal e/ou rinorreia c. edema palpebral d. sudorese frontal e facial e. miose e/ou ptose 2. sensação de inquietude ou de agitação
D. Ocorrendo com uma frequência entre uma a cada dois dias e oito por dia

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

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Vincent (2018)

6.1.2 Cefaleias secundárias

Segundo Vincent (2018), para que uma cefaleia possa ser julgada como secundária, existem alguns fundamentos a serem observados:

- Que a doença subjacente tenha propensão a provocar cefaleia;
- Que a doença subjacente tenha se desenvolvido no mesmo período que a cefaleia.

Para o autor supracitado os critérios diagnósticos gerais para cefaleias secundárias estão representados no Quadro 6:

Quadro 6 - critérios diagnósticos gerais para cefaleias secundárias

A. Qualquer cefaleia preenchendo o critério C
B. Outro transtorno cientificamente documentado como capaz de causar cefaleia foi diagnosticado
<p>C. Evidência de causalidade demonstrada por ao menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a cefaleia desenvolveu-se em relação temporal com o início do transtorno causal presumido 2. um ou dois dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> a) cefaleia piorou, significativamente, em paralelo com a piora do transtorno causal presumido b) cefaleia melhorou, significativamente, em paralelo com a melhora do transtorno causal presumido 3. a cefaleia possui características típicas para o transtorno causal 4. existem outras evidências de causalidade
D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Vincent (2018)

A The International Classification of Headache Disorders – 3rd ed. (2018) ICHD-3 classifica os distúrbios secundários da cefaleia de acordo com o Quadro 7:

Quadro 7 – categorização de distúrbios que causam cefaleia

Cefaleia atribuída a trauma ou lesão na cabeça e / ou pescoço
Cefaleia atribuída a distúrbio vascular craniano e / ou cervical
Cefaleia atribuída a distúrbio intracraniano não vascular
Cefaleia atribuída a uma substância ou sua retirada
Cefaleia atribuída à infecção
Cefaleia atribuída ao distúrbio da homeostase
Cefaleia ou dor facial atribuída a perturbações do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios nasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais
Cefaleia atribuída a transtorno psiquiátrico

Fonte: Adaptado pelo autor com base em (“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition”, 2018)

6.1.3 Diferenciação entre cefaleias primárias e secundárias

A distinção entre as cefaleias se faz por meio da anamnese e do exame físico geral e neurológico. Se a equipe estiver desconfiando de uma cefaleia primária, não há necessidade de investigação através de exames. Ademais, muitas vezes, o impedimento para um novo diagnóstico é um diagnóstico de longa data e, além disso, um contexto de enxaqueca prévia tende a ampliar o risco de algumas patologias como acidente vascular cerebral isquêmico (SWADRON, 2010).

Um exame neurológico detalhado é essencial mesmo em pacientes com um distúrbio primário da cefaleia já conhecido anteriormente, porém, quando há alteração no padrão da dor, faz-se imprescindível. (CHOU, 2018)

Felizmente, existem sinais de alerta que se tornam a chave para a diferenciação entre as cefaleias primárias e secundárias. Tais sinais devem ser avaliados cuidadosamente para que sejam classificadas todas as características da dor do paciente. Questões como o início da dor de cabeça, qualidade, localização e irradiação, sintomas associados, outras doenças concomitantes, medicações em uso

e que foram usadas anteriormente, trauma ou intervenções recentes são necessárias para a correta investigação da cefaleia e dos sinais de alarme (FANTINI, 2017). O quadro 8 apresenta os sinais de alarme que devem ser considerados.

Quadro 8 – Sinais de alerta para cefaleia secundária

1) Primeira crise: cefaleia de início súbito, “pior dor da vida”
2) Mudança no padrão de cefaleia – com modificação na periodicidade das crises, gravidade ou características clínicas
3) Dor de cabeça começando em extremos de idade, menores de 5 anos, e maiores de 50 anos de idade
4) Sintomas sistêmicos (febre, perda de peso) ou fatores de risco secundários (HIV, câncer gravidez)
5) Início da dor de cabeça associadas a síncope, esforços, atividade sexual ou manobras de Valsava
6) Cefaleia que acorda o paciente
7) Sintomas neurológicos ou sinais anormais (confusão, deterioração do estado de alerta ou consciência), com sinais de irritação meníngea, sinal de Babinski, fundo de olho com papiledema

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Fantini (2017)

O mnemônico SNOOP também possui utilidade e promove facilidade na sistematização da avaliação da cefaleia (CHOU, 2018). O quadro 9 representa o mnemônico SNOOP:

Quadro 9 – Mnemônico SNOOP

Sinais de alerta	Exemplos
S (Sistemic)	Febre, calafrios, erupção cutânea, mialgia, sudorese noturna, perda de peso, doença sistêmica (HIV, imunodeficiência, malignidade), gravidez ou pós-parto.

N (Neurologic)	Alteração do estado mental ou do nível de consciência, sinais neurológicos, focais, edema de papila ou convulsão.
O (Onset sudden)	Início súbito, “pior dor de cabeça”, cefaleia em trovoada (dor que atinge intensidade máxima instantaneamente)
O (Older onset)	Início após 50 anos
P (Pattern change)	Mudança de padrão da cefaleia prévia (intensidade, frequência ou duração) ou cefaleia progressiva ou refratária.

Fonte: adaptado pelo autor com base em (CHOU, 2018)

6.2 Exames complementares

Para estabelecer um diagnóstico e, conseqüentemente a solicitação correta de uma consulta especializada direcionada, é necessário que, a partir da presença de sinais de alerta e da sintomatologia, determinados exames sejam solicitados a fim de descartar condições como pressão intracraniana elevada ou evento hemorrágico. (GAINI et al., 2004)

Geralmente, somente exames laboratoriais não permitem o diagnóstico na maioria dos pacientes com cefaleia. Um hemograma completo com taxa de sedimentação, proteína C reativa e eletroforese de proteínas deve ser realizado se necessário quando há suspeita de inflamação ou se houver anemia acentuada, o que poderia causar uma lesão vascular relacionada à hipóxia levando a cefaleia. (GAINI et al., 2004)

O vômito, frequentemente associado à enxaqueca, pode levar à desidratação, assim deve-se avaliar a função renal e plasmática por meio da dosagem de eletrólitos. Para descartar arterite temporal, a velocidade de hemossedimentação (VHS) pode ser útil, porém uma VHS não exclui arterite de células gigantes, assim é necessária a biópsia da artéria temporal. (KASPER et al., 2016)

A tomografia computadorizada pode descartar causas de suspeita de infecção e para descartar lesão expansiva intracraniana, além disso, se possível, ressonância magnética (RM) permite confirmação definitiva do diagnóstico. (GAINI et al., 2004)

A raquicentese é uma importante ferramenta de diagnóstico no departamento de emergência. Se o médico de emergência suspeitar meningite ou hemorragia subaracnóidea (HSA) não demonstrada por tomografia computadorizada, o exame visual da líquido cefalorraquidiano (LCR) pode resultar em diagnóstico: no primeiro caso estará turvo por causa do alto número de células leucitose do LCR, enquanto que no caso de uma HSA deverá ser xantocrômico (GAINI et al., 2004).

6.3 Tratamento da crise de migrânea

Mesmo que a cefaleia seja o quinto motivo mais comum de procura por serviços de emergência e a segunda razão mais comum de consulta neurológica, cerca de 1% de tal queixa é relacionada com risco de morte na emergência. (PAPADAKIS MA, MCPHEE SJ, 2020)

Dessa maneira, o intuito do tratamento das cefaleias primárias, as quais são mais prevalentes, consiste na diminuição da dor já estabelecida, na profilaxia da mesma e no afastamento das cefaleias secundárias. (VARGAS, 2018)

A escolha do tratamento para migrânea deve ser individualizado a fim de atuar nos problemas e barreiras específicas no tratamento de cada paciente e de cada ataque com foco no pico de gravidade, duração da crise, náuseas e vômitos. (VARGAS, 2018)

O questionário MIDAS é útil para a avaliação do grau de incapacidade individual que a migrânea causa, e, conseqüentemente, pode ajudar o profissional de saúde a escolher uma abordagem coerente com a dor do paciente. (KASPER et al., 2016)

Questionário MIDAS

Instruções: por favor responda as seguintes questões sobre TODAS as dores de cabeça que você tenha tido durante os últimos três meses. Escreva sua resposta no espaço ao lado de cada questão. Escreva zero se você não teve aquela atividade durante os últimos três meses.

1. Quantos dias de trabalho ou de escola você perdeu nos últimos três meses por causa de suas dores de cabeça?

2. Em quantos dias dos últimos três meses você observou que seu rendimento no trabalho ou na escola estava reduzido pela metade ou mais, devido às suas dores

de cabeça? (Não inclua os dias que você contou na questão 1, onde dia de trabalho ou de aula foi perdido).

3. Em quantos dias dos últimos três meses você não foi capaz de executar o trabalho de casa por causa de suas dores de cabeça?

4. Em quantos dias dos últimos três meses seu rendimento no trabalho de casa foi reduzido pela metade ou mais devido as suas dores de cabeça? (Não inclua os dias que você contou na questão 3, onde você não pôde fazer o trabalho de casa).

5. Em quantos dias dos últimos três meses você perdeu atividades familiares, sociais ou de lazer por causa das suas dores de cabeça?

A. Em quantos dias dos últimos três meses você teve dor de cabeça? (Se a dor durou mais que um dia, conte cada um dos dias).

B. Em uma escala de 0 - 10, em média qual a intensidade da dor destas dores de cabeça? (0 = nenhuma dor; 10 = dor máxima possível)

Fonte: adaptado pelo autor com base em (KASPER et al., 2016)

Para calcular a avaliação da incapacidade com base no MIDAS usa-se a quantidade de dias respondidos pelo paciente: grau 1 é caracterizado por incapacidade mínima (entre 0 – 5 dias), grau 2 é caracterizado por incapacidade leve (entre 6 – 10 dias), grau 3 é caracterizado por incapacidade moderada (entre 11– 20 dias) e o grau 4 é caracterizado por incapacidade grave (mais que 20 dias). (KASPER et al., 2016)

A equipe de saúde da emergência deve levar em consideração vários aspectos no tratamento da migrânea como:

1. Deve-se procurar manter o paciente afastado de ruídos e luminosidade excessiva.
2. O tratamento precoce no ataque deve ser uma meta para a maioria dos pacientes
3. Durante um quadro agudo de migrânea, cada paciente pode desenvolver uma resposta à medicação, dessa maneira, o acompanhamento frequente e crítico é indispensável para alcançar um resultado satisfatório.
4. Uma abordagem de tratamento apropriada deve ser escolhida.

5. O medicamento apropriado deve ser escolhido com base nas características da crise de cada paciente, uma vez que alguns pacientes podem exigir mais do que uma formulação.

6. Dois ou mais medicamentos na crise aguda de migrânea podem ser combinados, se necessário.

7. O uso excessivo de medicação precisa ser evitado.

8. Opióides isolados ou combinados com analgésicos devem ser evitados na rotina pela pouca eficácia comparado a outros medicamentos.

(BECKER, 2015)

No decorrer de um ataque, normalmente é prescrito um analgésico comum e inespecífico, e, se o medicamento não alcançar o propósito desejado, geralmente são inseridos medicamentos considerados específicos para migrânea. Contudo, tal ordem de tratamento pode levar a uma baixa efetividade da medicação específica para a migrânea, já que, como já mencionado, algumas terapias devem ser instituídas no início da dor, assim, o paciente deve ter autonomia para assumir a decisão do melhor tratamento com base em suas experiências pessoais, preferências e necessidades. (VARGAS, 2018)

O tratamento não farmacológico da migrânea, por vezes, pode ser adjuvante à farmacoterapia. A identificação dos gatilhos da cefaleia é primordial para a prevenção da mesma, assim, a equipe deve informar o paciente das medidas que podem ser tomadas. O estilo de vida moderado, sono e exercício regulares, evitar o consumo de álcool e a mudança brusca no estresse se constituem como uma abordagem custo-benefício favorável aos episódios de enxaqueca. (KASPER et al., 2016)

Porém, quando não é possível controlar os gatilhos para evitar a crise de migrânea, existem inúmeros medicamentos eficazes a fim de diminuir tal dor. Sendo assim, faz-se necessário, para os serviços de urgência, coordenar estratégias simples com medicamentos disponíveis no serviço, a fim de realizar uma abordagem organizada e eficaz na crise. (BECKER, 2015)

A escolha da medicação vai depender da gravidade da crise, dessa maneira, as crises mais intensas podem exigir terapia parenteral. A maioria dos medicamentos utilizados no tratamento específico da migrânea de intensidade moderada a grave devem ser utilizados o mais rápido possível desde o começo da crise e são membros

das classes: anti-inflamatórios não esteroidais, agonistas dos receptores de 5-HT e antagonistas do receptor de dopamina. (KASPER et al., 2016)

Estratégia para ataques de leve a moderada intensidade

- *Antieméticos*: Metoclopramida em dose habitual de 10 mg, o qual pode usado até 4 vezes ao dia, possui forte evidência na diminuição da cefaleia mesmo que apresente risco de efeitos colaterais extrapiramidais, contudo, os mesmos são incomuns diante dessa dosagem oral. Existem evidências ainda para o uso de domperidona na mesma dose da metoclopramida, a qual assim como a primeira, pode causar efeitos colaterais como prolongamento do intervalo QT, porém também são raros. (BECKER, 2015)

Metoclopramida e domperidona são as melhores escolhas. Para pacientes refratários, proclorperazina também pode ser usada, tanto por via oral (dose usual 10 mg, pode ser administrada até 4 vezes ao dia) ou por supositório (faixa de dosagem de 10 mg a 25 mg, dose máxima diária de 50 mg), mas apresenta mais efeitos colaterais extrapiramidais. (BECKER, 2015)

- *Paracetamol e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)*: Paracetamol e AINEs como ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, naproxeno sódico, diclofenaco de potássio e o cetoprofeno possuem evidências que sustentam seu uso para enxaqueca. (BECKER, 2015)

O paracetamol possui a vantagem de ser menos irritativo da mucosa gástrica e por não bloquear a síntese de prostaglandinas nas plaquetas em dose de 1000 mg. Porém é considerado menos eficaz que os AINEs e, por consequência disso, deve ser usado em cefaleias de intensidade leve. Ademais, como possui meia-vida de 2 a 3 horas, deve ser repetido para alcançar de forma sustentada a minimização da dor com limite de 4000 mg/dia. (BECKER, 2015)

Com relação aos AINEs, o ibuprofeno em capsulas líquidas possui início de ação mais rápido quando comparado ao comprimido regular e é eficaz em doses de 400 mg. Como possui meia-vida curta (2 horas), também deve ser repetido não ultrapassando dose máxima de 2400 mg/dia. O diclofenaco de potássio, assim como o ibuprofeno, também possui início rápido de ação e meia-vida curta de 2 horas, sendo necessária uma dose de 50mg com limite de 150 mg/dia. Já o naproxeno sódico possui longa duração chegando a 14h. (BECKER, 2015) Contudo, tal medicamento

alivia a dor e náusea associada durante 2 horas. (VARGAS, 2018) A dose diária não deve ultrapassar 1375 mg, e a dose habitual é de 500 mg ou 550 mg. Por fim, o AAS também é um medicamento amplamente usado com bons resultados em dose de 1000 mg com máximo de 4000 mg/dia, sua forma efervescente também possui início mais rápido em comparação ao comprimido comum. (BECKER, 2015)

Por possuir risco de agranulocitose, a dipirona é uma droga proibida em muitos países, porém, é usada no Brasil, uma vez a estimativa é de que haverá um caso por 1 milhão de outros. O risco de morte pelo uso de dipirona é de 0,2 por milhão contra 0,25 paracetamol e cerca de 6,0 naproxeno e diclofenaco, assim sendo, o uso da dipirona no Brasil é permitido. A dipirona pode ser usada em doses de 1 ou 2 gramas em crises de enxaqueca e pode chegar a 3,0 gramas. (BORDINI et al., 2016)

Estratégias para ataques de intensidade moderada a forte

Agonista dos receptores de 5-HT (ergotaminas): tomados no início da dor ou no início dos sintomas de alerta, a combinação de ergotamina e cafeína tem ação proveitosa. Porém deve ser contraindicado em pacientes com doença cardiovascular, gestantes e pessoas que tomam medicamentos que atuam como inibidores do citocromo CYP450. A dose recomendada é de 1mg de ergotamina com 100mg de cafeína e, se necessário, pode ser repetido a cada 30 minutos não excedendo 10 dias por mês. (PAPADAKIS MA, MCPHEE SJ, 2020)

Agonista dos receptores de 5-HT (triptanos): quando determinado paciente com migrânea de moderada a forte não obtém resposta com a terapia usando AINEs, os triptanos são considerados primeira linha para interromper ataques. (VINCENT; WANG, 2018) Os triptanos, como agonistas sobre os receptores de serotonina 5HT inibem a liberação de neuropeptídeos vasoativos, o que leva ao estreitamento dos vasos cranianos e à restrição da inflamação neurogênica, diminuindo assim a crise de migrânea. (PAPADAKIS MA, MCPHEE SJ, 2020)

Mesmo que os triptanos compartilhem do mesmo mecanismo de ação, os pacientes, de maneira geral, preferem uns em detrimento de outros pela eficácia e efeitos colaterais. O Zolmitriptano é disponível em formulações orais e nasais de 5 mg, o qual pode ser repetido em 2 horas com dose máxima de 10 mg/dia. (PAPADAKIS MA, MCPHEE SJ, 2020) Os triptanos que são administrados por via

oral, juntamente à dose de início, de reforço e a dose máxima diária estão descritos no quadro 9:

Quadro 9 – triptanos administrados por via oral

Medicação	Dose de início e reforço da dose	Dose máxima diária
Rizatriptano	5 a 10 mg – pode-se repetir duas vezes a cada 2 horas	30 mg
Naratriptano	1 a 2,5 mg – pode-se repetir uma vez após 4 horas	5 mg
Sumatriptano	50 ou 100 mg	200 mg

Fonte: adaptado pelo autor com base em (PAPADAKIS MA, MCPHEE SJ, 2019)

A administração por via parenteral pode ser usada para alívio rápido nas enxaquecas graves. A di-hidroergotamina atinge o pico de níveis plasmáticos por meio intravenoso (IV) em 3 minutos, intramuscular (IM) em 30 minutos e subcutânea (SC) em 45 minutos, assim, 80 a 90% dos pacientes se beneficiam com uma dose de 1mg de tal medicamento por vias SC ou IM chegando, no máximo a 3 mg/dia e 6 mg/semana. O sumatriptano, por sua vez é eficaz em 50 a 80% dos pacientes por via SC com uma dosagem de 6mg que pode ser repetido uma vez em uma hora até, no máximo, de 2 doses diárias. (KASPER et al., 2016)

Antagonistas dos receptores de dopamina: Como a absorção de fármacos é prejudicada durante a crise de migrânea pela baixa motilidade gastrointestinal, tal medicação é considerado terapia adjuvante no tratamento da dor. Desse modo, a inserção de um antagonista dos receptores de dopamina como a metoclopramida 10 mg ou domperidona 10 mg juntamente à terapia com AINEs ou triptanos deve ser considerada a fim de aumentar a absorção gástrica desses medicamentos. (KASPER et al., 2016)

Com relação à formulas parenterais, a clorpromazina, proclorperazina e metoclopramida também podem ser usadas juntamente aos agonistas dos receptores de 5-HT parenterais. (KASPER et al., 2016)

A hidratação intravenosa é uma parte importante no tratamento da migraena em uma emergência pela desidratação inerente à doença e para prevenir hipotensão ortostática induzida pela clorpromazina, quando tal medicamento for de escolha do profissional. (BORDINI et al., 2016).

O uso de dexametasona intravenosa em doses prolongadas na crise de enxaqueca parece reduzir a taxa de recorrência dentro 72 horas. (BORDINI et al., 2016) A dose de tal medicação deve ser de 10 mg (ampola 10 mg/2,5ml) IV lenta. (SPECIALI; KOWACS, 2018)

6.4 Tratamento da crise de cefaleia em salvas

É importante ressaltar que o paciente sempre deve receber orientações quanto a necessidade de evitar fatores desencadeantes de tal cefaleia como bebidas alcoólicas e substâncias voláteis até o término do intervalo de crises (SPECIALI; KOWACS, 2018).

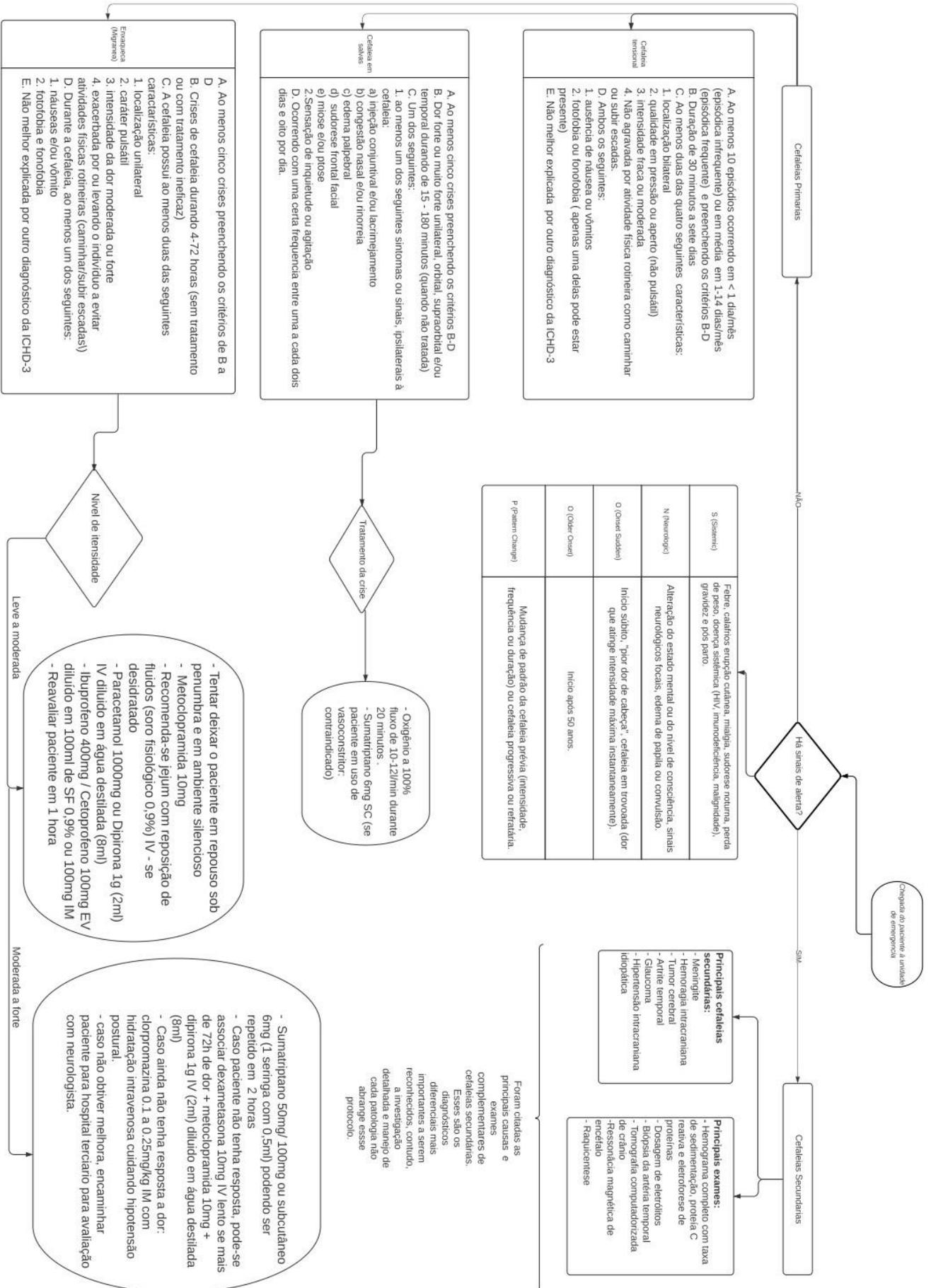
O tratamento da cefaleia em salvas consiste na administração de oxigênio a 100%, em máscara sem recirculação, com fluxo de 10-12 l/min durante 20 minutos. Pode-se também recorrer à aplicação de sumatriptano 6mg por via subcutânea se disponível, porém se o paciente é usuário algum medicamento vasoconstrictor, essa medicação deve ser evitada (SPECIALI; KOWACS, 2018).

Por fim, por serem ineficazes, os analgésicos comuns e opioides não são usuais em unidades de emergência (SPECIALI; KOWACS, 2018).

6.5 Monitorização e acompanhamento pós alta da emergência

Há necessidade de individualização nos casos identificados em âmbito de emergência e posterior acompanhamento na UBS.

7. FLUXOGRAMA



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BECKER, W. J. Acute migraine treatment. **CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology**, v. 21, n. 4, p. 953–972, 2015.

DOI: <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000192>

BORDINI, C. A. et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 74, n. 3, p. 262–271, 2016.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X2015021>

CHOU, D. E. Secondary Headache Syndromes. **CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology**, v. 24, n. 4- Headache, p. 1179–1191, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.1212/con.0000000000000640>

DORETTI, A. et al. Headaches in the emergency department -a survey of patients' characteristics, facts and needs. **Journal of Headache and Pain**, v. 20, n. 1, 5 nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s10194-019-1053-5>

ENXAQUECA, P. PSICOEDUCAÇÃO em ENXAQUECA. v. 86, n. 2016, p. 3554, 2020.

FANTINI, F. G. M. M. **SINAIS DE ALERTA NAS DORES DE CABEÇA**. Disponível em: <<https://sbcefaleia.com.br/images/file 5.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

GAINI, S. M. et al. The headache in the Emergency Department. **Neurological Sciences**, v. 25, n. SUPPL. 3, p. 196–201, 2004. DOI:

<https://doi.org/10.1007/s10072-004-0285-5>

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. **Cephalalgia : an international journal of headache**, v. 38, n. 1, p. 1–211, 1 jan. 2018.

KASPER, D. et al. **Harrison Principios de Medicina Interna 19a edición Vol. 2**. [s.l: s.n.].

PAPADAKIS MA, MCPHEE SJ, R. M. **Current medical diagnosis & treatment 2019**. [s.l: s.n.].

QUEIROZ, L. P.; SILVA JUNIOR, A. A. The prevalence and impact of headache in Brazil. **Headache**, v. 55, n. S1, p. 32–38, 1 fev. 2015.

DOI <https://doi.org/10.1111/head.12511>

SPECIALI, J. G.; KOWACS, F. **PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALÉIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL - 2018**.

Disponível em: <<https://www.sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=359>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

SWADRON, S. P. **Pitfalls in the Management of Headache in the Emergency Department** *Emergency Medicine Clinics of North America* W.B. Saunders, ,

2010.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.09.007>

TABATABAI, R. R.; SWADRON, S. P. **Headache in the Emergency Department: Avoiding Misdiagnosis of Dangerous Secondary Causes** *Emergency Medicine Clinics of North America* W.B. Saunders, , 1 nov. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2016.06.003>

VINCENT, M.; WANG, S. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. **Cephalgia : an international journal of headache**, v. 38, n. 1, p. 1–211, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>