

**PROTOCOLO
UNIDADE DO SISTEMA
NEUROLÓGICO/01/2017**

**ATENDIMENTO DE PACIENTES
COM CEFALEIA NA
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Hospital de
Clínicas



PROCOLO
UNIDADE DO SISTEMA
NEUROLÓGICO/01/2017

**Atendimento de pacientes com
Cefaleia na
Urgência/Emergência**

Versão 1.0

© 2017, Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh
www.Ebserh.gov.br

Material produzido pela Unidade do Sistema Neurológico do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação

PROTOCOLO/Atendimento a pacientes com cefaleia na urgência/emergência – Unidade do Sistema Neurológico do HC-UFTM, Uberaba, 2017. 35p.

Palavras-chaves: 1. Cefaleia; 2. Tratamento; 3. Urgência/emergência.

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH)**

Avenida Getúlio Guaritá, 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

Superintendente do HC-UFTM

MARIA CRISTINA STRAMA

Gerente Administrativo do HC-UFTM

DALMO CORREIA FILHO

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM

GEISA PEREZ MEDINA GOMIDE

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM

IVONETE HELENA ROCHA

Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado do HC-UFTM

RENATA CRISTINA FRANZON BONATTI

Chefe da Unidade do Sistema Neurológico do HC-UFTM

HISTÓRICO DE REVISÕES**Elaborado por****Sonia Beatriz Felix Ribeiro – Prof^ª Neurologia Associada III/UFTM**

Data	Versão	Coordenador do protocolo	Validação por especialistas
28.09.17	1.0	Sonia Beatriz Felix Ribeiro Prof ^ª Dr ^a em Neurologia Associada III Cargo: professor Neurologia	Renata Cristina Franzon Bonatti Prof ^ª Dr ^a em Neurologia Associada III Coordenadora do Departamento de Clínica Médica Chefe da Unidade do Sistema Neuroló- gico Emerson Milhorin Oliveira Médico Neurologista Alex Eduardo da Silva Médico Neurologista Fábio Henrique Santana Médico Neurologista Luciano Alves Matias de Silveira Médico Anestesiologista Célia Regina Oliveira e Oliveira Responsável técnica pela Serviço de Anestesiologia Validação Administrativa Unidade de Planejamento e Colegiado Executivo

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO/DEFINIÇÃO	6
2 - OBJETIVOS	6
3 - PÚBLICO ALVO	6
4 – FATORES DE RISCO.....	7
5 - FATORES QUE DEVEM SER CONSIDERADOS NO ATENDIMENTO À CEFALEIA....	7
6 - DURANTE A CONDUÇÃO DAS CEFALEIAS NA EMERGÊNCIA OBSERVAR.....	9
7 - PRINCIPAIS TIPOS DE CEFALEIAS PRIMARIAS E CARACTERÍSTICAS.....	10
8 - PRINCIPAIS TIPOS DE CEFALEIAS SECUNDÁRIAS E SUA CONDUÇÃO NA URGÊNCIA	11
9 - RESUMO DE TRATAMENTO DAS CEFALEIAS PRIMÁRIAS NAS EMERGÊNCIAS.	21
11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
12 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA CEFALEIA.....	26
13 - ANEXOS	27
A. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER.....	27
B. OUTROS ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA CRISE DE CEFALEIA.....	28
C. SUGESTÕES DE TRATAMENTO PROFILÁTICO PARA CEFALEIA PRIMÁRIA.....	32

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Hospital de ClínicasPA/UNIDADE DO
SISTEMA NEURO-
LOGÓCIO: 01/17
Versão: 1.0

Protocolo Assistencial

Protocolo de atendimento a pacientes com Cefaleia na urgência/emergência

1 – INTRODUÇÃO/DEFINIÇÃO

O termo cefaleia aplica-se a todo processo doloroso referido no segmento cefálico, o qual pode originar-se em qualquer das estruturas faciais ou cranianas. A cefaleia é uma queixa comum na prática médica.

Mais de 90% dos indivíduos já tiveram cefaleia, sendo a primeira causa de procura a ambulatório de Neurologia e a terceira de procura a ambulatório de Clínica Médica. Encontra-se entre as quatro maiores causas de procura à Urgência/Emergência, a terceira em mulheres e a sétima entre os homens.

São classificadas em:

Primárias (sem lesão estrutural), a cefaleia é a própria doença. O diagnóstico é basicamente clínico. Representam 90% do total, sendo as mais frequentes a enxaqueca, tensional, em salvas.

Secundárias: cefaleias-sintoma provocadas por doenças demonstráveis nos exames clínicos, laboratoriais e/ou imagem; nestes casos, a dor seria consequência de uma agressão ao organismo, que muitas vezes decorre de doenças graves, dentre elas: meningites, hemorragia subaracnóidea (HSA), trombose venosa cerebral (TVC) e tumores do sistema nervoso central.

Ao atender um paciente com cefaleia, a principal tarefa do médico nas unidades de urgência/emergência é afastar as causas que ameaçam a vida. A anamnese cuidadosa associada ao exame físico exaustivo e a busca ativa dos chamados “sinais de alerta”, são os principais responsáveis pelo diagnóstico adequado.

2 - OBJETIVOS

Orientar o plantonista da urgência/emergência, no diagnóstico diferencial entre cefaleias primárias e secundárias e padronizar a abordagem de propedêutica e terapêutica.

3 - PÚBLICO ALVO

Pacientes que procuram unidades de urgência/emergência com queixa de dor de cabeça.

4 – FATORES DE RISCO PARA CEFALÉIA

- História familiar (enxaqueca);
- História de trauma recente (hematoma subdural);
- Uso de anticoagulante (hemorragia intraparenquimatosa);
- Uso de anticoncepcionais orais;
- Gravidez;
- Neoplasias;
- Trombofilias (TVC e apoplexia hipofisária);
- Idade acima de 50 anos.

5 - FATORES QUE DEVEM SER CONSIDERADOS NO ATENDIMENTO À CEFALÉIA:

1. Dados da história	Alertas
Idade	Cefaleia secundária a partir de 50 anos de idade.
Modo e circunstância de instalação e evolução	A primeira cefaleia, mudança de padrão em relação às crises anteriores; Mudança de padrão da aura ou aura atípica; Início súbito e/ou recente; Devido a esforço físico e/ou atividade sexual; Evolução progressiva; Piora com a postura.
Intensidade da Dor: usar escala de mensuração proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) leve: 1-3; moderada: 4-7; intensa 8-10	“A pior cefaleia”
Sintomas associados	Sinais gerais: Febre, náuseas, vômitos, descarga nasal purulenta; Sintomas neurológicos focais, queixas visuais; Distúrbios da consciência.

Antecedentes	Neoplasias, SIDA (Síndrome da imunodeficiência humana adquirida), imunossupressão, traumas, glaucoma, outras doenças sistêmicas.
2. Exame físico	
Pressão arterial (PA)	Elevação súbita (acima de 25%) da PA habitual
Temperatura	Febre
Palpação do crânio	Presença de pontos dolorosos (seios da face, globo ocular, artérias temporais e carótidas).
3. Exame neurológico	
Consciência	Alterada, confusão mental.
Nervos cranianos	Edema da papila, alterações da motricidade ocular, anisocoria, paralisia facial
Motricidade	Sinais focais
Sensibilidade	
Coordenação	
Reflexos	Assimetria, Sinal de Babinski
Pesquisa de sinais meníngeos	Rigidez de nuca
4. Tratamento	
Cefaleia primária	Tratamento da crise álgica
Cefaleia secundária	Investigação: imagem, LCR (líquido cefalorraquidiano), EEG (eletroencefalograma), VHS (velocidade de hemossedimentação), PCR (proteína C reativa) e outros se necessário.
<p>5. Sinais e sintomas de alerta que necessitam exame de neuroimagem, RM (Ressonância Magnética) ou TC (Tomografia Computadorizada) de crânio sem contraste.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia; - Início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos; - Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses; - Dor que acorda durante o sono; - Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva 	

Fonte: Telessaúde RS (Rio Grande do Sul) /UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2016) modificada

6 - DURANTE A CONDUÇÃO DAS CEFALÉIAS NA EMERGÊNCIA OBSERVAR:

Para o plano terapêutico	<ul style="list-style-type: none">-Tipo de cefaleia primária (tensão, migrânea);- Medidas farmacológicas e não farmacológicas;- Intensidade da crise álgica (leve, moderada, intensa);- Indicação ou não de profilaxia- Indicação de investigação (cefaleias secundárias)
Indicações de profilaxia para Cefaleias primárias	<ul style="list-style-type: none">- A dor interfere significativamente no dia a dia do paciente, apesar do tratamento abortivo das crises;- As crises dolorosas são frequentes (mais de uma por semana);- Ocorre uso excessivo de medicamentos abortivos da dor (em razão de crises frequentes, incapacitantes ou de longa duração);- As medicações usadas na terapia abortiva são ineficazes, contraindicadas ou causam efeitos adversos intoleráveis;- Preferência do paciente;- Presença de condições incomuns de migrânea (potencialmente graves), incluindo migrânea hemiplégica, com aura de tronco cerebral ou prolongada ou infarto migranoso;- Encaminhar sempre ao especialista para acompanhamento.
Erros frequentes em sala de urgência/emergência	<ul style="list-style-type: none">- Cefaleia associada à hipertensão arterial, na qual a HSA não é lembrada;- Associação entre cefaleia e ingestão alcoólica, na qual se considera o rebaixamento da consciência como decorrente do alcoolismo e a cefaleia como “ressaca”. Pacientes alcoolizados com cefaleia devem ser reavaliados repetidamente pelo risco de hematomas intracranianos ou de traumatismo cranioencefálico (TCE) não aparente;- Cefaleia em idosos, na qual lesões estruturais ou arterite temporal não são cogitadas;

	<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia em idosos, com rigidez de nuca erroneamente interpretada como secundária à artrose cervical; - Cefaleia em gestantes nas quais, hipertensão intracraniana benigna e pré-eclâmpsia podem assemelhar-se à enxaqueca; - Odontalgia ou pulpite diagnosticada como neuralgia do trigêmeo. Realizar o exame da cavidade oral; - Glaucoma agudo não diagnosticado: urgência oftalmológica que, às vezes, pode iniciar com cefaleia; - Sinusite esfenoidal diagnosticada como cefaleia primária. A sinusite esfenoidal caracteristicamente cursa com dor em vértice craniano.
--	--

7 - PRINCIPAIS TIPOS DE CEFALIAS PRIMARIAS E CARACTERÍSTICAS

Características da migrânea, cefaleia tipo tensional e em salvas			
	Migrânea	Tipo tensão	Cefaleia em salvas
Localização	Uni ou bilateral em 60-70% dos casos, bifrontal ou global em 30%.	Bilateral	Sempre unilateral, usualmente começa ao redor dos olhos ou têmporas.
Duração	4 às 72 horas	30 minutos à 7 dias	15 minutos às 3 horas
Intensidade	Moderada a intensa	Leve a moderada	Intensa
Características da dor	Gradual ou crescente pulsátil, agrava com a atividade física de rotina, odores, barulho.	Em aperto, pressão, não agrava com atividade física rotineira.	A dor começa leve e aumenta progressivamente em minutos, contínua, excruciante, explosiva em qualidade.
Preferência do paciente	Paciente prefere ficar quieto, em local escuro, sem ruídos.	Paciente pode permanecer ativo ou permanecer quieto.	Paciente permanece ativo, inquieto.
Sintomas associados	Náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia, pode ter aura, (visual, ou envolver	Nenhum	Lacrimejamento ipsilateral, hiperemia conjuntival, rinorreia, congestão nasal,

	outras sensações ou déficit motor).		síndrome de Horner (mirose, ptose), sudorese facial e frontal, edema de pálpebra.
--	-------------------------------------	--	---

Fonte: UpToDate (Base de informações médicas, baseada em evidências, revisada por pares), 2017

8 - PRINCIPAIS TIPOS DE CEFALIAS SECUNDÁRIAS E SUA CONDUÇÃO NA URGÊNCIA

Patologia	Características	Investigação	Conduta
Dissecção arterial	<p>- Dissecção em geral se apresenta com dor hemicraniana ipsilateral à dissecção. São caracteristicamente intensas, persistentes com duração em média, por pelo menos quatro dias, melhorando gradualmente em até 30 dias).</p> <p>- Da artéria vertebral: dor cervical posterior aguda, associada ou não a sintomas neurológicos, como desequilíbrio, vertigem, diplopia, disartria.</p> <p>- Da artéria carótida interna: síndrome de Horner, hemiparesia, déficit visual, e alterações sensitivas podem estar presentes.</p>	<p>- TC de crânio + angiografia;</p> <p>- TC de vasos cervicais e cranianos;</p> <p>- RM de crânio + ângio RM de vasos cervicais e cranianos;</p> <p>- Não utilizar US (Ultrassom) doppler.</p>	<p>Casos geralmente graves.</p> <p>- Pode ser de condução clínica ou cirúrgica;</p> <p>- Quem avalia e conduz: neurocirurgião e/ou cirurgião vascular;</p> <p>Na emergência:</p> <p>- Hidratação;</p> <p>- Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.</p> <p>- Medidas gerais e encaminhar via SUS fácil para referência terciária.</p>
Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI)	- Cefaleia tem início agudo e associado a sinais neurológicos	- Protocolo de AVCI (“AVCI em janela = tempo é cérebro”)	- Vaga zero para referência terciária se

	<p>cos focais. Tem curso autolimitado e muito raramente é o sintoma mais proeminente do AVCI;</p> <p>- São mais comuns com o acometimento da circulação posterior ou nas etiologias cardioembólicas.</p>		<p>em janela terapêutica.</p> <p>Caso contrário:</p> <p>- O plantonista abre o protocolo e solicita interconsulta para o Neurologista.</p> <p>Na emergência:</p> <p>- Hidratação, caso necessário;</p> <p>- Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.</p>
HSA	<p>É a causa mais frequente de cefaleia intensa, persistente e incapacitante de início súbito geralmente descrita como “a pior dor da vida”.</p> <p>Lembrar: “hemorragia-sentinela” prévia à ruptura, caracterizada por cefaleia súbita, incapacitante, que pode durar dias a semanas, sendo muitas vezes confundida com enxaqueca.</p>	Protocolo de HSA	<p>- O plantonista abre o protocolo e encaminha via Regulação do Estado de Minas Gerais – “SUS (Sistema Único de Saúde) -Fácil” para referência terciária.</p> <p>Na emergência:</p> <p>- Hidratação e medidas gerais;</p> <p>- Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.</p>
	<p>- Cefaleia de início agudo associada a sinais neurológicos focais, sendo muito comum</p>	Protocolo de AVC Hemorrágico	<p>O plantonista abre o protocolo e encaminha via SUS fácil</p>

<p>Acidente vascular cerebral hemorrágico intraparenquimatoso (AVCH)</p>	<p>náuseas e vômitos. Raramente é o sintoma mais proeminente do quadro.</p>		<p>para referência terciária.</p> <p>Na emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.
<p>Trombose Venosa Cerebral (TVC)</p>	<p>- Dor sem características específicas, devendo-se pensar em qualquer cefaleia nova difusa, persistente, de caráter progressivo, de grande intensidade. Muitas vezes se associa a outros sinais de hipertensão intracraniana. Pode ser unilateral e súbita. Atentar para história de trombofilia e estados pró-trombóticos como neoplasias, associados ou não ao uso de anticoncepcionais.</p>	<p>TC de crânio com contraste + ângio TC de vasos cranianos, RM de crânio + ângio RM de vasos cranianos em fase venosa.</p>	<p>O plantonista abre o protocolo e comunica com Neurologista para avaliação.</p> <p>Na emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos. - encaminhar via SUS-Fácil para referência terciária após avaliação neurológica.
<p>Neoplasias intracranianas</p>	<p>- A cefaleia ocorre em relação temporal com a neoplasia intracraniana ou leva ao seu diagnóstico.</p> <p>A cefaleia agrava-se em estreita relação temporal com o crescimento tumoral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TC de crânio com contraste; - RM de crânio com contraste. 	<p>O plantonista abre o protocolo e comunica com Neurologista.</p>

	Progressiva, mais intensa pela manhã e agrava-se com as manobras de Valsalva.		<ul style="list-style-type: none"> - encaminhar via SUS-Fácil para referência terciária após avaliação. <p>Na emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos. - Corticoterapia Endovenosa (EV) após avaliação.
Hipertensão Intracraniana Idiopática (HHI ou pseudotumor cerebral)	- A cefaleia tem relação temporal com o diagnóstico da hipertensão intracraniana idiopática (HHI) ou levou ao seu diagnóstico. A dor pode ser aliviada pela redução da hipertensão intracraniana, assim como pode ser agravada pelo seu aumento. Maior prevalência em mulheres jovens e obesas. Frequentemente descrita com cefaleia frontal, retro-orbitária, “tipo pressão”. Pode ser acompanhada por alterações visuais e papiledema. A dor	Fundoscopia, TC de crânio, RM de crânio, ângio-RM de crânio fase arterial e venosa. O diagnóstico é comprovado durante a realização do exame de LCR, em que se observa aumento da pressão liquórica maior que 25 cmH ₂ O, (medida a nível lombar, em decúbito lateral, sem sedação) e com exame citoquímico normal.	O plantonista abre o protocolo e comunica com o neurologista. Na emergência: <ul style="list-style-type: none"> - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos. - encaminhar via SUS-Fácil para referência terciária após avaliação.

	diminui ou desaparece depois da normalização da pressão intracraniana.		
Infecções sistêmicas com repercussões neurológicas	<p>A cefaleia é um sintoma comum que acompanha infecções sistêmicas (virais, bacterianas e fúngicas), sendo uma das principais causas de cefaleias secundárias.</p> <p>Nas infecções intracranianas, a cefaleia geralmente é o primeiro sintoma e desproporcional aos outros, enquanto que nas sistêmicas, a cefaleia é um dos sintomas.</p>	- VHS, proteína C reativa, testes específicos para infecções virais, entre outras; radiografia de tórax, urina I e urocultura, observar critérios de sepse.	<p>Plantonista inicia a investigação e comunica com especialistas: infectologista e neuroclínico.</p> <p>Na emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.
Afecções do ouvido	<p>- A cefaleia é causada por afecção inflamatória, neoplásica ou de outra natureza de um ou ambos ouvidos.</p> <p>- A cefaleia agrava-se com a lesão do ouvido e melhora com o tratamento específico</p>	O exame deve incluir: otoscopia, VHS, proteína C reativa, TC de ouvidos/mastoide.	<p>Plantonista inicia a investigação e comunica com especialistas.</p> <p>Na emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.
Rinosinusites agudas	- A cefaleia atribuída à rinosinusite aguda, dada a semelhante localização da dor, pode ser confundida com enxaqueca e cefaleia tensional.	Pesquisar presença de descarga nasal purulenta, rinorréia posterior, tosse persistente. Ao exame seios da face dolorosos.	<p>Plantonista inicia a investigação e comunica com especialista.</p> <p>Na emergência:</p>

		<p>Investigação: TC seios da face, VHS, proteína C reativa e eventualmente LCR.</p>	<p>- Hidratação e medidas gerais;</p> <p>- Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos</p>
<p>Meningites virais e bacterianas</p>	<p>- Cefaleia e rigidez de nuca são as manifestações cardinais. Febre sem foco aparente, associada à mialgia, náusea, vômito, fotofobia, diarreia e erupção cutânea.</p>	<p>- O exame ideal é a realização do LCR, Proteína C reativa e VHS. Se houver sinais neurológicos focais ou de hipertensão intracraniana, TC de crânio com contraste ou RM com contraste</p>	<p>Plantonista inicia a investigação e comunica com neurologista.</p> <p>Na emergência:</p> <p>- Hidratação e medidas gerais;</p> <p>- Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.</p> <p>- Uso precoce de antibioticoterapia (bacterianas).</p>
<p>Meningoencefalites</p>	<p>- Cefaleia associada à febre, alteração do estado mental (com ou sem déficits neurológicos focais) e crises epiléticas.</p>	<p>TC de crânio com contraste ou RM de crânio com contraste, LCR (se não houver contra-indicação), Proteína C reativa, VHS.</p>	<p>Plantonista inicia a investigação e comunica com neurologista ou infectologista.</p> <p>Na emergência:</p> <p>- Hidratação e medidas gerais;</p> <p>- Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.</p>

			- Lembrar de meningoencefalite herpética). Usar precocemente antiviral. (Aciclovir 10mg/Kg IV 8/8h, por 14-21 dias).
Transtornos dos dentes, da mandíbula, Articulação temporomandibular (ATM) ou de estruturas relacionadas	- A cefaleia pode ser devido à alteração envolvendo dentes, ATM e/ou mandíbula. Há evidência clínica ou de imagem de alterações que direciona para a causa da cefaleia, que tem relação temporal com a alteração dos dentes, ATM e/ou mandíbula.	A investigação pode ser realizada com TC de crânio, ou RM e exames específicos indicados pelo especialista.	Plantonista inicia a investigação, comunica com neurologista para avaliação. Na emergência: - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escala analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos. - encaminhar via SUS-Fácil para referência terciária após avaliação.
Lesão ou TCE e/ou cervical	A cefaleia ocorre em estreita relação temporal com um traumatismo ou lesão da cabeça ou pescoço, deve-se classificá-la como cefaleia secundária atribuída ao traumatismo ou à lesão.	TC de crânio com janela óssea, TC de seios da face (caso se suspeite de fratura de ossos da face), TC de coluna cervical (caso se suspeite de lesão cervi-	Plantonista inicia a investigação encaminhar via SUS-Fácil para referência terciária. Na emergência:

		cal; realizar as medidas necessárias para não agravar as lesões de coluna vertebral como a utilização de colar cervical.	- seguir orientações do ATLS - <i>Advanced Trauma Life Support</i>). - Hidratação e medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos.
Arterite temporal ou arterite de células gigantes	Das arterites é a mais claramente associada à cefaleia. Deve-se à inflamação das artérias cefálicas, principalmente dos ramos da artéria carótida externa. A cefaleia atribuída a arterite temporal deve ser pensada em qualquer cefaleia recente e persistente iniciada em pacientes com mais de 60 anos que possuam outros sintomas comuns à doença como: polimialgia reumática e claudicação da mandíbula. Alterações visuais como amaurose fugaz devem levar a investigação apropriada de urgência.	- Pesquisar proteína C reativa, VHS, RM de crânio com ângio RM de crânio e vasos cervicais, biópsia da arterial temporal.	Plantonista inicia a investigação e comunica com neurologista para avaliação e conduta.

<p>Encefalopatia hipertensiva</p>	<p>- A cefaleia pode estar associada à alteração do nível de consciência, confusão mental, alterações visuais e convulsões, que se relacionam à elevação persistente da PA com níveis pressóricos maiores ou iguais a 180/120 mmHg. Nos pacientes com hipertensão arterial crônica, a encefalopatia hipertensiva se desenvolve, em geral, com níveis pressóricos diastólicos maiores que 120mmHg e frequentemente estão associadas a papiledema ou sinais de retinopatia hipertensiva crônica. Os pacientes com elevação da pressão aguda sem antecedente de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) crônica podem desenvolver encefalopatia hipertensiva com níveis pressóricos mais baixos como (160/100 mmHg) e sem os sinais de retinopatia hipertensiva.</p>	<p>RM crânio pode mostrar alterações que são mais evidentes na substância branca, predominantemente nas regiões parieto-occipitais. A encefalopatia hipertensiva pode ser avaliada adequadamente por: fundoscopia; glicemia capilar; radiografia de tórax; eletrocardiograma; urina I; TC de crânio; RM de crânio.</p>	<p>Plantonista inicia a investigação e comunica com especialista para avaliação. Na emergência: - Medidas gerais; - Dor: Seguir a escada analgésica de dor da OMS para uso de analgésicos. - encaminhar via SUS-Fácil para referência terciária após avaliação.</p>
<p>Glaucoma agudo</p>	<p>A cefaleia é habitualmente unilateral, associada a outros sinais e sintomas do glaucoma, como dor ocular e/ou</p>	<p>- avaliação oftalmológica com fundoscopia e medida da pressão ocular, TC de crânio</p>	<p>Plantonista inicia a investigação.</p>

	periorbitária, olho vermelho, perda da acuidade visual (visão turva), náuseas e vômitos.	ou RM de crânio para diagnóstico diferencial.	- encaminha via SUS-Fácil para referência terciária.
Hipotensão líquórica e cefaleia pós-punção ou pós-raquianestesia	<p>Cefaleia que ocorre até 5 dias após punção lombar ou raquianestesia. A dor possui caráter postural, diminui ou desaparece ao se deitar e piora significativamente ao sentar ou permanecer em posição ortostática.</p> <p>Pode haver rigidez de nuca leve e/ou sintomas auditivos subjetivos. Geralmente desaparece espontaneamente em até 2 semanas.</p>	<p>Anamnese e exame físico. História recente de punção lombar ou raquianestesia.</p> <p>É tradicionalmente postural, melhorando com decúbito.</p> <p>Eventualmente CT para diagnóstico diferencial de hematoma subdural.</p>	<p>Plantonista inicia a hidratação com 2.500 mL de Ringer Lactato em 24 horas.</p> <p>- Dipirona 300 mg + Mucato de Isometepteno 30 mg + cafeína 30 mg. Dar 2 comprimidos de 6/6 horas por 3 dias. Após 24 horas sem melhora, iniciar Amitriptilina 25 mg à noite por 3 dias.</p> <p>- Se história recente de procedimentos anestésicos (raquianestesia ou anestesia peridural com punção inadvertida), comunicar a equipe de anestesiologia para investigação e definição de conduta.</p> <p>- em casos de falha de tratamento clínico inicial, com possibilidade de realização</p>

			de <i>Blood Patch</i> (tampão sanguíneo peridural), comunicar a equipe de anestesiologia para avaliação do caso.
--	--	--	--

9 - RESUMO DE TRATAMENTO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NAS EMERGÊNCIAS

Tipo de dor	Tratamento não farmacológico	Farmacológico	
		Abortivo das crises (Moderada a intensa)	Profilático
Migrânea com e sem aura	Evitar fatores desencadeantes (Álcool, stress, chocolate, alimentos com tiramina, mudanças climáticas, sol e outros.)	<p>1. Dipirona 1,0 g EV, diluída em água destilada.</p> <p>Se não melhorar:</p> <p>2. Sumatriptana injetável 6-12 mg SC (dose máxima).</p> <p>Se não melhorar:</p> <p>3. Dexametasona 4 mg/mL - 2mL, EV.</p> <p>Se vômitos:</p> <p>4. Metoclopramida 10 mg EV.</p> <p>5. Nas dores mais severas e resistentes:</p> <p>- Soro fisiológico a 0,9% 5 mL/Kg ou 500 mL em 2 horas;</p> <p>- Clorpromazina 0,1mg/kg EV lento em decúbito dorsal (perigo: hipotensão). Ou</p> <p>6. Cetorolaco 30 mg EV (max 60 mg); ou</p>	<p>- Antidepressivo tricíclico, baixas doses (Amitriptilina 25-75 mg).</p> <p>Ou:</p> <p>- Beta bloqueadores (Propranolol 20-40 mg).</p> <p>Ou:</p> <p>- Anticonvulsivante (Topiramato 25-100 mg; Ácido Valproico 250-500 mg).</p> <p>Ou:</p> <p>- Associação medicamentosa.</p>

		7. Sulfato de Mg 1,0g EV, num tempo superior a 10 minutos. Adjuvante no tratamento da foto e fonofobia e gestante.	
Cefaleia do tipo tensional	Higiene do sono, evitar stress, atividade física regular, outros.	Leve/moderada: dipirona ou AINES (anti-inflamatórios não esteroides) VO (via oral). Moderada/intensa: Analgésicos comuns, ou AINES, ou ergotaminicos, triptanos EV; Ciclobenzaprina 5-10 mg VO.	Antidepressivos tricíclicos em dose baixa.
Cefaleia em salvas	Manter paciente na posição sentado, levemente inclinado para frente.	- O ₂ (oxigênio) por máscara nasal: 12-15 L/min, durante 15 minutos. - Sumatriptana 6-12 mg SC (subcutânea), ou - DHE (Desidroepiandrosterona) 0,1 mg IM (intramuscular) ou EV - Instilar 1 mL de Lidocaína 4% na narina ipsilateral à dor.	Sumatriptana. (Opióides não têm ação no tratamento da cefaleia em salvas)
Cefaleia por abuso de analgésicos	Manter em lugar calmo e escuro com baixa incidência de ruídos.	I. Internar; II. Hidratar, reposição hidro-eletrolítica; III. Medicação sintomática para vômitos, diarreia e HAS; IV. Descontinuar medicações analgésicas; V. Infundir SF (solução fisiológica) 0,9%, 5 mL/Kg, correr rapidamente; VI. Clorpromazina, 0,1 mg/Kg EV, em três minutos (ampola 25 mg/ 5	- Iniciar medicação profilática. Se não houver contra-indicações, preferência para Amitriptilina e Valproato, drogas que parecem ser mais eficazes nesses casos; - Suspender o uso de analgésico por até uma semana;

		<p>mL); manter infusão de SF 0,9%. Repetir de hora em hora, até três vezes, se necessário.</p> <p>VII. Clorpromazina, 12 mg VO (12 gotas) de 6/6 horas; a critério clínico, aumentar para 25 mg ou mais (até 50 mg); atua nos sintomas de abstinência); ou</p> <p>VIII. Levomepromazina (neozine), solução a 4%, 10 a 30 gotas de 6/6 horas. Associar;</p> <p>IX. Prednisona, 1 mg/Kg, com retirada progressiva em dez (10) dias (usar sempre que não houver contra-indicação);</p> <p>Ou:</p> <p>Dexametasona EV 10 mg, e 4 mg, 6/6 horas a seguir, substituindo por prednisona, quando da alta;</p> <p>X. Caso seja necessário aumentar a sedação, em casos graves, cujos sintomas de abstinência sejam intensos (taquicardia, agitação), usar Lorazepam 1,0 mg, a cada 2 horas, até controle dos mesmos;</p> <p>XI. Alta com profilático.</p>	<p>- Uso de AINES fixo (Ex. 7 dias de Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas).</p> <p>- Se necessário, uso de corticoide, ex. Prednisona 60 mg/dia por 7 dias.</p>
<p>“Status” ou Estado enxaquecoso</p>	<p>Manter em lugar calmo e escuro com baixa incidência de ruídos.</p>	<p>- Hidratar e reposição eletrolítica;</p> <p>- Dexametasona 10 mg iniciais e 4 mg de 6/6 horas (até 48 horas) + Clorpromazina 0,1 mg/Kg/dose EV, diluído em soro fisiológico 500-1000</p>	<p>- Antidepressivo tricíclico baixas doses (Amitriptilina 25-75 mg) ou Nortriptilina 10-75 mg);</p>

<p>O estado de mal enxaquecoso se define por um episódio de enxaqueca debilitante com duração superior a 72 horas. Importante diferenciar através da história clínica o estado de mal enxaquecoso das enxaquecas crônicas com ou sem abuso de analgésicos.</p> <p>Ambas respondem ao uso de neurolépticos no Pronto Socorro (PS).</p>		<p>mL, em 1-2 horas. Manter em decúbito dorsal para evitar hipotensão arterial. Manter Clorpromazina 0,1 mg/Kg/hora (até 48 horas) se necessário. Manter hidratação;</p> <p>Ou:</p> <ul style="list-style-type: none">- Haloperidol 5 mg EV, diluído em soro fisiológico 500-1000 ml, em 1-2 horas. Manter em decúbito dorsal para evitar discinesias e/ou complicações extrapiramidais;- Alta com profilático.	<p>Ou:</p> <ul style="list-style-type: none">- Beta bloqueadores (Propranolol 20-40 mg); <p>Ou:</p> <ul style="list-style-type: none">- Anticvulsivante (Topiramato 25-100 mg; Ácido Valproico 250-500 mg); <p>Ou:</p> <ul style="list-style-type: none">- Associação medicamentosa.
---	--	--	--

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bigal ME; Bordini CA; Speciali JG. Procedures for acute headache treatment in an emergency room. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32:486-491, oct/dec. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf
Acesso em: 25 agost, 2017.

Sociedade Internacional de Cefaleias. Classificação Internacional de Cefaleias. 3. ed. Lisboa: Sociedade Internacional de Cefaleias, 2014.

Friedman BW; Lipton RB. Headache emergencies: diagnosis and management *Neurol Clin* 2012; 30: 43.

Torelli P; Campana V; Cervellin G, Manzoni GC. Management of primary headaches in adult emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal. *Neurol Sci* 2010; 31: 545.

Resumo Clínico – Cefaleia. Disponível em: TelessaúdeRS/UFRGS 2016 Porto Alegre – RS. Acesso em: 10 set, 2017.

Cutrer M. Evaluation of the adult with headache in the emergency department. UpToDate, 2017. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 12set, 2017.

Redes de atenção à saúde: rede de urgência e ... - UNA-SUS. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2435/UNIDADE_4.pdf? de HFAC Santos - 2015 referenciado, ou seja, o conceito de atendimento de urgência/... Cefaleia. Qualificadores. Classificação. Conduta/Observações. Sinais vitais alterados. Acesso em: 10 set, 2017.

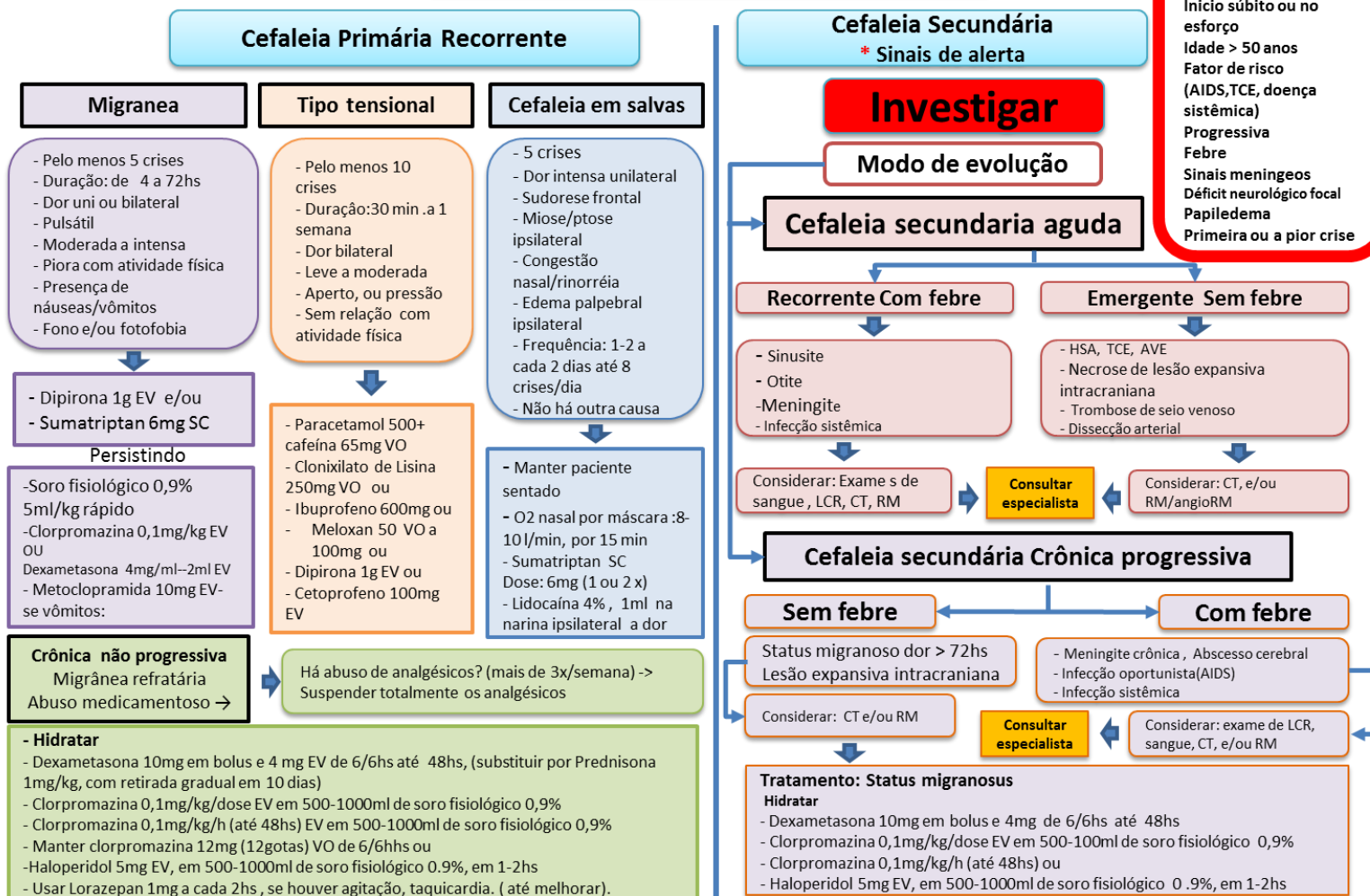
Classificação Internacional de Cefaleias - 3ª Edição beta - Tradução ...

Outras cefaleias. 143. Apêndice. 145. Definição de Termos. 163. Ín dice. 3ª Edição – Tradução Portuguesa – 2014. Classificação Internacional de... Disponível em: www.ihs-headache.org/binary_data/2086_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf. Acesso em: 25 set, 2017.

Pitts et al. Natl Health Stat Report, 2008. National Health Statistics Reports n Number 3 n August 6, 2008.

11 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA CEFALEIA

Cefaleia na Urgência/Emergência



SIGALINE BORDINI CALA SPECTUALIS
Procedura for acute headache treatment in an emergency room. Medicina Brasileira. 2014; 22:488-491. doi:10.1590/1980-5497

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALIAS. Classificação Internacional de Cefalias. 2. ed. Lisboa: Sociedade Internacional de Cefalias, 2014.

Freeman SW, Lipkin RB. Headache emergencies: diagnosis and management. Neurol Clin 2012;30:41.

Resumo Clínico - Cefaleia. Disponível em: www.scielo.br/ufmt. Acesso em: 10/06/2017.

Alshafiqi C. Evaluation of the adult with headache in the emergency department. JGIM 2017. Disponível em: www.jgim.com. Acesso em: 12/06/2017.

12 – ANEXOS

A. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER

CEFALEIA

Qualificadores	Classificação de Risco	Conduta/ observação
<p>Sinais vitais alterados; Dor intensa (8-10/10); Rigidez de nuca; Alteração do nível de consciência; Sinais neurológicos focais: parésia, parestesias, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio; PAS (pressão sistólica) \geq 190 ou PAD (pressão diastólica) \geq 120 mmHg.</p>	VERMELHO	<p>Fazer diagnóstico diferencial entre PRIMÁRIAS X SECUNDÁRIAS. Verificar sinais de alarme: início súbito, progressiva e após 50 anos; história de queda ou TCE (Traumatismo cranioencefálico) recente, cursando com quadro de hipertensão intracraniana; Início recente em paciente HIV+ (vírus da imunodeficiência humana) ou portador potencial de neoplasia ou lesões expansivas; Achados sistêmicos; Sinais neurológicos focais;</p>
<p>Sinais vitais normais; Dor moderada (4-7/10) com náuseas e/ou vômitos; Quadro de crise hipertensiva.</p>	AMARELO	<p>Exames de rotina: quando diagnóstico de causa secundária: TC (tomografia) de crânio / punção líquórica / VHS (velocidade da hemossedimentação) / ECG (eletrocardiograma) etc.</p>
<p>Sinais vitais normais; Dor leve (1-3/10); Dor facial com rinorréia purulenta; Relato de febre; Sem fatores de risco.</p>	VERDE	<p>Tratamento</p>

		<p>Primárias: tratamento abortivo da dor: Enxaqueca, Tensional, em Salvas e outras.</p> <p>Secundárias: investigação e suporte de especialista.</p>
--	--	---

B. OUTROS ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA CRISE DE CEFALEIA

Migrânea com e sem aura	
Permitir que o paciente repouse deitado, em ambiente de penumbra e calmo.	
<p style="text-align: center;">Esquema I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia moderada ou intensa, com náuseas moderadas ou intensas, porém sem vômitos profusos; - Não usar anti-eméticos. Existem evidências de que a dipirona atua, também, nas náuseas, fotofobia, fonofobia e aura; - Cateterizar veia periférica, mantendo o acesso com catéter heparinizado ou SF (solução fisiológica) 0,9%. <p>Primeira escolha:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dipirona: atua na dor e sintomas associados com poucos efeitos adversos. <ul style="list-style-type: none"> - Dipirona: 1 grama (2 mL) diluído em água destilada, por via endovenosa (EV). - Reavaliar. Após 1 hora sem melhora ir para: <p>Segunda escolha:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Clorpromazina: 	<p style="text-align: center;">Esquema II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia moderada ou intensa com vômitos importantes; <ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso venoso periférico. Infundir SF 0,9%, 5 mL/Kg, pinça aberta. Se necessário, colher exames e promover reposição eletrolítica. 2. Dipirona, 1 grama (2 mL) diluído em água destilada, EV. 3. Metoclopramida, 10 mg (1 ampola) EV diluídas lentamente. <p>Reavaliar. Se, em uma hora, o quadro permanecer intenso, ir para esquema IV.</p>

- Falha da dipirona, alívio mais rápido, maior sedação;
- Acesso venoso periférico;
Infundir SF 0,9%, 5 mL/Kg, pinça aberta.
Clorpromazina, 0,1 mg/Kg EV, em 3 minutos (ampola 25 mg/ 5 mL). Manter infusão de SF 0,9%.

Terceira escolha:

3. Cetoprofeno: 100 mg EV (Max. 300 mg)
- Ação lenta e não atua nos sintomas associados;
 - Se em 1 hora não melhorar ir para esquema IV

ESQUEMA III:

Cefaleia discreta ou moderada, em que há dificuldades em se conseguir acesso venoso.

- I. Manter paciente em repouso físico e psíquico;
- II. Diclofenaco, 75 mg IM (intramuscular);
- III. Se náuseas intensas ou se a dor não ceder após uma hora, associar Metoclopramida, 10 mg IM. Ou
- IV. Sumatriptana (6 mg) SC

ESQUEMA IV:

Cefaleia intensa, refratária aos esquemas I e II.

- I. Acesso venoso;
- II. Infundir SF 0,9%, 5 mL/Kg, pinça aberta;
- III. Clorpromazina, 0,1 mg/Kg EV, em 3 minutos (ampola 25mg / 5 mL). Manter infusão de SF 0,9%;
- IV. Se, em uma 1 hora, permanecer com dor, repetir Clorpromazina, até um máximo de três (03) vezes;
 - Atentar para hipotensão arterial e sedação causada pela Clorpromazina. Atenção com quedas do paciente. Orientá-lo a não se levantar bruscamente;
 - A Clorpromazina tem também ação antiemética;
 - Se permanecer com cefaleia, tratar como *status* enxaquecoso.

ESQUEMA V:

Gestantes

- I. Hidratar. Manter acesso venoso;
 - II. Dimenidrato, 1 ampola IM (primeiro trimestre) ou Metoclopramida, 1 ampola EV diluída, lentamente (segundo ou terceiro trimestres);
 - III. Após 30 minutos, Paracetamol, 1000 mg, via oral (VO);
 - IV. Permanecendo com dor, Dexametasona, segundo protocolo já descrito;
 - V. Sulfato de magnésio EV na dose de 1,0 g, num tempo superior a 10 minutos, com paciente deitada. Os efeitos colaterais são discretos, sendo relatado apenas "flush" facial.
- Lembrar: diagnóstico diferencial com pré-eclâmpsia. Medir a PA, se hipertensa usar Metildopa.

ALTERNATIVAS: Haloperidol X Dexametasona

- Uso prévio de **dipirona (1g)** intravenosa sem qualquer resposta clínica, pode ser associado:
 - **Haloperidol 5 mg** ou **Dexametasona 4 mg**, ambas diluídas em 10 mL de água destilada.
- Ambas mostram-se igualmente eficazes no alívio da dor, após 2 horas. Haloperidol proporciona alívio mais rápido, no entanto ficar atento aos efeitos extrapiramidais.

Quando há náuseas/vômitos persistentes

- Dipirona 1,0 g, diluído em água destilada, EV + Bromoprida 10 mg EV; ou
- Tenoxan 20 mg, diluído em água destilada, EV + Bromoprida 10 mg EV; ou
- Sumatriptano (50 mg) VO ou Rizatriptano (10 mg); ou
- Sumatriptano (6 mg) SC.

Cefaleia tipo tensional

ESQUEMA I:	ESQUEMA II:
<p>Sem contratura muscular cervical dolorosa, sem componente emocional importante.</p> <p>I. Dipirona – 1,0 g (2mL) endovenoso, ou</p> <p>II. Diclofenaco – 75 mg IM.</p>	<p>Com contratura muscular cervical dolorosa, sem componente emocional importante.</p> <p>I. Dipirona ou Diclofenaco +</p> <p>II. Diazepam, 5 – 10 mg VO (relaxamento muscular).</p>
ESQUEMA III:	ESQUEMA IV:
<p>Com componente emocional importante, com ou sem contratura muscular.</p> <p>I. Acesso venoso;</p> <p>II. SF 0,9%, 5 mL/Kg, pinça aberta;</p>	<p>Gestantes</p> <p>I. Paracetamol, 1000 mg VO. Havendo contratura muscular ou componente emocional importante.</p>

III. Clorpromazina, 0,1 mg/Kg, em 3 minutos; seguir esquema IV do tratamento apresentado para migração, observando-se as mesmas precauções.

II. Diazepan, 5 mg VO

C. SUGESTÕES DE TRATAMENTO PROFILÁTICO PARA CEFALEIA PRIMÁRIA**Tratamento das cefaleias na Atenção Primária à Saúde**

O plano terapêutico depende do tipo de cefaleia e está fundamentado em medidas não farmacológicas e farmacológicas (conforme intensidade da crise ou indicação de profilaxia).

O objetivo do tratamento profilático é diminuir a frequência e intensidade das crises, bem como aumentar eficácia dos medicamentos abortivos e atuar de forma preventiva na cefaleia por abuso de analgésico.

Ao iniciar o tratamento deve-se reavaliar melhora do quadro ou resolução dos sintomas em 30 dias, se não houver melhora substancial nesse período sugere-se tentar outra classe de medicamento profilático.

Se sintomas persistem, porém em menor grau, manter o tratamento por cerca de 3 meses antes de tentar nova medicação

Principais indicações para o tratamento profilático das cefaleias	
Tipo tensão ou migrânea	Cefaleia interfere significativamente no dia a dia do paciente, apesar do tratamento abortivo das crises.
	Crises frequentes (mais de uma por semana).
	Uso excessivo de medicamentos (em razão de crises frequentes, incapacitantes ou de longa duração).
	As medicações utilizadas na terapia abortiva são inefetivas, contraindicadas ou causam efeitos adversos intoleráveis.
	Preferência do paciente.
	Presença de condições incomuns de migrânea (potencialmente graves), incluindo migrânea hemiplégica, basilar, com aura prolongada ou infarto migranoso.

Fonte: Telessaúde RS/UFRGS (2016)

SUGESTÃO PARA TRATAMENTO PROFILÁTICO NA CEFALEIA PRIMÁRIA

Tipo de cefaleia evitar	Tratamento medicamentoso: Abortivo da crise: em casa	Tratamento medicamentoso Profilático	Eventos adversos
<p>Migrânea sem aura ou com aura</p> <p>Evitar fatores desencadeantes das crises:</p> <ul style="list-style-type: none"> - álcool, chocolate, -alimentos com tiramina, -aditivos alimentares: glutamato monossódico e aspartato, - medicamentos, - estresse, - mudanças climáticas 	<p>Usar a escada de Intensidade da dor da OMS:</p> <p>leve/moderada: analgésico comum ou AINES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dipirona Cp: 500 mg a 1g VO de 4 a 6h até 3g. ou -Paracetamol Cp: 500 mg a 1g VO 4 a 6h até 4.000mg ou - Ibuprofeno Cp: 600 a 1.200 mg VO de 4 a 6h até 2.400mg ou - Diclofenaco de sódio cp: vo de 50 a 150 mg/dia. <p>Dor Moderada a forte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergotaminas ou triptanos. <p>Ergotamina vo: Uso comercial associado à cafeína e dipirona ou paracetamol. 1-2 cp até 6/dia, cuidado com abuso de analgésico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diidroergotamina vo: Uso comercial associado à cafeína e dipirona ou paracetamol. Tomar 1-2 cp até 6/dia. - Triptanos: Sumatriptano vo: 25, 50 e 100 mg VO 2h /hs, até 200mg/dia. ou - Naratriptano vo: 2,5 mg/dia 	<p>Antidepressivo tricíclico em baixa dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina 10-75mg a noite ou -Nortriptilina 10-75mg ou <p>Betabloqueadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propranolol vo 20 a 40mg inicial até 240mg/dia ou <p>Anticonvulsivantes</p> <p>Ácido valpróico vo 250 a 1.500mg 2-3x/dia ou</p> <p>Topiramato vo 25 a 100mg a noite. ou</p> <p>Gabapentina vo 300 a 1800mg 3x/dia..</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedação, boca seca, constipação, ganho de peso, hipotensão postural, tontura. Hipotensão, fadiga e bradicardia. Ganho de peso, náuseas, vômitos, tremores, confusão mental. Alteração da função cognitiva, sonolência, agitação, fadiga, perda de peso, confusão mental Ganho de peso
<p>Tipo tensão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo do estresse, - higiene do sono, - atividade física - Evitar tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> - O mesmo da migrânea - Tratar de acordo com Intensidade da dor: escada da OMS - leve/moderada: analgésicos ou AINES. - forte: analgesia endovenosa, Ergotaminas, ou Triptanos. 	<p>Antidepressivos em baixas dosagens (amitriptilina ou nortriptilina)</p>	<p>Sedação, boca seca, constipação, ganho de peso, hipotensão postural, tontura</p>
<p>Abuso de analgésicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar um medicamento profilático e suspender de maneira abrupta o uso de qualquer medicação analgésica por um tempo determinado, usualmente uma semana. - Durante esse período inicial, é possível deixar um AINE de maneira fixa (p. ex. Ibuprofeno 500 mg 8/8hs por 7 dias). - Caso de cefaleia de intensidade muito forte, pode ser necessário o uso de corticoide nesse período de suspensão abrupta dos analgésicos (p. ex. prednisona 60 mg/dia por 7 dias). 		
<p style="text-align: center;">Dicas Importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - O uso de opióides não está indicado no tratamento da cefaleia - Os triptanos não devem ser usados em pacientes com cardiopatia isquêmica, angina de Prinzmetal, HAS não controlada, migrânea vertebrobasilar, doença cerebrovascular prévia, 			

- Os **triptanos** são contraindicados para uso em combinação com fármacos que contenham **ergotamina** ou derivados (esperar pelo menos 24h de intervalo).
 - Pacientes que não sentirem nenhum alívio da migrânea, após a primeira dose de **triptanos**, não deverão administrar a segunda dose na mesma crise.
 - Na **migrânea sem aura menstrual pura**, pode ser optado por profilaxia com contraceptivo oral combinado de baixa dosagem contínuo se mulher tiver idade menor que 35 anos.
 - Casos de **migrânea com aura ou sem aura em mulher com idade > a 35 anos**, o uso de contraceptivos com estrógeno está contraindicado, pelo aumento do risco de AVC.
- Os tricíclicos estão contraindicados nos pacientes com glaucoma, arritmias cardíacas.

Escada de Intensidade da dor da OMS leve: 1-3; moderada: 4-7; intensa/forte: 8-10.

EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Divisão de Gestão do Cuidado

Unidade do Sistema Neurológico

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, nº 130, 2º andar do HC-UFTM. Bairro Abadia.

Uberaba – Minas Gerais

Telefone: (34) 3318-5225

www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm

