

Protocolo de padronização do atendimento de cefaleias no serviço de emergência de um hospital geral terciário

Care protocol for the management of headaches at the emergency department of a general tertiary hospital

Marina Gagliardi de Assumpção¹, Giovana Liberato de Castro¹, Rodrigo Armando Sperandio¹, Livia Maria Gruber Holland¹, Luana de Cássia de Jesus Rigonati¹, César Gimenes Miranda da Cruz¹, Nichollas Angelini Bosi¹, Michel Elyas Jung Haziot², Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri³

Resumo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que pelo menos 50% dos adultos no mundo sofrem de cefaleia, sendo a quarta ou quinta queixa mais comum nos serviços de emergências. O desafio do emergencista é garantir um atendimento adequado, que se baseie no alívio da dor e no reconhecimento e manejo de condições incapacitantes ou de real ameaça à vida, diferenciando cefaleias primárias e secundárias. Uma categorização sistemática é a melhor forma de assegurar que o diagnóstico de uma cefaleia secundária não seja subestimado. A proposta de fluxogramas para padronizar o atendimento de emergência dos pacientes com cefaleia aguda no Pronto Socorro da Santa Casa de São Paulo tem por objetivo definir triagem rápida de causas de maior morbimortalidade, estabelecer o manejo adequado conforme a etiologia e minimizar custos com procedimentos desnecessários.

Descritores: Cefaleia, Transtornos da cefaleia primários, Transtornos da cefaleia secundários, Sinais e sintomas, Alarmes clínicos, Diagnóstico diferencial

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), at least 50% of adults worldwide suffer from headache, which is

the fourth or fifth most common complaint in the Emergency Room. The emergency physician's challenge is to differentiate primary from secondary headaches and to follow a treatment plan based on pain control and rapid diagnosis of life threatening conditions. A systematic categorization is the best approach to avoid underestimating a secondary headache. An established care protocol for diagnosis and treatment of patients with headache in the Emergency Department of Santa Casa de São Paulo aims fast screening of high-risk patients and an adequate and cost-effective management based on each etiology.

Keywords: Headache; Headache disorders, primary, Headache disorders, secondary; Signs and symptoms; Clinical alarms; Diagnosis, differential

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que pelo menos 50% dos adultos no mundo sofrem de cefaleia, tendo pelo menos um episódio de dor no último ano. O *Global Burden of Disease Study* (OMS) verificou que todos os tipos de cefaleia, em conjunto, correspondem à terceira maior causa de anos perdidos devido à incapacidade. Além do impacto na vida pessoal e em sociedade por conta da dor, há piora da qualidade de vida e custo financeiro. Outro aspecto refere-se às cefaleias agudas nos serviços de emergência ou primários de saúde, onde o manejo inadequado se traduz em aumento da mortalidade de diversas patologias que tem a dor de cabeça como principal apresentação clínica. Apenas uma minoria de pacientes é corretamente diagnosticada e tratada, consequência da falta de conhecimento dos profissionais de saúde, que também se estende para o público em geral e, principalmente, devido a políticas públicas que preferem não lidar com esse problema social⁽¹⁾. Entre as queixas mais comuns que levam um paciente a procurar o serviço de emergência, a cefaleia está entre a quarta e quinta causa, correspondendo a aproxima-

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - 6º ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Serviço de Emergência

3. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Clínica Médica

Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Serviço de Emergência

Endereço para correspondência: Marina Gagliardi de Assumpção. Rua Romilda Margarida Gabriel, 69 apto 84, Itaim Bibi, 04530-090 – São Paulo, SP – Brasil. E-mail: marina_gass@hotmail.com

Não há conflitos de interesse entre os autores do artigo.

damente 2-3% de todos os atendimentos neste tipo de serviço nos EUA⁽²⁾.

Diante de tamanho impacto, o desafio do emergencista é garantir um atendimento adequado e tempo-dependente, baseado no alívio da dor e no reconhecimento e manejo de condições incapacitantes ou de real ameaça à vida⁽³⁾. Sem priorizar seus achados característicos de história e de exame físico, a investigação torna-se insuficiente e o clínico pode equivocadamente atribuir a cefaleia a condições benignas. Esse seria um erro significativo uma vez que, entre os pacientes com cefaleia secundária, 90% já apresentaram cefaleia primária⁽⁴⁾. Por outro lado, uma vez levantada a suspeita, é necessário padronizar a abordagem adequada dos pacientes que necessitam de investigação e, assim, não atrasar a conduta naqueles com cefaleia potencialmente grave⁽²⁾.

As cefaleias podem ser agrupadas em primárias (enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia em salvas, etc.) ou secundárias (hemorragia subaracnoidea, meningite, entre outras). Uma categorização sistemática é a melhor forma de assegurar que o diagnóstico de uma cefaleia secundária não seja subestimado⁽⁴⁾. A proposta de um atendimento de emergência padronizado dos pacientes com cefaleia aguda no Pronto Socorro Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) visa a triagem rápida de causas de maior morbimortalidade, além de estabelecer o manejo adequado conforme a etiologia e minimizar os custos com procedimentos desnecessários.

Metodologia

As cefaleias primárias mais comuns são cefaleia tensional (60%), enxaqueca (15%) e cefaleia em salvas (0,2-0,3%)^(1,5). Dentre as cefaleias, a enxaqueca é o principal motivo de procura ao serviço de emergência. Já as cefaleias secundárias são aquelas causadas por uma doença subjacente, como hemorragia subaracnoidea, neuroinfecção, neoplasia do sistema nervoso central, traumatismo cranioencefálico, dissecação de artérias cranianas, entre outras⁽²⁾.

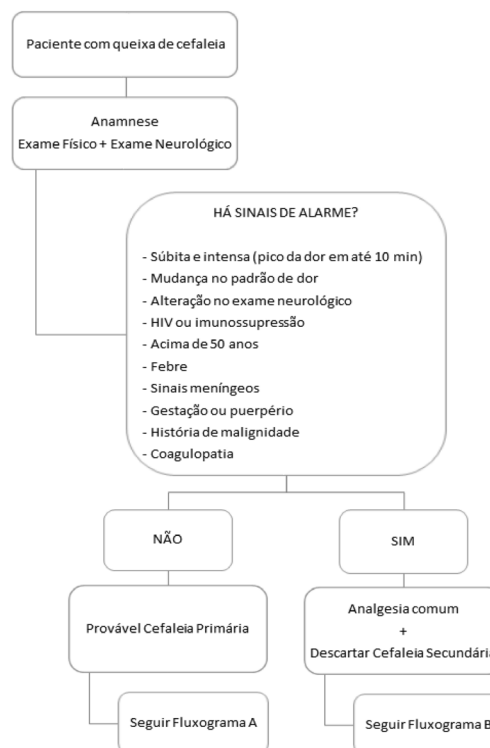
Frete à escassez de dados epidemiológicos brasileiros acerca de cefaleia no departamento de emergência, registros observacionais da ISCMSP foram comparados com a literatura dos Estados Unidos, na tentativa de delimitar o perfil atual do brasileiro que utiliza o Serviço de Emergência de hospitais terciários por queixa de cefaleia e a natureza das entidades clínicas responsáveis. Assim, é possível estimar a participação das causas secundárias que oferecem real ameaça à vida, projetando um atendimento personalizado com foco na identificação imediata e manejo adequado.

Visando suprir a carência de dados epidemiológicos confiáveis no Brasil, o objetivo dos fluxogramas é

justamente disponibilizar à equipe de emergência uma estratégia organizada e prática de assistência médica frente aos recursos disponíveis, considerando a individualidade da população atendida. Assim, além de fornecer uma abordagem objetiva da cefaleia e sugestões para o seu manejo, o mesmo também servirá como uma ferramenta de coleta de dados na emergência.

Resultados

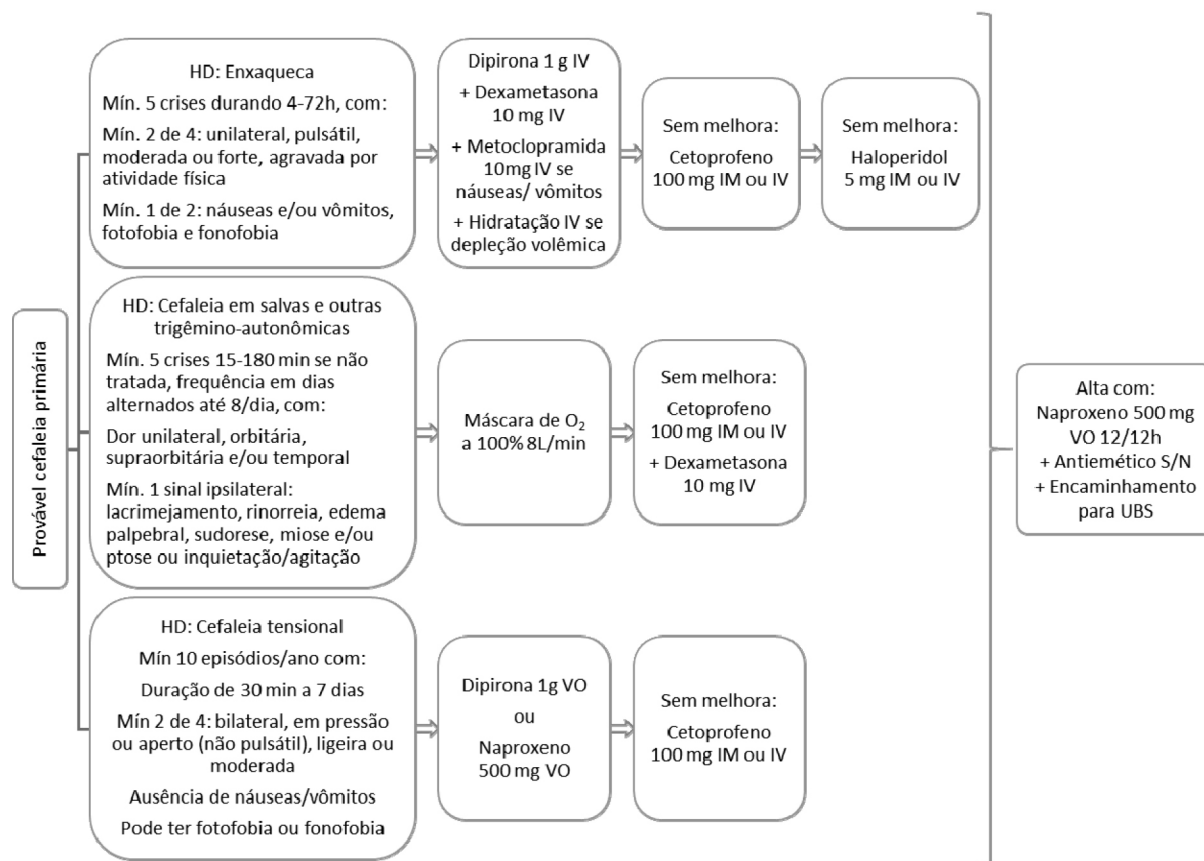
O fluxograma inicial resalta os principais sinais de alarme que diferenciam cefaleias primárias e secundárias. O fluxograma A resume as cefaleias primárias mais frequentes, com os critérios diagnósticos e o tratamento de cada uma delas. O fluxograma B inclui as hipóteses diagnósticas de cefaleia secundária mais prevalentes e direciona a investigação e manejo segundo cada hipótese.



FLUXOGRAMA INICIAL: Avaliação inicial do paciente com cefaleia no Serviço de Emergência.

Discussão

Um diagnóstico errôneo de cefaleia primária pode estigmatizar o paciente com uma doença crônica e impedir que se faça investigação adequada para etiologias secundárias⁽³⁻⁴⁾. A anamnese é a principal ferramenta para conduzir essa diferenciação, visto que o diagnóstico preciso da cefaleia não se faz mediante teste ou exame de imagem isoladamente. A avaliação



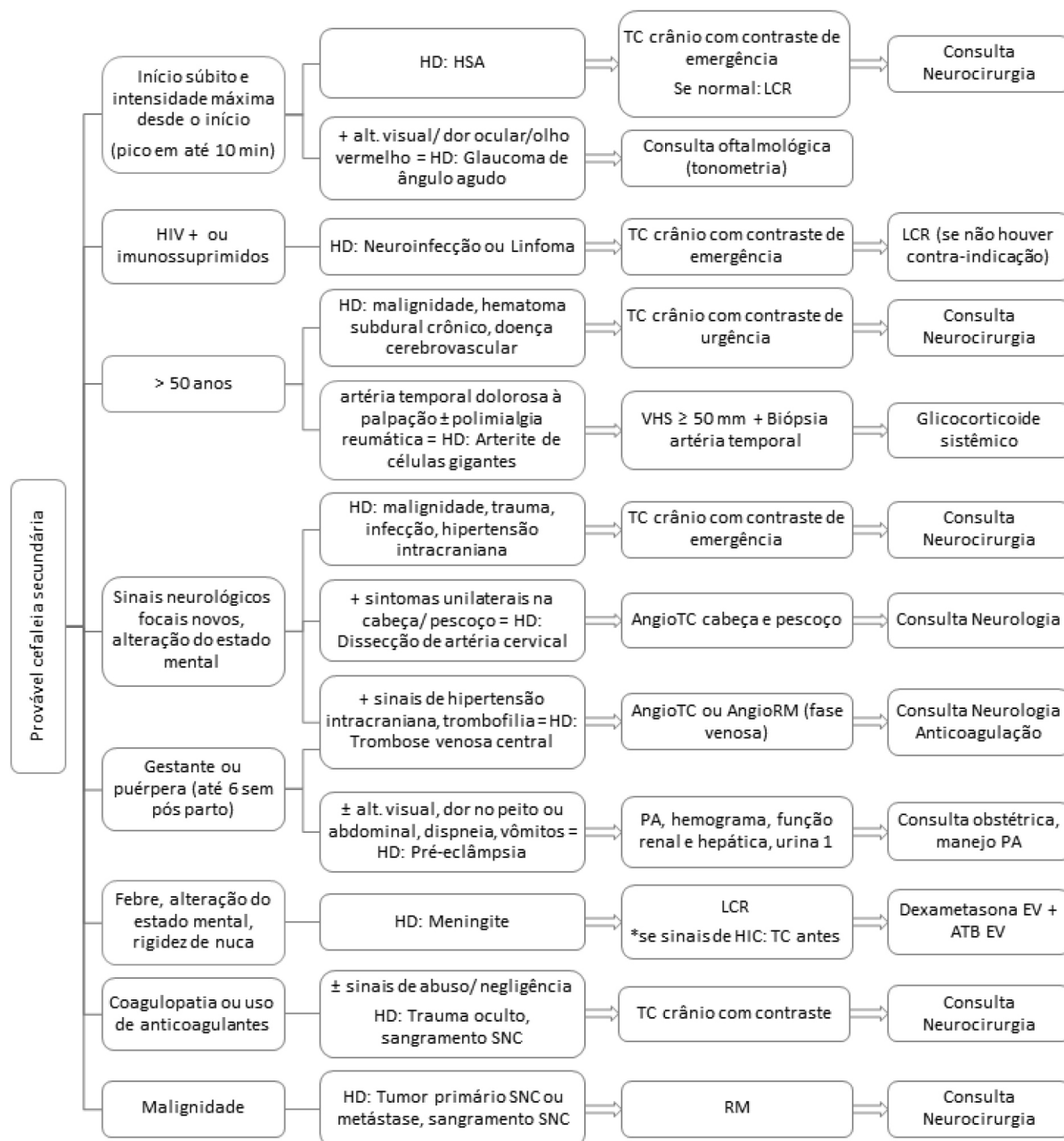
FLUXOGRAMA A: Manejo do paciente com provável cefaleia primária.

do padrão temporal da dor, fenótipo, antecedentes pessoais, uso de medicamentos e fatores desencadeantes ou de melhora permite identificar os principais sinais de alarme⁽⁴⁾.

Uma vez afastados os sinais de alarme, podemos conduzir o paciente conforme o fluxograma A, pois muito provavelmente trata-se de uma cefaleia primária. É importante o diagnóstico preciso em pacientes com cefaleia primária para definir o tratamento específico. Para realizar um manejo terapêutico mais direcionado, foram expostas no fluxograma A as principais características de cada uma das cefaleias primárias mais frequentes, conforme proposto pela *International Classification of Headache Disorders*⁽⁶⁾. Contudo, é importante ressaltar que em alguns casos não é possível diferenciar os tipos de cefaleia primária num primeiro momento, sendo necessária uma observação do padrão ao longo do tempo. Se os elementos indispensáveis para concluir um diagnóstico estiverem ausentes, o médico deve ter cautela para não estigmatizar o paciente com uma doença crônica, devendo ressaltar a importância do seguimento ambulatorial após a alta⁽²⁾.

Frequentemente, o paciente com antecedente de cefaleia primária que procura um serviço médico já tentou analgesia prévia sem sucesso, logo, o tratamen-

to proposto visa oferecer suporte clínico e otimizar a analgesia. O primeiro passo consiste na avaliação de sinais vitais e da necessidade de reposição volêmica, já que vômito é queixa frequente. Uma vez estável, parte-se para a terapêutica que proporciona o alívio dos sintomas e, se possível, o paciente deve ser levado a um local com pouca luminosidade e silencioso. O tratamento medicamentoso deve ser iniciado com analgésico comum e antiemético antidopaminérgico D2, que apresentam propriedades antimigranasas adicionais, associados a antiinflamatório não esteroidal (AINE) ou corticoide intravenoso para os pacientes com dor de intensidade moderada a forte. Não obtendo sucesso com esses agentes, associa-se AINE caso o corticoide tenha sido empregado anteriormente, seguidos de fenotiazinas ou butirofenonas, se necessários. Opioides devem ser evitados já que estão mais relacionados à sua dependência e à cefaleia por uso excessivo de medicamentos, além de serem menos efetivos no tratamento do que medicações específicas para a enxaqueca^(3,7). Em relação à cefaleia em salvas, utiliza-se como primeira escolha a oxigenoterapia e, caso não haja sucesso, a terapia medicamentosa descrita acima é recomendada. Além disso, devem ser prescritos medicamentos para o controle dos sintomas em domicílio e os pacientes devem ser orientados a



FLUXOGRAMA B: Manejo do paciente com provável cefaleia secundária.

procurar uma Unidade Básica de Saúde para o acompanhamento e tratamento ambulatorial. Embora os triptanos (sumatriptano) sejam os medicamentos de escolha para o tratamento abortivo da enxaqueca e da cefaleia em salvas, a indisponibilidade em nosso serviço, assim como a maioria das unidades de emergência, foi o motivo de não terem sido incluídos no protocolo de tratamento.

Na presença de sinais de alarme, pode-se tratar com analgesia comum conforme a escada analgésica da OMS⁽⁶⁾ e seguir o fluxograma B, que tem o objetivo de descartar cefaleias secundárias. Para facilitar a abor-

dagem do clínico, seguindo o raciocínio diagnóstico, o fluxograma B parte dos sinais supracitados, formula hipóteses e elucida como cada uma delas deve ser investigada e adequadamente conduzida. Além disso, otimiza a conduta pelo médico emergencista e sugere em qual momento deve-se solicitar a avaliação de um especialista, considerando que nem sempre estão disponíveis. Nenhum exame de imagem ou teste é capaz de concluir diagnóstico de todos os distúrbios de cefaleia, por este motivo a investigação deve ser individualizada conforme sua hipótese⁽⁴⁾.

Destacamos a importância dos fluxogramas para

evitar equívocos frequentes cometidos na abordagem de pacientes com cefaleia. Um dos principais é associar a boa resposta à analgesia comum com cefaleia primária, porém, muitas causas secundárias respondem bem a analgésicos comuns e não devem deixar de ser investigadas e tratadas adequadamente. Além disso, pacientes com antecedente de cefaleia primária não devem ser diagnosticados imediatamente com um episódio recorrente, mas sim avaliar se realmente apresentam o padrão habitual, visto que 90% dos pacientes com cefaleia secundária também manifestam cefaleia primária e exame neurológico normal⁽³⁾.

Quando a cefaleia é de início abrupto, ou seja, com pico da dor em até 10 minutos, deve-se pensar sempre em possíveis alterações vasculares. A causa mais comum é a hemorragia subaracnoidea (HSA), que apresenta mortalidade entre 40-50%. O paciente pode caracterizar a cefaleia como a “pior da vida”, um dado muito específico, porém, pouco frequente. Além disso, quando a hipótese é de HSA, o paciente pode manifestar pródromos que, por serem resolvidos com analgesia comum, são pouco valorizados pelo paciente⁽³⁾.

É importante ressaltar que o exame físico isoladamente, na maioria dos casos, é inespecífico para descartar uma hipótese diagnóstica. Por exemplo, as manobras de Kernig e Brudzinski, rotação lateral da cabeça e avaliação de rigidez de nuca, embora sejam muito específicas, apresentam baixa sensibilidade no diagnóstico de meningite. Portanto, sempre que houver febre associada à cefaleia, deve-se considerar a possibilidade meningite⁽³⁾.

A sistematização do atendimento permite evitar que tais equívocos sejam cometidos na abordagem do paciente com cefaleia. Vale ressaltar que foram incluídas no fluxograma B as causas de cefaleia secundária mais frequentes em nosso meio. A cefaleia por uso excessivo de medicamentos acomete cerca de 3% dos adultos, porém, como acontece apenas como complicação de uma cefaleia preexistente, geralmente enxaqueca ou tensional, não foi destacada no fluxograma. Existem ainda outras causas de cefaleia secundária não abordadas por serem menos prevalentes em nosso contexto, como intoxicação por monóxido de carbono, infarto cerebelar, síndrome da reversão da vasoconstrição cerebral e cefaleia com sintomas visuais específicos, que pode ser causada por apoplexia hipofisária (alteração do 3º par craniano, associada à gestação, trauma ou cirurgia), hipertensão intracraniana idiopática (alteração do 6º par craniano, associada ao sexo feminino, obesidade e papiledema) e enxaqueca com aura (alteração progressiva com resolução geralmente em menos de uma hora precedendo a cefaleia; deve seguir fluxograma A)⁽²⁾.

Conclusão

Devido à maior prevalência de cefaleias primárias nos diferentes níveis de atenção à saúde, muitos médicos minimizam a possibilidade de uma causa subjacente. Assim, cefaleias secundárias de maior risco potencial para o paciente são subdiagnosticadas. A principal maneira para o diagnóstico precoce de cefaleias secundárias é através de um método estruturado e baseado nos sinais de alarme.

Ao conseguirmos diferenciar a provável causa da cefaleia, minimizamos a solicitação desenfreada de exames de imagem e somos capazes de referenciar pacientes com causas primárias a centros de atenção básica, evitando que os mesmos retornem repetidamente ao serviço de emergência. Quanto às cefaleias secundárias, a estruturação do atendimento prioriza a realização de exames pertinentes a cada caso, reduzindo gastos desnecessários. A aplicação desses fluxogramas em serviços de emergências é de grande importância para otimizar os recursos institucionais e reduzir a morbimortalidade devido a diagnósticos tardios.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Headache disorders. Fact sheet. [online]. Geneva: WHO; 2016. Updated April 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/> [2017 Jul 27]
2. Tabatabai RR, Swadron SP. Headache in the emergency department: avoiding misdiagnosis of dangerous secondary causes. *Emerg Med Clin North Am*. 2016; 34(4):695-716.
3. Swadron SP. Pitfalls in the management of headache in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2010; 28(1):127-47.
4. Cady RK. Red flags and comfort signs for ominous secondary headaches. *Otolaryngol Clin North Am*. 2014; 47(2):289-99.
5. Rasmussen BK. Epidemiology of headache in Europe. In: Olesen J. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p.231-7.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. Cephalalgia. 2013; 33(9):629-808.
7. Robertson CE, Black DF, Swanson JW. Management of Migraine Headache in the Emergency Department. *Semin Neurol*. 2010; 30(2):201-12.
8. World Health Organization (WHO). WHO's cancer pain ladder for adults. [online]. Geneva: WHO; 2016. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> [2017 Jul 24]

Trabalho recebido: 07/08/2017

Trabalho aprovado: 28/08/2017