


PROTOCOLO ATENÇÃO PRIMÁRIA N° 02		DATA: 05/09/2017	
 <p>PREFEITURA DE GOIÂNIA</p>	<p>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>CÓDIGO SIGTAP: 03.01.06.003-7</p>	<p>CBO: Médico</p>
AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO		
<p>CEFALÉIA</p>	<p>Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida</p>	<p>ANAMNESE (Investigar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de crise: Já teve essa dor antes? - Localização: Dor generalizada? Dor unilateral? Em faixa? Em aperto? Em pontada? - Intensidade da dor: Escala numérica de 0 – 10 / Escala de expressão facial - Mudança com atividades rotineiras: piora com atividade física de rotina? - Horário de início: Qual horário do dia dói mais? Acorda devido a dor? - Fenômenos associados: Pioram com estresse? Insônia? Hipersonia? Estímulos sensoriais? Ingestão de alimentos gordurosos? Menstruação? Esforço físico? - Sintomas associados: Náuseas? Vômitos? Fotofobia? Fonofobia? Irritabilidade? Febre? Vômitos em jato? Crise convulsiva? - Fatores de melhora: escalda-pés, compressão digital da artéria carótida externa ou da artéria temporal superficial, aposição de gelo no local da dor - Fatores de piora: esforços físicos, o balanceio brusco da cabeça, o pisar forte - Influência hormonal: está no período menstrual? Faz uso de anticoncepcional oral ou terapia de reposição hormonal? Está gestante? - Antecedentes pessoais: Sente enjoo em viagens? Vômitos cíclicos quando criança? Trauma prévio? Crise convulsiva? - Antecedentes familiares <p>EXAME FÍSICO (Verificar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressão arterial - Temperatura corporal - Frequência cardíaca e respiratória - Dilatação da pupila - Lacrimejamento - Sudorese - Exame neurológico com pesquisa de rigidez de nuca / integridade dos pares cranianos e dos sistemas motor e sensorial 	

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (Considerar):

- Cefaleia em salvas: apresenta-se com paroxismo agudo, unilateral e em salvas (repete de duas a seis vezes ao dia); intensidade lancinante; crises que duram em média 30 minutos; localizada geralmente na região periorbitária ou retro-orbitária ou temporal anterior; associada a rubor, sudorese facial, lacrimejamento unilateral, congestão nasal, congestão ocular, rinorreia unilateral
- Hipertensão intracraniana: causada por AVC, arterites, hematomas ou hemorragias subaracnóideas, crise hipertensiva ou piora aguda da hipertensão arterial em tratamento, entre outras causas. É de intensidade variável e pode ser descrita como cefaleia em opressão ou pulsátil; contínua e persistente
- Tumoral: geralmente a dor é constante e tem piora progressiva, acompanhada de sinais focais progressivos, que se traduzem por alteração durante o exame neurológico; a dor pode ser pulsátil ou surda
- Sinusite: as sinusopatias causam cefaleias com diversas características, dependendo do seio sinusoidal acometido. A mais comum é a sinusopatia frontal, caracterizada por dor intensa frontal e retro-orbitária, com sensação de pressão ou latejante que piora com a movimentação da cabeça
- Meningite ou meningismo por trauma ou hemorragia: a cefaleia apresenta-se de forma intensa, universal e acompanhada por sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Brudzinski positivo, sinal de Kerning positivo), febre e sinais de toxemia, nos casos de meningite infecciosa (vírus e bactérias). À suspeição de meningite, a equipe de saúde da APS deve encaminhar o paciente para o serviço de urgência imediatamente, tomando algumas providências:
 - Fornecer máscara ao paciente e deixá-lo em uma sala ou consultório isolado do contato com outros pacientes
 - Os profissionais que tiverem maior contato (menos de 1 metro) com o paciente também devem usar máscara
 - Ligar para serviço de remoção (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu) para o encaminhamento do paciente e para a vigilância epidemiológica do município
 - Após a transferência e admissão do paciente, entrar em contato com o hospital de referência para informar-se da confirmação (ou não) do caso. Caso haja confirmação de caso de meningite bacteriana, devem-se adotar medidas de controle eficazes para casos secundários
 - Está indicada a quimioprofilaxia para os contatos íntimos (*moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório, comunicantes de creches e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente. A quimioprofilaxia não está indicada para pessoal médico ou de enfermagem que tenha atendido pacientes com meningites bacterianas, a menos que tenha havido exposição às secreções respiratórias durante procedimentos como respiração boca a boca e/ou intubação*) de casos de doença meningocócica e meningite por *Haemophilus influenzae* (*criança com o esquema vacinal completo contra *Haemophilus influenzae* tipo B não precisa receber quimioprofilaxia, exceto nos casos de ser imunocomprometida*). A droga de escolha é a rifampicina, devendo ser administrada para os contatos íntimos, no prazo de 48 horas da exposição à fonte de infecção.
- Notificação imediata de todo caso suspeito

TRATAMENTO

Recomendações gerais:

- O tratamento da crise de cefaleia começa com medidas gerais, tais como: evitar, quando possível, fatores referidos pelos pacientes como desencadeantes de suas crises; tratar de doenças concomitantes, particularmente hipertensão

arterial e depressão do humor; aconselhar atividades físicas moderadas; regular o padrão de sono

- A abordagem do paciente deve ser feita de forma compreensiva e individualizada, levando em consideração que existe uma variabilidade de paciente para paciente e de crise para crise
- Deve ser dada ênfase na educação e orientação do paciente e/ou familiares quanto à natureza do diagnóstico e ao automanejo da crise
- A utilização de um diário para o registro das crises deve ser encorajada, pois pode ser importante para o diagnóstico e também para o automonitoramento das crises
- Tratamentos não farmacológicos (acupuntura, técnicas de relaxamento, biofeedback, psicoterapia) e homeopatia também podem ser considerados
- No tratamento farmacológico, deve ser levado em consideração a eficácia, os efeitos adversos, a terapêutica prévia e as contraindicações, assim como a intensidade e frequência das crises, a presença de sintomas e sinais associados e o tempo necessário para que o medicamento atinja a eficácia máxima

Recomendações específicas:

- Nas crises fracas, é recomendado tentar repouso em quarto escuro, evitar barulho e, se possível, conciliar o sono. Medidas como o uso de bolsas de gelo e/ou compressão das artérias temporais podem ser úteis. Nas crises fracas, que não cedem com as medidas gerais, sugere-se o uso de analgésicos comuns (ácido acetilsalicílico, paracetamol, dipirona), anti-inflamatórios não esteroidais (naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco de sódio, ácido tolfenâmico e clonixinato de lisina). Além disso, recomenda-se o uso de metoclopramida ou domperidona quando sintomas de náusea ou vômito estão associados, 30 minutos antes do medicamento para a dor.
- Nas crises moderadas, fora a possibilidade do emprego de analgésicos e anti-inflamatórios, podem ser recomendados derivados ergóticos (tartarato de ergotamina ou mesilato de dihidroergotamina) ou triptanos, salvaguardando as suas respectivas restrições de uso.
- Nas crises fortes recomenda-se o uso de triptanos, indometacina ou clorpromazina. O uso de dexametasona ou de haloperidol pode também ser recomendado. Na vigência de recorrência da cefaleia, após uso de triptanos, deve-se associar AINES

Analgesicos para o tratamento agudo das cefaleias de fraca intensidade

DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Ácido acetilsalicílico	1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia
Paracetamol	500mg a 1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 3g
Naproxeno sódico	750mg a 1.250mg VO repetir 2h a 4h após s/n –máximo/ dia1.650mg
Ibuprofeno	600mg a 1.200mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 1.200mg
Diclofenaco de sódio	50mg a 100mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 200mg
Dipirona	500mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 2g

(Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2000)

Analgesicos para o tratamento agudo das cefaleias de moderada intensidade

DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Ácido acetilsalicílico	1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia
Sumatriptano	50mg a 100mg VO, 20mg IN repetir em caso de recorrência máximo dia 200mg
Naratriptano	2,5mg VO repetir s/n – máximo/dia 5mg
Zolmitriptano	2,5mg a 5mg VO repetir s/n – máximo/dia 7,5mg
Rizatriptano	5mg a 10mg disco dispersível sobre língua s/n – máximo/dia 20mg
Triptanos	Em caso de recorrência frequente de cefaleia, associar ácido tolfenâmico 200mg ou naproxeno sódico 550mg VO

(Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2000)

Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de forte intensidade

DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Dipirona	1.000mg IV diluída em SF 0,9% máximo/dia 2g
Clonixinato de lisina	200mg IV diluído em 20ml de SF 0,9% máximo/dia 500mg
Sumatriptano	6mg SC ou 20mg IN, ou 50mg a 100mg VO
Rizatriptano	5mg a 10mg VO mg disco dispersível sobre língua
Zolmitriptano	2,5mg a 5mg VO
Indometacina	100mg IR repetir 1h s/n - máximo/dia 200mg
Clorpromazina	0,1mg/kg a 0,7mg/kg IM ou IV diluído em SF 0,9%, repetir até três vezes nas 24h
Dexametasona	4mg IV, repetir 12h a 24h s/n
Haloperidol	5mg IM ou IV diluído em SF 0,9%
Triptanos	Em caso de recorrência frequente de cefaleia, associar ácido tolfenâmico 200mg ou naproxeno sódico 550mg VO

(Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2000)

Medicamentos usados na crise de migrânea de crianças e adolescentes

DROGA	DOSE/POSOLOGIA	VIA
AAS	7mg a 10mg/kg/dose até 6 doses/dia	VO
Clorpromazina	2,5mg a 5mg/kg/dose até 4 doses	VO
Dexametasona	0,25mg/kg/dose	EV
Diazepan	0,2mg a 0,3mg/kg/dose	EV
Diclofenaco de potássio	0,5mg a 2mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO / VR
Diclofenaco de sódio	0,3mg a 1mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO / VR
Dipirona	6mg a 10mg/kg/dose < 6 anos: até 1g/dia; 6 a 12 anos: até 2g/dia e > 12 anos até 3g/dia	VO / VR / IM / EV

Ibuprofeno	10mg a 20mg/kg/dose até 4 doses/dia	VO
Mesilato de dihidroergotamina	0,02mg a 0,04mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO
Metoclopramida	0,01mg a 0,02mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO / VR / IM / EV
Naproxeno	2,5mg a 5mg/kg/dose até 4 doses	VO
Paracetamol	10mg a 15mg/kg/dose até 6 doses/dia	VO
Sumatriptano	3mg a 6mg/dose	SC
Sumatriptano (somente para adolescentes)	10mg a 20mg/kg/dose até 4 doses/dia	NASAL
Tartarato de ergotamina	0,04mg a 0,08mg/kg/dose até 3 doses/dia	VO
Zolmitriptano (somente para adolescentes)	2,5mg/dose	VO

(Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2000)

QUANDO ENCAMINHAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Hipertensão intracraniana
- Tumor
- Meningite ou meningismo por trauma ou hemorragia
- Cefaleia de forte intensidade que não cessa com o uso de analgésicos administrados na própria UBS
- Cefaleia que apresente sinais de alerta:
 - Início abrupto de forte intensidade: Hemorragia subaracnoide ou malformação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral
 - Aumento da frequência e da intensidade das crises de dor de forma subaguda (semanas a meses). Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação: Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia
 - Febre, rigidez de nuca, convulsões. Meningite, encefalite
 - Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça: MAV ou processo expansivo intracraniano
 - Sinais e sintomas de disfunção endócrinológica: Adenoma de hipófise
 - Surgimento de cefaleia após os 50 anos: Neoplasia sistêmica/SNC, arterite de células gigantes – arterite temporal
 - Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais)

Elaborado: Gerência de Atenção Primária a Saúde – SMS Goiânia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

