

CEFALEIA NO PS

VOCÊ INVESTIGARIA OU TRATARIA?

Treinamento Prático Baseado
em Casos Clínicos para a
Equipe de Emergência

MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS:

1. Descartar Secundária
2. Definir o Tipo
3. Tratar e Reavaliar



FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: Felícia, 34 anos, Feminino



INÍCIO/DURAÇÃO: Há 4 horas



CARACTERÍSTICAS: Unilateral (direita), pulsátil, forte intensidade



SINTOMAS ASSOCIADOS: Náuseas, fotofobia, fonofobia; piora com esforço



ANTECEDENTES: Episódios semelhantes a cada 15 dias há 6 meses



SINAIS VITAIS:

PA 130x80 mmHg | FC 88 bpm | FR 16 irpm



NEUROLÓGICO: Sem déficits focais, Glasgow 15

Qual é a melhor conduta farmacológica inicial no PS?

A) Administrar morfina IV para alívio rápido.

B) Solicitar Tomografia de Crânio sem contraste imediata.

C) Prescrever Captopril SL, pois a pressão está limítrofe.

D) Administrar Metoclopramida + Cetorolaco IM + Dipirona IV.

E) Ofertar Oxigênio 15 L/min sob máscara não reinalante.



RESPOSTA CORRETA: D) Administrar Metoclopramida + Cetorolaco IM + Dipirona IV.

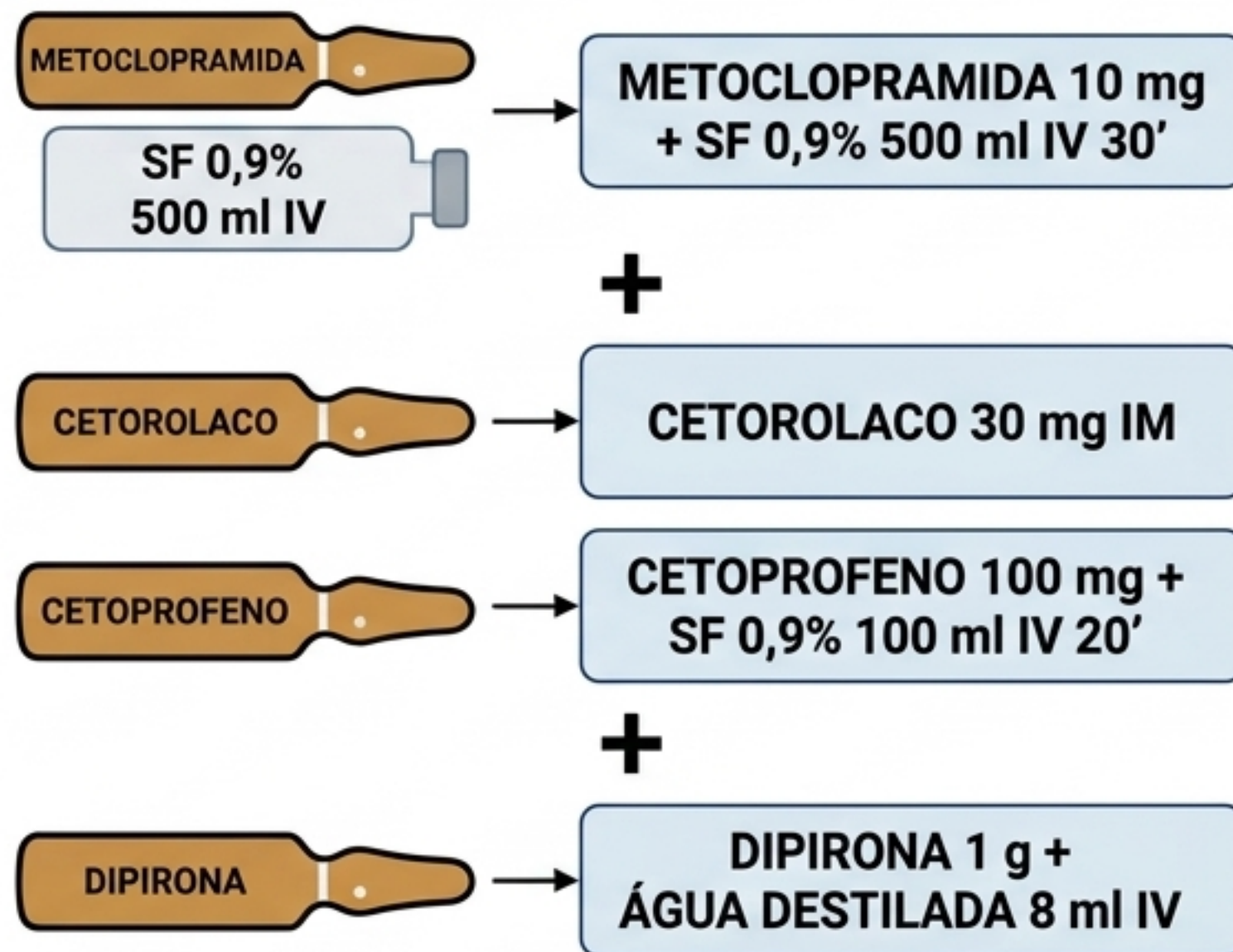
RACIOCÍNIO CLÍNICO

Sem sinais de alarme no SNOOP. Apresentação clássica de Migrânea (Enxaqueca): dor pulsátil, unilateral, com fotofobia/fonofobia.

Fisiopatologia envolve inflamação trigeminovascular, exigindo bloqueio destas vias.

CONDUTA

Repouso em ambiente escuro/silencioso. Fazer Metoclopramida (antiemético/modulador), um AINE (Cetorolaco ou Cetoprofeno) e Dipirona.



ARMADILHA DO CASO

Prescrever opioides (ex: Morfina). Opioides não agem na raiz inflamatória trigeminovascular, mascaram sintomas evolutivos secundários e induzem dependência rápida (adicção de PS).

FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: Helena, 45 anos, Feminino



INÍCIO/DURAÇÃO: Súbito (atingiu intensidade máxima em segundos), há 1 hora



CARACTERÍSTICAS: A pior dor de cabeça da minha vida, como uma trovoada, intensidade 10/10



SINTOMAS ASSOCIADOS: Náuseas e vômitos em jato



ANTECEDENTES: Hígida, nega episódios prévios



SINAIS VITAIS:
PA 160x95 mmHg | FC 102 bpm



NEUROLÓGICO: Consciente, sem déficits focais motores aparentes. Rigidez de nuca leve.

Diante de início súbito (pior dor da vida), qual é o próximo passo obrigatório?

A) Fazer analgesia potente e dar alta se melhorar 100%.

B) Realizar Tomografia de Crânio (TC) sem contraste imediata.

C) Solicitar Ressonância Magnética (RM) ambulatorial.

D) Prescrever Triptanos orais suspeitando de primeira crise.

E) Coletar líquido (LCR) imediatamente antes de imagem.

RESPOSTA CORRETA: B) Realizar Tomografia de Crânio (TC) sem contraste imediata.

RACIOCÍNIO CLÍNICO

Cefaleia secundária grave clássica: Thunderclap (Cefaleia em Trovoada). Sinal de alerta O (Onset) do SNOOP.

A principal suspeita é Hemorragia Subaracnóidea (HSA) por ruptura de aneurisma.

CONDUTA

Emergência (M.O.V.E). Analgesia cuidadosa e TC de crânio sem contraste imediata. Se a TC for normal e a dor tiver > 6 horas, é mandatório coletar líquido para pesquisar xantocromia.



ARMADILHA DO CASO

Liberar o paciente porque o exame neurológico não tem déficits focais.
Até 97% dos pacientes com HSA apresentam cefaleia isolada intensa inicialmente.

FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: Roberto, 60 anos, Masculino



INÍCIO/DURAÇÃO: Há 2 horas, instalação progressiva rápida



CARACTERÍSTICAS: Cefaleia holocraniana contínua, moderada



SINTOMAS ASSOCIADOS: Confusão leve, fala enrolada



ANTECEDENTES: HAS, Diabetes tipo 2



SINAIS VITAIS:

PA 180x100 mmHg | Glicemia 130 mg/dL



NEUROLÓGICO: Hemiparesia à direita grau 4, disartria perceptível.

A equipe relata que o paciente está com cefaleia tensional e falando arrastado por nervosismo. Qual sua conduta?

A) Tratar com relaxante muscular e observar na sala de medicação.

B) Encaminhar para TC imediata e acionar código AVC.

C) Baixar a pressão arterial imediatamente para 120x80 mmHg.

D) Administrar soro glicosado.

E) Iniciar protocolo de enxaqueca refratária com neurolépticos.

RESPOSTA CORRETA: B) Encaminhar para TC imediata e acionar código AVC.

RACIOCÍNIO

SNOOP positivo: Letra N (Neurológico). A presença de déficit neurológico focal (hemiparesia e disartria) associado à cefaleia deve ser tratado como Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico ou hemorrágico até prova em contrário.

CONDUTA

Estabilização primária. Não reduzir a pressão arterial bruscamente (risco de aumentar área de penumbra isquêmica). Solicitar TC de crânio urgente.



AVCI: 6 A 42% APRESENTAM CEFALEIA

AVCH: > 50% APRESENTAM CEFALEIA



ARMADILHA DO CASO

Viés de confirmação. Aceitar relatórios leigos de que a alteração de fala é estresse atrasa o diagnóstico de AVC, perdendo a janela trombolítica.

FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: João, 78 anos, Masculino



INÍCIO/DURAÇÃO: Insidiosa e flutuante há 3 dias



CARACTERÍSTICAS: Dor difusa, piora ao deitar



SINTOMAS ASSOCIADOS: Lentificação psicomotora relatada pela filha



ANTECEDENTES: Fibrilação Atrial. Uso de anticoagulante ⚠️ oral. Queda ⚠️ da própria altura há 5 dias (bateu a cabeça levemente).



SINAIS VITAIS:
PA 145x80 mmHg | FC 70 bpm



NEUROLÓGICO: Letárgico, orientado em pessoa mas não no tempo. Sem déficits motores óbvios.

Qual é o diagnóstico secundário mais provável a ser descartado com urgência?

A) Enxaqueca com aura prolongada.

B) Hematoma Subdural Crônico/Subagudo.

C) Meningite bacteriana aguda.

D) Cefaleia tensional crônica.

E) Neuropatia trigeminal.

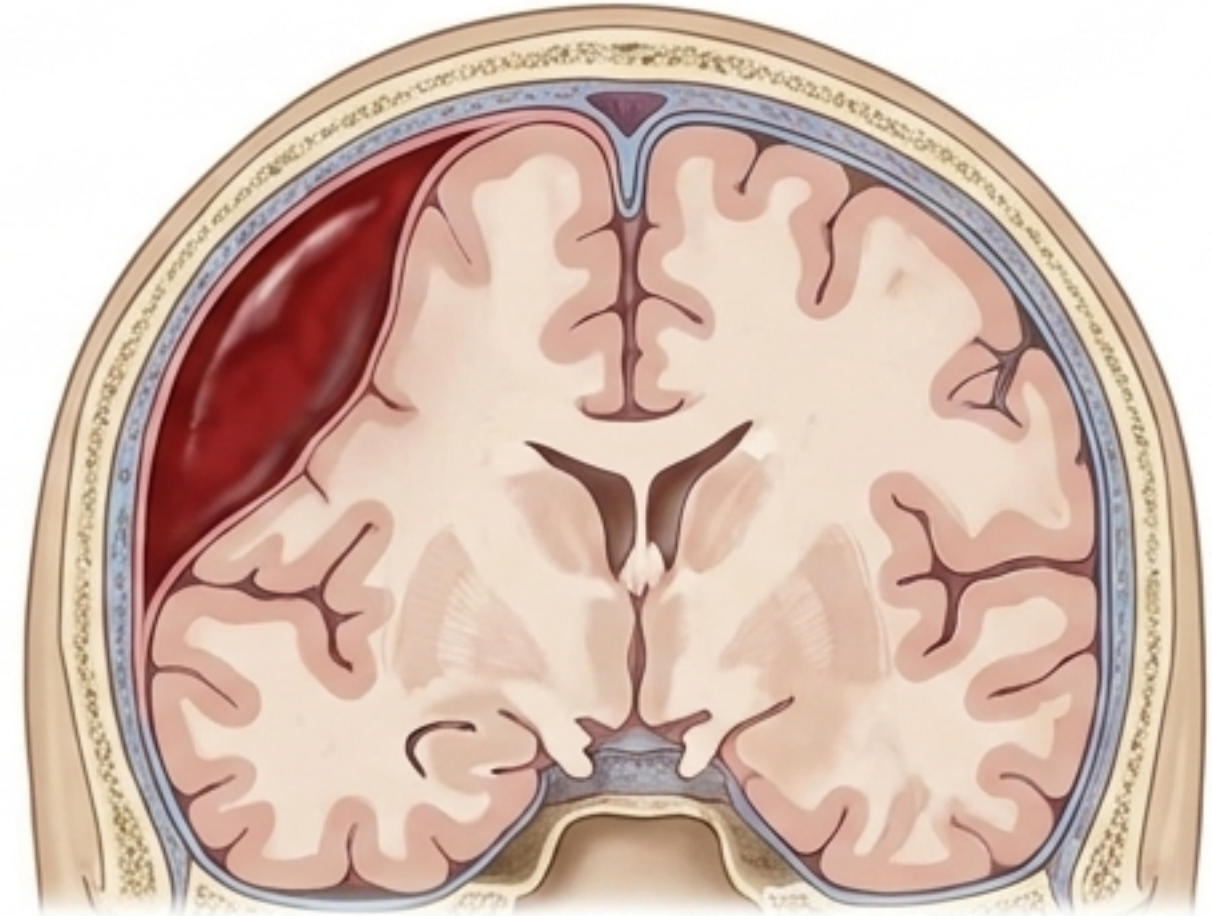
RESPOSTA CORRETA: B) Hematoma Subdural Crônico/Subagudo.

RACIOCÍNIO

Em idosos, a atrofia cerebral fisiológica estira as veias pontes. Pequenos traumas banais causam sangramento venoso lento. O uso de anticoagulantes agrava e perpetua o sangramento (Hematoma Subdural).

CONDUTA

TC de crânio sem contraste imediata. Avaliação neurocirúrgica baseada no volume do hematoma e desvio de linha média. Pausar/reverter anticoagulação.



ATENÇÃO CLÍNICA: TRAUMA E ANTICOAGULANTE

Fator de Risco para Cefaleia Secundária: Queda recente (mesmo mesmo que leve) + Uso de anticoagulantes (ex. varfarina, DOACs).

Risco elevado de hemorragia intracraniana (HSD crônico).



ARMADILHA DO CASO

Subestimar quedas banais (sem hematoma externo visível) em idosos usuários de anticoagulantes e rotular a letargia subsequente como mera demência senil.

FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: Clara, 26 anos, Feminino



INÍCIO/DURAÇÃO: Instalação há 4 dias, piorando diariamente



CARACTERÍSTICAS: Contínua, difusa, refratária a analgésicos



SINTOMAS ASSOCIADOS: Borramento visual, sonolência ocasional



ANTECEDENTES: **Puérpera (10º dia pós-parto cesariana).** Nega cefaleia prévia.



SINAIS VITAIS:
PA 110x70 mmHg | Afebril



NEUROLÓGICO: Papiledema bilateral na fundoscopia. Sem déficits focais.

O contexto clínico de puerpério levanta alta suspeição para qual etiologia?

A) Complicação anestésica (Cefaleia Pós-Raqui).

B) Trombose Venosa Cerebral (TVC).

C) Crise de enxaqueca hormonal severa.

D) Hemorragia subaracnóidea por aneurisma.

E) Eclâmpsia tardia com pressão arterial normal.

RESPOSTA CORRETA: B) Trombose Venosa Cerebral (TVC).

RACIOCÍNIO

A gestação e o puerpério constituem estados de hipercoagulabilidade grave. Cefaleia gradual associada a sinais de hipertensão intracraniana (papiledema, borramento visual) neste período aponta para TVC.

CONDUTA

Internação. Imagem especializada (Angio-TC venosa ou Angio-RM venosa) e avaliação neurológica imediata para iniciar anticoagulação plena.

S

SISTÊMICO

- **TROMBOSE VENOSA CENTRAL: DOR GRADUAL EM 89%, GESTANTE, PUÉRPERAS**



⚠ ARMADILHA DO CASO

Assumir precipitadamente que a cefaleia no puerpério é apenas privação de sono, estresse ou enxaqueca hormonal. O puerpério transforma a cefaleia em um Red Flag imediato.

FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: Fátima, 62 anos, Feminino



INÍCIO/DURAÇÃO: Progressiva na última semana



CARACTERÍSTICAS: Constante, difusa, latejante



SINTOMAS ASSOCIADOS: Febre (38,2°C), sudorese, perda de peso



ANTECEDENTES: Câncer de mama avançado



SINAIS VITAIS:

PA 110x60 mmHg | Temp 38,2°C



NEUROLÓGICO: Lentificação do raciocínio, sem déficits focais.

Pelo critério S do SN00P, qual deve ser o foco da investigação?

A) Punção lombar imediata por suspeita de dengue.

B) Cefaleia tensional exacerbada por estresse oncológico.

C) Neuroinfecção (imunossupressão) ou Metástase Cerebral.

D) Migrânea de início tardio induzida por febre.

E) Tratar sintomaticamente e encaminhar ao oncologista.

RESPOSTA CORRETA: C) Neuroinfecção (imunossupressão) ou Metástase Cerebral.

RACIOCÍNIO

SNOOP: Sintomas Sistêmicos (febre, emagrecimento) e Doença Sistêmica Conhecida (neoplasia). O quadro exige exclusão de disseminação metastática para o SNC ou infecções oportunistas devido à imunossupressão.

CONDUTA

Exames laboratoriais de urgência e TC de Crânio imediata. Avaliar punção lombar (LCR) subsequente para descartar infecção se imagem for segura.

S SISTÊMICO

-  Febre
-  Perda de peso não intencional
-  Neoplasia conhecida (câncer)
-  Infecção de SNC ou Imunossupressão



METÁSTASE



NEUROINFECÇÃO



ARMADILHA DO CASO

Negligenciar a doença de base e tratar a dor com analgésicos. O viés emocional de focar apenas no tumor primário visível cega para a catástrofe neurológica em andamento.

FICHA DE TRIAGEM



PACIENTE: Júlia, 38 anos, Feminino



INÍCIO/DURAÇÃO: Há 96 horas (4 dias completos)



CARACTERÍSTICAS: Unilateral, pulsátil, intensidade excruciante



SINTOMAS ASSOCIADOS: Náusea severa, intolerância a líquidos



ANTECEDENTES: Migrânea típica prévia. Já usou AAS, triptanos e dipirona em casa sem sucesso.



NEUROLÓGICO: Inteiramente normal. SNOOP negativo.

Paciente em Estado Migranoso (>72h). Após 1 hora de Metoclopramida + Cetoprofeno IV + Dipirona, não houve melhora. Qual a conduta?

A) Prescrever Morfina oral e dar alta.

B) Avaliar Dexametasona IV/IM e solicitar internação.

C) Solicitar TC de Crânio, pois estado migranoso evolui para sangramento.

D) Prescrever Opioides fortes IV para sedação.

E) Alta imediata, pois cefaleia primária não tem risco de morte.

✓ **RESPOSTA CORRETA: B) Dexametasona IV/IM e avaliação neurológica.**

RACIOCÍNIO: Estado Migranoso (**crise >72h**). O ciclo **inflamatório** perdeu resposta à terapia primária. **Nunca utilize opioides.**

O ALGORITMO DEFINITIVO

