

## TRATAMENTO DA CEFALÉIA EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELO EDUARDO BIGAL \*, CARLOS ALBERTO BORDINI\*\*, JOSÉ GERALDO SPECIALI\*\*\*

---

RESUMO - Cefaléia é dos sintomas mais comuns na prática clínica. Acarreta considerável impacto econômico e sobrecarrega as unidades de emergência. A maioria destas, em nosso país, não dispõe de triptans. O presente estudo analisa o tratamento instituído na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Em 1996, 1254 pacientes foram atendidos com esta queixa e 64 necessitaram de internação. Dos pacientes não internados (NI), 77% apresentavam cefaléias primárias, contra 29,7% dos pacientes internados (I). A percentagem de melhora nos pacientes com migrânea com a dipirona endovenosa foi 83,8%, com o diclofenaco intramuscular 66,7% e com a clorpromazina (endovenosa) 81,8%. As percentagens de pacientes com cefaléia do tipo tensional que melhoraram, frente às mesmas drogas foram, respectivamente 77,8%, 80% e 100%. Dos NI 16,3% tiveram melhora sem qualquer tratamento medicamentoso. Concluímos que as drogas utilizadas apresentam perfis semelhantes de eficácia e custo, podendo ser utilizadas em unidades básicas de saúde. O maior inconveniente é a administração parenteral.

PALAVRAS-CHAVE: cefaléia, unidade de emergência, tratamento.

### Headache treatment in an emergency room of the city of Ribeirão Preto, Brazil

ABSTRACT - Headache is one of the most common symptoms observed in clinical practice. It has a considerable economic impact and overburdens emergency rooms. In Brazil, most emergency rooms have no triptans. The present study analyses the treatment provided by the Emergency Room of the University Hospital of Ribeirão Preto. In 1996, 1254 patients were treated for headache and 64 of them required hospitalization. Of the non-hospitalized (NH) patients, 77% had primary headache, as opposed to 29.7% of hospitalized patients. Of the patients with migraine, 83.6% improved with intravenous dipyron, 66.7% improved with intramuscular diclofenac and 81.8% improved with intravenous chlorpromazine. The percentages of patients with tension-type headache who improved with the same drugs were 77.8%, 80% and 100%, respectively. Among NH patients, 16.3% improved without any medication. We conclude that the drugs used have similar efficacy profiles and costs and can be used at basic health unities. The major drawback is parenteral administration.

KEY WORDS: headache, emergency room, treatment.

---

Desde os primórdios da civilização o ser humano preocupa-se com o sintoma cefaléia, em especial com seu tratamento, pois é queixa freqüente na população e nos atendimentos médicos. A prevalência anual na população é de 70% a 90%<sup>1-5</sup>. As conseqüências vêm sendo calculadas e comprovadamente acarreta prejuízos econômicos consideráveis, além de diminuição importante na qualidade de vida de seus portadores<sup>6-9</sup>. Considerando sua elevada prevalência, poucos estudos foram conduzidos no Brasil, em particular no que diz respeito ao seu tratamento em emergências<sup>10</sup>. Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não conta com medicações específicas para o tratamento

---

\*Pós-graduando em Neurologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP); \*\*Doutor em Neurologia pela FMRP/USP; \*\*\*Professor Associado de Neurologia da FMRP/USP. Aceite: 2-junho-1999.

da crise migranosa, como compostos ergotamínicos ou triptans. Usam-se, em geral, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais parenterais. Por outro lado, certas drogas de uso freqüente em nosso meio, tal como a dipirona, não são rotineiramente utilizadas em outros países.

No presente estudo relatamos os resultados dos tratamentos utilizados na unidade de emergência, de um hospital universitário de atendimento terciário de Ribeirão Preto, em pacientes com queixa de cefaléia aguda.

## MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, os pacientes que procuraram a Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com queixa de cefaléia no ano de 1996. Para essa UE são encaminhados pacientes atendidos na rede básica de saúde (atendimentos primários). Sendo uma unidade de referência, recebe pacientes de região extensa, que compreende não só o município (cuja população é de cerca de 450.000 habitantes), mas também cidades que chegam a distar mais de 200 Km de Ribeirão Preto. A UE recebe pacientes com doenças agudas de todas as especialidades, clínicas ou cirúrgicas.

O total de pacientes que chegaram à UE com queixa de cefaléia, no ano de 1996, foi 1254. Estes pacientes foram atendidos pela equipe de neurologia, constituída de três médicos residentes e um supervisor com formação completa em neurologia. Assim que chegavam, poderiam ser atendidos de imediato ou esperarem de minutos a horas na dependência da sobrecarga do serviço. Os pacientes que permaneceram por mais de 12 horas nas salas de observação, após o primeiro atendimento médico, foram considerados internados, pelo serviço de estatística do hospital.

Para o estudo dividimos os pacientes em dois grupos: pacientes não-internados, ou seja, os que permaneceram na UE menos de 12 horas, e os pacientes internados. Analisamos o resultado do tratamento instituído numa amostra de 165 pacientes não-internados, escolhida de maneira aleatória quanto à idade do paciente e data da consulta no ano e de todos os pacientes internados (64).

De acordo com a etiologia da dor, os pacientes foram classificados em 3 grupos: 1 - Cefaléia primária (de acordo com os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia - SIC<sup>11</sup>); 2 - Cefaléia secundária a distúrbios neurológicos e de estruturas da face e pescoço e 3 - Cefaléia secundária a distúrbios sistêmicos.

Os pacientes receberam tratamento logo após o exame clínico e neurológico. As drogas mais utilizadas foram dipirona, diclofenaco, clorpromazina, antieméticos e, menos freqüentemente, benzodiazepínicos, paracetamol e corticosteróides. Muitas vezes foram usadas drogas concomitantes, como anti-hipertensivos, antimicrobianos e outros sintomáticos.

Dipirona (metamisol) foi usada na dose de 1 grama, em aplicação endovenosa (EV), diluída em solução glicosada a 25 ou 50%. Diclofenaco, na dose de 75 mg intramuscular. Clorpromazina foi utilizada de acordo com o seguinte protocolo: infundir soro fisiológico 0,9%, 5 ml/Kg, em 30 minutos; a seguir, administrar em bolo, clorpromazina EV, na dose de 0,1 mg/Kg, em 5 minutos, com paciente deitado; repetir a dose mais duas vezes, com intervalo de 15 minutos, se necessário. Paracetamol foi administrado na dose de 750 mg, por via oral (VO). Os anti-inflamatórios VO foram administrados em suas doses habituais. O corticosteróide utilizado foi a dexametasona, em dose que variou de 4 a 20mg, EV.

Os pacientes recebiam alta quando sentiam-se melhor. Assim, a avaliação da eficácia baseou-se nas informações prestadas pelos pacientes. Se não melhorassem com as primeiras medidas, eram submetidos a exames clínico-neurológicos repetidos e eram solicitados exames subsidiários para descartar cefaléias secundárias.

## RESULTADOS

Dos 1254 pacientes, 769 (61%) eram do gênero feminino e 485 (39%) do gênero masculino. Apenas 64 pacientes (5,1%) foram internados (ficaram mais de 12 horas em ambiente hospitalar) no referido ano. A distribuição por idade está representada na Tabela 1 e variou de 3 a 84 anos.

A Tabela 2 mostra as etiologias da cefaléia dos pacientes de nossos casuística.

Os vários tipos de cefaléias, de acordo com a SIC, encontrados nos pacientes por nós estudados, estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 1. Distribuição por idade, dos pacientes não internados e dos pacientes internados.

Idade (anos)	Não Internados n (%)	Internados n (%)
0  → 10	113 (9,5)	14 (21,9)
10  → 20	240 (20,2)	11 (17,2)
20  → 30	379 (31,8)	12 (18,8)
30  → 40	223 (18,7)	8 (12,5)
40  → 50	137 (11,5)	7 (10,9)
> 50	98 (8,3)	12 (18,7)
Total	1190 (100)	64 (100)

n, valor absoluto; %, valor relativo.

Tabela 2. Distribuição por etiologia das cefaléias apresentadas pelos pacientes não internados e internados.

	Não Internados n*(%)	Internados n** (%)
Cefaléia primária	127 (77,0)	19 (29,7)
Cefaléia secundária a distúrbios neurológicos e de estruturas da face e pescoço	15 (9,1)	33 (51,5)
Cefaléia secundária a distúrbios sistêmicos	23 (13,9)	12 (18,8)

\*Refere-se à amostra aleatória estudada, \*\*refere-se ao total dos pacientes internados.

Os diagnósticos mais frequentemente feitos foram de migrânea e cefaléia do tipo tensional, que somaram cerca de 77% dos casos não-internados e 25% dos que necessitaram internação.

A Tabela 4 mostra o tratamento recebido pelos pacientes, independentemente da etiologia. É importante frisar que a UE não dispõe de ergotamínicos ou triptans. Os pacientes que usaram tais drogas, o fizeram antes da chegada ao hospital.

Dos pacientes não-internados, 16,3% obtiveram alívio sem uso de medicação. Tal fato aconteceu em 7,8% dos pacientes internados.

Os medicamentos mais utilizado na migrânea e na cefaléia do tipo tensional foram a dipirona e o diclofenaco.

Os diagnósticos mais frequentemente encontrados foram migrânea e cefaléia tensional, que somaram cerca de 77% dos casos não internados e 25% dos que necessitaram internação. A Figura 1 relaciona o tratamento ministrado com o tipo de cefaléia.

Na cefaléia do tipo tensional, 25,9% dos pacientes sentiram-se melhor sem receber qualquer medicação analgésica. Nos enxaquecosos isso ocorreu em apenas 10% dos casos.

A Tabela 5 mostra a percentagem de melhora (referida pelo paciente como a suficiente para ir para casa ou trabalho) nos pacientes com migrânea e cefaléia tipo tensional, após os tratamentos mais utilizados.

Nos casos de migrânea, a droga mais eficaz foi a dipirona, sendo que o diclofenaco foi eficaz em menor percentagem de casos. A associação diclofenaco e dipirona não conferiu eficácia adicional à dipirona isoladamente. A clorpromazina foi eficaz em percentagem semelhante à da dipirona, mas

Tabela 3. Cefaléias diagnosticadas nos pacientes internados e não internados.

	Não Internados n (%)	Internados n (%)
Migrânea	93 (56,4)	14 (21,9)
Migrânea sem aura	62 (37,6)	8 (12,5)
Migrânea com aura	27 (16,3)	5 (7,8)
Aura típica	23 (13,9)	3 (4,7)
Aura basilar	4 (2,4)	2 (3,1)
Complicações da migrânea	4 (2,4)	1 (1,6)
Status migranoso	3 (1,8)	1 (1,6)
Infarto migranoso	1 (0,6)	0
Tensional	25 (15,1)	2 (3,1)
Cervicogênica	2 (1,2)	1 (1,6)
Nevralgias	1 (0,6)	0
Crônica diária	2 (1,2)	0
Conversão (Psicogênica)	3 (1,8)	2 (3,1)
Exercício	1 (0,6)	0
PTC	0	2 (3,1)
Mal funcionamento DVP	0	2 (3,1)
Meningite	0	4 (6,2)
Neoplasia	0	1 (1,6)
Granuloma	0	2 (3,1)
Pós-traumática aguda	5 (3,0)	5 (7,8)
Pós-ictal	2 (1,2)	3 (4,7)
Pós-punção	4 (2,4)	2 (3,1)
AVC	0	4 (6,2)
Otite	2 (1,2)	0
Hematoma subdural	0	3 (4,7)
HSA	0	1 (1,6)
Glaucoma	1 (0,6)	1 (1,6)
Hidrocefalia	1 (0,6)	1 (1,6)
Arterite	0	1 (1,6)
Hígroma	0	1 (1,6)
Sinusite	8 (4,8)	5 (7,8)
Infecção sistêmica	6 (3,6)	5 (7,8)
Abuso substâncias	4 (2,4)	0
Hipertensão arterial	2 (1,2)	0
DHEG	0	2 (3,1)
Hipotensão postural	2 (1,2)	0
Hipoglicemia	1 (0,6)	0

PTC, pseudotumor cerebral; DVP, derivação ventrículo-peritoneal; AVC, acidente vascular cerebral; HSA, hemorragia sub-aracnóide; DHEG, doença hipertensiva específica da gravidez; n, valor absoluto; %, valor relativo.

Tabela 4. Tratamento utilizado nos pacientes internados e não internados.

Medicamento	Não Internados n (%)	Internados n (%)
Nenhum	27 (16,3)	5 (7,8)
Dipirona	69 (41,8)	17 (26,6)
Diclofenaco	31(18,8)	8 (12,5)
Antibióticos	13 (7,9)	13 (20,3)
Anti-inflamatórios VO	12 (7,3)	7 (10,9)
Clorpromazina	9 (5,5)	5 (7,8)
Antieméticos	20 (12,1)	4 (6,2)
Corticosteróides	1 (0,6)	5 (7,8)
Paracetamol	3 (1,8)	0
Cirurgia	0	8 (12,5)
Acetazolamida	0	2 (3,1)
Diazepínicos	9 (5,5)	0
Outros	8 (4,8)	4( 6,2)

Tabela 5. Número ( n ) e porcentagem ( % ) de pacientes com migrânea e cefaléia tipo tensional que melhoram relacionados com o tratamento recebido.

	Migrânea n (% melhoraram)	Tensional n (% melhoraram)
Dipirona	31 (83,8)	9 (77,8)
Dipirona + diclofenaco	12 (83,3)	1 (100)
Dipirona + anti-eméticos	17 (88,2)	0
Diclofenaco	12 (66,7)	5 (80, 0)
Clorpromazina	11 (81,8)	2 (100)
AINH	6 (66,7)	1 (0)
Paracetamol	1 (0)	3 (66,7)

AINH, anti-inflamatórios não hormonais, administrados por via oral.

não foi utilizada como primeira escolha. Para a migrânea foi indicada quando outras drogas haviam falhado.

No caso da cefaléia tensional, observa-se que o diclofenaco e a dipirona apresentaram eficácia semelhante. A clorpromazina foi usada em 2 casos, como primeira escolha, com melhora satisfatória dos sintomas em ambos.

Quatro pacientes apresentaram quadro clínico de “status migranoso”. Todos receberam a mesma seqüência de tratamento: inicialmente dipirona, sem melhora; a seguir, diclofenaco, também sem sucesso; como terceira opção foi utilizada a clorpromazina, com melhora em 2 pacientes (50%). Os dois que não melhoraram, depois receberam dexametasona, com melhora.

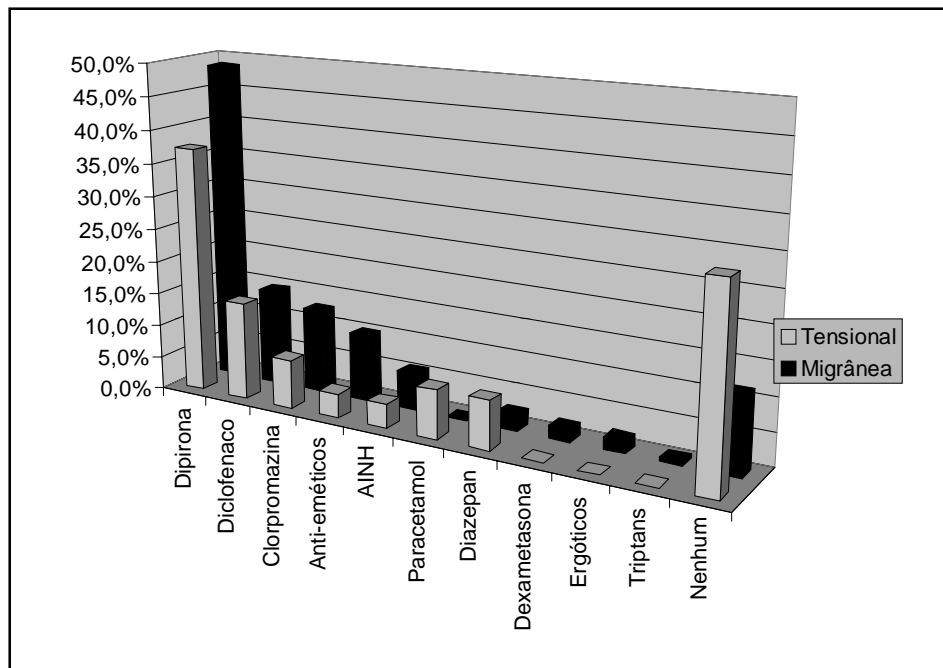


Fig 1. Tratamento em migração e cefaléia do tipo tensional.

## DISCUSSÃO

Apesar de ser elevado o número de pacientes que deram entrada na UE no ano de 1996 com queixa de cefaléia aguda (1254), 94,9% deles ficaram menos de 12 horas no hospital. Desses, 77% apresentavam cefaléia primária, sendo que em 71,5% dos casos o diagnóstico final foi migração ou cefaléia tipo tensional; ou seja, em sua maioria os pacientes foram encaminhados pelos clínicos gerais do atendimento primário à UE para resolução da dor e não para procedimentos diagnósticos mais especializados. Esta situação sobrecarrega as unidades de emergência terciárias em nosso país, piorando a qualidade do atendimento em geral.

Observação interessante foi a de que 16,3% dos pacientes não-internados, também não necessitaram de medicação sintomática. Os sintomas cessaram enquanto esperavam o atendimento ou durante ele. Nossos resultados confirmam dados conhecidos. A cefaléia rebelde aos tratamentos caseiros e aos instituídos num primeiro atendimento, em geral melhora com medidas simples, nos grandes hospitais e em unidades especializadas em atendimento de cefaléia<sup>12,13</sup>. Tal observação demonstra o papel importante da segurança, atenção e tranquilização na melhora da crise.

A UE, bem como a maioria dos hospitais públicos do Brasil, não dispõe de ergotâmicos ou triptans. Assim, as medicações analgésicas disponíveis nesses hospitais são dipirona, anti-inflamatórios, clorpromazina, opióides e paracetamol. Nos tipos de cefaléia mais encontrados, migração e tensional, as drogas mais utilizadas foram dipirona e diclofenaco.

Pelo fato da dipirona não ser droga aprovada pelo FDA e os hospitais da América do Norte e Europa disporem de drogas específicas para o tratamento das cefaléias primárias, praticamente não existem estudos sobre a eficácia dessa droga nesses países. No entanto, nossos resultados demonstram que a dipirona promoveu alívio da dor (lembrando que o estudo é retrospectivo e não houve avaliação formal da eficácia) em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz

e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados e adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaléias agudas. A associação com diclofenaco, pelo menos no tratamento da migrânea, não parece conferir eficácia adicional. Anti-eméticos, ao contrário, parecem aumentar a eficácia analgésica, além de diminuir a morbidade causada pelas náuseas e vômitos.

O diclofenaco foi a segunda droga mais utilizada. Apresentou sua maior eficácia nos casos de cefaléia tensional. Também é droga segura e barata, que necessita melhores estudos.

A clorpromazina foi utilizada na maior parte das vezes em que os sintomas não cederam com outras drogas, tendo sido segura e eficaz nesses casos.

Assim, tais drogas apresentam perfis semelhantes em eficácia e custo, que justificam estudos mais aprofundados.

No Brasil não se costuma utilizar opióides rotineiramente no tratamento de cefaléias agudas. Se por um lado talvez deixemos de aliviar de imediato a dor dos pacientes, por outro não temos problemas com pacientes adictos a essas drogas, fato que sempre traz problemas de diagnóstico e tratamento em unidades de emergência, em geral superlotadas.

A conhecida resistência ao tratamento do “status migranso” também foi verificada por nós. A dipirona e o diclofenaco não melhoraram o quadro clínico dos 4 pacientes de nossa casuística. Eles melhoraram com clorpromazina e/ou corticosteróides.

O fato de a maioria dos pacientes encaminhados para a UE não terem necessitado de internação, bem como de terem recebido tratamento geralmente possível de ser realizado nas unidades básicas de saúde, demonstra a necessidade urgente de divulgação mais agressiva dos critérios diagnósticos da SIC, bem como das modalidades terapêuticas disponíveis<sup>14,15</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Henry P, Michel P, Brochet P, Dartigues JF, Tison S, Salamon R. GRIM, a nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992;12:229-237.
2. Lipton RB, Stewart WF. Epidemiology and comorbidity of migraine. In Goadsby PJ, Silberstein SD. *Headache*. Boston, Butterworth-Heinemann, 1997:75-95.
3. Lipton RB, Silberstein MD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache* 1994;34:319-328.
4. Rasmussen BK. Epidemiology of headache in Europe. In Olesen J. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press, 1994;231-237.
5. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381-383.
6. Michel MD, Dartigues JF, Lindouisi MD. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers: results from the GAZEL cohort. *Headache* 1997;37:71-78.
7. Petersen-Braun M, Göbel H. Degree of disability, affliction, loss of free time, and loss of working hours in patients with migraine and tension-type headache in Germany. In Olesen J. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press, 1994;351-354.
8. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache* 1993;33:29-35.
9. The Migraine Disability and Optimizing Care (MIDAS). A poster presentation. New York: Zeneca Pharmaceuticals, 1997.
10. Zukerman E, Lima JGC, Hannuch SNM, Nothen MR, Carvalho DS. Unidade de atendimento de agudos com cefaléia (UAAC): uma experiência nova em nosso meio. *Rev Ass Med Brasil* 1989;35:107-110.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
12. Welch KMA. Headache in the Emergency Room. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds.). *The headaches*. New York: Raven Press, 1993.
13. Silberstein SD. Evaluation and emergency treatment of headache. *Headache* 1992;32:396-407.
14. Edmeads J. Challenges in the diagnosis of the acute headache. *Headache* 1990;30(Suppl 2):537-540.
15. Rapoport AM. *Headache disorders: a management guide for practitioners*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996.