

# TRATAMENTO HOSPITALAR DAS CEFALÉIAS

## HOSPITAL TREATMENT OF HEADACHE

Carlos Alberto Bordini

Mestre e Doutor em Neurologia - Responsável pelo Ambulatório de Cefaléia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CORRESPONDÊNCIA: Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Campus Universitário - CEP: 14048-900 - Ribeirão Preto - SP. Brasil

BORDINI CA. Tratamento hospitalar das cefaléias. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30: 472-475, out./dez. 1997

**RESUMO:** O tratamento das cefaléias, principalmente das crônicas, é ambulatorial. Por vezes, contudo, são necessárias medidas de emergência ou mesmo a internação do paciente. Os critérios para se tomarem essas condutas são revistos no presente trabalho.

**UNITERMOS:** Cefaléia. Pacientes Internados.

## 1. CEFALÉIA COMPLICADA

A maioria dos pacientes que se queixam de cefaléia é adequadamente tratada, de maneira ambulatorial. Contudo, alguns casos que, por serem refratários às terapias convencionais ou se associarem a outras moléstias clínicas, ou distúrbios psiquiátricos, vão requerer internação e, se possível, atendimento e acompanhamento multidisciplinares<sup>(1)</sup>. Serão descritas, abaixo, algumas situações, de cefaléia complicada onde essa abordagem pode se fazer necessária (Tabela I).

**1.1. Cefaléia prolongada associada a sintomas intensos.** Tipicamente é a dor de cabeça intensa, prolongada, associada a muita náusea e vômito. Este quadro pode levar à desidratação e comprometer o estado geral do paciente. Hidratação, uso de analgésicos potentes e monitorização clínica adequada justificam a internação.

**Tabela I - Causas e abordagem terapêutica de cefaléia complicada**

Condição	Abordagem terapêutica
Cefaléia prolongada com sintomas intensos	Hidratação, analgésicos potentes, monitorização clínica
Estado de mal enxaquecoso	1 - Corticosteróides 2 - Diidroergotamina ou Clorpromazina
Cefaléia em salvas crônica	Dessensibilização com Histamina
Cefaléia de causa estrutural	Investigação complexa e invasiva, interconsulta com a neurocirurgia
Cefaléia com distúrbio psiquiátrico	Interconsulta com psicologia/psiquiatria

**1.2. Estado de mal enxaquecoso.<sup>(2)</sup>** Crise em que a dor dure mais de 72 horas, a despeito do tratamento, sendo que períodos livres de cefaléia, de até 4 horas – não se contando o sono – podem ocorrer.

Geralmente, os tratamentos comuns não lograram êxito ou o paciente está tolerante aos analgésicos. Essas crises freqüentemente se associam a vômitos rebeldes. Corticosteróides são drogas de escolha. O esquema da Diidroergotamina (DHE) E.V. ou da Clorpromazina E.V. são alternativas interessantes. Tais tipos de conduta também requerem ambiente hospitalar.

**1.3. Cefaléia em salvas, crônica.** Em alguns pacientes, as crises são freqüentes, intensas, às vezes rebeldes, o risco de suicídio é real. Muitos cefaliatras advogam a dessensibilização com Histamina, através de injeções de Fosfato de Histamina E.V., por vários dias. Efeitos colaterais sérios podem advir. A internação é também indicada nessas circunstâncias.

**1.4. Cefaléia de causa estrutural.** A investigação pode ser complexa e invasiva. Na maioria das vezes, contudo, a investigação deve ser ambulatorial, embora a possibilidade de intervenção neurocirúrgica, imediata, ou a proximidade para contato com outros especialistas podem ser indicadores de internação, para facilitar a conduta adequada.

**1.5. Cefaléia intensa coexistindo com distúrbio psiquiátrico grave.** Aqui, a lista de possibilidades é grande. Migrânea intratável pode ser a queixa principal de pacientes com depressão maior. Indivíduos com ansiedade crônica ou doença do pânico têm maior tendência a desenvolver problemas de dependência a tranquilizantes, sedativos e analgésicos comuns. O tratamento da cefaléia não será eficaz, se não for encarada a moléstia mental. É impossível cuidar de tais casos em ambulatório. A presença de um psicólogo e de um psiquiatra, na equipe de tratamento, certamente, aumentará a possibilidade de sucesso terapêutico.

Por outro lado, o uso de drogas para o controle da cefaléia pode causar efeitos adversos de tal gravidade que justificam a internação do paciente. São apresentados abaixo alguns exemplos desta situação: 1.6. - 1.10.

**1.6. Dependência de analgésicos.** É um fenômeno freqüentemente encontrado em pacientes com cefaléia crônica, diária (CCD)<sup>(3)</sup>. Os agentes que podem levar ao hábito variam desde os analgésicos comuns (AAS, Dipirona, Acetaminofen), passando por combinações contendo também cafeína e ou barbitúricos, até os narcóticos. A descontinuação das drogas pode ser problemática e, às vezes, com efeitos colaterais graves, justificando a internação.

**1.7. Dependência de ergóticos.** Também é freqüente, em pacientes com CCD<sup>(3)</sup>, o abuso e a dependência dessa classe de drogas. Sua descontinuação, geralmen-

te, é difícil de se conseguir, devido à cefaléia incapacitante e intensa, associada a vômitos que sobrevivem. O ambiente hospitalar parece-nos o mais adequado para se conseguir a desintoxicação.

**1.8. Toxicidade medicamentosa.** Um paciente que use AAS pode sofrer distúrbios gastrointestinais ou mesmo um sangramento gástrico. O uso crônico de Acetaminofen está relacionado à hepatopatia crônica. Pacientes, usando lítio ou anti-convulsivantes, podem sofrer efeitos tóxicos sérios. Essas circunstâncias obviamente requerem internação.

**1.9. Associação da cefaléia a outras moléstias.** Algumas condições clínicas podem se complicar pelo uso de medicamentos para cefaléia. Exemplo clássico é a precaução para o uso de  $\beta$ -bloqueadores em diabéticos que usam insulina ou hipoglicemiantes orais. Por outro lado, às vezes, o paciente com cefaléia necessita avaliações de outros especialistas. O ambiente hospitalar, pela facilidade e rapidez de interconsultas, pode ser adequado.

**1.10. Politerapia.** Casos refratários, geralmente CCD, exigirão uso concomitante de diversos agentes e monitorização rigorosa, por exemplo  $\beta$ -bloqueadores e inibidores da Monoaminaoxidase, de interação perigosa.

Ainda que tenhamos listado as diversas possibilidades de indicação de tratamento hospitalar para cefaléias, na prática, o número de situações é pequeno e, a seguir, comentaremos tais eventualidades.

## 2. MEDIDAS DE EMERGÊNCIA PARA CEFALÉIA REFRATÁRIA

É comum a queixa de *cefaléia que não melhora com nada*. Trata-se, geralmente, de crises migranosas prolongadas, onde vários procedimentos médicos e não médicos já foram tentados, porém, geralmente, de forma inadequada. Descreveremos, na Tabela II algumas possibilidades de condutas.

**Tabela II - Tratamento emergencial da migrânea refratária**

- 1 - Exame minucioso, tentar chegar a um diagnóstico preciso e afastar moléstias "orgânicas".
- 2 - Medidas gerais: sinais vitais e, se necessário, hidratar.
- 3 - Tratamentos parenterais (**escolher um**).
  - a) Sumatriptan 6 mg S.C.
  - b) Clorpromazina E.V. (ver Tabela III).
  - c) Diidroergotamina E.V. (ver Tabela IV)<sup>(4)</sup>
  - d) Hidrocortizona E.V. (ver Tabela V)

O esquema da Clorpromazina tem mostrado resultados bastante satisfatórios em nossa unidade de emergência, sendo que a regra é o paciente receber alta em algumas horas e livre da dor.

O esquema da DHE E.V., preconizado por Raskin & Raskin<sup>(4)</sup> Tabela IV, tem ganhado grande popularidade na América do Norte, porém ainda é pouco difundido em nosso meio.

O esquema da Hidrocortizona é por nós utilizado nos pacientes internados, e também leva a resultados satisfatórios.

Os esquemas da DHE e da Hidrocortizona são mais apropriados, na verdade, para o ambiente hospitalar, como veremos a seguir (Tabela III, IV e V).

#### Tabela III - Protocolo da Clorpromazina E.V.

- 1 - Repouso no leito.
- 2 - Assegurar sistema cardiovascular estável, o que pode ser conseguido com injeção E.V. de 1000 ml de soro fisiológico em 60 minutos.
- 3 - Injeção de 0,1 mg/kg de Clorpromazina E.V. em 2 minutos.
- 4 - Repetir até 2 vezes, se for necessário.

Obs.: Monitorizar, cuidadosamente, devido à possibilidade de hipotensão postural ou outros efeitos adversos por 6 horas após a injeção. Se ocorrer distonia, usar Biperideno.

#### Tabela IV - Protocolo da Diidroergotamina E.V.

- 1 - 0,25-0,5 mg E.V. de DHE (a dose de teste) em 2 minutos, em cateter heparinizado (não administrar, se houver hipertensão moderada ou grave).
- 2 - Se bem tolerada, DHE 0,5-1 mg E.V. a cada 8 horas.
- 3 - Se houver náusea, administrar 10 mg de Metoclopramida E.V. ou I.M. antes da DHE.
- 4 - Se bem tolerada, manter por 3-5 dias.
  - a) Casos as náuseas cessem, interromper a Metoclopramida, tão logo quanto possível.
  - b) A DHE deve ser administrada em 1 a 2 minutos.
  - c) Geralmente os pacientes estabilizam-se ao final do terceiro dia, mas é prudente estender o programa por mais dois dias.
  - d) Descontinuar a DHE, gradativamente, em 2 ou 3 dias, se o paciente estiver assintomático durante 2 dias.
  - e) A hospitalização é apropriada para se manter o tratamento, fazendo-se cuidadosa monitorização da P.A., de precordialgias, náusea importante, e para que se estabeleça um programa preventivo eficaz.
  - f) Interromper ou diminuir a dose em caso de aumento significativo da P.A., de vômitos importantes, precordialgias ou câibras intensas nos membros inferiores.
  - g) A forma endovenosa de DHE não é disponível comercialmente no Brasil.

#### Tabela V - Protocolo da Hidrocortizona

Hidrocortizona - 100 mg E.V.

- 1 - A cada 6 h por 24 h.
- 2 - A cada 8 h por 24 h
- 3 - A cada 12 h por 24 h.

O uso deve ser de curta duração devido à possibilidade de efeitos adversos graves, incluindo necrose óssea. O tratamento pode ser prolongado por mais alguns dias, se necessário. Atenção cuidadosa com o possível aparecimento de infecções ou de outras complicações.

### 3. ADMISSÃO HOSPITALAR

Indicado nas circunstâncias acima mencionadas, principalmente nas cefaléias complicadas, incapacitantes, que não responderam aos tratamentos ambulatoriais. Tipicamente é o paciente com *cefaléia crônica, diária, intratável*, quadro que, geralmente, tem como agravantes, distúrbios psiquiátricos e abuso de drogas abortivas de crises. Na fase aguda, deve-se proceder à internação e à desintoxicação. **Antes de se instituir o tratamento, um diagnóstico correto deve ter sido obtido.** A Tabela VI traz uma proposta de conduta para esses casos.

**Tabela VI - Conduta para tratamento hospitalar das cefaléias**

- 1 - Repor fluidos e eletrólitos, atenção para se evitar desidratação.
- 2 - Medicação náusea, vômito, diarreia e controlar P.A.
- 3 - Descontinuar medicações (em uso de abuso), e tratar, se necessário, os sintomas de abstinência.
- 4 - Instituir terapia parenteral adequada (ver Protocolos das Tabelas III, IV e V).\*
- 5 - Iniciar medicação profilática adequada para o controle do quadro, após o término do tratamento agudo.
- 6 - Identificar, para cada caso, qual será a estratégia terapêutica adequada, após a alta hospitalar.
- 7 - Instruir paciente e familiares sobre o uso apropriado de medicamentos e medidas de auto-ajuda, para que se evitem futuras hospitalizações.
- 8 - Quando necessário, avaliação e tratamento comportamentais, aconselhamento familiar e tratamento para evitar dependência de drogas.
  - a) Quando da aplicação de um dos esquemas sugeridos, seria aconselhável que o paciente soubesse do tipo de tratamento a que vai ser submetido, seus riscos e vantagens.
  - b) Medir sinais vitais antes do início e monitorizá-los durante e, se necessário, após o tratamento.
  - c) Manter veia com hidratação contínua.

Para o tratamento hospitalar, aos poucos, vai ganhando importância o desenvolvimento de unidades especializadas para tratamento hospitalar das cefaléias. Uma avaliação multidisciplinar<sup>(1)</sup> tem trazido grandes benefícios para os pacientes. De maneira ideal, a equipe deveria contar com médico, médicos consultores, enfermagem apropriada, psicólogos, psiquiatra consultor, técnicos em **bio-feedback** e fisioterapeutas.

A despeito de parecer excessivamente dispendiosa, na América do Norte, a abordagem tem se mostrado efetiva e os benefícios compensado os custos. Os resultados, a médio prazo, são bastante satisfatórios no que diz respeito à qualidade de vida, principalmente, quando se tem em mente a condição deplorável em que se encontram esses pacientes, quando da hospitalização.

BORDINI CA. Hospital treatment of headache. **Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 472-475, oct./dec. 1997

**ABSTRACT:** As a rule, headache treatment is carried out on an outpatient basis. Nevertheless, management in the emergency room, or even admission inpatient therapy, are sometimes demanded. The criteria usually employed for hospital admission of headache patients are reviewed in the present work.

**UNITERMS:** Headache. Inpatients.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - DIAMOND S. Inpatient headache treatment Units. In: TOLLISON D & KUNKEL RS, eds. **Headache: diagnosis and treatment**. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 399-404, 1993.
- 2 - HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia** 8: 1-96, 1988. Suppl. 7.
- 3 - MATHEW NT; STUBITS E & NIGAM M. Transformation of migraine into daily headache: analysis of factors. **Headache** 22: 66-68, 1982.
- 4 - RASKIN NH & RASKIN KE. Repetitive intravenous dihydroergotamine for the treatment of intractable migraine. **Neurology** 34: 245, 1984. Suppl. 1.

Recebido para publicação em 05/11/97

Aprovado para publicação em 10/12/97