

Etiologia da cefaleia nos serviços de urgência: breve revisão

Etiology of headache on emergency services-brief review

Marcelo José da Silva¹, Thaissa Garcia Barbosa de Figueiredo², Vanessa Barbosa Silva², Fernanda Costa Alvim Figueiredo², Miriam Isabel dos Santos Rodrigues², Mário Antônio Gherard Pinto Jr², Nikolas Duarte Caldeira Brant², Rômulo Gonçalves Marotta²

RESUMO

A cefaleia é problema de saúde mundialmente importante com prevalência significativa em serviços de urgência e emergência. Este estudo foi feito visando melhor análise da importância da queixa em serviços de urgência devido à carência de dados brasileiros que o abordem. Trata-se de estudo descritivo, a partir de revisão da literatura sobre cefaleia, em especial, sobre sua etiologia na urgência e emergência. Observa-se elevada proporção de consultas devido às cefaleias primárias, em jovens, do sexo feminino, do tipo tensional e enxaqueca, com taxa significativa de internações hospitalares.

Palavras-chave: Cefaleia/etiologia; Emergências.

ABSTRACT

Introduction: Headache represent a important role in health systems in Brazil such as in others countries. Moreover, has a significant frequency in emergency services. However, there are not enough data in national literature about it, so this research was made to complement the analysis of the importance of headache in emergency service. Materials and methods: This is a descriptive study, which was done one review of national and international literature about the topic: headache in urgency services, focusing in the etiology of the cases. Results: Was noted high proportion of cases of primary headaches in emergency service and a significant amount of patients was admitted in services. Conclusion: The number of patients with headache attended in emergency services represents a significant part of all visits in these institutions. The majority of patients with headache are young women with migraine and tensional headache.

Key words: Headache/etiology; Emergencies.

INTRODUÇÃO

A cefaleia representa preocupação humana desde os primórdios da civilização. Sua importância foi definitivamente assinalada há 2500 anos quando Hipócrates descreveu o primeiro caso de migrânea.¹

É dos sintomas mais frequentes na população em geral, e conseqüentemente, representa importante problema de saúde no Brasil e no mundo.² Nos EUA, estima-se que 40% da população apresentem cefaleia suficientemente intensa, em algum momento da vida, com a conseqüente procura de assistência médica.³

Os dados coletados no DATASUS mostram que a enxaqueca e outras queixas álgicas foram responsáveis por 3,88% das internações hospitalares entre 2008 e

¹ Residente de Neurocirurgia do Biocor Instituto;
² Acadêmicos de Medicina do décimo período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Instituição:
Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço para correspondência:
Biocor Instituto, Rua Alameda da Serra 217,
Vila da Serra,
Nova Lima, Brasil.
Email: Marcelo7779@yahoo.com.br

2009.⁴ As razões que levam o paciente a procurar o serviço de urgência são várias, incluindo: o tempo de espera da consulta neurológica eletiva, que pode levar meses; o caráter da dor que é, usualmente, de início recente; a progressão da dor e sua associação com outras manifestações neurológicas.⁵ A cefaleia além de gerar impacto na qualidade de vida da pessoa, provoca impacto importante sobre os sistema de saúde público e privado.^{6,7}

Não existem estudos brasileiros que mostrem a importância da necessidade de atenção de urgência em relação à cefaleia. Este trabalho procurou, por isso, reunir dados envolvendo a queixa de cefaleia para identificar o perfil do paciente que procura o serviço de urgência e emergência, além de análise sobre sua etiologia mais prevalente e sua gravidade.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, não controlado, de revisão na literatura nacional e internacional sobre dados envolvendo a queixa de cefaleia de adultos, em unidades de urgência e emergência. As informações foram buscadas também no DATASUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A queixa de cefaleia constitui de 1% a 4% da busca de atenção médica em serviços de emergência.¹²

A providência inicial do atendimento em urgência é definir se a cefaleia representa manifestação de alguma doença estrutural (cefaleia secundária) ou se é devida a alguma entidade primária (enxaqueca, cefaleia em salvas, cefaleia tensional). Para isso, é primordial analisar: a história de cefaleia desde seu início; sua duração e o caráter da dor; sua localização; os fatores desencadeantes, agravantes, e a presença de comorbidades; os possíveis fatores sociais estressores.⁸⁻⁹ É necessário diferenciar os casos que ameaçam a vida daqueles que constituem manifestação de causa benigna. Esses casos podem ser conduzidos eletivamente, após tranquilizar o paciente e sua família quanto a sua gravidade e garantir a atenção adequada em unidades básicas de saúde. Essa providência reduz a sobrecarga imposta à atenção de urgência. Em consequência, otimiza o atendimento de pacientes que realmente precisam da atenção em urgência, reduz a repleção do sistema de urgência e a

demora do atendimento nessas unidades, motivo de grande sofrimento social.

A investigação da cefaleia em sistema de urgência está indicada diante de patologia suspeita de gravidade; de diagnóstico incerto; de queixa pelo paciente de que é a pior cefaleia de sua vida, principalmente, quando de início súbito (mais sugestivo de hemorragia subaracnóidea ou de hidrocefalia aguda) ou que se associe com: redução do nível de consciência ou cognição; rigidez de nuca (irritação meníngea), que sugere a presença de sangue ou de pus no espaço subaracnóideo; qualquer anormalidade ao exame neurológico, ou piora após algum período de observação.¹⁰ A dificuldade de estabelecer o diagnóstico adequado também pode ser responsabilizada pela longa permanência do paciente nos serviços de emergência.¹¹

As razões que levam o paciente a procurar o serviço de urgência são várias, começando pelo tempo de espera de uma consulta neurológica eletiva, que pode levar meses, o caráter da dor que normalmente é de início recente, a progressão da dor e a associação da cefaleia com outras alterações neurológicas.⁵ A maioria dos pacientes procura o alívio da dor e, simultaneamente, busca assegurar que sua cefaleia persistente não é devida a alguma causa subjacente.

A maioria das causas de cefaleia aguda observadas no Reino Unido, em 2004, não apresentavam registro adequado de suas características na história clínica com predomínio do sexo feminino, com idade acima de 16 e média entre 26 e 35 anos.¹³

Observou-se também, em Singapura, a predominância da queixa de cefaleia em serviços de urgência no sexo feminino (54%), com a média de idade de 41 anos, sendo que 2% desses atendimentos relacionavam-se a patologias de pouca gravidade.¹¹ A internação hospitalar foi necessária em 17% dos pacientes¹¹ devido principalmente a: diagnóstico incerto (49%), controle da dor (73%), razão social ou pedido do paciente (27%).¹¹

Na cidade de Ribeirão Preto, em 2000, 61% das queixas de cefaleia, em serviço de emergência, eram em mulheres, com maior prevalência na idade entre 10 e 40 anos (69,6%) ; aproximadamente 64% consistiam em cefaleias primárias benignas.¹⁴ Desse total, 78,6% eram cefaleias decorrentes de migrânea e 18,2% ,de tensão.¹⁴ Cerca de 21% dos casos relacionavam-se a causa secundária, a desordens neurológicas, mais comumente por dor aguda pós-traumática (20,8%).¹⁴ Os casos de cefaleia relacionados a altera-

ções sistêmicas corresponderam aos 15% restantes, sendo a maioria por sinusite (37%).¹⁴ O custo estimado com os atendimentos foi da ordem de R\$ 138,573.31 (US\$ 76,985.17), envolvendo gastos com atendimento, investigação e tratamento dos casos.¹ A taxa de internação dos pacientes que procuraram o serviço emergência devido a cefaleia aguda foi de 5%.¹⁴

Nos Estados Unidos da América, em 2004, entre os pacientes com cefaleia intensa, 3% procuraram o serviço de urgência mais de uma vez, correspondendo a 19% dos usuários desse serviço, responsáveis por 51% de todas as visitas a esse serviço.¹⁵ Essa elevada prevalência foi confirmada por outros estudos.¹⁶ Na Espanha, em 2002, a cefaleia tensional representava a etiologia mais frequente, em 32,1% dos casos, seguida de migrânea sem aura (25,3%), e com aura (11,1%).¹⁷ Na Colômbia, constatou-se que 25% dos casos de pacientes com cefaleia que buscam atendimento de urgência são de causa primária, e 75% de causa secundária.⁵ A nosologia prevalente das causas de cefaleia secundária em serviços de emergência é constituída por: 63, 4, 1, e 0,1%, respectivamente, por infecção sistêmica, pós-traumáticas, hemorragia subaracnóideia e lesões expansivas intracerebrais.¹⁸

Em Uberlândia, a cefaleia em serviços de emergência, encontrou como diagnóstico mais frequente, a enxaqueca (47,7%).¹⁹

O estudo sobre incidência e prevalência de cefaleia, realizado em Pernambuco em serviço de urgência após traumatismo cranioencefálico leve, e em São Paulo em atenção à saúde terciária, identificou o predomínio de cefaleias primárias com predomínio de migrânea em 53,5²⁰ e em 37,98%²¹, respectivamente.

Em Ipuã (São Paulo), foram identificados o percentil de casos, o valor absoluto e os custos de pa-

cientes que compareceram em Unidades Básicas de Atendimento e em Unidade de Emergência, tendo a cefaleia como sua principal queixa (Tabela 1).²²

As internações, no Brasil, entre 2008 e 2009 devidas à enxaqueca e a outras queixas de dor, somaram 3,88% (DATASUS), sendo as regiões Sudeste e Sul responsáveis por mais de 50% dessas internações, 45,6% e 32,7%, respectivamente.⁴

A prevalência de migrânea, no Brasil, em 2009, foi de 20,5, 16,4, 13,6, 9,5, e de 8,5% nas regiões Sudeste, Sul, Nordeste, Centro-Oeste, e Norte, respectivamente. A cefaleia do tipo tensional mostrou-se com prevalência de 14, 10,3, 6,8 e 6,1% nas regiões Sul-Sudeste, Norte, Nordeste, e Centro-Oeste, respectivamente. A prevalência da cefaleia crônica diária foi de 11,8, 10,2, 7,7 e 6,2%, nas regiões Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sul-Sudeste, respectivamente.²³

CONCLUSÃO

O paciente com cefaleia é responsável por parcela importante dos atendimentos em serviços de urgência. A maior prevalência desses casos ocorreu em mulheres jovens. Existem poucos dados sobre as cefaleias de origem secundária. A maioria dos estudos é de natureza retrospectiva, o que introduz menor confiabilidade no diagnóstico das cefaleias primárias. A padronização de protocolos de atendimentos para triagem e tratamento de cefaleia nos serviços de urgência poderá sanar essas dificuldades, permitir mais conhecimento sobre as cefaleias e propiciar propostas de políticas públicas para sua abordagem mais adequada.

Tabela 1 - Gastos nos atendimentos de paciente portadores de cefaleia nos serviços de emergência do sistema público de cidade do interior de São Paulo no ano de 2001

Serviço	Consultas médicas/ano	Gastos por consulta médica (R\$)	Consultas médicas por cefaleia	% consultas devidas à cefaleia	Total custos R\$
UBA* medicina interna	10.392	27,48	759	7,30%	20.857,32
UBA* pediatria	4.620	27,48	236	5,10%	6.485,28
UBA* ginecologia	2.024	27,48	140	6,90%	3.847,20
UBA* outras	3.276	27,48	300	9,20%	8.244,00
UE**	9,747	45,80	945	9,70%	38.701,00
Total	30.059	-----	2.380	7,90%	78.134,80

*UBA: Unidade Básica de Atendimento. **UE: Unidade de Emergência²²

REFERÊNCIAS

1. Bigal ME, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos Hospitalares em unidade de emergência pública brasileira. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000; 58(3A):664-70.
2. Lipton RB, Bigal ME. Epidemiology of migraine in Latin America: an editorial. *Headache*. 2005; 45:103-4.
3. De Lissovoy G, Lazarus SS. The economic cost of migraine: present state of knowledge. *Neurology*. 1994; 44(Suppl 4):56-62.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. [Citado em 2010 fev. 19]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.
5. Rueda-Sánchez M, Mantilla-McCormick FJ, Solano MN, Ortiz CJ. Prevalencia de cefaleas en un servicio de urgencias en Colombia. *Rev Neurol*. 2005; 40:209-13.
6. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaleia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(3B):813-9.
7. Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. The burden of migraine. *Pharmacoeconomics*. 1994; 6:215-21.
8. Martin PR, Nathan PR. Differential prevalence rates for headaches: a function of stress and social support? *Headache*. 1987; 27:329-33.
9. Zétola VHF, NÓvak EM, Luiz A, Branco BODS, Sato BK, Nita CS, et al. Incidência de cefaleia uma comunidade hospitalar. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3-B):559-64.
10. Edmeads J. Challenges in the diagnosis of acute headache. *Headache*. 1990; 30:537-40.
11. Ang SH, Chan YC, Mahadevan M. Emergency Department Headache Admissions in an Acute Care Hospital: Why Do They Occur and What Can We Do About It? *Ann Acad Med Singapore*. 2009; 38:1007-10.
12. Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, Johnston KL, Cipolle RJ, Barber DL. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol*. 1997; 54:1506-11.
13. Locker T, Mason S, Rigby A. Headache management—Are we doing enough? An observational study of patients presenting with headache to the emergency department. *Emerg Med J*. 2004; 21:327-32.
14. Bigal M, Bordini CA, Speciali JG. Headache in an emergency room in Brazil. Department of Neurology, São Paulo University, School of Medicine at Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brazil. *Sao Paulo Med J/Rev Paul Med*. 2000; 118(3):58-62.
15. Friedman BW, Serrano D, Reed M, Diamond M, Lipton RB. Use of the Emergency Department for Severe Headache. A population-based study. *Headache*. 2009 Jan; 49(1):21-30.
16. Milbrett P, Halm M. Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. *J Emerg Nurs*. 2009 Jun; 35(3):191-8.
17. Caballero PEJ. Análisis de las cefaleas atendidas en las guardias de Neurología. *Rev Neurol*. 2005; 40(11):648-51.
18. Rassmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*. 1995; 15:45-68.
19. Ruiz Jr FB, Santos MS, Siqueira HS, Cotta UC. Características clínicas, diagnóstico e tratamento das cefaleias primárias agudas em um serviço de emergência. Por que ainda negligenciamos as evidências? *Arq Neuropsiquiatr*. 2007; 65(4B):1130-3.
20. Martins HADL, Ribas VR, Martins BBM, Ribas RDMG, Valença MM. Cefaleia após traumatismo crânioencefálico. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009; 67(1):43-5.
21. Felício AC, Bichuetti DB, Dos Santos WAC, Godeiro Jr CDO, Marin LF, Carvalho DDS. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care Center. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(1):41-4.
22. Bigal ME, Bigal JOM, Bordini CA, Speciali JG. Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in the interior of the state of São Paulo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001; 59(3A):504-11.
23. Queiroz LP, Peres MF, Piovesan EJ, Kowacs F, Ciciarelli MC, Souza JA, et al. Headache: "A nationwide population-based study of tension-type headache in Brazil." *J Head Face Pain*. 2009; 49(1):171-8.