

não estão soldadas a punção não necessita de exame de neuroimagem. Tratar a causa.

3. Cefaleia Aguda (sintoma novo) sem sinais neurológicos ou meningíticos associado a outros sintomas orgânicos como; edema, alteração na PA, icterícia, vômitos, alterações hematológicas, halito cetônico, hálito fecalóide, febre; evoluindo com alteração no nível de atenção e consciência = internar colher exames bioquímicos, hematológicos, gasimetria e para infecção, evitar punção lombar antes dos resultados, realizar CT (quando o paciente estiver estável) para afastar edema cerebral do tipo citotóxico. Tratar a causa.
4. Cefaleia Aguda (sintoma novo) com ou sem alteração da atenção e consciência com suspeita de traumatismo múltiplos ou no crânio: internar, tratamento sintomático, Tomografia Cerebral e tratamento da causa básica ou transferência, se condições para unidade terciária de atendimento neurológico.
5. Cefaleia CRÔNICA, RECORRENTE, COM PIORA EVOLUTIVA dos sintomas e dos sinais neurológicos, mesmo com diagnóstico etiológico estabelecido = internar, tratar os sintomas e solicitar parecer especializado. E se a piora for súbita = incluir nos exames de rotina uma tomografia de crânio.

6. Cefaleia CRÔNICA, RECORRENTE, ESTÁVEL, COM OU SEM diagnóstico estabelecido, sem alterações neurológicas associadas, exame clínico normal, SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDAS ASSOCIADAS, realizar o tratamento com sintomáticos, poderá ser liberado com encaminhamento para consulta em ambulatório de especialidade, referência ou o médico assistente do paciente.

4. CEFALÉIAS SECUNDÁRIAS:

TUMORAÇÕES NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (NEOPLASIAS):

SNOOPPPPY

S	Sintomas sistêmicos anormais – vômitos, taquicardia ou bradicardia, bradesfigmia ou taquiesfigmia
N	Neurológicos (listados acima)
O	Onset = Início - Agudo
O	Occipital – localização
P	Precipitado por Esforço (Valsalva) – aumenta a PIC.
P	Postural = Piora na mudança de postura – aumenta a PIC.
P	Progressivo
P	Parentes - Sem história Familiar
Y	Years - idade - menor que 6 anos

5. CEFALIAS PRIMÁRIAS:

MIGRÂNEAS: com ou sem aura e o estado de mal migranoso, ocorre em 5 a 10 % das crianças.

Geralmente manifestam-se sob a forma de crises recorrentes com intensidades e frequência variável no decorrer do tempo. Algumas vezes é intensa e se faz necessário atendimento em unidade de emergência. Pode ou não ser acompanhada de dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaleia, bilateral (mais frequente que a hemicrânia, pulsátil ou em peso, com ou sem aura visual, sensorial e motora, melhora com repouso, história familiar presente.

Crises fracas; analgésicos comuns, ANES por via oral, antieméticos, repouso.

Crises fortes: são acompanhadas de náuseas, vômitos frequentes, foto e fonofobia, vertigem, dores abdominais.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síndrome do vômito cíclico, vertigem paroxística benigna.

TENSIONAL: A frequência de crises é variável, pode ser diária, com horários e situações bem estabelecidas ou ser infrequentes, mas a relação com situações causadoras pode ser bem estabelecidas, de acordo com os possíveis motivadores da crise, a sintomatologia álgica é menos intensa, sede espontaneamente quando a criança é afastada do fator causador. O repouso em um local tranquilo e com baixa iluminação

é geralmente suficiente. Algumas vezes um analgésico simples é necessário. Se ocorrer diariamente é denominado Tensional crônica e provavelmente a situação causadora será facilmente estabelecida (conflitos familiares, situações escolares, atividades físicas estressantes e frequentes, competitividade, uso abusivo das mídias, videogames etc). OS GRANDES DIAGNÓSTICO DIFERENCIAIS: são as migrâneas e as cefaleias secundárias ou sintomáticas. Lembrando que as primeiras apresentam-se com periodicidade entre intervalos livres de sintomas e a segunda tem o caráter lento ou rapidamente progressivo associada a outros sintomas neurológicos, citados acima.

6. TRATAMENTO DA CRISE DE CEFALIA (E MIGRÂNEA) NA EMERÊNCIA DE PEDIATRIA:

Sempre avaliar a possibilidade de alergia a medicações principalmente as de uso Intravenoso.

Classificar a intensidade da crise: leve, moderada ou forte.

Ambiente de internação: Local tranquilo e com baixa iluminação, sem ruídos e odores fortes.

ANALGÉSICOS:

SIMPLES NAS FRACAS (VO, IM ou IV):

- **PARACETAMOL:**

15 mg/kg/dose. Max. 6 doses/dia.

- **IBUPROFENO:**

10-20mg/kg/dose. Max. 4 doses/dia.

- **DIPIRONA:**

- < 6 anos: 6-10mg/kg/dose
Max. até 1 g/dia

- > 12 anos: 6-12mg/kg/dose
Max. 3g/dia (a vantagem de poder ser feita por via venosa).

- **AAS:**

7-10 mg/kg/dose.

Max. 6 doses/dia (afastar quadros virais, lembre-se da Sd. de Reye).

CEFALEIAS MODERADAS (VO, IM ou IV):

principalmente as com caráter migra-noso associadas ou não a vômitos:

- **DICLOFENACO SÓDICO (AINE):**

0,3-1 mg/kg/dose.
Max. 3 doses/dia.

- **DICLOFENACO POTÁSSICO (AINE):**

0,5-2mg/kg/dose.
Max. 3 doses/dia.

- **NAPROXENO SÓDICO (AINE):**

2,5-5 mg/kg/dose.
Max. 4 doses/dia.

- **SUMATRIPTANO:**

3 a 6mg/dose (crianças e adolescentes) ou 20mg se spray nasal é classe 1 de evidência para o tratamento agudo da migrânea. Não deve ser usado em paciente que usa vasoconstrictor.

- **ZOLMITRIPTANO:**

2,5 mg/dose (adolescentes).

Associar:

-ANTIEMÉTICOS (se náuseas e vômitos - VO, IM ou IV):

- **ONDANSETRONA:**

0,15 mg/kg/dose IV lento ou VO.
Max. 3 doses/dia.

- **DOMPERIDONA:**

0,25 a 0,4 mg/kg/dose VO ou EV.
Max. 4 vezes/dia.

- **METOCLOPRAMIDA:**

0,1 - 0,2mg/kg/dose.
Max. 3 doses/dia

- **CLORPROMAZINA:**

0,25mg/kg/dose (0,5mg/kg/dose se SL).

Max. 6 doses/dia, se usar 0,5 mg/kg fazer no máximo 4 doses ao dia. Utilizar com cuidado devido aos efeitos colaterais (distúrbios de movimento).

7. AVALIAÇÃO APÓS AS PRIMEIRAS CONDUTAS: 1 HORA DO TRATAMENTO.

CEFALEIAS FORTES E REFRATÁRIAS AS MEDICAÇÕES ANTERIORES:

- **ANTIEMÉTICOS:** (ver item anterior para a dose): Clorpromazina neste grau de intensidade é a medicação mais citada.

- **CORTICÓIDES:** Afastar (infecções, hipertensão arterial, diabetes melito, ulcera pepitica, glaucoma).

- **DEXAMETASONA:** 0,25mg/kg/dose de 6/6h IV associada ao antiemé-

tico e ao analgésico EV por 1 a 2 dias.

- **PREDNISONA:** 1 a 2 mg/kg/dia em doses decrescentes por um ciclo de 6 a 10 dias, principalmente nas cefaleias por uso abusivo de analgésicos. Pode-se iniciar com a dexametasona e prosseguir com ela quando o tratamento for possível V.O.
- **PODERÁ SER NECESSÁRIO ASSOCIAR:** Analgésico EV + Corticoide EV + Antiemético EV.

OUTRAS POSSIBILIDADES:

- **HALOPERIDOL** (ação antiemética e sedativa) pode ser usado, porém com cuidados devido aos efeitos colaterais (distúrbios de movimento). Em crianças acima de 3 anos, 15kg ou mais, 0,05 a 0,15mg de peso corporal por dia em 2 ou 3 vezes. VO ou IM.
- **BENZODIAZEPINICO:** poderá ser utilizado principalmente em situações de Cefaleia Tensional como sedativo e relaxamento muscular, Diazepam VO na dose de 0,1 a 0,3mg/kg/dose. Max. 4 vezes ao dia.
- **OXIGENIOTERAPIA:** na cefaleia e salvas, excruciante, trigêmino-autônômica.
- **OPIÓIDES:** sem evidência para o tratamento na cefaleia na pediatria.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tratamento agudo da crise de Enxaqueca Refratária na Emergência (Estudo Comparativo entre Dexametasona e o Haloperidol) - Monzillo P.H.; Nemoto, P.H.; Costa, A.R.; Sanvito, W.L.-Arq Neuropsiquiatria -62(2-B):513-518. 2004.

Protocolo Nacional para Diagnóstico e Manejo para Diagnóstico e Manejo das Cefaleias nas Unidades de Urgência do Brasil - Academia Brasileira de Neurologia –Departamento Científico de Cefaleia –Sociedade Brasileira de Cefaleia - Speciali, J.G.; Kowacs Fernando; Jurno, M.E.; Bruscky, I.S.; Carvalho, J.J.F.; Fantini, F. G.M.M.; Carvalho, E.H.T.; Pires, L.A.; Fialho, D.B.; Prado, G.F - 2018.

Protocolo para tratamento da Cefaleia Aguda em Unidade de Emergência – Bigal, M.E.; Bordini, C.A.; Speciali, J.G. – Medicina Ribeirão Preto, 32: 486-491 out/dez. 1999.

Cefaleias: Diagnóstico Diferencial – Paglioli, R.; Lima, M.R.; Marrone, L.C.P. [HTTP://docs.bvsalid.org/biblioref/03/881497/cefaleias-diagnostico-diferencial.pdf](http://docs.bvsalid.org/biblioref/03/881497/cefaleias-diagnostico-diferencial.pdf) - 201.

Cefaleias Primárias: dores disfuncionais (artigo de revisão) Speciali, J.G.; Fleming, N.R.P.; Fortini, I. Ver Dor vol.17 supl.1 São Paulo 2016.

Prednisona na fase inicial de tratamento das cefaleias diárias induzidas por analgésicos – Krymchantowski, A.V. – Revista Brasileira de Neurologia: 34(5): 173-5, set-out 1998.