

Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto

Estes protocolos foram aprovados em resolução CIB/RS 174/2015. A revisão deste protocolo será publicada *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia. **As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, e contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.**

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico de cefaleia e indicação de investigação com exame de neuroimagem, suspeita ou diagnóstico de polineuropatias, declínio cognitivo rapidamente progressivo ou vertigem de origem central (já avaliada em serviço de emergência), devem ter preferência no encaminhamento ao neurologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nestes protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Publicado em 09 de julho de 2015.

Revisado em 06 de abril de 2018.



Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

Organização e Edição:

Milena Rodrigues Agostinho

Rudi Roman

Autores:

Artur Francisco Schumacher Schuch

Carlos Eduardo Mantese

Ligia Marroni Burigo

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rudi Roman

Elise Botteselle de Oliveira

Josué Basso

Dimitris Rucks Varvaki Rados.

Revisão Técnica:

Sheila Cristina Ouriques Martins

Thais Lampert Monte

Protocolo 1 – Cefaleia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes com cefaleia e sinais de alerta (quadro 1).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses); **ou**
- outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão; **ou**
- paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio), quando exame não for disponível na APS:
 - padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia; **ou**
 - início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos; **ou**
 - evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses; **ou**
 - dor que acorda durante o sono; **ou**
 - dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia:

- paciente com cefaleia e exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica (quadro 2).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 2 – Demência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos); **ou**
- declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal);
3. sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso e resposta;
4. resultado dos exames: TSH, vitamina B12, FTA-abs e VDRL (com data);
5. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 3 – Convulsão/ Epilepsia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (quadro 3), sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS; **ou**
- diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão; **ou**
- paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação; **ou**
- mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que desejam planejar gravidez.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
2. diagnóstico prévio de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
3. tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;
5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Síncope ou perda transitória da consciência

Atenção: Paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado. As características comuns da síncope vasovagal são:

- síncope desencadeada por postura ortostática prolongada; **ou**
- síncope situacional, desencadeada por fatores definidos (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); **ou**
- que apresenta sintomas prodrômicos típicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (quadro 4), história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (quadro 3 e consultar protocolo de convulsão/epilepsia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia (sempre avaliar necessidade de encaminhar primeiramente para serviço de emergência):

- síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício); **ou**
- síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma (quadro 4); **ou**
- síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas); **ou**
- síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; **ou**
- síncope/pré-síncope de origem indeterminada.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);
2. presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;
3. história familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;
4. resultado de eletrocardiograma com data, se realizado;
5. medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva.
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 5 – Tremor e síndromes parkinsonianas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores (quadro 5); **ou**
- suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos);
2. tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento);
3. outros medicamentos em uso (com dose e posologia);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Acidente vascular cerebral

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT) em fase aguda.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida; **ou**
- AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; **ou**
- AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); **ou**
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%; **ou**
- Paciente com estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular ou neurocirurgia:

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico; **ou**
- paciente com estenose de carótida maior ou igual a 70%, independentemente se assintomática¹ ou sintomática.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida;
2. resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado);
3. resultado de ecocardiograma com data (se realizado);
4. resultado de ecodoppler de carótidas (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Não se recomenda realizar ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular. Em pacientes que realizar o exame, considerar paciente assintomático quando não apresentou AVC/AIT ou quando o evento foi há mais de 6 meses.



Protocolo 7 – Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- episódio agudo de ataxia em adultos (principais causas: acidente vascular cerebral, infecção, medicamentos, entre outras).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 6); **ou**
- suspeita ou diagnóstico de coreia (quadro 7).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para genética:

- suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 6) de provável origem genética, após avaliação com neurologista; **ou**
- suspeita ou diagnóstico de coreia (quadro 7) de provável origem genética, após avaliação com neurologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. história familiar de ataxia ou coreia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 8 – Polineuropatia

Pacientes com sintomas de polineuropatia com características típicas e etiologia definida (como DM, abuso de álcool, quimioterapia, entre outros) devem inicialmente ser manejados na APS. Encaminhar pacientes ao neurologista que apresentam sintomas atípicos, refratários ou sem etiologia definida.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de polineuropatia aguda (como Guillain-Barré).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- polineuropatia desmielinizante; **ou**
- polineuropatia com características atípicas (quadro 8); **ou**
- polineuropatia com etiologia definida porém com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento da causa base e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina); **ou**.
- sintomas de polineuropatia (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) sem etiologia definida após investigação inicial na APS (quadro 9).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas sensitivos, motores, reflexos miotáticos profundos, entre outros);
2. resultado de eletroneuromiografia, com data (se realizado);
3. descrever resultado de exames realizados na investigação, com data;
4. paciente tem outras comorbidades? (sim ou não) Se sim, quais?
5. tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia);
6. outros medicamentos em uso;
7. história familiar de neuropatia hereditária (sim ou não)? Se sim, descreva a doença e grau de parentesco;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 9 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- vertigem com suspeita de origem central (quadro 10) e sinais de gravidade:
 - sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia); **ou**
 - novo tipo de cefaleia (especialmente occipital); **ou**
 - surdez aguda unilateral; **ou**
 - nistagmo vertical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- Vertigem com suspeita de origem central (quadro 10) após avaliação em serviço de emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- suspeita de doença de Ménière (quadro 11); **ou**
- vertigem posicional paroxística benigna (quadro 11, figura 1 – manobra de Dix-Hallpike) com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica (Manobra de Epley - figura 2); **ou**
- labirintite ou neuronite (quadro 11, figura 3) com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador (quadro 12); **ou**
- vertigem periférica (quadro 11) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos (quadro 13), diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo descompensados).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);
2. tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;
4. medicamentos que cursam com vertigem (quadro 13);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

AZHARY, H. et al. Peripheral neuropathy: differential diagnosis and management. **American Family Physician**, Kansas City, v. 81, n. 7, p. 887-92, 2010.

BAJWA, Z. H., WOOTTON, R. J. **Evaluation of headache in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

CALLAGHAN, B. C.; PRICE, R. S.; FELDMAN, E. L. Distal symmetric polyneuropathy: A review. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 314, n. 20, p. 2172-81, 2015.

CHAVES, M. L. F., FINKELSTEIN, A., STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHOU, K. L. **Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED PLUS. **Record n. 113695, Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113695>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

DYNAMED PLUS. **Record n. 909391, Vestibular neuronitis** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=909391>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FURMAN, J. N., BARTON, J.J.S. **Evaluation of the patient with vertigo** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo>>. Acesso em: 21 mar. 2018.



FURMAN, J. M.; BARTON, J. J. S. **Treatment of vertigo** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vertigo>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FURMAN, J. M. **Vestibular neuritis and labyrinthitis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/vestibular-neuritis-and-labyrinthitis>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GARZA, I., SCHWEDT, T.J. **Chronic migraine** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. **Neurologia clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HARCOURT, J.; BARRACLOUGH, K.; BRONSTEIN, A. M. Meniere's disease. **British Medical Journal**, London, v. 349, p. 6544, 2017. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6544.long>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The international classification of headache disorders: 2nd ed. **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, Suppl 1, p. 9-160, 2004.

KANAGALINGAM, J.; HAJIOFF, D.; BENNETT, S. Vertigo. **British Medical Journal**, London, v. 330, p. 523, 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/330/7490/523.long>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

KIM, J. S.; ZEE, D. S. Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 370, n. 12, p. 1138-1147.

KOCHHANN, R. et al. The Mini Mental State Examination: review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 35-41, 2010.

LABUGUEN, R. H. Initial evaluation of vertigo. **American Family Physician**, Kansas City, v. 73, n. 2, p. 244-251, 2006. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2006/0115/p244.html>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

MUNCIE, H. L.; SIRMANS, S. M.; JAMES, E. Dizziness: Approach to Evaluation and Management. **American Family Physician**, Kansas City, v. 95, n. 3, p. 154-162. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p154.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. **NICE Clinical Guideline 42**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Headaches: diagnosis and management. **NICE Clinical Guideline 150**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Headaches in young people and adults. **NICE Quality Standard 42**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs42>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Parkinson's disease diagnosis and management in primary and secondary care. **NICE Clinical Guideline 35**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0008867/>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Epilepsies in adults. **NICE Quality Standard 26**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs26>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Stroke in adults: quality standard. **NICE Quality Standard 2**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs2>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Transient loss of consciousness ('blackouts') management in in over 16s. **NICE Clinical Guideline 109**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 [atualizado em 2014]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg109>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Transient loss of consciousness ('blackouts') in over 16s. **NICE Quality Standard 71**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs71>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

OPAL, P.; ZOGHBI, H. Y. **Overview of the hereditary ataxias** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-hereditary-ataxias>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ROWLAND, L. P., PEDLEY, T. A. **Merri's Neurology**. 12th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

ROSENBLOOM, M. H., ATRI, A. The evaluation of rapidly progressive dementia. **Neurologist**, Baltimore (MD), v. 17, n. 2, p. 67-74, Mar. 2011.

RUSSELL, J. A. General approach to peripheral nerve disorders. **Continuum** (Minneap Minn), Minneapolis, v. 23, n. 5, p. 1241-62, 2017.



RUTKOVE, S. B. **Overview of polyneuropathy** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017.

Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-polyneuropathy>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SCHACHER, S. C. **Evaluation of the first seizure in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-first-seizure-in-adults>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SOTO-VARELA et al. Revised criteria for suspicion of non-benign positional vertigo. **QJM**, Oxford, v. 106, n. 4, 317-321, 2013.



Anexos

Quadro 1 – Sinais de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um):

aparecimento súbito e dor descrita como a pior sentida na vida;
intensidade muito forte em pouco tempo após seu início;
evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias;
cefaleia iniciada após trauma de crânio recente;
suspeita de meningite;
paciente SIDA/HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem com lesão expansiva compatível com toxoplasmose;
padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia ou com discrasias sanguíneas;
padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor a palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado;
edema de papila;
sinais neurológicos focais;
crise hipertensiva e confusão mental;
suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média / olho vermelho).

Fonte: Gusso e Lopes (2012).

Quadro 2 – Alterações em ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada sugestivas de potencial indicação cirúrgica:

presença de lesão com efeito expansivo (incluindo tumores, cisto ou malformações);
presença de lesão sugestiva de tumor cerebral, independentemente do tamanho;
presença de aneurisma cerebral ou outra malformação vascular;
hidrocefalia, independente da causa;
presença de malformação de Chiari.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

Quadro 3 – Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência:

língua mordida;
desvio cefálico lateral persistente durante a crise;
posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;
contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados);
confusão mental prolongada após a crise.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de NICE Quality Standard 26 (2013).



Quadro 4 – Alterações eletrocardiográficas compatíveis com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência:

taquicardia ventricular;
taquicardia supraventricular paroxística rápida;
taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/intervalos de QT curto e longo;
disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável;
bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 40 bpm;
síndrome de Brugada;
BAV 2º grau Mobitz II ou BAV 3º grau;
bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significantes maiores que 3 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de NICE Quality Standard 71 (2014).

Quadro 5 – Medicamentos indutores de parkinsonismo:

antipsicóticos (tanto os típicos quanto os atípicos);
antieméticos (metoclopramida e bromoprida);
antivertiginosos (flunarizina e cinnarizina);
anti-hipertensivos bloqueadores do canal de cálcio (anlodipino, nifedipina, verapamil, diltiazem);
metildopa;
lítio;
amiodarona;
ácido valpróico.

Fonte: Chou (2017).



Quadro 6 – Avaliação de ataxia

Definição: incoordenação motora que não é resultada de fraqueza muscular. Pode afetar movimento ocular, fala (disartria), membros, tronco, postura e marcha.

Quadro clínico:

- Presença de hipotonia.
- Marcha desequilibrada, tende a quedas quando reduz a base de apoio (na avaliação do equilíbrio parado com os pés juntos).
- Presença de dismetria (incapacidade de atingir um alvo como identificado pela manobra index-nariz, calcanhar Joelho).
- Presença de disdiadococinesia (identificada pela incapacidade de realizar movimentos rápidos intercalados como pronação e supinação sobre a coxa).
- Presença de tremor de intenção (aumenta ao aproximar do alvo).

Causas:

- **Agudas:** Vascular(AVC/AIT), medicamentoso, infeccioso/pós-infeccioso.
- **Subagudas:** Infecções atípicas, autoimunes, neoplásico, paraneoplásico, álcool/deficiências nutricionais, doenças sistêmicas.
- **Crônicas:** Genéticas, degenerativas, congênitas (geralmente não progressivas).
- **Medicações:** Antiepilépticos, álcool, amiodarona, barbitúricos, alguns quimioterápicos, lítio, metronidazol, zidovudine.

Avaliação na APS:

- evolução da doença e sintomas associados
- história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas à ataxia
- questionar medicamentos recentemente introduzidos ou possíveis de causar ataxia e avaliar possibilidade de substituição.
- avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias, incluindo avaliação para sífilis e HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Opal e Zoghbi (2017).



Quadro 7 – Avaliação de coreia

Quadro Clínico:

- movimentos rápidos e irregulares que ocorrem de maneira involuntária e de forma imprevisível em diferentes partes do corpo.
- pode estar associado à marcha irregular e instável, paciente inclinando-se e abaixando-se de um lado para o outro.
- geralmente a força muscular é preservada, mas pode haver dificuldade para manter contração muscular como no aperto de mão.
- desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

Causas:

- Doenças hereditárias raras (como doença de Huntington, e outras neurodegenerativas);
- Medicamentos e toxinas: dopaminérgicos, anticolinérgicos, tricíclicos, contraceptivos orais, antipsicóticos, lítio, fenitoína, anfetaminas, intoxicação e abstinência alcoólica;
- Doenças metabólicas e endocrinológicas: hipernatremia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipertireoidismo, hipoparatiroidismo, nutricionais (deficiência de vitamina B12, pelagra, Beriberi), Doença de Wilson.
- Doenças autoimunes: lúpus, purpura Henoch-Scholein;
- HIV/AIDS;
- Coreia de Sydenham (por infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A).
- Gravidez (coreia gravídica).

Avaliação na APS (conforme disponibilidade local):

- avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias,
- questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição,
- avaliação laboratorial varia conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita solicitar: anti-HIV, Sódio, Potássio, Magnésio, Cálcio, TSH, Vitamina B12, FAN, glicemia, Beta-HCG (para mulher em idade fértil).
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Greenberg (2005) e Rowland (2010).

Quadro 8 – Características atípicas de PNP que sugerem investigação com neurologista

- Sintomas graves ou rapidamente progressivos,
- Sintomas assimétricos ou não comprimento dependente,
- Sintomas predominantemente motores,
- Sintomas com início agudo,
- Predomínio de manifestações clínicas autonômicas,
- Causa etiológica não definida.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Callaghan (2015) e Kutkove (2017).

Quadro 9 – Avaliação laboratorial na suspeita de polineuropatia (PNP)**Quadro clínico**

Varia conforme as fibras acometidas, podendo ter sintomas sensitivos, motores, autonômicos ou mistos:

- Sintomas sensitivos: hipoestesia, parestesia, disestesia, ataxia sensitiva, etc.
- Sintomas motores: fraqueza, atrofia e hipotonia muscular, hipo ou arreflexia, fasciculações, etc.
- Sintomas autonômicos: anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hipossecreção salivar ou lacrimal, etc.

Causas

- PNP por condições clínicas gerais (mais comum): diabetes mellitus, uso abusivo de álcool, hipotireoidismo, doença hepática crônica, doença renal crônica (estágios graves ou dialíticos), neoplasias (como leucemias, linfomas, metástase de tumores sólidos), paraproteinemias (presença de proteínas monoclonais), lúpus, artrite reumatoide.
- PNP inflamatória ou infecciosas: Síndrome de Guillain-Barré (emergência médica), neuropatia motora multifocal (sintomas motores com punho caído unilateral seguido por pé caído), PNP associada ao HIV ou hanseníase.
- PNP metabólicas ou tóxicas: deficiências nutricionais (tiamina, vitamina B12), tóxica (álcool, chumbo, mercúrio, arsênio, solventes), medicamentos (quimioterápicos, colchicina, amiodarona, nitrofurantoína, isoniazida, etc.).
- PNP hereditárias: Charcot-Marie-Tooth (perda de força distal, arreflexias, perda de sensibilidade).

Avaliação laboratorial

Pacientes que apresentam polineuropatia leve por provável condição tratável na APS (como diabetes, alcoolismo, uso de medicamentos, hipotireoidismo, entre outros) não necessitam avaliação extensa laboratorial no início do quadro, devendo-se tratar a causa base da PNP. Porém sugerimos investigação precoce com eletroneuromiografia se paciente apresenta comorbidades de maior potencial de gravidade (como HIV, lúpus, artrite reumatoide, etc) ou se o paciente apresenta sintomas graves, progressivos, atípicos. Nesses casos, o padrão eletroneuromiográfico (desmielinizante *versus* axonal) irá nortear a sequência de investigação.

Em localidades onde o estudo eletroneuromiográfico não pode ser realizado, sugere-se a seguinte investigação mínima, se disponível:

- glicose
- vitamina B12
- TSH
- Eletroforese de proteínas
- VSG
- Hemograma
- Painel metabólico (creatinina, sódio, potássio, cálcio, TGO, TGP, GGT, Fosfatase Alcalina)
- Anti-HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Callaghan (2015) e Rutkove (2017).

Quadro 10 – Suspeita de vertigem central e periférica
Vertigem central:

- nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e se presente dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;
- grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;
- presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);
- surdez súbita unilateral;
- vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia;

Vertigem periférica:

- nistagmo horizontal ou horizonte-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix-Hallpike – figura 1), com tempo de latência em torno de 20 segundos após manobra. O nistagmo é inibido após fixação do olhar e é fatigável;
- desequilíbrio leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto comprometido), porém consegue caminhar;
- comumente associada à sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aural);
- vertigem e nistagmo pronunciados, associado a náusea e vômito.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006),

Quadro 11 – Características das causas mais comuns de vertigem periférica
Vertigem Paroxística Posicional Benigna (VPPB)

- sensação rotatória que geralmente dura menos que 1 minuto e é desencadeada por movimentação da cabeça (como sair da cama, inclinar-se para frente ou para trás);
- vertigem costuma ser intensa e associada à náusea;
- presença de nistagmo (horizontal ou rotatório) desencadeado por manobras como Dix-Hallpike (figura 1).
- O nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.

Neurite vestibular aguda (neuronite/labirintite)

- sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas;
- associada à náusea e vômitos, porém sem outros sintomas, como zumbido, ou sintomas neurológicos focais;
- nistagmo (horizontal ou rotatório) é inibido após a fixação do olhar;
- apresenta teste do impulso cefálico positivo (sacada para manter o alvo visual) quando cabeça é movimentada para o lado afetado (figura 3).

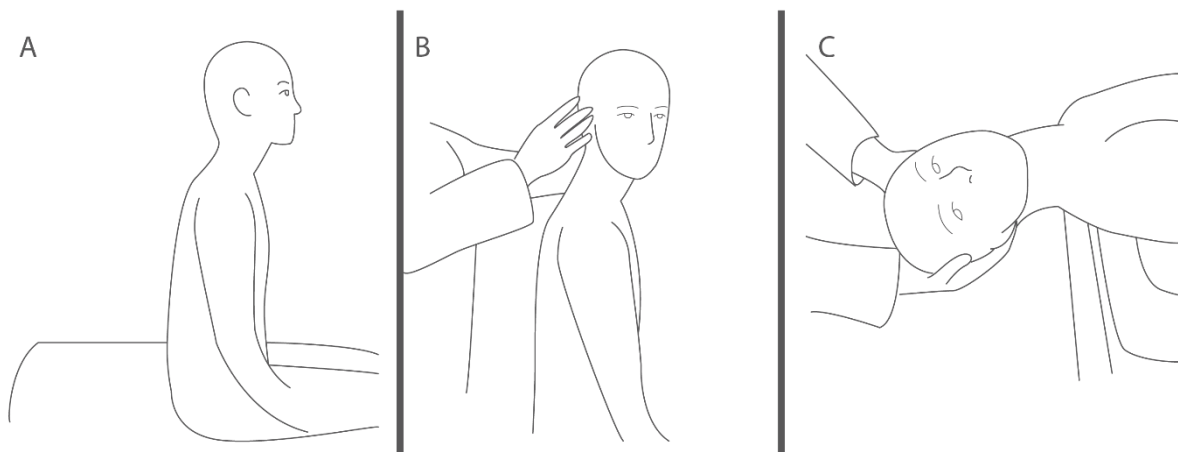
Doença de Meniere

- crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aural);
- crise inicia com os sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas, porém não costuma durar mais que 24 horas;
- pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Duncan et al. (2013), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).



Figura 1 – Manobra de Dix-Hallpike

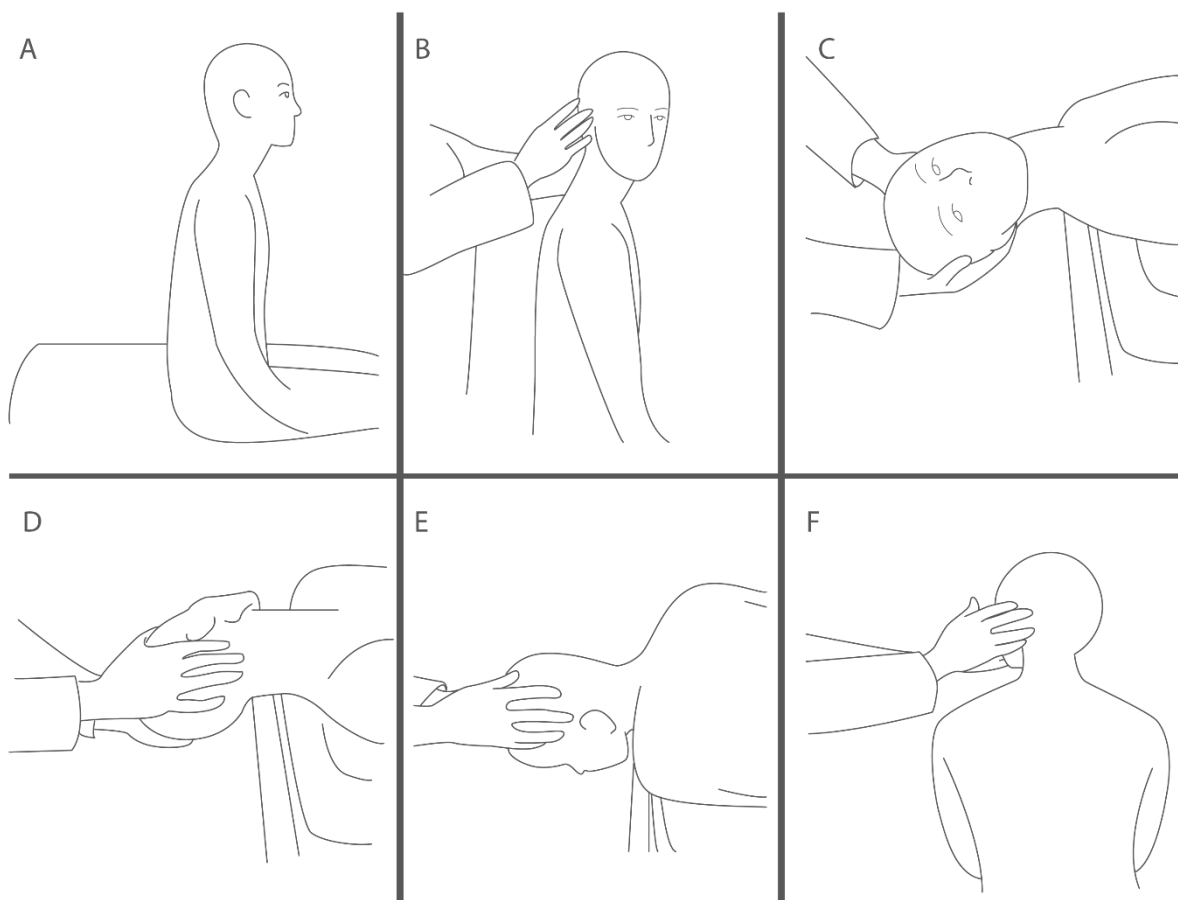


- Explique a manobra ao paciente e informe que pode provocar vertigem.
- Posicione o paciente sentado a uma altura que, quando deitado, sua cabeça permaneça fora da maca.
- Vire a cabeça do paciente 45 graus para o lado a ser avaliado e solicite que o mesmo mantenha os olhos abertos e focados nos olhos ou na cabeça do examinador.
- Segure a cabeça e deite rapidamente o paciente, mantendo a cabeça pendente em um ângulo de 20 graus por até 20 segundos (período de latência para surgimento do nistagmo).
- Observe novamente a presença de nistagmo ao levantar o paciente para a posição sentada. O nistagmo costuma modificar sua direção e dura cerca de 20 a 40 segundos.
- Solicite ao paciente para que fixe o olhar, identificando se o nistagmo é fatigável.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Labuguen (2006), Kim e Zee (2014).



Figura 2– Manobra de Epley – reposicionamento otolítico



- Explique a manobra ao paciente e informe que podem induzir vertigem ou nistagmo.
- Mantenha o paciente na posição até que o nistagmo ou vertigem resolvam, porém no mínimo por 30 segundos.
- Primeiramente, realize a manobra de Dix-Hallpike (A, B e C – deite rapidamente o paciente com a cabeça virada em ângulo de 45 graus – figura 1).
- Vire a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura D) para o lado não afetado.
- Vire novamente a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura E). Nessa posição o paciente está com a face virada para o chão e o tronco está virado em 90 graus.
- Mova o paciente para a posição sentada (figura F).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Kim e Zee (2014).

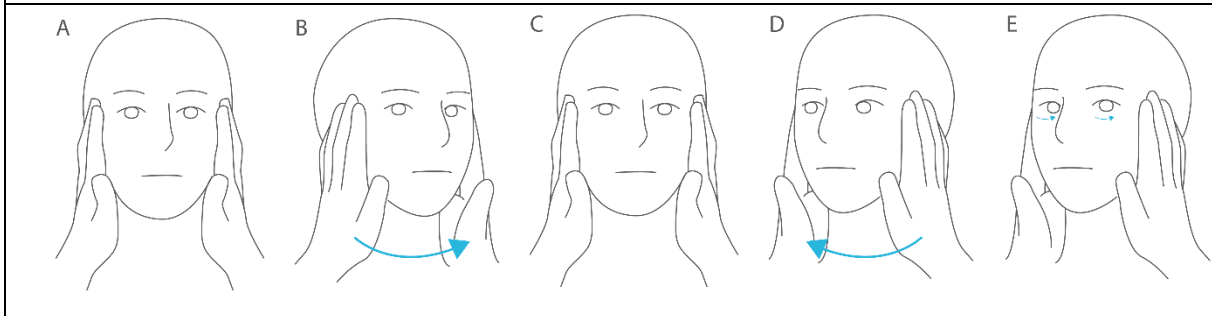


Figura 3 – Teste do impulso cefálico

Teste que auxilia no diagnóstico de neuronite vestibular aguda. Trata-se de vertigem sustentada (não posicional) que apresenta nistagmo unidirecional, predominantemente horizontal, sem perda auditiva, zumbido ou manifestação neurológica.

Estado Normal: o olhar se mantém fixo a um objeto quando se rotaciona a cabeça de maneira rápida. (A,B)

Teste do impulso cefálico positivo: Ao rotacionar a cabeça de maneira rápida, o olhar não é mantido e o paciente faz uma sacada para refixar o olhar no objetivo. (C,D,E)



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Furman (2018).

Quadro 12 – Tratamento farmacológico da neuronite ou labirintite aguda

Sintomáticos: antieméticos ou antivertiginosos devem ser oferecidos durante os 3 primeiros dias da fase aguda. Não ultrapassar o prazo de 3 dias, pois pode atrasar o período de compensação pelo sistema nervoso central.

Anti-histamínicos:

Dimenidrato: 50 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou

Meclizina: 25 a 50 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou

Benzodiazepínicos:

Clonazepam: 0,25 a 0,5 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Diazepam: 5 a 10 mg, de 12 em 12 horas (VO); ou

Lorazepam: 1 a 2 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Antieméticos:

Cinarizina: 25 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Prometazina: 25 mg de 8 em 8 horas (VO); ou

Domperidona: 10 a 20 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Metoclopramida: 5 a 10 mg, de 6 em 6 horas (VO). ou

Ondansetrona: 4 a 8 mg, 12 em 12 horas (VO).

Corticosteroide ou antiviral: utilizado na suspeita de neuronite ou labirintite aguda por infecção viral (exemplos: herpes simples, herpes zoster).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Furman (2018).



Quadro 13 – Alguns medicamentos/substâncias que causam Vertigem

Álcool / Cocaína
Aminoglicosídeos
Antiarrítmicos
Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital)
Antidepressivos
Anti-histamínicos sedativos
Anti-hipertensivos
Benzodiazepínicos
Diuréticos (furosemida)
Nitratos
Lítio
Relaxantes musculares

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Labugen (2006) e Muncie (2017).