



Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia. Estes protocolos foram aprovados em resolução CIB/RS 174/2015. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

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, 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.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses 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.

Publicado em 09 de julho de 2015.

Revisado em 03 de fevereiro de 2016.



Protocolo 1 – Cefaleia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes com cefaleia e sinais de alerta (ver quadro 1 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio), quando 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 neurologia:

- paciente com necessidade de investigação com exame de imagem, quando esse não for disponível na APS; **ou**
- migração (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensional refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migração (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensional, por um período mínimo de 3 meses); **ou**
- outras cefaleias que não se caracterizam como migração (enxaqueca) ou tipo tensional.

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 (ver quadro 2 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descreva o tipo de cefaleia;
2. 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);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
5. 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 miniexame do estado mental;
3. escolaridade (anos concluídos de educação formal);
4. apresenta sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso;
5. resultado dos exames: TSH, vitamina B12, FTA-abs, VDRL;
6. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
7. número da teleconsulta, 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 (ver quadro 3 no anexo), 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.

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. história prévia 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

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 (ver quadro 4 no anexo) ou 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 (ver quadro 3 no anexo e 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 (ver quadro 4 no anexo); 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.

Situações associadas à síncope que usualmente não necessitam avaliação em serviço especializado (síncope vaso-vagal):

- postura ortostática prolongada; ou
- estresse emocional (fatores definidos como: dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); ou
- sintomas prodrômicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 5 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- vertigem com suspeita de origem central (ver quadro 5 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- vertigem com suspeita de origem central (ver quadro 5 no anexo) já avaliada em serviço de emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- suspeita de doença de Ménière (vertigem periférica associada a zumbido, hipoacusia e/ou sensação de plenitude aural); **ou**
- vertigem periférica que persiste por mais de 15 dias a despeito do tratamento conservador na APS; **ou**
- vertigem periférica com dúvida diagnóstica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características, frequência e duração dos episódios de vertigem, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico e otoscopia);
2. tratamentos em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia e resposta a medicação);
3. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 6 – 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 (ver quadro 6 no anexo); **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 exame neurológico);
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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 7 – Acidente vascular cerebral

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de AVC/AIT agudo.

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%.

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

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

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, quando realizado;
3. resultado de ecocardiograma com data, quando realizado;
4. resultado de ecodoppler de carótidas, quando realizado;
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Referências

BAJWA, Z. H., Wootton, R.J. **Evaluation of headache in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

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

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

FURMAN, J. N., BARTON, J.J.S. **Evaluation of the patient with vertigo**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

GARZA, I., SCHWEDT, T.J. **Chronic migraine**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

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.

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

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://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.

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.sau.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>>. Acesso em 14 abr. 2015.

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.

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/resources/guidance-dementia-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. **NICE Clinical Guideline 150**. London: National

Institute for Health and Clinical Excellence, 2012. Disponível em:
<<https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/resources/guidance-headaches-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

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/resources/guidance-headaches-in-young-people-and-adults-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

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.nice.org.uk/guidance/cg35/resources/guidance-parkinsons-disease-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Quality standard for the 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/resources/guidance-quality-standard-for-the-epilepsies-in-adults-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Stroke quality standard. **NICE Quality Standard 2**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. Disponível em:
<<https://www.nice.org.uk/guidance/qs2/resources/guidance-stroke-quality-standard-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Transient loss of consciousness ('blackouts') management in adults and young people. **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/resources/guidance-transient-loss-of-consciousness-blackouts-management-in-adults-and-young-people-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Transient loss of consciousness. **NICE Quality Standard 71**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs71/resources/guidance-transient-loss-of-consciousness-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

ROWLAND, L. P., PEDLEY, T. A. **Merrit'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.

SCHACHTER, S. C. **Evaluation of the first seizure in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-first-seizure-in-adults>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

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;
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 (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 (2015).

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: 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: NICE Quality Standard 71 (2014).

Quadro 5 - Sinais e sintomas que sugerem vertigem de origem central:

nistagmo vertical;
cefaleia occipital;
nistagmo que não melhora 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.

Fonte: FURMAN (2015).

Quadro 6 – Medicamentos indutores de parkinsonismo:

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

Fonte: SCHACHTER (2015).



Organizadores:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:

Artur Francisco Schumacher Schuch
Atahualpa Cauê Paim Strapasson
Erno Harzheim
Ligia Marroni Burigo
Mauro Kalil
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Sheila Cristina Ouriques Martins
Thais Lampert Monte
Thiago Frank
Rafaela Aprato Menezes

Designer:

Luiz Felipe Telles

Revisão

Ana Célia da Silva Siqueira
Complexo Regulador Estadual – SES/RS
Letícia Felipak dos Passos Martins
Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015
Porto Alegre – RS.