



Protocolos de encaminhamento para Neurologia Adulto

O protocolo de Neurologia Adulto será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia Adulto. 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.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico de cefaleia e indicação de investigação com exame de neuroimagem, suspeita ou diagnóstico de polineuropatias agudas (após avaliação em emergência) ou com sintomas e sinais atípicos, suspeita ou diagnóstico de epilepsia recente, declínio cognitivo rapidamente progressivo ou vertigem de origem central (já avaliada em serviço de emergência) devem ter preferência no encaminhamento à Neurologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), 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.

Elaborado em 03 de fevereiro de 2016.
Última atualização em 06 de maio de 2020.



Supervisão Geral:

Arita Bergmann

Coordenação:

Roberto Nunes Umpierre

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Rudi Roman

Autoria:

Ana Cláudia Magnus Martins

Artur Francisco Schumacher Schuch

Carlos Eduardo Mantese

Daissy Liliana Mora Cuervo

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Josué Basso

Ligia Marroni Burigo

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Rudi Roman

Revisão Técnica:

Sheila Cristina Ouriques Martins

Thais Lampert Monte

Colaboração:

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Revisão Ortográfica e Normalização:

Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde.

Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto. rev. e atual. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 29 abr. 2020. Disponível em: “link de acesso”. Acesso em: “dia, mês abreviado e ano da citação”.

TelessaúdeRS-UFRGS 2020

Porto Alegre – RS.



Protocolo 1 – Cefaleia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de investigação com exame de imagem (Ressonância Magnética Nuclear - RMN ou Tomografia Computadorizada de crânio - TC):

Cefaleia com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia;
- início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos;
- evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses;
- dor que acorda durante o sono;
- dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS¹;
- outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão;
- paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (RMN ou TC de crânio), quando exame não for disponível na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia:

- paciente com cefaleia e exame de imagem (RMN ou TC 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. comorbidades (infecção pelo HIV, neoplasia, trauma craniano recente);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses.



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);
- 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. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 3 – Convulsão / Epilepsia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- crise convulsiva secundária a suspeita de infecção do sistema nervoso central, distúrbio hidroeletrólítico, abstinência de álcool ou suspeita de acidente vascular cerebral;
- crise convulsiva que dura mais que 5 minutos ou crises que ocorrem sem a completa recuperação da consciência.

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;
- dúvida diagnóstica sobre a natureza das convulsões;
- diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão;
- paciente com epilepsia e efeitos adversos intoleráveis da medicação;
- paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação;
- 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 o caso foi discutido com o 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 urgência/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 (ver [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 emergência):

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- 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. anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 5 – Tremores 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](#));
- suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

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 o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento otimizado: Propranolol: dose inicial de 20 mg, três vezes ao dia, podendo ser aumentado até 240 mg ao dia; ou Primidona: dose inicial de 25 mg à noite. Aumentar gradualmente 25 mg a cada três a quatro dias, até 250 mg/dia. Para casos refratários, a combinação de propranolol e primidona pode ser mais efetiva que o uso de cada medicamento isoladamente. Substituir um medicamento pelo outro também é uma estratégia possível, caso ocorram efeitos adversos indesejáveis.



Protocolo 6 – Acidente vascular cerebral

Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT) agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida;
- AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma);
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%;
- estenose de carótida assintomática² 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;
- estenose de carótida assintomática² maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios com neurologista.

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. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. anexar ecodoppler de carótidas, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

² Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.



Protocolo 7 – Distúrbios do movimento (ataxias, coreias e distonias)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- episódio agudo de ataxia ou coreia 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](#));
- suspeita ou diagnóstico de coreia ([quadro 7](#));
- suspeita ou diagnóstico de distonia ([quadro 8](#)) ou espasmo hemifacial.

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;
- suspeita ou diagnóstico de coreia ([quadro 7](#)) de provável origem genética, após avaliação com neurologista;
- suspeita ou diagnóstico de distonia ([quadro 8](#)) ou espasmo hemifacial 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, coreia ou distonia 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 o caso foi discutido com o 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 urgência/emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- polineuropatia desmielinizante;
- polineuropatia com características atípicas ([quadro 9](#)), após avaliação em serviço de emergência, se necessário;
- 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);
- sintomas de polineuropatia (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) sem etiologia definida após investigação inicial na APS ([quadro 10](#)).

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. anexar laudo de eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. descrever resultado de exames realizados na investigação (hemograma, glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, vitamina B12, TSH, teste rápido ou sorologia para HIV), 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 teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 9 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- vertigem com suspeita de origem central ([quadro 11](#)) 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 11](#)) após avaliação em serviço de emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- suspeita de doença de Ménière ([quadro 12](#));
- vertigem posicional paroxística benigna ([quadro 12](#), [figura 1](#) – manobra de Dix-Hallpike) com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica (Manobra de Epley - [figura 2](#));
- labirintite ou neuronite ([quadro 12](#), [figura 3](#)) com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador ([quadro 13](#));
- vertigem periférica ([quadro 11](#)) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos - [quadro 14](#), 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 14](#));
5. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.



Referências

- AZHARY, H. *et al.* Peripheral neuropathy: differential diagnosis and management. **American Family Physician**, Kansas City, v. 81, n. 7, p. 887-892, 2010. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2010/0401/p887.html>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- 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. 2172-2181, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.13611.
- CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CHOU, K. L. **Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease**. Waltham (MA): UpToDate, 9 Oct 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- COMELLA, C. **Classification and evaluation of dystonia**. Waltham (MA): UpToDate, 19 Aug. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/classification-and-evaluation-of-dystonia>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- DRISLANE, F. W. **Convulsive status epilepticus in adults: classification, clinical features, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 19 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/convulsive-status-epilepticus-in-adults-classification-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- 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)**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível mediante login e senha em: <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113695>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- DYNAMED PLUS. **Record n. 909391, Vestibular neuronitis**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível mediante login e senha em: <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=909391>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- FURMAN, J. N.; BARTON, J.J.S. **Evaluation of the patient with vertigo**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Feb. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- FURMAN, J. M.; BARTON, J. J. S. **Treatment of vertigo**. Waltham (MA): UpToDate, 7 Aug. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vertigo>. Acesso em: 29 abr. 2020.



FURMAN, J. M. **Vestibular neuritis and labyrinthitis**. Waltham (MA): UpToDate, 18 July 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/vestibular-neuritis-and-labyrinthitis>. Acesso em: 29 abr. 2020.

GARZA, I.; SCHWEDT, T.J. **Chronic migraine**. Waltham (MA): UpToDate, 17 Apr. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine>. Acesso em: 29 abr. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS L. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 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**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HARCOURT, J.; BARRACLOUGH, K.; BRONSTEIN, A. M. Meniere's disease. **British Medical Journal**, London, v. 349, p. 6544, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g6544>. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6544.long>. Acesso em: 29 abr. 2020.

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. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7490.523>. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/330/7490/523.long>. Acesso em: 29 abr. 2020.

KIM, J. S.; ZEE, D. S. Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 370, n. 12, p. 1138-1147, mar. 2014. DOI: 10.1056/NEJMcp1309481.

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, jan. 2006. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2006/0115/p244.html>. Acesso em: 29 abr. 2020.

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, feb. 2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p154.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

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, Nov. 2006. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>. Acesso em: 29 abr. 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Epilepsies in adults. **NICE Quality Standard 26**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, Feb. 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs26>. Acesso em: 29 abr. 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Headaches: diagnosis and management. **NICE Clinical Guideline 150**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012. [atual. 25 nov. 2015]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>. Acesso em: 29 abr. 2020.



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, Aug. 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs42>. Acesso em: 29 abr. 2020.

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: 29 abr. 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Stroke in adults: quality standard. **NICE Quality Standard 2**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, jun. 2010. [atual. 12 abr. 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs2>. Acesso em: 29 abr. 2020.

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, Aug. 2010. [atual. 1 set. 2014a]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg109>. Acesso em: 29 abr. 2020.

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, 2 Oct 2014b. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs71>. Acesso em: 29 abr. 2020.

OPAL, P.; ZOGHBI, H. Y. **Overview of the hereditary ataxias** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 18 July 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-hereditary-ataxias>. Acesso em: 29 abr. 2020.

LOUIS, E. D.; STEPHAN, A. M.; ROWLAND, L. P. **Merrit's Neurology**. 13. ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.

ROSENBLOOM, M. H.; ATRI, A. The evaluation of rapidly progressive dementia. **Neurologist**, Baltimore (MD), v. 17, n. 2, p. 67-74, mar. 2011. DOI: 10.1097/NRL.0b013e31820ba5e3.

RUSSELL, J. A. General approach to peripheral nerve disorders. **Continuum (Minneap Minn)**, Minneapolis, v. 23, n. 5, p. 1241-1262, oct. 2017. DOI: 10.1212/CON.0000000000000519. Disponível em: <https://journals.lww.com/continuum/toc/2017/10000>. Acesso em: 29 abr. 2020.

RUTKOVE, S. B. **Overview of polyneuropathy**. Waltham (MA): UpToDate, 20 May 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-polyneuropathy>. Acesso em: 29 abr. 2020.

SCHACHTER, S. C. **Evaluation of the first seizure in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Aug. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-first-seizure-in-adults>. Acesso em: 29 abr. 2020.

SOTO-VARELA, A. *et al.* Revised criteria for suspicion of non-benign positional vertigo. **QJM: An International Journal of Medicine**, Oxford, v. 106, n. 4, 317-321, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct006>. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/106/4/317/1518569>. Acesso em: 29 abr. 2020.

TOWARD OPTIMIZED PRACTICE (TOP), HEADACHE WORKING GROUP. **Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline**. 2. ed. Edmonton AB: TOP, Sep. 2016. Disponível em: <https://act.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Headache.aspx>. Acesso em: 29 abr. 2020.



WOOTTON, R. J.; WIPPOLD, F. J.; WHEALY, M. A. **Evaluation of headache in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 6 Apr. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>. Acesso em: 29 abr. 2020.

WYANT, K. J.; CHOW, K. L. **Drug-induced parkinsonism**. Waltham (MA): UpToDate, 12 Feb 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/drug-induced-parkinsonism>. Acesso em: 29 abr. 2020.



Apêndices

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

início súbito ou recente com dor de forte intensidade (“pior cefaleia da vida”);
evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias;
cefaleia iniciada após trauma de crânio recente;
sinais de doença sistêmica: febre, mialgias, petéquias, confusão mental, rigidez de nuca;
paciente HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem;
padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia, uso de anticoagulantes 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: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Toward Optimized Practice (2016).

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 (2020).

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;
não lembrar de comportamentos anormais testemunhados por outra pessoa e que aconteceram antes ou depois da alteração de consciência.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014a).



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 maiores que 3 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014b).

Quadro 5 – Medicamentos indutores de parkinsonismo.

antipsicóticos (tanto típicos quanto 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: Chou (2019).



Quadro 6 – Avaliação de ataxia.

Definição: incoordenação motora que não é resultado 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, 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;
- Avaliar uso de álcool e deficiências nutricionais (encefalopatia de Wernicke);
- Avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias, incluindo avaliação para sífilis e HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Opal e Zoghbi (2019).



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:

- Vascular (AVC/AIT);
- 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-Schönlein;
- 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, Aminoff e Simon (2014) e Louis, Stephan e Rowland (2015).



Quadro 8 - Avaliação de distonia.

Quadro clínico:

- Contração muscular involuntária que ocasiona postura anormal, torção e movimentos repetitivos de uma parte do corpo.
- A postura anormal pode ser dolorosa.
- Se exacerbam em períodos de estresse e tensão, diminuem no relaxamento e desaparecem no sono.
- Podem melhorar com um gesto antagonista ou com truque sensorial como toque do local acometido.
- Podem ser focais (ex: blefaroespasma, distonia cervical, câibra do escrivão), segmentares, multifocais ou generalizadas.

Causas:

- Hereditárias como distonias por mutações DYT.
- Adquiridas: Encefalopatia anóxica perinatal, doenças cerebrovasculares, lesão traumática craniana, medicamentos (ex: levodopa, bloqueadores de canal de cálcio, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, metoclopramida), neoplasia de sistema nervoso central, infecções de sistema nervoso central e transtornos psicogênicos.

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 conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita específica solicitar: hemograma, sódio, potássio, magnésio, cálcio, TGO, TGP, creatinina, ureia, FAN, VSG, VDRL.
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de Chaves (2009) e Comella (2018).

Quadro 9 – Características atípicas de polineuropatia 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 (2020), adaptado de Callaghan, Price e Feldman (2015) e Rutkove (2019).



Quadro 10 – Avaliação 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, entre outros.
- Sintomas motores: fraqueza, atrofia e hipotonia muscular, hipo ou arreflexia, fasciculações, entre outros.
- Sintomas autonômicos: anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hipossecreção salivar ou lacrimal, entre outros.

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 como 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).
- 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 sugere-se investigação precoce com eletroneuromiografia se paciente apresenta comorbidades de maior potencial de gravidade (como HIV, lúpus, artrite reumatoide) 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);
- Teste rápido ou sorologia para HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Callaghan, Price e Feldman (2015) e Rutkove (2019).



Quadro 11 – Suspeita de vertigem central e periférica.

<p>Vertigem central:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
<p>Vertigem periférica:</p> <ul style="list-style-type: none">• nistagmo horizontal ou horizonto-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 a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aurial);• vertigem e nistagmo pronunciados, associado a náusea e vômito.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006).

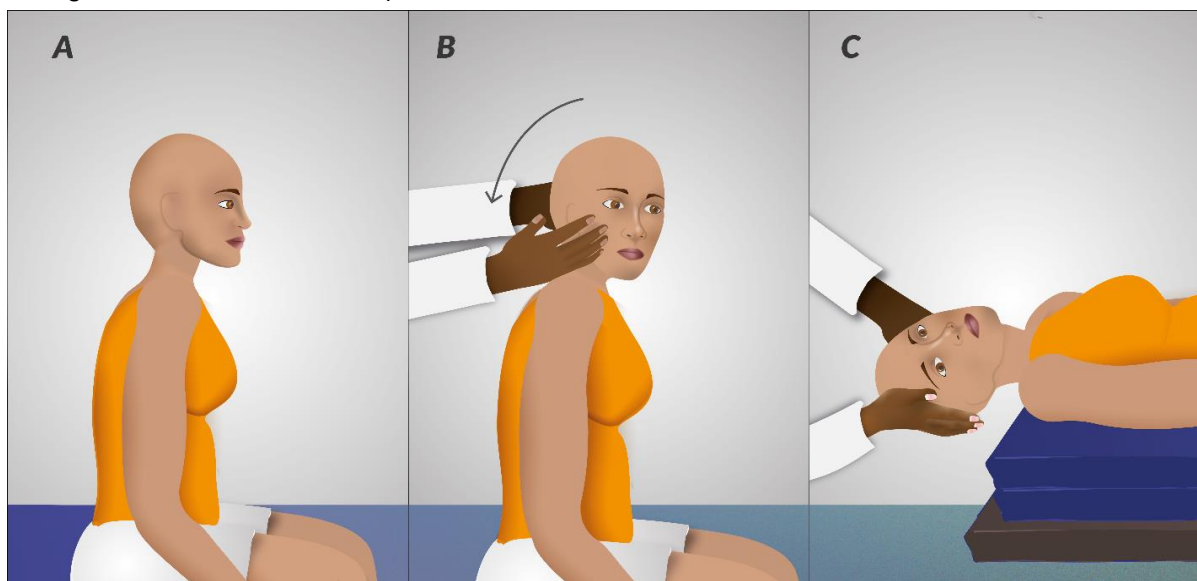
Quadro 12 – Características das causas mais comuns de vertigem periférica.

<p>Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
<p>Neurite vestibular aguda (neuronite/labirintite)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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).
<p>Doença de Ménière</p> <ul style="list-style-type: none">• crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aurial);• 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);• costuma apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Duncan *et al.* (2013), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).



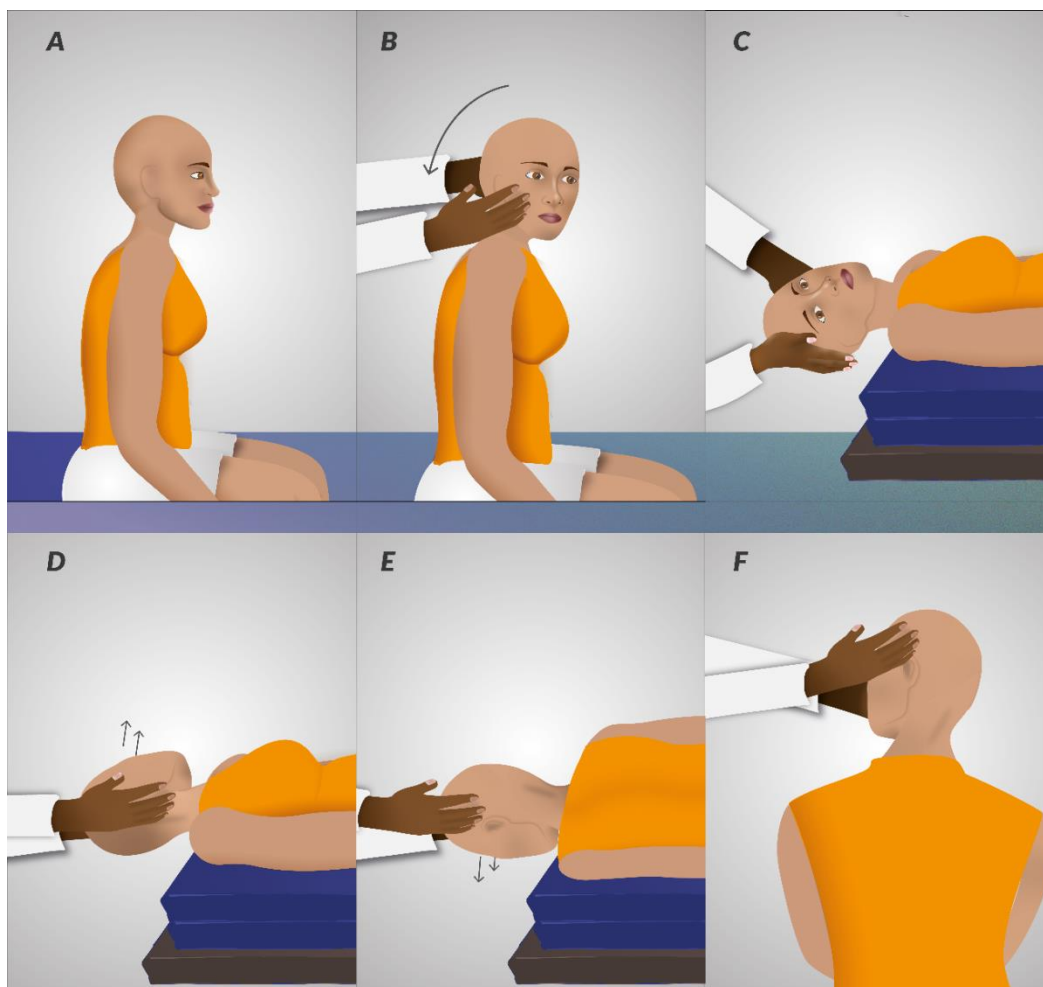
Figura 1 – Manobra de Dix-Hallpike.



- 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 (figura A).
- Vire a cabeça do paciente 45 graus para o lado a ser avaliado e solicite que o mesmo mantenha os olhos abertos e focados em um ponto fixo à sua frente (figura B). Explique que será importante que ele mantenha os olhos abertos mesmo que sinta vertigem, para a observação dos movimentos oculares.
- 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) (figura C). A manobra é considerada positiva quando o nistagmo está presente, e sugere o diagnóstico de VPPB.
- 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 (2020) adaptado de Labuguen (2006) e Kim e Zee (2014).

Figura 2– Manobra de Epley – reposicionamento otolítico.



- Explique a manobra ao paciente e informe que pode induzir vertigem ou nistagmo.
- Primeiramente, realize a manobra de Dix-Hallpike (figuras A, B e C – deite rapidamente o paciente com a cabeça virada em ângulo de 45 graus).
- 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).
- Mantenha o paciente em cada posição até que o nistagmo ou vertigem resolvam, porém no mínimo por 30 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), 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.

Manobra: solicite ao paciente que fixe o olhar em um objeto à sua frente. A cabeça do paciente é rodada rapidamente pelo examinador, primeiro para a esquerda (A e B), depois para a direita (C e D).

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

Teste do impulso cefálico positivo: Ao rotar 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 (2020), adaptado de Furman (2018).

Quadro 13 – 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
Cinarizina: 25 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou
Prometazina: 25 mg de 8 em 8 horas (VO); ou

Outros antieméticos:
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).

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

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Furman (2018).



Quadro 14 – 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 (2020), adaptado de Labuguen (2006) e Muncie, Sirmans e James (2017).