SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES
ANO DE REFERÊNCIA 2018

PROTOCOLO DE ACESSO SUGERIDO PARA: CONSULTA EM NEUROLOGIA ADULTO

Uma adaptação autorizada de: **PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA ADULTO**, TelessaúdeRS-UFRGS, 2016 Porto Alegre – RS.

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.

Protocolo 1 – Cefaleia

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
- migranea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensional refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migranea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensional, por um período mínimo de 3 meses); ou
- outras cefaleias que não se caracterizam como migranea (enxaqueca) ou tipo tensional.

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), com data (se realizado);
5. exames laboratoriais: Hemograma, glicose, TGO, Na, K, creatinina, TGP, TSH e ureia.
6. número da teleconsultoria, se discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

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: Hemograma, glicose, TGO, Na, K, creatinina, TGP, TSH, ureia, vitamina B12 e VDRL;
6. resultado do exame de imagem (TC), com data (se realizado);
7. número da teleconsultoria, se discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

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 abaixo), sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS.

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).

- 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. exames laboratórias: Hemograma, glicose, TGO, Ne, K, creatinina, TGP, TSH e ureia.
7. número da teleconsultoria, se discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

Protocolo 4 Sincope ou perda transitória da consciência

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).
- Sincope de repetição, sem evidências de causa cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício).

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 discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

Protocolo 5 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- vertigem com suspeita de origem central (ver quadro abaixo).

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).

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 teleconsultoria, se discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

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 abaixo); ou
-

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,
metildopa;
lítio;
amiodarona;
ácido valproico.

Fonte: SCHACHTER (2015).

- 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 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 discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

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%.

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. Exames laboratoriais: Hemograma, glicose, TGO, Ne, K, creatinina, TGP, TSH, ureia, colesterol total e frações.
7. número da teleconsultoria, se discutido com TelessaúdeSC/UFSC.

Não encaminhar ao Neurologista Adulto

1. Transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, esquizofrenia, etc);
2. Lombalgias sem alteração de exames neurológicos;
3. Fibromialgia.