

MATRICIAMENTO DE NEUROLOGIA - CONSULTA RÁPIDA

APS | AME Pariqueira-Açu | PRO-MATRIC-001

CEFALEIA - Sinais de alerta -> serviço de urgência/emergência. - Considerar TC/RM na APS quando houver padrão novo/mudança recente, início após 50 anos, evolução progressiva, dor que desperta do sono ou desencadeada por esforço/coito/tosse/Valsalva. - Neurologia: imagem necessária e indisponível na APS; migrânea refratária após duas classes profiláticas por >=3 meses; cefaleia tensional refratária a tricíclico por >=3 meses; outras cefaleias não típicas.	DECLÍNIO COGNITIVO / DEMÊNCIA - Neurologia: declínio cognitivo rapidamente progressivo, com limitação significativa e evolução <2 anos; ou declínio cognitivo após exclusão de causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados. - Exames citados na fonte: hemograma, TSH, T4 livre, vitamina B12, FTA-Abs e VDRL; TC/RM se realizada.
CONVULSÃO / EPILEPSIA - Neurologia: pelo menos um episódio de alteração da consciência sugestivo de crise convulsiva, sem fator desencadeante reconhecível e reversível na APS; ou epilepsia com controle inadequado apesar de tratamento otimizado, descartada má adesão. - Sinais sugestivos descritos na fonte incluem mordedura de língua, desvio cefálico persistente, posturas incomuns, contração muscular prolongada, confusão pós-crise, cianose, vômitos, perda esfinteriana, trauma pós-crise e crises durante o sono.	SÍNCOPE / PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA - Emergência: sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações eletrocardiográficas de risco, história familiar de morte súbita <40 anos; FC <50 ou >120 bpm. - Neurologia: alteração da consciência sugestiva de crise convulsiva. - Cardiologia: provável origem cardíaca, ECG compatível, cardiopatia estabelecida, história familiar de morte súbita precoce ou síncope/pré-síncope indeterminada.
VERTIGEM - Emergência: suspeita de origem central. - Sinais centrais da fonte: nistagmo vertical, cefaleia occipital, nistagmo que não melhora com fixação do olhar, grave desequilíbrio/dificuldade de caminhar ou ficar em pé, outros sinais neurológicos focais. - Neurologia: suspeita de origem central já avaliada na emergência.	TREMOR / SÍNDROMES PARKINSONIANAS - Neurologia: suspeita de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores; ou tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado. - Medicamentos citados como potenciais indutores: antipsicóticos, metoclopramida, bromoprida, flunarizina, cinarizina, bloqueadores de canal de cálcio, metildopa, lítio, amiodarona e ácido valproico.
AVC / AIT - Emergência: suspeita de AVC/AIT agudo. - Neurologia no AME: AVC hemorrágico sem etiologia definida; AVC isquêmico <45 anos; investigação diagnóstica inconclusiva/não realizada na emergência; AVC/AIT com obstrução carotídea ipsilateral de 50-69%. - Cirurgia vascular ou neurocirurgia: AVC/AIT com obstrução carotídea ipsilateral >=70% sem procedimento cirúrgico emergencial no diagnóstico.	

ALERTA: suspeita de AVC/AIT agudo, vertigem central, cefaleia com sinais de alerta ou síncope de alto risco não deve aguardar consulta ambulatorial.

Fonte: PRO-MATRIC-001, versão 00, vigência janeiro/2024. Material reorganizado para consulta rápida.