


PROTOCOLO ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 21		DATA: 05/09/2017				
 PREFEITURA DE GOIÂNIA	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	CÓDIGO SIGTAP: 03.01.06.003-7	CBO: Médico e Cirurgião dentista			
AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO					
TONTURA E VERTIGEM	<p>Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.</p>	VERTIGEM Ilusão, ou uma falsa sensação de movimento de si ou do ambiente DIAGNÓSTICO - Exame neurológico: fundamental na busca de sinais de comprometimento do sistema nervoso central, com especial atenção para o oitavo par de nervos cranianos (que pressupõe a avaliação da acuidade auditiva e do nistagmo) e para sinais de disfunção cerebelar (como disdiadococinesia, dismetria, disartria e ataxia). Avaliar marcha e teste de Romberg - Exame otológico: a inspeção do ouvido externo e uma otoscopia cuidadosa, à procura de vesículas do herpes zoster (síndrome de Ramsay Hunt), sinais de otite média aguda ou crônica, ou colesteatoma (afastado na presença de membranas timpânicas normais). O sinal de Hennebert é positivo quando a vertigem ou o nistagmo são reproduzidos ao aplicar-se pressão ao tragus e meato acústico externo, sugerindo a presença de fístula perilinfática - Exame cardiovascular: avalia a presença de alterações na pressão arterial sistólica (diminuição de 20mmHg ou mais) e no pulso (aumento de 10 batimentos por minuto) à mudança ortostática para identificar disfunções autonômicas e também o ritmo cardíaco - Exame da acuidade auditiva: Teste de Rinne: encoste o diapasão na mastoide (condução óssea) e depois o segure ao lado do ouvido (condução aérea) Teste de Weber: encoste o diapasão do vértice da cabeça e pergunte em qual ouvido o som é mais alto Rinne com condução óssea > condução aérea; Weber positivo para o lado com redução auditiva = perda auditiva por condução. Rinne com condução aérea > condução óssea; Weber positivo para o lado com acuidade normal = perda auditiva neurossensorial - Avaliação do nistagmo: movimentos oculares em todas as direções, cerca de 45° para a direita e para a esquerda e manobra de Dix-Hallpike (com o paciente sentado na maca, o rosto para frente e os olhos abertos, o médico vira a cabeça do paciente 45° para um lado. O médico apoia a cabeça do paciente enquanto este se deita rapidamente na posição supina, com a cabeça para fora da maca, cerca de 30° abaixo do plano horizontal, mantendo os 45° para o lado. O paciente mantém essa posição por 30 a 60 segundos, enquanto se faz a inspeção por nistagmo e se questiona a presença de vertigem)				
		TIPO				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Característica</th> <th>Vertigem periférica</th> <th>Vertigem central</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nistagmo</td> <td>Horizontal, rotatório ou</td> <td>Puramente vertical, horizontal ou em torção; não inibido</td> </tr> </tbody> </table>	Característica	Vertigem periférica	Vertigem central	Nistagmo
Característica	Vertigem periférica	Vertigem central				
Nistagmo	Horizontal, rotatório ou	Puramente vertical, horizontal ou em torção; não inibido				

	misto, com os batimentos na mesma direção; independentemente da posição do olhar; inibido pela fixação do olhar em algum objeto	pela fixação dos olhos em objetos; pode durar semanas a meses; pode mudar de direção mediante diferentes posições dos olhos
Instabilidade postural	Consegue andar; instabilidade unidirecional	Cai enquanto anda; instabilidade severa
Náusea e vômitos	Podem ser severos	Variáveis
Hipoacusia, zumbido	Comuns	Raros
Achados na manobra de Dix-Hallpike: a) Latência dos sintomas e do nistagmo b) Gravidade da vertigem c) Duração do nistagmo d) Fatigabilidade e) Habituação	a) 2 a 40 segundos b) Severa c) Geralmente menor que um minuto d) sim e) sim	a) Curta ou ausente b) Geralmente mais de um minuto c) Não d) Não
Outros sintomas neurológicos	Ausentes	Geralmente presentes

TRATAMENTO

Classe do fármaco	Medicação	Dosagem
Anti-histamínicos	Prometazina	12,5-25mg VO, IM ou VR, cada 4 - 12h
Benzodiazepínicos	Diazepam	2-10mg VO ou IV, cada 4-8h
	Clonazepam	2-6mg/dia VO
Antieméticos	Dimenidrato	50mg, 2-4x/dia VO, IM ou IV
	Metoclopramida	10-20mg, VO, cada 6h ou 10-20mg IV lento, cada 6-8h
	Clorpromazina	10-25mg, 4-6 x/dia VO ou 25mg IM se vômitos e a cada 4h se necessário

QUANDO ENCAMINHAR

a) Ao Pronto-socorro

- Tontura de início súbito, acompanhada de sintomas neurológicos ou que sugerir a presença de isquemia vascular
- Manifestações vertiginosas são muito graves

b) Ao especialista:

- Vertigem de início muito repentino, persistente e não desencadeada por mudança de posição
- Vertigem associada com cefaleia occipital nova
- Vertigem associada com surdez sem história típica de doença de Ménière

- Vertigem aguda e com head impulse test normal
- Vertigem associada a sinais de comprometimento do sistema neurológico central

SENSAÇÃO DE SÍNCOPE IMINENTE

Relato de uma sensação de iminente perda de consciência ou desfalecimento

AVALIAR

- Características e circunstâncias do episódio
- Quando foi a última ingestão alimentar
- Medicação atual em uso
- História de doença cardiovascular ou dor no peito
- Episódios anteriores de síncope ou crises epiléticas
- Antecedente pessoal de doença psiquiátrica
- Antecedente familiar de síncope não explicáveis ou morte

PRINCIPAIS CAUSAS

a) Hipotensão:

- Uso de anti-hipertensivos e/ou vasodilatadores
- Hipovolemia
- Estase venosa
- Distúrbios autonômicos
- Micções ou outras formas de reproduzir a manobra de Valsalva

Tratamento:

- Adequação da medicação anti-hipertensiva ou vasodilatadora, quando for o caso
- O uso de meias elásticas
- Mudança lenta do decúbito para a posição ortostática

b) Reações vaso-vagais:

- Podem estar associadas a ansiedade, fadiga e dor

c) Cardíacas:

- Arritmias
- Angina
- Estenose aórtica

d) Distúrbios metabólicos:

- Hipoglicemia
- Hipóxia

e) Alterações emocionais:

- Síndrome da hiperventilação: tontura geralmente se associa à dormência nas pernas, sudorese e ansiedade

DESEQUILÍBRIO

a) Ataxia cerebelar:

		<ul style="list-style-type: none"> - Doença primária do cerebelo, por exemplo, a degeneração cerebelar, ou de um tumor no cerebelo ou próximo a ele, como no ângulo ponto cerebelar - O exame neurológico usualmente revela tal patologia e o paciente deve ser encaminhado b) Déficit sensorial múltiplo: <ul style="list-style-type: none"> - Múltiplas anormalidades nos vários sistemas sensoriais proprioceptivos (baixa visão, déficit auditivo, neuropatia periférica) - Tipicamente a tontura ocorre à noite, quando o ambiente está com pouca luz. Ocasionalmente esse paciente pode cair - Tratamento individual de todas as anormalidades que possam ser corrigidas - Orientações quanto a prevenção de quedas - Não utilizar medicações sedativas <p>LIGHT-HEADEDNESS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensação de vazio na cabeça, sensação de desfalecimento ou flutuação, ou medo de cair - São descritas como contínuas e geralmente não apresentam características vertiginosas - Ocorrem com maior frequência em pessoas com transtorno de ansiedade, incluindo ataques de pânico e agorafobia, transtornos somatoformes e depressão - Tratar a doença mental de base
--	--	--

Elaborado: Gerência de Atenção Primária a Saúde – SMS Goiânia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)