



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO

O protocolo de Otorrinolaringologia para pacientes adultos será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Otorrinolaringologia. 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 que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.

Pacientes com linfonodomegalia cervical ou supraclavicular suspeita de neoplasia de região de cabeça e pescoço, hipoacusia súbita (após avaliação na emergência), colesteatoma, disfagia orofaríngea, disfonia persistente ou associada a tabagismo devem ter preferência no encaminhamento ao otorrinolaringologista quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

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

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 23 de maio de 2018.



Supervisão Geral:
Francisco Paz

Coordenação:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organização e Edição:
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Rudi Roman

Autores:
Daniela Brunelli e Silva
Dimitris Rucks Varvaki Rados.
Elise Botteselle de Oliveira
Felícia Tavares
Josué Basso
Ligia Marroni Burigo
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Natan Katz
Rudi Roman

Revisão Técnica:
Sady Saleimen da Costa
Gabriel Kuhl
Otavio Piltcher
Michelle Lavinsky Wolff

Normalização:
Rosely de Andrade Vargas

Design:
Carolyne Vasques Cabral

Diagramação:
Lorenzo Costa Kupstaitis

TelessaúdeRS-UFRGS 2018
Porto Alegre – RS.



Protocolo 1 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- vertigem com suspeita de origem central (quadro 1) e sinais de gravidade:
 - sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia, entre outros); **ou**
 - novo tipo de cefaleia (especialmente occipital); **ou**
 - surdez aguda unilateral; **ou**
 - nistagmo vertical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- suspeita de doença de Ménière (quadro 2); **ou**
- vertigem posicional paroxística benigna (quadro 2, figura 1 – manobra de Dix-Hallpike) com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica (figura 2 - manobra de Epley); **ou**
- labirintite ou neuronite (quadro 2, figura 3) com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador (quadro 3); **ou**
- vertigem periférica (quadro 1) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos (quadro 4), diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- vertigem com suspeita de origem central (quadro 1) após avaliação em serviço de emergência.

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 realizado 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. faz uso de medicamentos que podem causar vertigem (quadro 4)? Se sim, quais;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 2 – Obstrução Nasal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- obstrução nasal aguda por corpo estranho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- obstrução nasal relacionada a fator estrutural:
 - tumor nasal (obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta); ou
 - desvio de septo; ou
 - hipertrofia de adenoide.
- obstrução nasal associada a pólipos nasal com potencial indicação cirúrgica (como múltiplos pólipos, sintomas graves refratários ao tratamento conservador (corticoide intranasal); ou
- obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS como medicamentos (quadro 5), rinossinusite crônica (quadro 6) e rinite alérgica (quadro 7).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (início dos sintomas e duração, obstrução unilateral ou bilateral, presença de rinorreia, roncos, epistaxe, anosmia, desvio de septo, deformidades faciais, entre outros achados relevantes);
2. paciente apresenta diagnóstico de rinite ou rinossinusite crônica (sim ou não)? Se sim, descreva tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);
3. faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (quadro 5) (sim ou não)? Se sim, quais;
4. descrição de exames realizados na investigação, com data (como raio-x ou tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 3 – Rinossinusite

O tratamento para rinossinusite aguda e crônica deve ser realizado inicialmente na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Rinossinusite aguda ou crônica com sinais clínicos sugestivos de complicação (toxemia, presença de edema periorbitário ou malar, proptose orbital, dificuldades visuais ou sinais neurológicos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Rinossinusite crônica:
 - Associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros); ou
 - Refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (quadro 6); ou
 - Rinossinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (características do quadro, alterações anatômicas, episódios recorrentes);
- 2) tratamento em uso ou já realizado para rinossinusite (medicamentos e posologia);
- 3) descrição de exames realizados na investigação, com data (raio-x ou tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia);
- 4) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 4 – Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- paciente com suspeita de SAHOS (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) associada a fator obstrutivo de via aérea superior: tais como:
 - desvio de septo nasal; ou
 - pólipos nasais; ou
 - hipertrofia de amígdalas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia; ou
- pacientes com suspeita de SAHOS (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) na indisponibilidade de solicitar polissonografia na APS e sem potencial fator obstrutivo de via área superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva presença de roncos, sonolência diurna e prejuízo funcional associado, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros);
2. comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
3. IMC;
4. profissão do paciente;
5. descrição dos exames realizados, com data (polissonografia, exames de imagem, nasofibrolaringoscopia);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 5 – Otite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de otite externa maligna (otite externa severa com otalgia que não responde ao tratamento da dor, dor em mastoide, tecido de granulação, necrose no conduto ou paralisia facial); ou
- otite média com complicações graves (mastoidite, paralisia facial, meningite, entre outras).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda; ou
- otite média crônica:
 - com efusão/otorreia que persiste por mais de 3 meses ou
 - que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média; ou
 - com presença de hipoacusia; ou
- suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado a otorreia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever duração, presença de otorreia, perda auditiva, entre outros);
2. descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica);
3. tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 6 – Hipoacusia / Perda auditiva e Protetização Auditiva

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de perda auditiva súbita: perda de audição de início agudo sem condição subjacente identificável pela história ou exame físico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- perdas auditivas condutivas ou mistas com otoscopia normal; ou
- hipoacusia sem alteração de otoscopia e impossibilidade de solicitar audiometria na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reabilitação auditiva (protetização auditiva):

- perda auditiva neurosensorial (identificada por audiometria) com paciente motivado a usar aparelho de amplificação sonora individual (AASI); ou
- perda auditiva neurosensorial de grau severo e/ou profundo bilateral (identificada por audiometria), sem resposta ao uso de AASI (avaliação para Implante coclear).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem);
2. descrição da otoscopia;
3. resultado de audiometria, quando realizada, com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 7 – Disfonia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea¹ ou odinofagia); ou
- disfonia persistente (≥ 6 semanas) sem causa identificável; ou
- disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);
2. fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;
3. história recente de cirurgia de pescoço ou tórax;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ dificuldade para iniciar a deglutição de líquidos ou sólidos, podendo estar associada à tosse, engasgos, regurgitação nasal e sensação de resíduo alimentar na faringe. Paciente costuma apontar a sensação na região cervical.



Protocolo 8 – Disfagia

Disfagia orofaríngea: dificuldade para iniciar a deglutição de líquidos ou sólidos, podendo estar associada à tosse, engasgos, regurgitação nasal e sensação de resíduo alimentar na faringe. Paciente costuma apontar a sensação na região cervical.

Disfagia esofágica: dificuldade para deglutir que inicia segundos após ingestão de sólidos ou líquidos, apresentando sensação de alimento trancado na região torácica.

Globus: sensação de desconforto cervical descrito como “bola na garganta” ou “aperto”, sem relação estrita com a deglutição. Sintoma costuma ser intermitente, podendo ocorrer entre as refeições e com piora com questões emocionais e deglutições não alimentares. Globus não deve ser diagnosticado na presença de disfagia ou odinofagia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia ou oncologia cirurgia de cabeça e pescoço:

- disfagia orofaríngea com sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível a oroscopia, linfonodomegalia cervical ou supraclavicular).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- disfagia orofaríngea persistente com duração maior que 1 mês sem etiologia definida na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- disfagia esofágica com sinais ou sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, hematêmese, anemia ferropriva, entre outros); ou
- disfagia sem lesão identificada na oroscopia na impossibilidade de solicitar endoscopia na APS; ou
- disfagia em pacientes com causa neurológicas não tratáveis ou sem resposta à terapêutica da doença neurológica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características, frequência da disfagia, tempo de evolução, fatores desencadeantes e associados, exame físico neurológico);
2. medidas ou tratamentos já realizados para disfagia (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta);
3. comorbidades, fatores de risco e sinais de alerta para neoplasia orofaríngea;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 9 – Suspeita de neoplasia em região de Cabeça e Pescoço

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cabeça e pescoço:

- resultado de biópsia com evidência de lesão neoplásica maligna; ou
- alta suspeita clínica de lesão bucal maligna - carcinoma espinocelular ou melanoma (quadro 8).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- linfonodomegalia cervical ou supraclavicular com características de malignidade (> 2 cm, indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados) com outros sintomas sugestivos de neoplasia de cabeça e pescoço; ou
- disfagia orofaríngea (dificuldade para iniciar deglutição, associada à tosse, engasgamento e regurgitação nasal) em pessoa com sintomas e sinais sugestivos de malignidade (emagrecimento, inapetência, vômito sanguinolento, odinofagia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para bucomaxilofacial ou estomatologia:

- lesão da região bucomaxilofacial com crescimento rápido, não associado a fatores irritativos como trauma ou dentes necróticos e que não regride após 14 dias de acompanhamento; ou
- lesão intraóssea do complexo maxilomandibular, não associada a dentes necróticos; ou
- cistos ou outras lesões benignas dos tecidos moles da boca, da face e/ ou das articulações temporomandibulares (ATM), na indisponibilidade de tratamento na APS ou Centro de Especialidades Odontológicas (ver protocolo de Estomatologia ou Bucomaxilofacial).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo/etilismo);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 10 – Lesões em glândula salivar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cabeça e pescoço ou otorrinolaringologia:

- suspeita de neoplasia maligna de glândulas salivares (maiores ou menores).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para bucomaxilofacial ou estomatologia:

- processos infecciosos/obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores), na indisponibilidade de tratamento efetivo na APS ou Centro de Especialidade Odontológicas; ou
- cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares menores.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
3. resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);
4. se processo infeccioso ou obstrutivo, descreva tratamentos já realizados (descrever tempo de acompanhamento, procedimentos e medicamentos empregados);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Anexos – Quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Suspeita de vertigem central e periférica

Vertigem central:

- 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;

Vertigem periférica:

- 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 à náusea e ao vômito.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006),

Quadro 2 – Características das causas mais comuns de vertigem periférica

Vertigem Paroxística Posicional Benigna (VPPB)

- 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.

Neurite vestibular aguda (neuronite/labirintite)

- sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas;
- associada à náusea e ao vômito, 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).

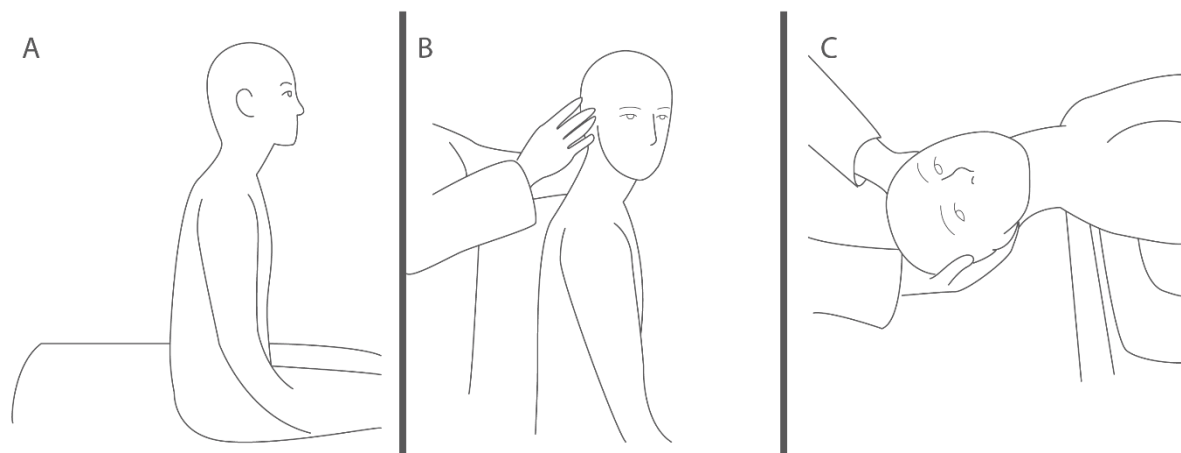
Doença de Meniere

- 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;
- pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Duncan et al. (2013), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).



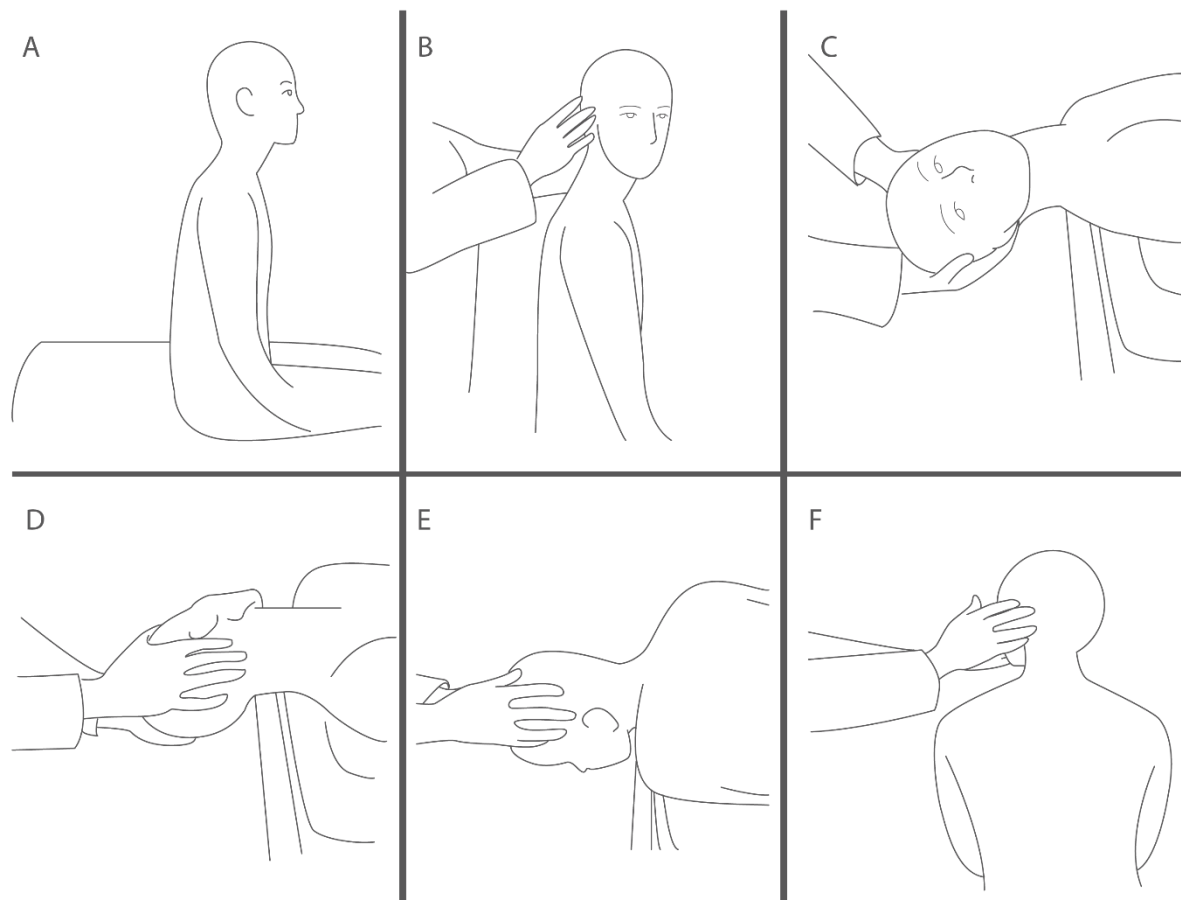
Figura 1 – Manobra de Dix-Hallpike



- 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.
- Vire a cabeça do paciente 45 graus para o lado a ser avaliado e solicite que o mesmo mantenha os olhos abertos e focados nos olhos ou na cabeça do examinador.
- 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).
- 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 (2018) adaptado de Labuguen (2006), Kim e Zee (2014).

Figura 2– Manobra de Epley – reposicionamento otolítico



- a) Explique a manobra ao paciente e informe que podem induzir vertigem ou nistagmo.
- b) Mantenha o paciente na posição até que o nistagmo ou vertigem resolvam, porém no mínimo por 30 segundos.
- c) Primeiramente, realize a manobra de Dix-Hallpike (A, B e C – deite rapidamente o paciente com a cabeça virada em ângulo de 45 graus – figura 1).
- d) Vire a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura D) para o lado não afetado.
- e) 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.
- f) Mova o paciente para a posição sentada (figura F).

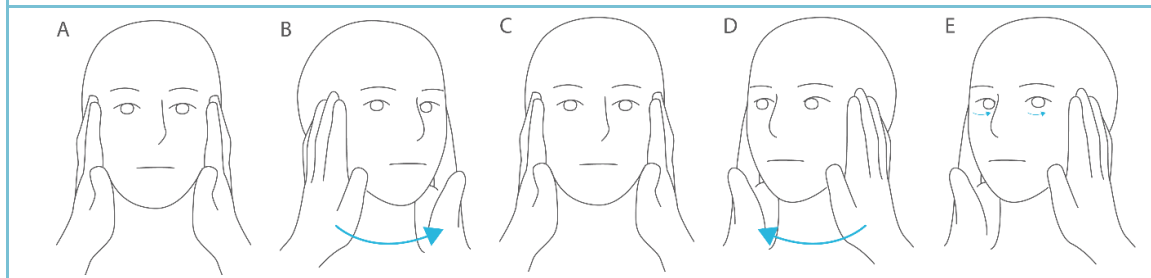
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Kim e Zee (2014).

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.

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

Teste do impulso cefálico positivo: Ao rotacionar a cabeça de maneira rápida, o olhar não é mantido e o paciente faz uma sacada (rápido movimento corretivo) para refixar o olhar no objetivo. (C,D,E)



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

Quadro 3 – 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

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

Antieméticos:

Cinarizina: 25 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Prometazina: 25 mg de 8 em 8 horas (VO); ou

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).

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

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



Quadro 4 – 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 (2018) adaptado de Labugen (2006) e Muncie (2017).

Quadro 5 – Alguns medicamentos/substâncias que causam obstrução nasal

Antitireoidianos
Anti-hipertensivos (alfa-bloqueadores, IECA, beta-bloqueadores,, bloqueadores de canal de cálcio, hidralazina)
Anti-inflamatórios não esteroides
Benzodiazepínicos
Estrogênio e progestogênios
Inibidores da 5-fosfodiesterase (agentes utilizados em disfunção erétil)
Descongestionante nasal de uso tópico (rinite medicamentosa)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Bhattacharyya (2018).



Quadro 6 – Avaliação e tratamento da rinossinusite crônica

Definição: inflamação que envolve os seios paranasais e via nasal que dura 12 semanas ou mais, apesar do tratamento otimizado.

Quatro sinais/sintomas cardinais no adulto (aumenta suspeição clínica quando o paciente apresenta ao menos 2 sintomas por mais de 12 semanas)

- Secreção mucopurulenta em região nasal anterior e/ou posterior;
- Obstrução nasal/congestão;
- Dor facial, pressão ou sensação de preenchimento;
- Redução ou perda olfatória.

Tratamento empírico na rinossinusite crônica: corticoesteróide oral + antibioticoterapia oral + terapia adjuvante

- Corticoesteróide oral: prednisona 20 mg 2 vezes ao dia por 5 dias e após 1 vez ao dia por mais 5 dias (total de 10 dias de tratamento); E
- Antibioticoterapia oral por 3 a 4 semanas (pode ser estendido por até 6 semanas ou 7 dias após resolução do quadro). Algumas opções:
 - Amoxicilina com clavulanato (500 mg 3 vezes ao dia ou 875 mg duas vezes ao dia); ou
 - Clindamicina (300 mg 4 vezes ao dia ou 450 mg 3 vezes ao dia); ou
 - Metronidazol MAIS um entre os seguintes: cefuroxime, levofloxacino, Azitromicina, claritromicina ou sulfametoxazol+trimetoprima.
- Terapia adjuvante (pode ser mantida indefinidamente após término do antibiótico):
 - Soro nasal;
 - Corticoesteróide intranasal (budesonida, beclometasona entre outros).

Observação: rinossinusite crônica associada a pólipos pode ter manejo inicial com corticoide oral + antibioticoterapia prolongada + terapia de manutenção com corticoide intranasal. Se refratário ao tratamento conservador, considerar encaminhamento para intervenção cirúrgica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado Hamilos (2018).

Quadro 7 – Características e tratamento da rinite alérgica no adulto

Rinite alérgica deve ser tratada na Atenção Primária à Saúde.

Característica: espirros, rinorreia e obstrução nasal, frequentemente acompanhado de prurido nos olhos, nariz e palato. Gotejamento pós-nasal, tosse, irritabilidade e fadiga são sintomas comuns.

Tratamento: o tratamento de primeira linha é realizado com uso prolongado de corticoide intranasal e evitar a exposição a alérgenos. Os anti-histamínicos orais também pode ser utilizado no tratamento da rinite alérgica, porém descongestionantes nasais e corticoide oral não devem ser utilizados de maneira rotineira.

Em pacientes com sintomas moderados/graves, iniciar dose máxima e reduzir conforme melhora sintomática, mantendo menor dose para controle dos sintomas. Posologias usuais em sintomas moderados/graves:

- Budesonida (suspensão aquosa 50 mcg/dose intranasal): aplicar 1 a 2 jatos em cada narina, duas vezes ao dia; ou
- Beclometasona (suspensão aquosa 50 mcg/dose intranasal): aplicar 1 a 2 jatos em cada narina, duas vezes ao dia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado Hamilos (2018) e Brook (2018).

Quadro 8 – Lesão bucal com alta suspeita de malignidade

Suspeita Clínica	Descrição da Lesão
Carcinoma Espinocelular	<u>Lesão ulcerada:</u> (a) com bordas elevadas e/ou endurecidas e que, após remoção de possíveis fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento), não cicatriza no período de 14 dias; (b) úlceras com mais do que 1 cm de diâmetro, independente do tempo de duração; ou <u>Lesão Nodular:</u> nódulo de superfície irregular ou lobulada, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação.
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétrica, com bordos irregulares, com crescimento e mudança de cor.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).



Referências

BHATTACHARYYA, N. **Clinical presentation, diagnosis, and treatment of nasal obstruction** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-treatment-of-nasal-obstruction>>. Acesso em: 9 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 junho 2015, Seção 1, p. 61. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html>. Acesso em: 9 maio 2018.

BROOK, I. **Microbiology and antibiotic management of chronic rhinosinusitis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/microbiology-and-antibiotic-management-of-chronic-rhinosinusitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

BRUCH, J. M.; KAMANI, D. V. **Hoarseness in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/hoarseness-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

COSTA, S. S. et al. **Otorrinolaringologia: princípios e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 283-340, 603-618 e 797-803.

DESHAZO, R. D.; KEMP, S. F. **Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/allergic-rhinitis-clinical-manifestations-epidemiology-and-diagnosis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

DESHAZO, R. D.; KEMP, S. F. **Pharmacotherapy of allergic rhinitis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-of-allergic-rhinitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

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)** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <[http://www.dynamed.com/resultlist?q=Record+n.+113695%2C+Benign+paroxysmal+positional+vertigo+\(BPPV\)&filter=all](http://www.dynamed.com/resultlist?q=Record+n.+113695%2C+Benign+paroxysmal+positional+vertigo+(BPPV)&filter=all)>. Acesso em: 9 maio 2018.

DYNAMED PLUS. **Record n. 115313, Otitis media with effusion (OME)** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115313/Otitis-media-with-effusion-OME>>. Acesso em: 9 maio 2018.

DYNAMED PLUS. **Record n. 902952, Acute rhinosinusitis in adults** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2016. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T902952/Acute-rhinosinusitis-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

DYNAMED PLUS. **Record n. 909391, Vestibular neuronitis** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T909391/Vestibular-neuronitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.



EPSTEIN, L. J. et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. **Journal of Clinical Sleep Medicine**: JCSM, Darien, v. 5, n. 3, p. 263-276, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699173/>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FASS, R. **Approach to the evaluation of dysphagia in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-evaluation-of-dysphagia-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FURMAN, J. N., BARTON, J. J. S. **Evaluation of the patient with vertigo** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FURMAN, J. M.; BARTON, J. J. S. **Treatment of vertigo** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vertigo>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FURMAN, J. M. **Vestibular neuritis and labyrinthitis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/vestibular-neuritis-and-labyrinthitis>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

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.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

HAMILOS, D. L. **Chronic rhinosinusitis**: Management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-management>>. Acesso em: 9 maio 2018.

HAMILOS, D. L. **Chronic rhinosinusitis**: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-clinical-manifestations-pathophysiology-and-diagnosis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

HARCOURT, J.; BARRACLOUGH, K.; BRONSTEIN, A. M. Meniere's disease. **British Medical Journal**, London, v. 349, p. 6544, 2017. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6544.long>>. Acesso em: 9 maio 2018.

KANAGALINGAM, J.; HAJIOFF, D.; BENNETT, S. Vertigo. **British Medical Journal**, London, v. 330, p. 523, 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/330/7490/523.long>>. Acesso em: 9 maio 2018.

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

LABUGUEN, R. H. Initial evaluation of vertigo. **American Family Physician**, Kansas City, v. 73, n. 2, p. 244-251, 2006. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2006/0115/p244.html>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LEMBO, A. J. **Oropharyngeal dysphagia**: Clinical features, diagnosis, and management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis-and-management>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LEMBO, A. J. **Oropharyngeal dysphagia**: Etiology and pathogenesis adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-etiology-and-pathogenesis>>. Acesso em: 9 maio 2018.



LEVI, J.; O'REILLY, R. C. **Chronic suppurative otitis media (CSOM): Clinical features and diagnosis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-suppurative-otitis-media-csom-clinical-features-and-diagnosis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LIMB, C. J.; LUSTIG, L. R.; KLEIN, J. O. **Acute otitis media in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LUSTIG, L. R. et al. **Chronic otitis media, cholesteatoma, and mastoiditis in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-otitis-media-cholesteatoma-and-mastoiditis-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

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, 2017. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p154.html>>. Acesso em: 9 maio 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. **Guidance on Cancer Services: Improving Outcomes in Head and Neck Cancers - The Manual**. London: NICE, 2004 [atualizado em 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/csg6>>. Acesso em: 9 maio 2018.

OWEN, W. ABC of the upper gastrointestinal tract. Dysphagia. **British Medical Journal**, London, v. 323, n. 7317, p. 850-853, 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/323/7317/850.long>>. Acesso em: 9 maio 2018.

PATEL, Z.; HWANG, P. H. **Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment>>. Acesso em: 9 maio 2018.

PEDEN, D. **An overview of rhinitis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-rhinitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

PILTCHER, O. B. et al. **Rotinas em otorrinolaringologia**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ROSENFELD R. M. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. **Otolaryngol Head Neck Surg**, Rochester, v. 152, n. 2, suppl., p. S1-S39, 2015.

SCHWARTZ, S. R. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). **Otolaryngol Head Neck Surg**, Rochester, v. 141, n. 3, suppl. 2, p. S1-S31, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Distúrbios respiratórios do sono. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, supl. 2, p. s1-s61, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1806-371320100014&script=sci_issue toc>. Acesso em: 9 maio 2018.

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, p. 317-321, 2013.

SPIEKER, M. R. Evaluating dysphagia. **American Family Physician**, Kansas City, v. 61, n. 12, p.3639-3648. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2000/0615/p3639.html>>. Acesso em: 9 maio 2018.



WANG, M. B. **Etiologies of nasal symptoms**: An overview [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiologies-of-nasal-symptoms-an-overview>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WEBER, P. C. **Etiology of hearing loss in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-hearing-loss-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WEBER, P. C. **Evaluation of hearing loss in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-hearing-loss-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WEBER, P. C. **Sudden sensorineural hearing loss** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/sudden-sensorineural-hearing-loss>>. Acesso em: 9 maio 2018.