

# Paciente admitido no PA

## TONTURA

### TRIAGEM DE MANCHESTER

#### Verde / Azul

Episódios autolimitados sem sinais de alarme.

#### Manejo ambulatorial

Meclizina 25 a 50 mg/dia por 3 a 5 dias  
 Dimenidrinato 50 mg 6-8h por 3 a 5 dias  
 Betaistina 16 a 48 mg 2-3x/dia contínuo (Doença de Ménière / Tontura Crônica)  
 Diazepam 2 mg 8-12h por 3 a 5 dias (se vertigem intensa)

Manobras de reposicionamento, Dieta, Controle do estresse, Reabilitação vestibular, Medidas para HO  
 Encaminhar para otorrinolaringologia S/N

#### TONTURA DE ORIGEM VESTIBULAR:

Difenidramina 25-50 mg IV a cada 6-8h OU  
 Dimenidrinato 25-50 mg IV ou IM a cada 6h  
 Diazepam 2-5 mg IV (se sintomas intensos)

#### SE NÁUSEAS E VÔMITOS GRAVES:

Ondansetrona 4-8 mg IV a cada 8h

#### Amarelo

Episódios repetidos de tontura sem déficits neurológicos

Monitorização, Oxigênio,  
 Acesso Venoso (MOV)  
 ABC PHTLS

#### LABORATÓRIO:

Hemograma, ECG, função renal, eletrólitos, glicemia

#### IMAGEM:

TC de crânio: se sinais neurológicos associados

#### Diagnósticos críticos:

AVC – TC de crânio  
 IAM com ou sem SST – ECG, enzimas  
 Arritmias - ECG  
 Neuroinfecção - LCR, Culturas

Seguir protocolo clínico específico.

#### Laranja / Vermelho

Déficits neurológicos focais  
 Cefaleia súbita intensa associada à tontura  
 Hipotensão grave ou bradicardia sintomática  
 Queda recente associada à tontura e sinais de fratura  
 Alteração súbita da consciência ou síncope inexplicada

Sala de  
 Emergência

#### ACIONAR HV NEUROLOGIA:

Déficit motor súbito ou alteração do nível de consciência  
 Ataxia grave de início súbito  
 Tontura associada à diplopia e disfagia  
 Tontura de início súbito associada a cefaleia intensa  
 Tontura associada à rigidez cervical e febre  
 Presença de sintomas neurológicos focais  
 Nistagmo vertical espontâneo ou dissociado