

Tontura e Vertigem

Guia completo para manejo de tontura e vertigem na emergência, incluindo diferenciação entre causas periféricas e centrais, aplicação do HINTS, prescrições para VPPB, neurite vestibular e Doença de Ménière.

Paciente típico: Adulto de meia-idade com início súbito de sensação rotatória, náuseas, vômitos e desequilíbrio, com duração variável conforme etiologia (segundos na VPPB, dias na neurite vestibular), sem sintomas neurológicos focais.

? Guia rápido

! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere tontura rotatória há dias/horas, com sensação de que o ambiente está girando. Episódios com duração de segundos/minutos/horas/dias. Desencadeado por mudanças de posição da cabeça (? sim/não). Associado a náuseas, vômitos (episódios nas últimas 24h), desequilíbrio com tendência à queda.

Sintomas auditivos: perda auditiva (? sim/não), zumbido (? sim/não), plenitude auricular (? sim/não).

Sintomas neurológicos: cefaleia (? sim/não), diplopia (? sim/não), disartria (? sim/não), disfagia (? sim/não), parestesias (? sim/não), fraqueza em membros (? sim/não).

Nega: trauma craniano recente, uso de medicações ototóxicas, febre.

Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, lícido e orientado, normocorado, hidratado, acianótico.

Oroscopia: sem alterações.

Otoscopia: membrana timpânica íntegra bilateralmente.

Cardiovascular: BRNF 2T, sem sopros.

Respiratório: MV+ bilateralmente, sem RA.

Neurológico: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pares cranianos sem alterações. Força muscular preservada. Sensibilidade preservada. Reflexos normais e simétricos.

Nistagmo: (? presente/ausente) – (? unidirecional horizontal/vertical/multidirecional)

Teste de impulso cefálico (HIT): (? sacadas corretivas presentes/ausentes)

Test of Skew: (? desalinhamento vertical ausente/presente)

Marcha: (? instável/atáxica/normal), com tendência à queda para (? direita/esquerda).

HD

- Síndrome Vertiginosa Periférica (? VPPB / Neurite Vestibular / Doença de Ménière)

OU

- Tontura Não Vertiginosa (? Hipotensão Postural / Desidratação / Anemia / Causa Medicamentosa)

OU

- Suspeita de Síndrome Vertiginosa Central (? AVC de fossa posterior) - Se HINTS positivo

Conduta

- Avaliação inicial: diferenciar vertigem de tontura não vertiginosa
- Aplicar HINTS se tontura contínua + nistagmo presente
- Afastar causas centrais (sinais neurológicos focais, HINTS positivo)
- Exames complementares conforme indicação clínica
- Hidratação venosa se vômitos intensos e desidratação
- Medicação sintomática: antivertiginoso + antiemético + analgésico se cefaleia
- Alta com orientações de repouso, evitar movimentos bruscos
- Retorno em 7 dias para reavaliação
- Afastamento: 7 dias (se indicado)

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

Se náuseas

01. Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola + ABD, EV.

Se tontura

02. Dimenidrinato 50mg + Piridoxina 10mg/1mL – 03 ampolas (3mL) + 07mL AD, EV lento em

5min, dose única

Se dor

03. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento em 10min

Se hidratação necessária (vômitos intensos):

04. HIDRATAÇÃO - Soro Fisiológico 0,9% 500mL, EV, correr em 4h

Se sintomas refratários:

05. Clonazepam 2mg (comprimido) – 1/2 comprimido sublingual, dose única

Para casa:

01. Dimenidrinato 50mg + Piridoxina 10mg ————— 01 caixa

Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, em caso de tontura, náuseas ou vômitos, por no máximo 03 dias

02. Meclizina 50mg ————— 01 caixa

Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h, em caso de vertigem intensa ou tontura, por no máximo 03 dias

03. Ondansetrona 4mg ————— 01 caixa

Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, em caso de náuseas ou vômitos

04. Dipirona 500mg ————— 01 caixa

Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, se dor ou febre

Para casa (receituário especial):

Se Neurite Vestibular confirmada:

01. Prednisona 20mg ————— 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h, por 05 dias seguidos (horário sugerido: 08:00 e 20:00)

Se Doença de Ménière:

01. Betaistina 16mg ————— 01 caixa (30 comprimidos)

Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, uso contínuo

02. Flunarizina 10mg ————— 10 comprimidos

? NO PRONTO-SOCORRO

- **⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- **Primeira prioridade: diferenciar vertigem verdadeira de tontura não vertiginosa**
 - Vertigem: sensação rotatória, ilusão de movimento do paciente ou ambiente
 - Tontura não vertiginosa: desequilíbrio, pré-síncope, tontura inespecífica
- **Avaliar instabilidade hemodinâmica:** PA, FC, perfusão periférica
- **Pesquisar sinais de alerta (RED FLAGS):**
 - Início súbito de cefaleia intensa (tipo thunderclap)
 - Déficits neurológicos focais (disartria, diplopia, disfagia, ataxia apendicular, fraqueza/parestesias)
 - Alteração do nível de consciência
 - Sinais de hipertensão intracraniana
 - Rigidez de nuca
 - Idade > 50 anos com primeiro episódio de vertigem
 - Fatores de risco cardiovascular (diabetes, HAS, dislipidemia, tabagismo, FA)
- **Aplicar HINTS apenas em pacientes com tontura contínua + nistagmo presente:**
 - HI (Head Impulse Test): teste do impulso cefálico - avaliar reflexo vestibulo-ocular
 - N (Nystagmus): avaliar direção do nistagmo
 - TS (Test of Skew): pesquisar desalinhamento vertical
 - HINTS positivo (suspeita central): solicitar neuroimagem urgente e avaliação neurológica
- **Exames complementares:**
 - Hemograma, glicemia se suspeita de causas sistêmicas
 - ECG se > 50 anos ou sintomas cardiovasculares
 - TC crânio/RNM encéfalo: apenas se HINTS positivo ou sinais neurológicos focais
 - **TC/RNM tem papel limitado na vertigem periférica e pode dar falsa sensação de segurança**
- **Hidratação venosa se vômitos intensos ou sinais de desidratação**
- **Manobras terapêuticas:**
 - VPPB confirmada (Dix-Hallpike positivo): realizar Manobra de Epley ou Semont
 - Neurite vestibular: sintomáticos por 3 dias + considerar corticoide
- **Observação por 2-6h para resposta ao tratamento sintomático**

- **ANTIEMÉTICO**

- **Prescrição prática:**

- Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 08mL AD, IM, dose única
- Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 08mL AD, EV lento em 5min
- **Alternativas:**
 - Ondansetrona 4mg/2mL – 01 ampola, EV lento, dose única (diluir em 50-100mL SF0,9% se preferir)
 - Metoclopramida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL), IM ou EV lento
- **Indicações:**
 - Controle de náuseas e vômitos associados à vertigem
 - Prevenção de desidratação por vômitos intensos
- **Apresentações:**
 - Bromoprida: ampola 10mg/2mL
 - Ondansetrona: ampola 4mg/2mL, 8mg/4mL
 - Metoclopramida: ampola 10mg/2mL
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Evitar uso prolongado de metoclopramida e bromoprida (> 5 dias) pelo risco de efeitos extrapiramidais
 - Ondansetrona: pode prolongar intervalo QT - cautela em cardiopatas
 - Bromoprida é primeira escolha por menor risco de efeitos extrapiramidais
 - Metoclopramida: evitar em < 18 anos, pode causar distonia aguda
 - Dose máxima bromoprida: 60mg/dia
 - Dose máxima ondansetrona: 32mg/dia
 - Dose máxima metoclopramida: 30mg/dia

• ANTIVERTIGINOSO (SUPRESSOR VESTIBULAR)

- **Prescrição prática:**
 - Dimenidrinato 50mg + Piridoxina 10mg (30mg+50mg/10mL) – 03 ampolas (total 30mL) + 70mL AD, EV lento, correr em 1h
 - Dimenidrinato 50mg + Piridoxina 10mg/1mL – 03 ampolas (3mL) + 07mL AD, EV lento em 5-10min
- **Alternativas:**
 - Meclizina 50mg – 01 comprimido, VO, dose única (se paciente consegue via oral)
 - Cinarizina 25mg – 01 comprimido, VO, dose única
- **Indicações:**
 - Alívio sintomático da vertigem na fase aguda
 - Redução de náuseas e oscilopsia
 - **Usar apenas nos primeiros 3 dias** - uso prolongado retarda compensação vestibular
- **Apresentações:**
 - Dimenidrinato + Piridoxina: ampola 50mg + 10mg/1mL, comprimido 50mg + 10mg
 - Meclizina: comprimido 25mg, 50mg
 - Cinarizina: comprimido 25mg, 75mg
 - Flunarizina: comprimido 10mg

- **Via(s):** ☐ EV | ☐ Oral
- **Cuidados:**
 - **CRÍTICO: Uso prolongado (> 3 dias) retarda mecanismos compensatórios naturais**
 - Não usar como profilático de vertigem recorrente
 - Dimenidrinato: sonolência, boca seca, confusão mental (principalmente idosos)
 - Flunarizina/Cinarizina: ganho de peso, sonolência, sintomas extrapiramidais raros
 - Evitar em glaucoma de ângulo fechado, hipertrofia prostática
 - Não associar com álcool (potencializa sedação)
 - Pode afetar capacidade de dirigir veículos

• ANALGÉSICO (se cefaleia associada)

- **Prescrição prática:**
 - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento em 10min
 - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL AD, IM profundo
- **Alternativas:**
 - Paracetamol 1g (10mL) – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 15min
 - Tramadol 100mg/2mL – 01 ampola, diluir em 08mL AD, EV lento (se dor moderada/intensa)
- **Indicações:**
 - Cefaleia associada (comum em neurite vestibular e migrânea vestibular)
 - Desconforto cervical por tensão muscular
- **Apresentações:**
 - Dipirona: ampola 1g/2mL, 2g/5mL
 - Paracetamol: frasco 1g/10mL (Paracetamol EV)
 - Tramadol: ampola 50mg/1mL, 100mg/2mL
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Dipirona: risco raro de agranulocitose, reações anafiláticas
 - Paracetamol EV: velocidade máxima 100mg/min, dose máxima 4g/dia
 - Tramadol: náuseas, vômitos, tontura (pode piorar sintomas!), usar com cautela
 - Evitar tramadol se vertigem muito intensa
 - Intervalo mínimo entre doses de dipirona: 6h

• ANTI-INFLAMATÓRIO (se necessário)

- **Prescrição prática:**
 - Diclofenaco 75mg/3mL – 01 ampola (3mL) + 07mL AD, IM profundo, dose única
 - Tenoxicam 40mg – diluir em 02mL AD, IM ou EV lento
- **Alternativas:**
 - Cetoprofeno 100mg – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 30min
- **Indicações:**

- Dor intensa ou inflamação cervical associada
- Cefaleia refratária a analgésicos simples
- **Apresentações:**
 - Diclofenaco: ampola 75mg/3mL
 - Tenoxicam: ampola 40mg
 - Cetoprofeno: ampola 100mg
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Evitar em pacientes com úlcera péptica, insuficiência renal
 - Risco de sangramento gastrointestinal (principalmente idosos)
 - Diclofenaco IM: aplicar em glúteo, músculo vasto lateral da coxa
 - Não usar > 5 dias consecutivos sem reavaliação médica
 - Contraindicado em gestantes (3º trimestre)
 - Dose máxima diclofenaco: 150mg/dia

• CORTICOSTEROIDE (Neurite Vestibular)

- **Prescrição prática:**
 - Dexametasona 10mg/2,5mL (4mg/mL) – 01 ampola, IM ou EV, dose única
 - Dexametasona 4mg/1mL – 02 ampolas, IM ou EV, dose única
- **Alternativas:**
 - Hidrocortisona 500mg – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 30min
 - Metilprednisolona 125mg – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 30min
- **Indicações:**
 - Neurite vestibular aguda (após exclusão de AVC de fossa posterior)
 - **Evidência limitada, mas pode acelerar recuperação**
 - Iniciar preferencialmente nas primeiras 72h do início dos sintomas
- **Apresentações:**
 - Dexametasona: ampola 4mg/1mL, 10mg/2,5mL
 - Hidrocortisona: frasco 100mg, 500mg
 - Metilprednisolona: frasco 40mg, 125mg, 500mg
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Contraindicado em infecções não controladas
 - Hiperglicemia (monitorar em diabéticos)
 - Irritação gástrica (associar protetor gástrico se uso prolongado)
 - Pode mascarar sinais de infecção
 - Dose única no PS, manter com prednisona VO na alta se indicado

• BENZODIAZEPÍNICO (sintomas refratários)

- **Prescrição prática:**
 - Clonazepam 2mg (comprimido) – 1/2 comprimido, sublingual, dose única
 - Diazepam 10mg/2mL – 01 ampola, EV lento (2mg/min), dose única

- **Alternativas:**

- Midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) – 1/2 ampola (1,5mL), IM, dose única

- **Indicações:**

- Ansiedade intensa associada à vertigem aguda
 - Sintomas vertiginosos refratários aos supressores vestibulares
 - Uso MUITO criterioso e por curto período

- **Apresentações:**

- Clonazepam: comprimido 0,5mg, 2mg
 - Diazepam: ampola 10mg/2mL
 - Midazolam: ampola 5mg/1mL, 15mg/3mL

- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM | ☐ Oral (sublingual)

- **Cuidados:**

- **CRÍTICO: Retarda compensação vestibular - usar apenas se realmente necessário**
 - Sedação, sonolência, confusão mental (principalmente idosos)
 - Risco de depressão respiratória se associado a outros sedativos
 - Potencial de dependência e abuso
 - Diazepam EV: risco de flebite - infundir lentamente em veia calibrosa
 - Evitar em idosos (risco aumentado de quedas)
 - Não prescrever para uso domiciliar prolongado

- **HIDRATAÇÃO (se vômitos intensos)**

- **Prescrição prática:**

- Soro Fisiológico 0,9% 500mL, EV, correr em 4h
 - Soro Fisiológico 0,9% 1000mL, EV, correr em 6-8h (se desidratação moderada)

- **Indicações:**

- Vômitos intensos e recorrentes
 - Sinais de desidratação (mucosas secas, turgor diminuído)
 - Incapacidade de ingestão oral

- **Cuidados:**

- Avaliar função cardíaca e renal antes de grandes volumes
 - Monitorar diurese
 - Atenção em idosos e cardiopatas (risco de sobrecarga volêmica)

? PARA CASA

- **ANTIVERTIGINOSO**

- **Prescrição:** Dimenidrinato 50mg + Piridoxina 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se vertigem, náuseas ou vômitos, por no máximo 3 dias

- **Indicações:** Alívio sintomático de vertigem, náuseas e desequilíbrio na fase aguda

- **Apresentações:** Comprimido 50mg + 10mg (Dramin B6®)

- **Posologia:** 1 comprimido de 6/6h, uso máximo 3 dias

- **Cuidados:**

- **Não usar por mais de 3 dias** - retarda compensação vestibular natural
- Sonolência - evitar dirigir ou operar máquinas
- Boca seca, retenção urinária (principalmente idosos)
- Evitar em glaucoma de ângulo fechado
- Pode aumentar efeito de álcool e outros depressores do SNC

- **Alternativa(s):**

- Meclizina 50mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, se vertigem ou tontura, por no máximo 3 dias
- Cinarizina 75mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se crise vertiginosa intensa

- **ANTIEMÉTICO**

- **Prescrição:** Ondansetrona 4mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas ou vômitos
- **Indicações:** Controle de náuseas e vômitos associados à vertigem
- **Apresentações:** Comprimido 4mg, 8mg | Comprimido orodispersível 4mg, 8mg
- **Posologia:** 4-8mg de 8/8h conforme necessário
- **Cuidados:**
 - Pode causar constipação intestinal
 - Cefaleia ocasional
 - Prolongamento de intervalo QT em doses altas

- **Alternativa(s):**

- Metoclopramida 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas ou vômitos (máximo 5 dias)
- Bromoprida 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas ou vômitos (máximo 5 dias)

- **ANALGÉSICO/ANTITÉRMICO**

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – Tomar 01 a 02 comprimidos, VO, de 6/6h, se dor ou febre
- **Indicações:** Cefaleia associada, dor cervical, febre
- **Apresentações:** Comprimido 500mg, 1g | Solução oral 500mg/mL
- **Posologia:** 500mg a 1g de 6/6h, dose máxima 4g/dia
- **Cuidados:**
 - Risco raro de agranulocitose
 - Reações alérgicas ocasionais
 - Evitar em broncoespasmo induzido por AINEs
- **Alternativa(s):**
 - Paracetamol 750mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre (dose máxima 4g/dia)

- **ANTI-INFLAMATÓRIO (se necessário)**

- **Prescrição:** Ibuprofeno 600mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, após alimentação, se dor intensa, por até 5 dias
- **Indicações:** Dor intensa, inflamação cervical associada
- **Apresentações:** Comprimido 600mg, 300mg
- **Posologia:** 600mg de 8/8h após alimentação
- **Cuidados:**
 - Tomar sempre após alimentação (proteção gástrica)
 - Evitar em história de úlcera péptica, gastrite
 - Risco de sangramento gastrointestinal (principalmente > 60 anos)
 - Pode elevar pressão arterial
 - Não usar concomitante com AAS em cardiopatas (diminui efeito cardioprotetor)
- **Alternativa(s):**
 - Diclofenaco 50mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, após alimentação, por até 5 dias
 - Nimesulida 100mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, após alimentação, por até 5 dias

- **BETAISTINA (Doença de Ménière)**

- **Prescrição:** Betaistina 16mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, uso contínuo
- **Indicações:**
 - Doença de Ménière (vertigem recorrente + zumbido + perda auditiva flutuante + plenitude auricular)
 - Profilaxia de crises vertiginosas recorrentes
- **Apresentações:** Comprimido 16mg, 24mg
- **Posologia:** 16-24mg de 8/8h, uso prolongado (meses)
- **Cuidados:**
 - Não é para fase aguda - uso profilático/manutenção
 - Efeito pode demorar semanas para aparecer
 - Cefaleia, dispepsia ocasionais
 - Evitar em úlcera péptica ativa, feocromocitoma, asma grave
 - Gravidez: categoria C (evitar se possível)
- **Alternativa(s):**
 - Betaistina 24mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h

- **FLUNARIZINA (Neurite Vestibular / Profilaxia)**

- **Prescrição:** Flunarizina 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, ao dia, no mesmo horário (preferencialmente à noite), por 7 a 10 dias
- **Indicações:**
 - Neurite vestibular (após fase aguda)
 - Migrânea vestibular (profilaxia)
- **Apresentações:** Comprimido 10mg
- **Posologia:** 10mg/dia à noite por 7-30 dias

- **Cuidados:**

- Sonolência, fadiga - tomar à noite
- Ganho de peso (comum)
- Sintomas extrapiramidais raros (parkinsonismo, discinesia)
- Depressão (evitar em pacientes com depressão não controlada)
- Evitar em Parkinson
- Não associar com álcool

- **CORTICOSTEROIDE (Neurite Vestibular)**

- **Prescrição:** Prednisona 20mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h, por 5 dias seguidos (horário sugerido: 08:00 e 20:00h)
- **Indicações:**
 - Neurite vestibular confirmada (após exclusão de AVC)
 - Iniciar preferencialmente nas primeiras 72h
- **Apresentações:** Comprimido 5mg, 20mg
- **Posologia:** 20mg de 12/12h por 5 dias (dose total 40mg/dia)
- **Cuidados:**
 - Tomar pela manhã e fim da tarde (evitar insônia)
 - Tomar com alimento (proteção gástrica)
 - Hiperglicemia (monitorar glicemia em diabéticos)
 - Retenção hídrica, aumento de apetite
 - Pode causar irritabilidade, insônia
 - Evitar suspensão abrupta se uso > 7 dias
 - Considerar protetor gástrico se história de gastrite/úlcera
- **Alternativa(s):**
 - Prednisolona 20mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h, por 5 dias (mesma posologia)

- **Orientações ao paciente**

- **Retornar imediatamente se apresentar:**
 - Piora progressiva da tontura ou vertigem
 - Cefaleia intensa e súbita (tipo "pior dor da vida")
 - Fraqueza, dormência ou formigamento em qualquer parte do corpo
 - Dificuldade para falar, engolir ou visão dupla
 - Dificuldade para caminhar ou coordenar movimentos
 - Alteração do nível de consciência, confusão mental
 - Vômitos incoercíveis, impossibilidade de hidratação oral
 - Febre alta (> 38,5°C)
 - Queda com trauma ou lesões
- **Tempo de recuperação esperado:**
 - VPPB: melhora imediata após manobras (70-90% de sucesso)

- Neurite vestibular: melhora gradual em 3-7 dias, recuperação completa em semanas
- Doença de Ménière: crises duram minutos a horas, melhora entre crises
- **Restrições de atividade:**
 - Repouso relativo nas primeiras 24-48h
 - Evitar dirigir veículos enquanto tiver sintomas
 - Evitar operar máquinas ou trabalho em altura
 - Retomar atividades gradualmente conforme melhora
 - Evitar movimentos bruscos da cabeça nos primeiros dias
- **Medidas não farmacológicas:**
 - Manter-se hidratado: ingerir pelo menos 2 litros de água/dia
 - Evitar jejum prolongado
 - Alimentação leve, fracionada (6 refeições pequenas/dia)
 - Evitar cafeína, álcool, tabaco
 - Dormir com cabeceira elevada (30-45°)
 - Movimentar-se com cuidado, evitar mudanças bruscas de posição
 - Manter ambiente bem iluminado (reduz desequilíbrio)
 - Fixar olhar em pontos fixos durante crise vertiginosa
- **Modificações de estilo de vida (Doença de Ménière):**
 - Reduzir sal na dieta (< 2g sódio/dia)
 - Evitar alimentos ricos em sódio (embutidos, enlatados, temperos prontos)
 - Controlar estresse (técnicas de relaxamento)
 - Sono regular e adequado (7-8h/noite)
- **Reabilitação vestibular:**
 - VPPB recorrente: pode necessitar manobras de Epley repetidas
 - Neurite vestibular: pode beneficiar de reabilitação vestibular com fonoaudiólogo
 - Encaminhar para fonoaudiologia se sintomas persistentes após 2-3 semanas
- **Seguimento:**
 - Reavaliar em 7 dias ou antes se piora
 - Neurite vestibular: seguimento com otorrinolaringologista em 2-4 semanas
 - Doença de Ménière: acompanhamento regular com otorrinolaringologista
 - VPPB: orientar que pode recorrer, ensinar manobras domiciliares se recorrente
- **Afastamento:**
 - VPPB: geralmente não necessário (melhora imediata)
 - Neurite vestibular: 3-7 dias conforme sintomas
 - Doença de Ménière (crise aguda): 1-3 dias
 - Avaliar atividade laboral (motoristas, trabalho em altura necessitam afastamento mais prolongado)

? CID-10:

- **H81.0:** Doença de Ménière
- **H81.1:** Vertigem paroxística benigna (VPPB)
- **H81.2:** Neurite vestibular

- **H81.3:** Outras vertigens periféricas
 - **H81.9:** Transtorno não especificado da função vestibular (tontura/vertigem inespecífica)
 - **R42:** Tontura e instabilidade
-

Revision #6

Created 7 August 2025 07:37:21 by Heric

Updated 16 January 2026 17:49:31 by Heric