

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES
ANO DE REFERÊNCIA 2019**

**PROTOCOLO DE ACESSO SUGERIDO PARA:
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA**

Define-se protocolo como um conjunto de regras ou deliberações que determina a maneira que um processo deverá ser executado. No caso dos **protocolos de acesso** a finalidade é de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo a gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir os fluxos de referência entre os estabelecimentos.

O protocolo de Otorrinolaringologia têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento. 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.

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.

EMERGÊNCIAS PARA CONSULTA AMBULATORIAL COM O OTORRINOLARINGOLOGISTA

1. Surdez súbita, que não seja por trauma sonoro ou presença de cerúmen
2. Corpo estranho no nariz
3. Corpo estranho nos ouvidos
4. Fratura dos ossos nasais
5. Paralisia Facial Periférica
6. Disfonia persistente, associada ao tabagismo (suspeita de tumor laríngeo)
7. Linfadenomegalia cervical ou supra clavicular suspeita de tumor de cabeça e pescoço.

VERTIGEM

Diferenciar a vertigem que é sempre rotatória, tontura é sensação de desmaio ou perda de consciência, desequilíbrio.

Antes de encaminhar verificar sempre se doença de base como diabetes, HAS, hipotireoidismo estão controladas. Investigação com hemograma, CT, LDL, TGC, Creatinina, Glicemia de jejum, TSH, RX coluna cervical AP + P; história clínica, exame físico com otoscopia (OBS: cerúmen pode causar vertigem, encaminhar para lavagem), medicações em uso que podem causar vertigem.

Medicamentos que causam vertigem:

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: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Labugen (2006) e Muncie (2017).

RINITE

Sintomas: obstrução nasal, espirros, rinorréia hialina, prurido nasal

Fatores desencadeantes de alergias respiratórias: ácaros e pó domiciliar, baratas,

fungos, animais de pelo, polens, fumaça de cigarro; ocupacionais: trigo, poeira de facção, detergentes;

Medidas de controle do meio ambiente: quarto de dormir ventilado e ensolarado, evitar colchão e travesseiro de pena, preferir capas de vinil ou impermeáveis aos ácaros, limpar estrado da cama 2 vezes ao mês, trocar roupas de cama 1 vez por semana, secar ao sol ou ar quente, evitar tapetes, carpetes, cortinas e almofadões, bichos de pelúcia e livros, eliminar mofo e umidade do quarto, evitar vassouras e espanadores, usar pano úmido; evitar animais de pelo e pena, exterminar baratas (com iscas), evitar talcos, perfumes e sprays, não fumar.

Tratamento: Anti-histamínicos de primeira geração(sonolência), de segunda geração e corticoides tópicos nasais. Na rede: Loratadina e Budesonida.

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 corticóide 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.

Anti-histamínicos H1 clássicos ou de primeira geração:

Tabela 3 Anti-histamínicos H₁ clássicos ou de primeira geração - Exemplos.

Nome	Apresentação	Posologia	
		Crianças	Crianças >12 anos e adultos
Cetotifeno	Xarope: 0,2mg/mL Solução oral: 1mg/mL Comprimidos: 1mg	6 meses- 3 anos: 0,05mg/kg 12/12h > 3 anos: 5mL 12/12h	1 comprimido de 12/12h
Clemastina	Xarope: 0,05mg/mL Comprimidos: 1mg	< 1 ano: 2,5 mL 12/12h 1- 3 anos: 2,5-5mL 12/12h 3- 6 anos: 5mL 12/12h 6- 12 anos: 7,5mL 12/12h	20mL 12/12 h ou 1 comprimido 12/12 h
Ciproheptadina	Xarope: 2 mg/5 mL Comprimido: 4 mg	2-6 anos: 2 mg 8/8 h (Max. 8 mg/dia) 6-12 anos: 4 mg 8/8 h (Max. 16 mg/dia)	4 mg 8/8 h (máximo 16 mg/dia)
Dexclorfeniramina	Xarope: 2mg/5mL Gotas: 2,8 mg/mL Comprimidos: 2mg Drágeas: 6mg	2 - 6 anos: 1,25mL 8/8h 1 gota/2kg 8/8 (max.3mg=30gotas/dia) 6-12 anos: 2,5mL 8/8h 1 gota/2kg 8/8 (max.6mg=60 gotas/dia)	5ml, 20 gotas ou 1 comprimido 8/8 horas (máximo de 12mg/dia)
Hidroxizina	Xarope (2mg/mL) ou comprimidos (10 e 25mg)	Até 6 anos: até 50mg/dia > 6 a: até 100mg/dia	Até 150mg/dia
Prometazina	Xarope: 5mg/5mL Comprimidos: 25mg	1mg/Kg/dia 2-3 vezes/dia	20 a 60mg/dia

Anti-histamínicos H1 não-clássicos ou de segunda geração:

Nome	Apresentação	Posologia	
		Crianças	Crianças >12 anos e adultos
Cetirizina	Gotas: 10mg/mL Comprimidos: 10mg Solução oral: 1mg/mL	6 meses - 2anos: 2,5mg 1x/dia 2 - 6 anos: 2,5mg 12/12h 6 - 12 anos: 5mg 12/12h	10mg/dia
Levocetirizina	Gotas: 2,5mg/10gotas Comprimidos: 5mg	2-6 anos: 1,25mg (5 gotas) 12/12h > 6 anos: 5mg/dia (20 gotas ou 1cp)	5mg/dia
Loratadina	xarope: 1mg/mL Comprimidos: 10mg	> 2 anos, < 30kg: 5mg/dia ≥ 30kg: 10mg/dia	10mg/dia
Desloratadina	Xarope: 0,5 mg/ml Gotas: 1,25 mg/ml Comprimidos: 5 mg	6 meses - 2 anos: 1 mg 1x/dia (2 ml ou 16 gotas) 2 - 6 anos: 1,25 mg 1x/dia (2,5 ml ou 20 gotas) 6 - 12 anos: 2,5 mg 1x/dia (5 ml ou 40 gotas)	5mg/dia
Ebastina	Xarope: 1mg/mL Comprimidos: 10mg	2 - 6 anos: 2,5mg 1x/dia 6 - 12 anos: 5 mg 1x/dia	10mg/dia
Epinastina	Xarope: 2mg/mL Comprimidos: 10mg ou 20mg	6 - 12 anos: 5 a 10mg 1x/dia	10 a 20mg/dia
Fexofenadina	Solução: 6mg/ml Comprimidos: 30, 60, 120 e 180mg	6 meses - 2 anos: 15 mg (2,5 ml) 12/12h 2 - 11 anos: 30 mg (5ml) 12/12h 6 - 12 anos: 60 mg/dia	60mg a cada 12 horas ou 120mg 1 vez ao dia
Rupatadina	Comprimidos: 10mg	Não recomendado	10 mg/dia
Bilastina	Comprimidos: 20mg	Não recomendado	20 mg/dia Obs: 1h antes ou 2h após refeições

Corticoides de uso tópico nasal:

Corticosteroide	Dosagem e Administração	Dose	Idade
Beclometasona	50 e 100mcg/jato 1-2 jatos/narina 1-2 x/dia	100-400mcg/dia	> 6 anos
Budesonida	32, 64, 50 e 100mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	64-400mcg/dia	> 4 anos
Propionato de Fluticasona	50mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	100-200mcg/dia	> 4 anos
Mometasona	50mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	100-200mcg/dia	> 2 anos
Ciclesonida	50mcg o jato 2 jatos em cada narina 1x/ dia	200mcg/dia	> 6 anos
Furoato de Fluticasona	27,5mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	55-110 mcg/dia	> 2 anos

OBSTRUÇÃO NASAL

Causas estruturais: tumor nasal, desvio de septo, pólipos, hipertrofia de adenoides, hipertrofia de cornetos inferiores.

Os casos sem sinais de gravidade devem ser encaminhados após tratamento com corticoide nasal por 60 dias e anti-histamínico por 30 dias, orientar cuidado ambiental para fatores alérgenos e descontinuar o uso de vasoconstrictor nasal tópico (como afrin, naridrin, sorine, etc);

Medicações 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: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Bhattacharyya (2018).

Em crianças com obstrução nasal: Tratar antes de encaminhar com corticoide nasal por 60 dias,e anti-histamínico por 30 dias, com orientação ambiental. Hipertrofia de adenoides: RX cavum; sintomas: roncos, respiração oral, rinorréia, apnéia do sono

RINOSSINUSITES

Encaminhar para emergência do Hospital as Rinossinusites Agudas ou Crônicas com sinais sugestivos de complicação: toxemia, edema periorbitário ou malar, proptose orbital, dificuldades visuais.

Rinossinusite Aguda: diagnóstico clínico (sem necessidade de RX de seios da face), sintomas até 4 semanas: secreção purulenta, pressão e dor em face e/ou obstrução nasal. A diferenciação entre etiologia viral ou bacteriana: na viral, os sintomas duram até 10 dias e/ou não apresentam piora após 5 a 7 dias. Observe que dor ou pressão facial isolada, sem secreção purulenta não caracteriza diagnóstico de RSA.

Rinossinusite Crônica: refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses ou rinossinusite bacteriana recorrente (mais de 4 episódios ao ano).

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.

OTITES

Otite Média Aguda

Agentes: *S. pneumoniae* (34%); *Haemophilus influenzae* (30%); *Moraxella catharrhalis* (15%)

A 1ª opção de tratamento: amoxicilina VO 10 dias, se não houver melhora, amoxicilina + clavulanato, cefaclor, axetil cefuroxima, analgésicos e antitérmicos.

Otite Média Secretora imagem

O quadro pode ser assintomático.

Perda auditiva condutiva

Dificuldade de aprendizado, principalmente na leitura

Otalgia

Zumbido

Autofonia

Otoscopia: retração, hipervascularização, opacidade

A(audiometria)+I(impedanciometria) = Imagem de perda condutiva

OTITE CRÔNICA com complicação (encaminhamento para hospital):

Suspeita de otite maligna (otite externa severa com otalgia que não responde ao tratamento da dor, dor em mastoide, tecido de granulação, necrose no consuto ou paralisia facial)

Otite media com complicações graves (mastoidite, paralisia facial, meningite, entre outras).

Encaminhar para otorrino: se membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda ou perfuração traumática.

Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado a otorreia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem).

OTITE EXTERNA

Orientar a proteção com óleo na parte externa do algodão durante o banho para não molhar o ouvido.

Pode fazer corticoide oral para dor.

No ouvido Otocirax.

ROLHA DE CERUMEN – orientação:

Cerumin: amornar e pingar 4 gotas 4x ao dia por 7 dias antes do agendamento da lavagem de ouvido. Existe a agenda específica para a lavagem de ouvido.

HIPOACUSIA SÚBITA

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

Causas: Herpes, herpes zoster, entre outros vírus.

Necessidade de início precoce do tratamento, para melhor prognóstico.

PERDA DE AUDIÇÃO CRÔNICA: Encaminhamento para otorrinolaringologista.

DISFONIA – encaminhamento:

Disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea ou odinofagia); ou

Disfonia persistente (maior ou igual 6 semanas) sem causa identificável; ou

Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax.

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 a ingestão de sólidos ou líquidos apresentando sensação de alimento trancado na região torácica.

Globus: sensação de desconforto cervical descrito como “bola na garganta” e “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.

RONCO e APNEIA DO SONO:

Encaminhar para o otorrino.

INDICAÇÕES DE ADENOAMIGDALECTOMIA:

1) Obstrução de vias aéreas superiores

Caracterizada pelos roncos, respiração oral, déficit no crescimento pondero estatural, roncos noturnos, sonolência diurna e distúrbios do sono, incluindo apneia obstrutiva do sono. A criança pode apresentar fácies adenoidiana, cujas características são boca permanentemente aberta, protrusão do maxilar e consequente hipotonia do lábio inferior e palato em ogiva.

2) Disfagia e alteração da fala

Tonsilas aumentadas podem interferir na fase faríngea da deglutição, pela obstrução mecânica ou pela incoordenação entre a respiração e a deglutição. Podem diminuir o fluxo nasal e gerar voz hiponasal ou abafada. Disfagia associada a déficit de crescimento e voz ininteligível relacionados a hipertrofia.

3) Crescimento facial anormal e alterações dentárias

A obstrução nasal crônica devido às tonsilas aumentadas pode predispor a alterações dentofaciais. Nestas crianças, o crescimento diminuído da mandíbula e o reposicionamento da língua podem compensar a diminuição do fluxo nasal criando uma cavidade oral maior e alterações no posicionamento dos dentes.

INDICAÇÕES DE AMIGDALECTOMIAS:

1) Amigdalites de repetição

Critérios:

Frequência:

- # 7 ou mais episódios em 1 ano ou
- # 5 ou mais episódios por ano, em 2 anos consecutivos ou
- # 3 ou mais episódios por ano, em 3 anos consecutivos

2) Abscesso periamigdaliano

Bastante controversa, para muitos é indicação formal de amigdalectomia pelo alto índice de recidiva.

3) Profilaxia para febre reumática

4) Aumento de volume unilateral ou suspeita de malignidade

Processos malignos envolvendo as amígdalas são geralmente secundários a linfomas em crianças e carcinomas epidermóides em adultos.

5) Amigdalite crônica / Halitose

Considerar a severidade e o grau de alteração na qualidade de vida do paciente, para a indicação cirúrgica.

Produção de caseum.

INDICAÇÕES DE ADENOIDECTOMIA:

Rinossinusites / Adenoidites:

Considerar a cirurgia em pacientes que apresentam obstrução nasal moderada ou severa devido ao aumento da tonsila faríngea, pois melhoraria o fluxo aéreo nasal e a drenagem de secreções.

Deve sempre investigar a presença de rinopatia alérgica e irritativa, para que o tratamento seja otimizado.

Obstrução respiratória

Decorrente de hipertrofia adenoideana isolada.

3) Otite média secretora

A adenoidectomia é um procedimento que tem comprovada eficácia no tratamento da otite secretora associada se necessária a miringotomia para colocação ou não de tubo de ventilação.

4) Suspeita de neoplasia (linfomas)

CONTRA-INDICAÇÕES:

1) Fenda palatina

A presença de fenda palatina submucosa indica uma maior probabilidade de o paciente apresentar insuficiência velofaríngea após a cirurgia, constituindo-se uma contraindicação relativa.

2) Anemia

Evitar adenoamigdalectomia em pacientes que apresentem dosagem de hemoglobina inferior a 10 g/100 ml ou nível de hematócrito menor que 30%.

3) Infecção aguda

A presença de infecção aguda de amígdalas ou de vias aéreas pode aumentar o sangramento intraoperatório. Recomenda-se aguardar um período de 2 a 3 semanas.

Impetigo periorifical em face

É contra-indicação para a realização da cirurgia.

Vacinação contra poliomielite

Aconselha-se aguardar um período de 15 dias a 6 semanas após a última dose para a realização da cirurgia

Discrasias sangüíneas não corrigidas

Cardiopatias, pneumopatias, diabetes e hepatopatias descompensadas que colocariam a vida do paciente em risco.

Observação: pacientes portadores de **Síndrome de Down** devem ser submetidos a uma avaliação da região cervical pelo risco de subluxação das primeira e segunda vértebras.