


PROTOCOLO ATENÇÃO BÁSICA Nº 22		DATA: 05/09/2017	
 <p>PREFEITURA DE GOIÂNIA</p>	<p>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>CÓDIGO SIGTAP: 03.01.06.003-7</p>	<p>CBO : Médico e Cirurgião dentista</p>
AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO		
<p>URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS: "OLHO VERMELHO"</p>	<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>	<p>-Escala de Snellen; -Soro fisiológico; -Agulha 40x12; - Gaze estéril; -Esparrapado; -Luva de procedimento; -Colírio Anestésico; -Cotonete;</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>1. Medida da acuidade visual com a tabela de Snellen: - Posiciona-se o paciente a 5m da tabela e oclui-se um olho de cada vez para medida da acuidade visual. Se o paciente for usuário de lentes corretivas, o exame deve ser feito com o uso delas</p> <p>2. Avaliar a origem da vermelhidão conjuntival: - Hiperemia conjuntival = ingurgitamento dos vasos conjuntivais - Injeção ciliar = turgescência dos vasos profundos episclerais que circundam a córnea - Hemorragia conjuntival ou qualquer combinação destas</p> <p>3. Detectar rupturas do epitélio corneano: aplica-se uma gota de fluoresceína colírio e, com o auxílio de uma lanterna, procura-se por áreas que se coram de verde. Se não houver fluoresceína, deve-se encaminhar ao oftalmologista</p> <p>4. Avaliar profundidade da câmara anterior, a presença de sangue (hifema) ou pus (hipópio) – incidese a luz da lanterna lateralmente ao olho, se a câmara for profunda, toda a íris é iluminada. Se é rasa, a íris do lado oposto aparece mais escura. Hifema ou hipópio desenharam uma meia-lua no polo inferior da íris</p> <p>5. Avaliar irregularidades no tamanho e forma da pupila, sempre comparando ambos os olhos</p> <p>6. Avaliação da pressão ocular: deve ser feita sempre que houver hiperemia ocular sem causa aparente. Com o paciente olhando para baixo, posicione os dois dedos indicadores sobre a pálpebra superior e pressione-os de forma alternada, procurando sentir a tensão do bulbo ocular</p> <p>7. Caracterização das secreções conjuntivais: - Purulenta – amarelada - Mucopurulenta – branco cremosa - Serosa – aquosa amarelada - Mucosa – filamentar e transparente</p> <p>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</p> <p>a) Ceratites: inflamações da córnea. Na maioria das vezes, decorrem de infecção bacteriana, viral ou fúngica, ou ainda por queimadura por radiação ultravioleta.</p>

		<p>Manifestam-se por dor aguda acompanhada de lacrimejamento e blefaroespasma.</p> <p>b) Iridociclites: inflamações da íris e do corpo ciliar que se manifestam por exsudação, dentro da câmara anterior (hipópio)</p> <p>c) Glaucoma agudo: aumento súbito da pressão intraocular que ocorre em pessoas predispostas, geralmente idosos. Manifesta-se por dor ocular aguda, de forte intensidade, podendo ser acompanhada por vômitos. A palpação do bulbo ocular permite verificar o aumentada tensão ocular, percebida pelo endurecimento do bulbo ocular. A pupila geralmente está em midríase moderada e não reage à luz</p> <p>d) Traumas</p> <p>e) Episclerites: vermelhidões em pontos localizados do olho</p> <p>f) Hemorragias conjuntivais: coleções de sangue debaixo da conjuntiva. Na maioria das vezes, resultam do sangramento de pequenos vasos conjuntivais, após esforços. Melhoram espontaneamente</p> <p>g) Blefarites: inflamações crônicas das bordas palpebrais, resultantes da superpopulação de Staphylococcus. O olho fica constantemente avermelhado por irritação das toxinas bacterianas</p> <p>h) Conjuntivites: inflamações da conjuntiva, que podem ter bactéria, vírus ou fungo como agentes etiológicos, além de ter causa alérgica. Manifestam-se clinicamente por: sensação de corpo estranho, hiperemia conjuntival, edema palpebral (mais acentuado e persistente nas conjuntivites virais com formação de pseudomembrana), fotofobia, lacrimejamento, prurido e embaçamento visual, que melhora com o piscar, porque decorre do acúmulo de secreção.</p> <p>TRATAMENTO</p> <p>a) Viral: Compressa gelada de SF 0,9%. Se não melhorar em cinco dias, encaminhar ao oftalmologista</p> <p>b) Bacteriana: Limpeza com SF 0,9%. Colírio de tobramicina ou ofloxacina ou ciprofloxacina – quatro a cinco vezes dia, sete dias</p> <p>c) Fúngica: Encaminhar ao oftalmologista</p> <p>d) Parasitária: Retirada mecânica dos parasitas ou ivermectina oral se maior de 3 anos de idade</p> <p>e) Alérgica: Compressa gelada com SF 0,9%, colírio de cromoglicato dissódico 2 ou 4%, 8/8h, por 14 dias, ou olopatadina 0,1%, 12/12h, ou 0,2%, de 24/24h, por 30 dias</p> <p>OFTALMIA NEONATAL</p> <p>Conjuntivite purulenta do recém-nascido, no primeiro mês de vida, usualmente contraída durante o seu nascimento, a partir do contato com secreções genitais maternas contaminadas</p> <p>a) <i>Chlamydia trachomatis</i>:</p>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- Sintomas aparecem de 5 a 14 dias após o nascimento, com eritema e edema palpebral e conjuntival- Secreção, quando presente é mucopurulenta- Tratamento: Eritromicina (estearato), 50mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas, durante duas semanas <p>b) <i>Neisseria gonorrhoeae</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sintomas surgem após 2 a 5 dias de vida com eritema e edema palpebral e conjuntival- Secreção, quando presente é purulenta e abundante- Precisa ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular (cegueira)- Tratamento: Penicilina cristalina 100.000 UI/kg/dia, de 12/12 horas (em crianças com até 7 dias de vida) ou de 6/6 horas (em crianças com mais de 7 dias de vida), EV, por sete dias Ou Ceftriaxona 25 a 50mg/kg/dia, EV ou IM, uma vez ao dia, por sete dias Ou Cefotaxima 25-50mg/kg/dia, EV ou IM, de 12/12 horas, por sete dias <p>QUANDO ENCAMINHAR</p> <p>1. Corpo estranho conjuntival ou corneano:</p> <ul style="list-style-type: none">- Antes de encaminhar, caso haja disponibilidade, deve-se instilar uma gota de colírio anestésico e proceder à irrigação do globo ocular com um jato fino de soro fisiológico 0,9% ou água destilada, lembrando-se de everter a pálpebra superior, pois, muitas vezes, o corpo estranho está alojado no saco conjuntival superior- Se for possível a visualização do corpo estranho, pode-se tentar removê-lo com o auxílio de um cotonete. Porém, essa manobra deve ser feita apenas uma vez, pois, se persistente, poderá acarretar maior dano ao epitélio corneano- Oclusão do olho após aplicação de pomada oftalmológica antibiótica e encaminhar ao serviço de oftalmologia <p>2. Queimadura física – radiação ultravioleta:</p> <ul style="list-style-type: none">- Instilar uma gota de colírio anestésico, seguido de oclusão ocular após aplicação de pomada antibiótica (ex.: associação de acetato de retinol 10.000 UI, aminoácidos 25mg, metionina 5mg, cloranfenicol 5mg). Se a dor for muito intensa, pode-se instilar uma gota de atropina 1% colírio antes da oclusão do olho afetado. Normalmente, o epitélio corneano se regenera em 48 a 60 horas- Se não houver a disponibilidade de nenhuma dessas medicações, deve-se ocluir o olho afetado e encaminhar imediatamente para o oftalmologista. <p>3. Queimadura química:</p> <ul style="list-style-type: none">- Irrigar imediata e abundantemente SF 0,9%, ou mesmo água limpa corrente, seguir com oclusão com pomada oftálmica contendo antibiótico e corticoide, e encaminhar
--	--	--	---

			<p>urgentemente ao serviço de oftalmologia.</p> <p>4. Glaucoma</p> <ul style="list-style-type: none">- Geralmente o paciente chega com quadro de hiperemia conjuntival (injeção ciliar), acuidade visual diminuída, dor ocular intensa, midríase, aumento da tensão ocular- No caso de suspeita de glaucoma, deve-se encaminhar para serviço de urgência para tratamento específico. Após sair da crise glaucomatosa, o paciente deverá fazer acompanhamento ambulatorial com o oftalmologista, para melhor avaliação e tratamento. <p>5. Trauma contuso com queixa de baixa da acuidade visual:</p> <ul style="list-style-type: none">- Encaminhar com urgência ao oftalmologista, pois pode ter ocorrido descolamento de retina.- O descolamento de retina pode ocorrer de forma espontânea, manifestando-se apenas com baixa súbita da acuidade visual, sem outros sinais ou sintomas. Tem incidência aumentada em pacientes com alta miopia <p>6. Trauma com suspeita de perfuração ocular:</p> <ul style="list-style-type: none">- Neste caso, geralmente a pupila está desviada e pode haver diminuição da profundidade da câmara anterior. Em casos mais graves, pode-se observar o humor aquoso saindo pela ferida perfurante- Fazer curativo não compressivo. Orientar o paciente que não comprima o olho e encaminhá-lo com urgência ao serviço de oftalmologia
--	--	--	--

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)