



Protocolo Assistencial Pronto Socorro

Olho Vermelho

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade
Dr. Edgard Ferreira dos Santos
Oftalmologista: Dra. Caroline Ferraz

Dra. Sabrina Bernardez
Enfa. Michelle Saad
Farm. Valéria Fontes

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HCor: Hospital do Coração

PS: Pronto Socorro

NSAID: Droga Anti-Inflamatória Não Esteróide

1. DEFINIÇÃO

Um olho vermelho ou inflamado pode ser causado por conjuntivite, irite (uveíte anterior), glaucoma agudo, trauma da córnea ou infecção. Destas causas, todas são geralmente dolorosas, com a exceção ocasional de conjuntivite.

2. EXAME FÍSICO

No caso de avaliação do clínico, além de inspeção, existe maior dificuldade para avaliar as modificações pertinentes a cada patologia, razão pela qual daremos maior evidência aos sinais e sintomas.

3. DIAGNÓSTICO

3.1 Condições sistêmicas associadas com olhos vermelhos

Desordens vasculares de colágeno, artrite reumatóide juvenil, doenças infecciosas (dengue, varicela, o sarampo, a papeira, otite media), doença de Kawasaki, doenças inflamatórias do intestino, síndrome de Stevens-Johnson.

3.2 Características associadas de um “olho vermelho” que podem ser perigosas

- Baixa de acuidade visual
- Dor ocular intensa
- Fotofobia
- Visão turva persistente ou diminuição da acuidade visual
- Proptose
- Agravamento dos sinais depois de três dias de tratamento farmacológico
- Defeito epitelial da córnea ou opacidade
- Pupila não reativa à luz direta
- Movimentos oculares reduzidos
- Hospedeiro comprometido: recém-nascido, paciente imunodeprimido, e portador da lente de contato
- Forte dor de cabeça com náuseas

3.3 Questionamentos e pesquisa são úteis para fazer o diagnóstico em pacientes com olhos vermelhos

- Existe perda de visão?
Esta é a pergunta mais importante, a baixa de acuidade visual sugere gravidade
Considere úlcera da córnea, uveíte e glaucoma de ângulo fechado.
- É um olho ou são ambos os olhos envolvidos?
Infecções, alergias e doença sistêmica são mais propensas a causar envolvimento bilateral olho.
- O paciente tem dor ocular intensa?
Se sim, diagnósticos prováveis incluem o glaucoma de ângulo fechado agudo, uveíte, esclerite, corpo estranho ou a abrasão da córnea.
- O paciente tem uma sensação de corpo estranho?
Se assim for, considere abrasão corneana, trauma, olho seco, ceratite e outros distúrbios da córnea.
- Existe secreção?
Se muito abundante e purulenta, considere conjuntivite gonocócica. Se ela é somente purulenta, considere conjuntivite bacteriana. Secreções aquosas abundantes são típicas de conjuntivites virais.
- Os olhos coçam?
Se assim for, considere blefarite ou alergia no diagnóstico diferencial.
- As pálpebras estão inchadas?
Considere alergia ou infecção. Celulite orbitária precisa ser descartada.
- Será que as pálpebras têm nódulos?
Hordéolo e calázio devem ser considerados.
- Os olhos queimam?
Considere blefarite ou olho seco.
- A vermelhidão ocular é recorrente?
Considere ceratite herpes, uveíte e conjuntivite alérgica.
- O paciente tem fotofobia?
Problemas de córnea (escoriações, ceratite) e uveíte devem ser considerados.
- O paciente está usando medicamentos oculares?
O uso prolongado de neomicina e sulfa (medicamentos oftalmológicos) podem causar sensibilização e vermelhidão dos olhos.

4. CONJUNTIVITE

O diagnóstico de conjuntivite é feito com um exame simples, puxando a pálpebra inferior para baixo com o dedo do examinador. Se a conjuntiva palpebral estiver inflamada (ou seja, apresentando hiperemia, edema ou secreção), a conjuntivite pode estar presente. Linfadenopatia pré-auricular palpável pode estar presente na conjuntivite viral por clamídia.

4.1 Causas

- Causas mais comuns:
Conjuntivite: viral (mais comum), alérgica e bacteriana
- Outras causas de olho vermelho
 - Hemorragia subconjuntival
 - Abrasão corneana
 - Blefarite

Menos sério: episclerite, pinguecula e pterígio

Mais sério: ceratite viral, uveíte, esclerite e glaucoma de ângulo fechado

Tipo	Curso/Evolução	Características	Descarga
Viral	Início unilateral e pode acometer outro olho	olhos muito vermelhos	Aquosa
Alérgica	Acompanha a rinite alérgica	coceira nos olhos	Mucosa
Bacteriana	Início unilateral e pode acometer outro olho	hiperemia e secreção	Purulenta

4.2 Características clínicas de conjuntivite bacteriana e como isso pode ser tratado

Conjuntivite bacteriana é caracterizada por uma secreção mucopurulenta que envolve um olho e, normalmente, se espalha para o segundo olho, associada com a injeção da conjuntiva bulbar. *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus Pneumoniae* e *Estafilococos* são os patógenos mais comuns. Tratar esta condição com gotas de antibiótico tópico a cada 4 a 6 horas. Pode se usar quinolona (Ofloxacina colírio) ou aminoglicosídeo (Tobramicina colírio).

4.3 Sintomas clínicos ajudam a distinguir alérgica contra a conjuntivite viral

Prurido é o sintoma cardinal de conjuntivite alérgica, distinguindo-a da conjuntivite viral, que está associada com queixas de aspereza, queimação ou irritação. Pacientes com conjuntivite alérgica, muitas vezes têm uma história de urticária, alergia sazonal ou alergia específica.

4.4 Diferentes formas de conjuntivite alérgica e como isso pode ser tratado

Conjuntivite Alérgica Aguda: início súbito uma vez em contato com um alérgeno conhecido (ou seja, pelos de gato); normalmente desaparece dentro de 24 horas após a remoção do alérgeno

Conjuntivite Alérgica Sazonal: mais leves sintomas mais persistentes durante a temporada de pólen especial

Conjuntivite Alérgica Perene: relacionadas com o ano todo alérgenos ambientais (geralmente no interior)

É melhor evitar esfregar os olhos e minimizar a exposição ao alérgeno. Colírio anti-histamínico são úteis para sintomas agudos. Formas sazonais ou perenes de conjuntivite alérgica são geralmente tratadas com uma gota estabilizador celular olho combinação anti-histamínico, bem como anti-histamínicos orais.

Protocolo Assistencial Pronto Socorro

Olho Vermelho

- Antibióticos tópicos utilizados para tratar a conjuntivite bacteriana

Medicamento	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
Ofloxacina (Oflox) solução oftálmica de 0,3%	1 gota no olho(s)	6/6 h	7 dias
Tobramicina (Tobrex) solução oftálmica de 0,3%	1 gota no olho(s)	6/6 h	7 dias

- Os medicamentos tópicos para Conjuntivite Alérgica

Medicamento	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento	Modo de Ação
Cetorolac solução oftálmica de 0,5%	1 gota no olho(s)	8/8 h	7 dias	NSAID

Abreviatura: NSAID = droga anti-inflamatória não esteróide.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Característica	AGUDA Conjuntivite	AGUDA Uveíte †	Glaucoma agudo ‡	Trauma ou infecção corneana
Incidência	Muito Comum	Comum	Incomum	Comum
Secreção	Moderada a copiosa	Nenhum	Nenhum	Aquosa ou purulenta
Visão	Nenhum efeito sobre a visão	ligeiramente turva	marcadamente turva	normalmente turva
Dor	Nenhum	Moderado	Grave	Moderada a grave
Hiperemia conjuntival	Difusa: mais para fórnices	Perilimbar	Perilimbar	Perilimbar
Córnea	Claro	Clara	Opaca	Mudança na clareza relacionada com causa
Tamanho da pupila	Normal	Pequena	Dilatados e fixa	Normal ou pequena
Resposta pupilar à luz	Normal	Pobre	Nenhum	Normal
Pressão intraocular	Normal	Normal	Elevada	Normal

* Outras causas menos comuns de olhos vermelhos incluem endoftalmite, corpo estranho, episclerite e esclerite.

† uveíte anterior aguda.

‡ glaucoma de ângulo fechado.

5.1 Tratamento de olho vermelho em um portador da lente de contato

Um olho vermelho em um portador da lente de contato pode significar uma condição de risco de visão (infecção ou uma avaria do epitélio da córnea). Retire a lente de contato e encaminhe o paciente para exame oftalmológico urgente.

ATENÇÃO

- Olho vermelho em portador da lente de contato é um problema urgente e requer consulta com um especialista – Oftalmologista;
- Celulite orbitária é uma condição potencialmente ameaçadora ou até mesmo risco de vida, que requer internação e consulta emergente com um oftalmologista;
- Qualquer paciente que se queixe de dor ocular intensa com sensação de corpo estranho, impedindo a abertura do olho, geralmente pode presumir-se que pode existir um defeito epitelial da córnea ou corpo estranho ocular;
- Todos os pacientes com conjuntivite tem um olho vermelho.
No entanto, nem todos os olhos vermelhos são causados por conjuntivite;
- Se a dor ocular é aliviada por uma gota de anestésico tópico, o paciente tem provavelmente um problema de superfície (corpo estranho ou abrasão da córnea);
- O uso de colírio lubrificante está indicado para as afeções oftalmológicas em geral.

6. ORIENTAÇÕES DE ALTA

Olho vermelho é um sinal cardinal de inflamação ocular, sendo a conjuntivite sua causa mais comum (lembrando que as conjuntivites virais apresentam secreção esbranquiçada em pouca quantidade e levam, aproximadamente 15 dias para resolução e as bacterianas produzem secreção de aspecto purulento e abundante podendo durar de 7 a 10 dias com tratamento adequado. É geralmente uma condição autolimitada sendo raras as complicações graves.

Reconhecer a necessidade de encaminhamento ao oftalmologista é fundamental no atendimento primário. Paciente com dor ocular intensa, perda ou diminuição de acuidade visual ou de campo visual, secreção purulenta abundante, envolvimento corneano, trauma ocular, cirurgia oftalmológica recente, infecções oculares recorrentes, doença ocular prévia e alteração pupilar deve ser encaminhado com urgência ao oftalmologista.

Descartando as alterações oculares de maior gravidade, e na suspeita de conjuntivite, alguns cuidados podem ser iniciados:

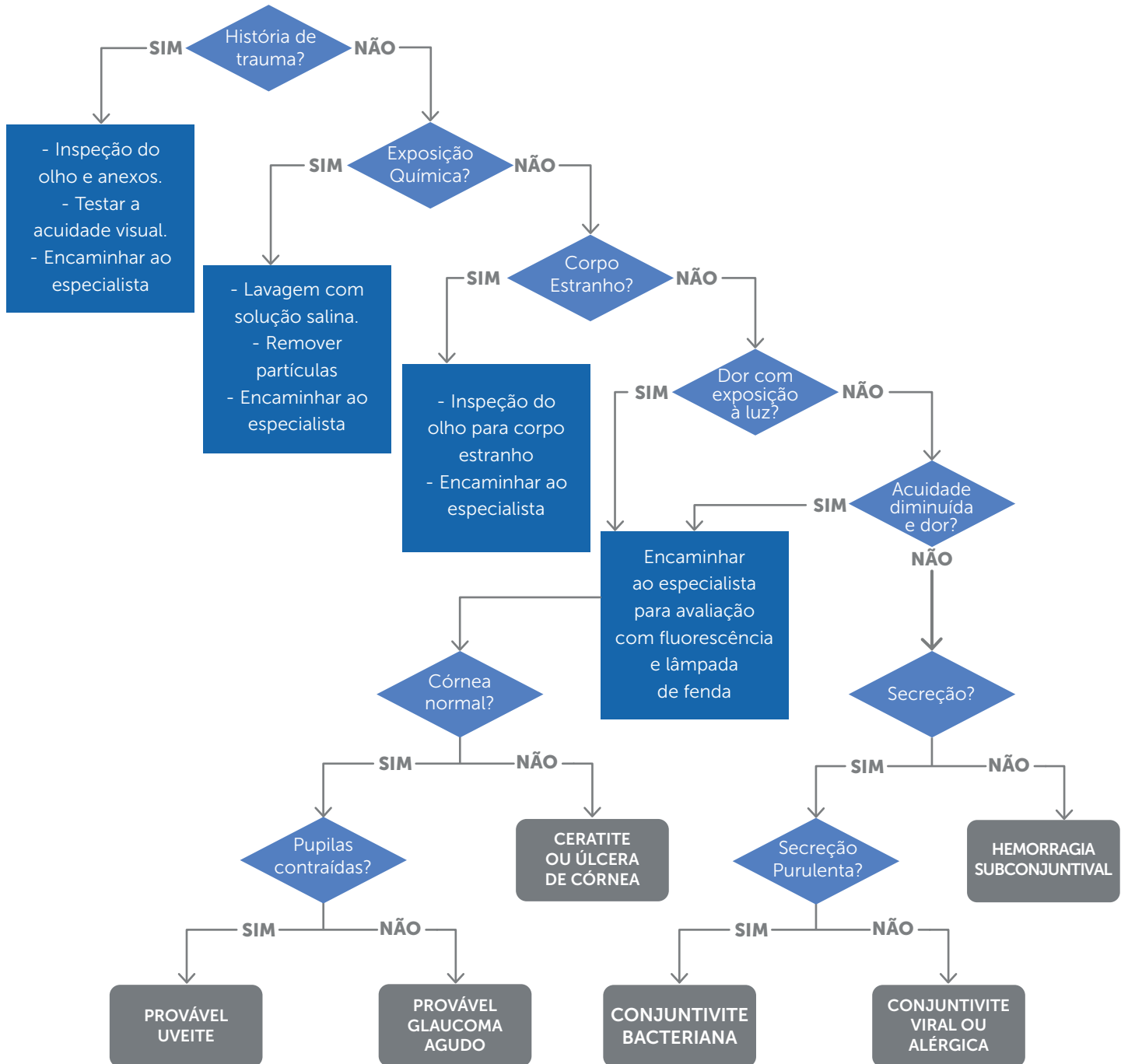
- Higiene frequente das mãos e da face
- Evitar coçar os olhos
- Usar somente lenço de papel macio e descartável
- Lençóis, fronhas e toalhas devem ser individuais e trocados diariamente.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal
- Evitar frequentar piscina
- Compressa fria com soro fisiológico sem conservante ou água limpa (mineral, filtrada ou fervida)
- Uso de colírio lubrificante (seis vezes ao dia)

Em muitos hospitais, não há equipamento específico para avaliação oftalmológica de urgência (como a lâmpada de fenda, por exemplo), devendo então, o paciente ser sempre orientado a manter acompanhamento oftalmológico.

As conjuntivites infecciosas possuem grande poder de transmissão, sendo os ambientes coletivos e fechados os mais propícios para sua disseminação.

Por este motivo, é importante que o paciente seja afastado de suas atividades diárias.

7. ESQUEMA RESUMO



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matielli L, Maidana E, Martins EM. Emergências em Oftalmologia. In: Guimarães HP, Borges LAA, Assunção MSC, Reis HJL. Manual de Medicina de Emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2017: 777-787
2. Hofling-Lima AL, Moeller CTA, Freitas D, Martins EN. Manual de condutas em Oftalmologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. 1249 p.
3. Ehlers JP, Shah CP. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital. EUA: Artmed; 2009. 475 p.
4. Americana Optometric Association: 23 de junho de 1994. Revisão de Março de 1999. PDF disponível nowww.aoa.org/documents/CPG-7.pdf - 23 de junho de de 1994 [acessada 10 de julho de 2015]
5. Arbor JD, Moreno I., Boisjoly HM, et. al. : Devemos corrigir abrasões da córnea ?. Arch Ophthalmol 1997; 115: pp. 313-317.
6. Au YK, Henkind P. : dor provocada por reflexo pupilar consensual: um teste de diagnóstico para irite aguda. Lancet 1981; 2: pp. 1254-1255.
7. Avdic E., Cosgrove S.E.: . Expert Opin Pharmacother 2008; 9: pp. 1463-1479.
8. Boder F., Marchant C., et. al. : etiologia bacteriana de síndrome meios conjuntivite-otite. Pediatrics 1985; 76: pp. 26-28.
9. Bradford CA: Oftalmologia Basic. 8a ed. 2004. Academia Americana de Oftalmologia San Francisco
10. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Vírus Zika. Sintomas, diagnóstico e tratamento. Nowww.cdc.gov/zika/symptoms . Acessado em 03 de fevereiro de 2016.
11. De Toledo AR, Chandler JW: Conjuntivite do recém-nascido. Infect Dis Clin North Am 1992; 6: pp. 807-813.
12. Frith P., Gray R., MacLennan S., et. al. : 1994. Blackwell Oxford Scientific
13. Jackson WB: As estratégias atuais para diagnóstico e tratamento: blefarite. Pde J Ophthalmol 2008; 43: pp. 170-179.
14. Liebowitz HM: O olho vermelho. N Engl J Med 2000; 343: pp. 345-351.
15. Patterson J., Fetzer D., Krall J., et. tratamento remendo al. : olho para a dor de abrasão da córnea. Sul Med J 1996; 89: pp. 227-229.
16. Prochazka AV: Diagnóstico e tratamento de olhos vermelhos. Caso Atenção Básica Comentários 2001; 4: pp. 23-31.
17. RP Rietveld, van Weert H., G. Riet, Bindels P. : impacto diagnóstico de sinais e sintomas de conjuntivite infecciosa aguda: pesquisa sistemática da literatura. BMJ 2003; 327: pp. 789.
18. Tarabishy A., Jeng B. : conjuntivite bacteriana: Uma revisão de internistas. Cleve Clin J Med 2008; 75: pp. 507-512.
19. Talbot EM: Um teste simples para diagnosticar irite. BMJ 1987; 295: pp. 812-813.
20. Trobe JD: O Guia do Médico para Eye Care. 2a ed. 2001. Fundação da Academia Americana de Oftalmologia San Francisco
21. Wilson SA, Última A Gestão. : de abrasão corneana. Am Fam Physician 2004; 70: pp. 123-130.

22. Wong AH, Barg SS, Leung AK: sazonal e perene conjuntivite alérgica. *Recentes Pat Inflamm Allergy Disc Drogas* 2009; 3: pp. 118-127
23. Goldman-Cecil Medicine, Yanoff, Myron; Cameron, J. Douglas. Publicado January 1, 2016. © 2016 - <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455750177004232?scrollTo=%23hl0000843>
24. Conjuntivite. UpToDate, 2013. Disponível a partir <http://www.uptodate.com>
25. AV Levin: Eye-Red. Em Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds): *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 6 ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp 240-244.
26. Greenberg MF: O olho vermelho na infância. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50: 105-124.
27. AV Levin: Eye-Red.Em Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds): *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 6 ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp 240-244.
28. Sethuraman U: O olho vermelho: Avaliação e gestão. *Clin Pediatr* 2009; 48: 588-600.
29. Dana R: A conjuntivite alérgica. UpToDate, 2013. Disponível a partir <http://www.uptodate.com> .
30. Levin AV: urgências oftalmológicas. Em Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds): *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 6 ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp 1595-1602.
31. AV Levin: Eye-Red. Em Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds): *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 6 ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp 240-244.

Responsável Técnico

Dr. Luiz Carlos V. de Andrade – CRM 48277



Organization Accredited
by Joint Commission International



Associação Beneficente Síria

HCor – Hospital do Coração/Diagnóstico – Unidade Paraíso: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP

HCor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP

HCor Diagnóstico – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP

HCor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP

HCor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-socorro: (11) 3889-9944

www.hcor.com.br