AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY
*The Eye M.D. Association*

# RESUMO DAS DIRETRIZES DOS PADRÕES DE PRÁTICAS PREFERENCIAIS®

## Introdução:

Estes são os pontos de referência para as diretrizes dos Padrões de Práticas Preferenciais® (PPP) da Academia. A série de diretrizes dos Padrões de Práticas Preferenciais foi escrita baseando-se em três princípios.

- Cada Padrão de Prática Preferencial deve ser clinicamente relevante e suficientemente específica para fornecer informações úteis para aos profissionais.
- Cada recomendação feita deve ser acompanhada de uma graduação explícita demonstrando sua importância no processo assistencial.
- Cada recomendação feita também deve ser acompanhada de uma graduação explícita mostrando o nível da evidência que sustenta a recomendação e correspondendo à melhor evidência disponível.

**Os Padrões de Práticas Preferenciais proporcionam um guia para um padrão da prática e não especificamente para o atendimento de um determinado indivíduo**. Embora estes padrões geralmente devam atender às necessidades da maioria dos pacientes, eles possivelmente não suprem da melhor forma as necessidades de todos os pacientes. A adesão a estes Padrões de Práticas Preferenciais não garante o êxito em todas as situações. Estes padrões de prática não devem ser considerados inclusivos de todos os métodos assistenciais adequados ou exclusivos de outros métodos assistenciais razoavelmente voltados para a obtenção dos melhores resultados. Pode ser necessário abordar necessidades distintas dos pacientes de maneiras distintas. O médico deve fazer o julgamento final sobre o responsável pelo cuidado de um determinado paciente, baseando-se em todas as circunstâncias apresentadas por esse paciente. A Academia Americana de Oftalmologia está à disposição para auxiliar seus membros na resolução de dilemas éticos que possam surgir durante a prática oftalmológica.

**As diretrizes dos Padrões de Práticas Preferenciais® não são padrões médicos para serem seguidos em todas as situações específicas.** A Academia se isenta de qualquer responsabilidade por qualquer dano resultante de negligência, ou de quaisquer reclamações que possam surgir da utilização de quaisquer recomendações ou outras informações aqui contidas.

Para cada doença principal, as recomendações para o processo de atendimento, incluindo a história, exame físico e exames complementares são sumarizados conjuntamente com as principais recomendações para conduta, seguimento e educação do paciente. Para cada PPP, é realizada uma detalhada pesquisa de artigos na língua inglesa no PubMed e na Biblioteca Cochrane. Os resultados são revisados por um painel de especialistas e são usados para o preparo das recomendações, as quais são avaliadas de duas maneiras.

O painel inicialmente gradua cada recomendação de acordo com sua importância no processo assistencial. Esta graduação da "importância no processo assistencial" representa uma medida do que o painel considerou que melhoraria significantemente a qualidade da assistência recebida pelo paciente. A classificação de importância é dividida em três níveis.

- Nível A, definido como o mais importante
- Nível B, definido como moderadamente importante
- Nível C, definido como relevante, mas não fundamental

O painel também avalia cada recomendação em relação à força de evidência existente na literatura disponível para sustentar a recomendação feita. As "classificações da força de evidência" também são divididas em três níveis.

- Nível I inclui a evidência obtida a partir de pelo menos um estudo controlado, randomizado e bem conduzido. Metanálises de estudos controlados e randomizados podem ser incluídas.
- O Nível II inclui evidências obtidas a partir do seguinte:
    - Estudos controlados com desenho adequado, mas sem randomização
    - Estudos de coorte ou caso-controle com desenho adequado, de preferência com mais de um centro envolvido
    - Múltiplas séries temporais com ou sem a intervenção
- Nível III inclui evidência obtida a partir de um dos seguintes:
    - Estudos descritivos
    - Relatos de caso
    - Relatos de comitê/organizações especializadas (por exemplo, consenso do painel PPP com revisão por pares externa)

As PPPs se destinam a servir como guia na assistência ao paciente, com maior ênfase nos aspectos técnicos. Ao se aplicar este conceito, é essencial reconhecer que a verdadeira excelência médica somente é atingida quando o conhecimento é aplicado de forma tal que as necessidades dos pacientes são o enfoque principal. A AAO está à disposição para auxiliar os membros na resolução de dilemas éticos que possam surgir durante a prática. (Código de Ética da AAO)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Tradução para português Marcha 2014

# Ceratite Bacteriana (Avaliação Inicial)

Reviewed by Luiz Lima, MD

## Anamnese

- Sintomas oculares [A:III] (por exemplo: grau de dor, hiperemia, secreção, turvação visual, fotofobia, duração dos sintomas, circunstâncias relacionadas ao início dos sintomas)
- Histórico sobre lentes de contato [A:III] (por exemplo: esquema de uso, uso ao dormir, tipo de lente de contato, solução das lentes de contato, protocolo de higiene, enxágue das lentes com água de torneira, nado, uso das lentes durante banho no chuveiro ou banheira)
- Revisão de outros antecedentes oculares, [A:III] incluindo fatores de risco como ceratite pelo vírus herpes simples, ceratite pelo vírus herpes zoster, ceratite bacteriana prévia, trauma, olho seco e cirurgia ocular prévia, inclusive cirurgia refrativa
- Revisão de outros problemas clínicos [A:III]
- Medicações oculares atuais e recentemente utilizadas [A:III]
- Alergia a medicamentos [A:III]

## Exame Físico Inicial

- Acuidade visual [A:III]
- Aspecto geral do paciente, inclusive condições cutâneas [B:III]
- Exame facial [B:III]
- Posicionamento do globo [A:III]
- Pálpebras e fechamento palpebral [A:III]
- Conjuntiva [A:III]
- Aparelho nasolacrimal [B:III]
- Sensibilidade corneana [A:III]
- Biomicroscopia à lâmpada de fenda
  - Margens palpebrais [A:III]
  - Conjuntiva [A:III]
  - Esclera [A:III]
  - Córnea [A:III]
  - Câmara anterior para avaliar a profundidade e a presença de inflamação, incluindo células e *flare*, hipópio, fibrina e hifema [A:III]
  - Vítreo anterior [A:III]
  - Olho contralateral para dicas da etiologia, assim como para possíveis patologias similares subjacentes [A:III]

## Testes Diagnósticos

- Gerenciar a maioria dos casos adquiridos na comunidade com terapia empírica e sem esfregaços ou culturas. [A:III]
- Indicações para esfregaços e culturas:
  - Ameaça à visão ou ceratite grave com suspeita de origem microbiana anterior ao início da terapia. [A:III]
  - Grande infiltrado corneano central, com extensão à espessura mediana ou profunda do estroma. [A:III]
  - Natureza crônica. [A:III]
  - Ausência de resposta à terapia antibiótica de amplo espectro. [A:III]
  - Características clínicas sugestivas de ceratite fúngica, amebiana ou por micobactéria. [A:III]
- O hipópio que ocorre em olhos com ceratite bacteriana normalmente é estéril, e coleta de humor aquoso ou vítreo não deve ser realizada a não ser que exista uma grande suspeita de endoftalmite microbiana. [A:III]
- Esfregaços corneanos para cultura devem ser inoculados diretamente em meios apropriados para maximizar o resultado da cultura. [A:III] Se isto não for possível, colocar os espécimes em um meio de transporte. [A:III] Em ambos os casos, incubar imediatamente as culturas ou levá-las prontamente ao laboratório. [A:III]

## Conduta

- Colírios antibióticos tópicos são o método de escolha na maioria dos casos. [A:III]
- Utilizar inicialmente antibióticos tópicos de amplo espectro para o tratamento empírico de ceratite bacteriana presumida. [A:III]
- Para ceratite central ou grave (por exemplo, comprometimento profundo do estroma ou infiltrado maior do que dois milímetros com extensa supuração), utilizar uma dose de ataque (por exemplo, a cada 5 a 15 minutos pelos primeiros 30 a 60 minutos), seguido de aplicações frequentes (por exemplo, a cada 30 minutos ou a cada hora). [A:III] Para ceratites menos graves, um regime com doses menos frequentes é apropriado. [A:III]
- Utilizar terapia sistêmica na ceratite gonocóccica. [A:II]
- Para pacientes tratados com corticosteróides oculares tópicos ao momento de apresentação da suspeita de ceratite bacteriana, reduzir ou eliminar os corticóides até que a infecção esteja controlada. [A:III]
- Quando o infiltrado corneano compromete o eixo visual, pode-se adicionar terapia tópica com corticosteróide após dois ou três dias de melhora sob tratamento com antibióticos tópicos. [A:III] Continuar a antibioticoterapia tópica em doses elevadas com redução gradual. [A:III]
- Examinar os pacientes a cada um ou dois dias após o início da terapia tópica com corticosteróide. [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Tradução para português Marcha 2014

# Ceratite Bacteriana (Recomendações de Conduta)

Reviewed by Luiz Lima, MD

## Educação do Paciente

- Informar os pacientes com fatores de risco para ceratite bacteriana sobre seu risco relativo, sinais e sintomas da infecção e que procurem um oftalmologista assim que apresentá-los [A:III]
- Educar o paciente sobre a natureza destrutiva da ceratite bacteriana e a necessidade de adesão ao tratamento [A:III]
- Discutir a possibilidade de baixa visual permanente e necessidade de futura reabilitação visual [A:III]
- Educar usuários de lentes de contato sobre o aumento do risco de infecção associado às lentes, uso durante a noite e importância de aderir às técnicas de higienização das lentes [A:III]
- Encaminhar os pacientes com comprometimento visual significativo ou cegueira para reabilitação visual caso não sejam candidatos cirúrgicos (ver: www.aao.org/smartsight) [A:III]

### Antibioticoterapia para Ceratite Bacteriana [A:III]

| Organismo | Antibiótico | Concentração Tópica | Dose Subconjuntival |
|---|---|---|---|
| Nenhum organismo identificado ou múltiplos tipos de organismos | Cefazolina | 50 mg/ml | 100 mg em 0,5 ml |
| | com tobramicina ou gentamicina | 9-14 mg/ml | 20 mg em 0,5 ml |
| | ou fluoroquinolonas* | Vários† | |
| Coccos Gram-positivos | Cefazolina | 50 mg/ml | 100 mg em 0,5 ml |
| | Vancomicina‡ | 15-50 mg/ml | 25 mg em 0,5 ml |
| | Bacitracina‡ | 10.000 UI | |
| | Fluoroquinolonas* | Vários† | |
| Bastões Gram-negativos | Tobramicina ou gentamicina | 9-14 mg/ml | 20 mg em 0,5 ml |
| | Ceftazidima | 50 mg/ml | 100 mg em 0,5 ml |
| | Fluoroquinolonas | Vários† | |
| Coccos Gram-negativos § | Ceftriaxone | 50 mg/ml | 100 mg em 0,5 ml |
| | Ceftazidima | 50 mg/ml | 100 mg em 0,5 ml |
| | Fluoroquinolonas | Vários† | |
| Micobactéria Não-tuberculosa | Amicacina | 20-40 mg/ml | 20 mg em 0,5 ml |
| | Claritromicina | 10 mg/ml | |
| | Azitromicina ‖ | 10 mg/ml | |
| | Fluoroquinolonas | Vários† | |
| Nocardia | Sulfacetamida | 100 mg/ml | |
| | Amicacina | 20-40 mg/ml | 20 mg em 0,5 ml |
| | Trimetoprim/Sulfametoxazol: | | |
| | Trimetoprim | 16 mg/ml | |
| | Sulfametoxazol | 80 mg/ml | |

* Menos coccos gram-positivos são resistentes a gatifloxacino e moxifloxacino que a outras fluoroquinolonas.

† Ciprofloxacino 3 mg/ml; gatifloxacino 3 mg/ml; levofloxacino 15 mg/ml; moxifloxacino 5 mg/ml; ofloxacino 3 mg/ml, todos comercialmente disponíveis nestas concentrações.

‡ Para *Enterococcus* e *Staphylococcus* sp e alergia a penicilina. Vancomicina e bacitracina não têm atividade contra gram-negativos e não devem ser utilizados como agente único no tratamento empírico das ceratites bacterianas.

§ A terapia sistêmica é necessária para suspeita de infecção gonocóccica.

‖ Dados de Chandra NS, Torres MF, Wintrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. *Am J Ophthalmol* 2001;132:819-830.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Tradução para português Marcha 2014