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

# Retinopatia Diabética (Avaliação Inicial e de Seguimento)

Reviewed by Luiz Lima, MD

## Anamnese (Elementos-chave)

- Duração do diabetes [A:I]
- Controle glicêmico pregresso (hemoglobina A1c) [A:I]
- Medicações [A:III]
- História sistêmica (por exemplo, obesidade, [A:III] doença renal, [A:II] hipertensão arterial sistêmica, [A:I] níveis séricos de lipídios, [A:II] gravidez [A:I])
- História ocular [A:III]

## Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Acuidade visual [A:I]
- Aferição da PIO [A:III]
- Gonioscopia quando indicada (para neovascularização da íris ou PIO elevada) [A:III]
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda [A:III]
- Fundoscopia sob midríase, incluindo exame estereoscópico do pólo posterior [A:I]
- Exame do vítreo e da periferia da retina, melhor realizado com oftalmoscópio indireto ou com biomicroscopia por lâmpada de fenda, combinada com uma lente de contato [A:III]

## Diagnóstico

- Classificar ambos os olhos de acordo com a categoria e gravidade da retinopatia diabética, com presença/ausência de EMCS. [A:III] Cada categoria tem um risco próprio de progressão.

## História Clínica no Seguimento

- Sintomas visuais [A:III]
- Condição sistêmica (gravidez, pressão arterial, colesterol sérico, função renal) [A:III]
- Controle glicêmico (hemoglobina A1c) [A:I]

## Exame Físico no Seguimento

- Acuidade visual [A:I]
- Aferição da PIO [A:III]
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda e com exame da íris [A:II]
- Gonioscopia (se houver suspeita ou presença de neovascularização da íris ou aumento da pressão intraocular) [A:II]
- Exame do pólo posterior sob midríase [A:I]
- Exame do vítreo e da retina periférica quando indicado [A:II]

## Exames Complementares

- Retinografia raramente é útil em casos de retinopatia diabética mínima ou quando a retinopatia diabética se mantém inalterada em relação ao exame anterior [A:III]
- Retinografia pode ser útil para documentar progressão importante da doença e a resposta ao tratamento [B:III]
- Angiofluoresceinografia é usada para guiar o tratamento de ECMS [A:I] e como meio de avaliar a causa da redução inexplicável da acuidade visual. [A:III] Angiografia pode identificar não-perfusão capilar macular [A:II] ou fontes de vazamento capilar resultando em edema macular como possíveis explicações para a perda visual.
- Angiofluoresceinografia não é rotineiramente indicada como uma parte do exame de pacientes diabéticos [A:III]
- Angiofluoresceinografia não é necessária para o diagnóstico de ECMS ou RDP, sendo ambos diagnosticados pelo exame clínico

## Educação do Paciente

- Discutir os resultados do exame e as suas implicações [A:II]
- Orientar os pacientes com diabetes, mas sem retinopatia diabética a realizar mapeamento da retina anualmente [A:II]
- Informar aos pacientes que o tratamento efetivo para retinopatia diabética depende de uma intervenção no memento adequado, independente de uma boa visão e da ausência de sintomas oculares [A:II]
- Orientar os pacientes sobre a importância de manter níveis de glicose e da pressão arterial próximos do normal e de reduzir os níveis séricos lipídicos [A:III]
- Informar o médico assistente, por exemplo, médico da família, generalista ou endocrinologista, sobre os achados oculares [A:III]
- Fornecer suporte profissional adequado e encaminhar para aconselhamento, reabilitação ou serviços sociais aos pacientes cujas condições não respondam à cirurgia e para aqueles cujo tratamento adicional é indisponível [A:III]
- Encaminhar os pacientes com função visual reduzida para reabilitação visual (ver: www.aao.org/smartsight) e serviços sociais [A:III]

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

# Retinopatia Diabética (Recomendações de Conduta)

Reviewed by Luiz Lima, MD

### Recomendações de Conduta para Pacientes com Diabetes

| Gravidade da Retinopatia | Presença de EMCS* | Seguimento (meses) | Pan-fotocoagulação (Difusa) da Retina por Laser | Angiofluoresceino-grafia | Laser em Grid e/ou Focal† |
|---|---|---|---|---|---|
| RDNP normal ou mínima | Não | 12 | Não | Não | Não |
| RDNP leve a moderada | Não | 6-12 | Não | Não | Não |
| | Sim | 2-4 | Não | Geralmente | Geralmente*‡ |
| RDNP grave | Não | 2-4 | Às vezes§ | Raramente | Não |
| | Sim | 2-4 | Às vezes§ | Geralmente | Geralmente‖ |
| RDP de baixo risco | Não | 2-4 | Às vezes§ | Raramente | Não |
| | Sim | 2-4 | Às vezes§ | Geralmente | Geralmente‡ |
| RDP de alto risco | Não | 2-4 | Geralmente | Raramente | Não |
| | Sim | 2-4 | Geralmente | Geralmente | Geralmente‖ |
| RDP inativa/involucional | Não | 6-12 | Não | Não | Geralmente |
| | Sim | 2-4 | Não | Geralmente | Geralmente |

EMCS = edema macular clinicamente significante; RDNP = retinopatia diabética não- proliferativa; RDP = retinopatia diabética proliferativa

* As exceções incluem: hipertensão ou retenção de líquidos associado com insuficiência cardíaca, insuficiência renal, gravidez ou quaisquer outras causas que possam agravar o edema macular. Adiamento da fotocoagulação por um breve período de tratamento médico pode ser considerado nestes casos. Além disso, adiamento do tratamento de EMCS é uma opção quando o centro da mácula não está envolvido, a acuidade visual é excelente, um acompanhamento frequente é possível e o paciente entende os riscos.

† Tratamentos adjuvantes que podem ser considerados incluem uso intravítreo de corticosteróides ou agentes anti-fator de crescimento vascular endotelial (uso *off-label*, exceto pelo ranibizumabe). Dados de 2011 da *Diabetic Retinopathy Clinical Research Network Rede* demonstraram que, em dois anos de acompanhamento, o ranibizumabe intravítreo com laser de imediato ou postergado resultou em maior ganho de acuidade visual e que triancinolona intravítrea associada ao laser também resultou em maior ganho visual em olhos pseudofácicos em comparação com o laser usado isoladamente. Os indivíduos que receberam injeção intravítrea de agentes anti-fator de crescimento vascular endotelial devem ser examinados um mês após a injeção.

‡ Adiar fotocoagulação focal para o EMCS é uma opção quando o centro da mácula não está envolvido, a acuidade visual é excelente, o acompanhamento de perto é possível e o paciente entende os riscos. No entanto, o início do tratamento com fotocoagulação focal também deve ser considerado porque, embora provavelmente não melhore a visão, é mais provável que estabilize a acuidade visual atual. O tratamento das lesões próximas do zona avascular da fóvea podem resultar em danos à visão central e, com o tempo, as cicatrizes do laser podem se expandir e causar maior deterioração da visão. Estudos futuros poderão ajudar a orientar o uso de tratamentos intravítreos, incluindo corticosteróides e agentes anti-fator de crescimento vascular endotelial nos casos em que a fotocoagulação a laser não pode ser administrada de forma segura. Acompanhamento mais próximo pode ser necessário para o edema macular não-clinicamente significativo.

§ A panfotocoagulação pode ser considerada quando os pacientes se aproximam da PDR de alto risco. O benefício da panfotocoagulação precoce para retinopatia não proliferativa grave ou estágios piores da retinopatia é maior nos pacientes com diabetes do tipo 2 do que naqueles com tipo 1. O tratamento deve ser considerado para pacientes com RDNP grave e diabetes tipo 2. Outros fatores, tais como pobre aderência ao acompanhamento, extração iminente da catarata ou gravidez, e a condição do olho contralateral ajudarão a determinar o momento adequado para a panfotocoagulação.

‖ É preferível realizar fotocoagulação focal antes de panfotocoagulação, para minimizar a exacerbação do edema macular induzido pela panfotocoagulação a laser.

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