PUNTI DI RIFERIMENTO SOMMARI PER LE LINEE GUIDA PREFERRED PRACTICE PATTERN®

Introduzione:
I seguenti sono dei punti di riferimento sommari per le linee guida Preferred Practice Pattern® (PPP) dell'Academy. Le linee guida Preferred Practice Pattern sono state formulate sulla base di tre principi:

- Ogni Preferred Practice Pattern dovrebbe avere rilevanza clinica ed essere sufficientemente specifica da fornire informazioni utili alla pratica clinica.
- Ogni raccomandazione che viene fatta dovrebbe essere accompagnata da un esplicito punteggio che indichi la sua importanza nell'ambito dell'attività assistenziale.
- Ogni raccomandazione dovrebbe essere corredata da un esplicito punteggio che dimostri la forza dell'evidenza che supporta tale raccomandazione e che rifletta la migliore evidenza disponibile.

I Preferred Practice Patterns forniscono un'indicazione per un modello di pratica clinica, non per l'assistenza di un individuo in particolare. Se da un lato i PPP dovrebbero essere in grado di andare incontro alle necessità della maggior parte dei pazienti, non è comunque detto che rappresentino la migliore raccomandazione per tutti i pazienti. Pertanto il rispetto di questi PPP non assicura di un risultato soddisfacente in qualsiasi situazione. Questi modelli di pratica non dovrebbero essere giudicati comprensivi di tutti i metodi assistenziali appropriati ovvero manchevoli di altri metodi assistenziali che siano ragionevolmente orientati ad ottenere i migliori risultati.Può essere necessario affrontare in modi differenti le diverse esigenze dei pazienti. Il medico deve formulare il giudizio definitivo riguardo alla tipologia di assistenza da adottare nei confronti di un particolare paziente alla luce di tutte le caratteristiche proprie di quel paziente. L'American Academy of Ophthalmology è in grado di fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica.

Le linee guida Preferred Practice Pattern non sono degli standard della Medicina ai quali conformarsi in ogni situazione individuale. L'Academy declina specificamente ogni responsabilità per lesioni o altri danni di ogni natura, derivanti da negligenza o da altre cause, e per ogni rivendicazione che possa derivare dall'uso di qualsiasi raccomandazione o altra informazione tratta da questo documento.

Per ogni condizione patologica di maggior rilievo, sono riassunte le raccomandazioni per il processo assistenziale, comprensive di anamnesi, esame obiettivo ed esami supplementari, nonché le raccomandazioni principali riguardo alla gestione assistenziale, al follow-up e alla educazione del paziente. Per ogni PPP viene condotta una ricerca dettagliata della letteratura pertinente in lingua inglese fra gli articoli presenti su Pubmed e sulla Cochrane Library. I risultati sono esaminati da una commissione di esperti e sono utilizzati per preparare le raccomandazioni, che vengono valutate in due modi.

La commissione in primo luogo da un punteggio alla raccomandazione relativamente alla sua importanza nel processo assistenziale. Questo punteggio relativo alla "importanza nel processo assistenziale" rappresenta quella cura che nell'opinione della commissione potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza al paziente in modo sostanziale. I punteggi di importanza sono suddivisi in tre livelli:

- Livello A, definito come importanza massima
- Livello B, definito come moderatamente importante
- Livello C, definito come rilevante ma non critico

La commissione ha anche valutato ogni raccomandazione sulla base della forza dell'evidenza disponibile in letteratura a supporto della raccomandazione fatta. I "punteggi di forza dell'evidenza" sono a loro volta divisi in 3 livelli:

- Il livello I fa riferimento a un'evidenza ottenuta da almeno un trial controllato, randomizzato, ben ideato e condotto modo appropriato.
- Il livello II fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Trials controllati ben ideati ma senza randomizzazione
  - Studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben ideati, meglio se condotti da più di un centro
  - Serie in tempi successivi con o senza intervento
- Il livello III fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Studi descrittivi
  - Case reports
  - Reports di comitati/organizzazioni di esperti (per es., il consenso del comitato PPP con la revisione di pari esterni)

I PPP devono essere intesi come guide nell'assistenza al paziente, con un'enfasi particolare agli aspetti tecnici. Nell'applicazione di tale conoscenza, è essenziale tener presente che la vera eccellenza nella pratica medica viene raggiunta unicamente quando le competenze sono applicate in maniera tale che le esigenze del paziente siano prese nella massima considerazione. L'AAO è disponibile a fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica. (Codice di Etica dell'AAO).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Chirurgia Refrattiva (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Chiara Basiricò e Dott. Giuseppe Giannaccare
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi iniziale

- Stato della funzione visiva [A:III]
- Anamnesi oculare [A:III]
- Anamnesi sistemica [A:III]
- Farmaci [A :III]

Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva per lontano con e senza correzioni [A:III]
- Refrazione in libero gioco e se necessario in ciclopegia [A:III]
- Topografia corneale computerizzata [A:III]
- Misura dello spessore corneale centrale [A:III]
- Valutazione del film lacrimale e della superficie oculare [A:III]
- Valutazione del parallelismo e della motilità oculare [A:III]

Gestione

- Interrompere l'utilizzo delle lenti a contatto prima degli esami e delle procedure preoperatorie [A:III]
- Informare il paziente sui potenziali rischi, benefici e alternative delle varie procedure di chirurgia refrattiva [A:III]
- Fornire il consenso informato; al paziente dovrebbe essere data l'opportunità di avere una risposta a tutte le domande prima dell'intervento [A:III]
- Controllare e calibrare la strumentazione prima dell'intervento [A:III]
- Accertarsi dell'identità del paziente, dell'occhio da operare e che i parametri siano stati inseriti correttamente nel computer del laser [A:III]

Valutazione postoperatoria

- Il chirurgo é responsabile della gestione postoperatoria [A:III]
- Per le procedure che prevedono l'ablazione corneale superficiale, è consigliabile visitare il paziente il giorno seguente all'intervento e successivamente ogni due o tre giorni fino a quando l'epitelio non si sia completamente rimarginato [A:III]
- Per il LASIK senza complicanze, visitare entro le 36 ore successive all'intervento, effettuare una seconda visita da 1 a 4 settimane dopo l'intervento e ulteriori visite, se opportune [A:III]

Educazione del paziente

Discutere i rischi e i benefici della procedura pianificata con il paziente. [A:III] Gli argomenti della discussione comprendono i seguenti punti:

- Entità dei miglioramenti refrattivi attesi
- Errori refrattivi residui
- Eventuale correzione con lenti per lontano e per vicino dopo l'intervento
- Riduzione della acuità visiva massima nel tempo.
- Effetti collaterali e complicanze (per se., cheratiti infettive, cheratiti sterili, estasia corneale)
- Variazione della funzione visiva non necessariamente misurata mediante test dell'acuità visiva, compresi bagliori e funzionalità in condizioni di bassa luminosità
- Disturbi in condizioni scotopiche (per se., sensazioni di bagliori, aloni) sviluppati o peggiorati; particolare considerazione deve essere rivolta a questo aspetto per pazienti con alti gradi di ametropia o per individui che richiedono un alto livello di acuità visiva in condizioni di bassa luminanza
- Effetti sull'allineamento oculare
- Sintomi di occhio secco sviluppati o peggiorati
- Sindrome da erosione recidivante
- Limiti della chirurgia refrattiva relativamente a presbiopia e potenziale perdita dell'acuità visiva non corretta che accompagna la correzione della miopia
- Vantaggi e svantaggi della monovisione (per pazienti presbiti)
- Vantaggi e svantaggi delle tecniche di ablazione convenzionale e avanzata
- Vantaggi e svantaggi di una chirurgia refrattiva bilaterale nello stesso giorno rispetto a quella sequenziale. Poiché la visione potrebbe essere ridotta per un periodo successivo alla chirurgia refrattiva effettuata bilateralmente nello stesso giorno, il paziente dovrebbe essere informato che attività come la guida potrebbero non essere possibili per settimane.
- Può influenzare l'accuratezza predittiva nel calcolo della IOL per un successivo intervento di cataratta.
- Programmazione delle cure postoperatorie (definizione della terapia e dei responsabili delle cure)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014