

## 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 significativamente 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)

## Cirurgia Ceratorrefrativa (Avaliação Inicial e Seguimento)

Reviewed by Luiz Lima, MD

### Anamnese

- Estado atual da função visual [A:III]
- Antecedentes oculares [A:III]
- Antecedentes sistêmicos [A:III]
- Medicamentos [A:III]

### Exame Físico Inicial

- Acuidade visual para longe com e sem correção [A:III]
- Refração manifesta e, quando apropriado, sob cicloplegia [A:III]
- Topografia computadorizada da córnea [A:III]
- Medida da espessura corneana central [A:III]
- Avaliação do filme lacrimal e superfície ocular [A:III]
- Avaliação da motilidade ocular e alinhamento [A:III]

### Conduta

- Descontinuar o uso de lentes de contato antes do exame pré-operatório e do procedimento [A:III]
- Informar o paciente sobre os potenciais riscos, benefícios e alternativas à cirurgia entre os diferentes procedimentos refrativos [A:III]
- Documentar o processo de consentimento informado; pacientes devem ter a oportunidade de ter todas as suas perguntas respondidas antes da cirurgia [A:III]
- Checar e calibrar o instrumental antes do procedimento [A:III]
- O cirurgião deve confirmar a identidade do paciente, o olho a ser operado e se os parâmetros foram corretamente passados ao computador do laser [A:III]

### Cuidados Pós-Operatórios

- O cirurgião é responsável pelo seguimento pós-operatório [A:III]
- Para técnicas de ablação de superfície, é aconselhável o exame no dia seguinte e a cada 2 ou 3 dias até que o epitélio esteja cicatrizado [A:III]
- Para LASIK sem complicações, examinar dentro de 36 horas após a cirurgia, agendar uma segunda consulta 1 a 4 semanas após a cirurgia e visitas subsequentes conforme a necessidade [A:III]

### Educação do Paciente

Discutir os riscos e benefícios do procedimento planejado com o paciente. [A:III] Elementos a serem discutidos incluem o seguinte:

- Variação dos resultados refrativos esperados
- Erro refrativo residual
- Correção para leitura e/ou distancia após a cirurgia
- Redução da acuidade visual com melhor correção
- Efeitos colaterais e complicações (por exemplo, ceratite microbiana, ceratite estéril, ectasia corneana)
- Alterações na função visual não são necessariamente medidas por meio de teste de acuidade visual, incluindo glare (ofuscamento) e função visual sob condições de baixa luminosidade
- Desenvolvimento ou piora dos sintomas de visão noturna (por exemplo, glare (ofuscamento) e halos luminosos); consideração cuidadosa deve ser dada a este tema para pacientes com alto grau de ametropia ou indivíduos que necessitam de alto nível de função visual em condições de baixa luminosidade
- Efeito sobre o alinhamento ocular
- Desenvolvimento ou piora dos sintomas de olho seco
- Síndrome da erosão epitelial recorrente
- As limitações da cirurgia ceratorrefrativa com relação à presbiopia e a potencial perda de função visual sem correção para perto que acompanha a correção para miopia
- Vantagens e desvantagens da monovisão (para pacientes em idade de presbiopia)
- Vantagens e desvantagens da ablação convencional e da avançada
- Vantagens e desvantagens da cirurgia ceratorrefrativa bilateral no mesmo dia em comparação à cirurgia sequencial. Como a visão pode ser baixa por algum tempo após a ceratectomia fotorrefrativa bilateral realizada no mesmo dia, o paciente deve ser informado de que atividades como dirigir podem não ser possíveis por semanas.
- Pode influenciar a precisão dos cálculos para LIO para cirurgia de catarata subsequente
- Planejamento dos cuidados pós-operatórios (estabelecimento e distribuição de responsabilidade dos cuidados)