

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)

Glaucoma Primário de Ângulo Aberto (Avaliação Inicial)

Reviewed by Luiz Lima, MD

Anamnese (Elementos-chave)

- História ocular ^[A:III]
- História sistêmica ^[A:III]
- História familiar ^[A:II]
- Revisão do histórico pertinente ^[A:III]
- Avaliação do impacto da função visual nas atividades da vida diária ^[A:III]

Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Acuidade visual ^[A:III]
- Pupilas ^[B:II]
- Biomicroscopia do segmento anterior com lâmpada de fenda ^[A:III]
- Aferição da PIO ^[A:I]
- Espessura central da córnea ^[A:II]
- Gonioscopia ^[A:III]
- Avaliação da cabeça do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina com visualização estereoscópica ampliada ^[A:III]
- Documentação da morfologia da cabeça do nervo óptico por estereofotografia colorida ou por análise computadorizada da imagem ^[A:II]
- Avaliação fundoscópica (sob midríase, sempre que possível) ^[A:III]
- Avaliação do campo visual, de preferência por meio de perimetria automatizada estática de limiar ^[A:III]

Plano de Conduta Para os Pacientes nos quais o

Tratamento Está Indicado

- Definir uma PIO alvo inicial de pelo menos 25% menor do que a PIO antes do tratamento, assumindo que a pressão medida antes do tratamento contribuiu para lesão do nervo óptico ^[A:I]
- A PIO alvo é uma estimativa; todas as decisões de tratamento devem ser individualizadas de acordo com as necessidades do paciente ^[A:III]
- Terapia medicamentosa é, atualmente, a intervenção inicial mais comum para diminuir a PIO; considerar o equilíbrio entre os efeitos colaterais e a eficácia ao escolher uma terapia de eficácia e tolerância máximos para se atingir a redução da PIO desejada para cada paciente ^[A:III]
- Avaliar o paciente que está sendo tratado com medicamentos para glaucoma em relação à toxicidade e aos efeitos colaterais oculares e sistêmicos ^[A:III]
- A trabeculoplastia a laser pode ser considerada tratamento inicial em determinados pacientes ^[A:I]
- A cirurgia filtrante pode ser considerada tratamento inicial em determinados casos ^[A:I]

Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios para Pacientes Submetidos à Trabeculectomia a Laser

- O oftalmologista que realiza a cirurgia tem as seguintes responsabilidades:
 - Obter o termo de consentimento informado ^[A:III]
 - Assegurar que a avaliação pré-operatória confirma a necessidade de cirurgia ^[A:III]
 - Realizar pelo menos uma medição da PIO entre 30 minutos à 2 horas antes da cirurgia ^[A:I]
 - Exame de seguimento dentro das primeiras 6 semanas da cirurgia ou mais precocemente se houver preocupação com dano ao nervo óptico relacionado à PIO ^[A:III]

Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios para Pacientes Submetidos à Cirurgia Incisional de Glaucoma

- O oftalmologista que realiza a cirurgia tem as seguintes responsabilidades:
 - Obter o termo de consentimento informado ^[A:III]
 - Assegurar que a avaliação pré-operatória documenta adequadamente os achados clínicos e indicação para cirurgia ^[A:III]
 - Prescrever corticóides tópicos no período pós-operatório ^[A:III]
 - Exame de seguimento no primeiro dia de pós-operatório (12 a 36 horas após a cirurgia) e pelo menos uma vez durante as primeiras duas semanas ^[A:II]
 - Na ausência de complicações, realizar visitas pós-operatórias adicionais durante um período de 6 semanas ^[A:III]
 - Agendar visitas mais frequentes, conforme necessário, para pacientes com complicações pós-operatórias ^[A:III]
 - Tratamentos adicionais conforme necessário para aumentar as chances de um resultado satisfatório em longo prazo ^[A:III]

Educação do Paciente para Pacientes em Tratamento Medicamentoso

- Discutir diagnóstico, gravidade da doença, prognóstico e plano de tratamento, assim como possibilidade de que a terapia, uma vez iniciada, poderá ser necessária a longo prazo ^[A:III]
- Orientar sobre fechamento palpebral ou oclusão nasolacrimal quando os medicamentos tópicos são aplicados para redução da absorção sistêmica ^[B:II]
- Estimular que os pacientes alertem o oftalmologista sobre mudanças físicas ou emocionais que ocorram durante uso das medicações para glaucoma ^[A:III]

Glaucoma Primário de Ângulo Aberto (Exame de Seguimento)

Reviewed by Luiz Lima, MD

Anamnese

- História ocular no intervalo ^[A:III]
- História médica sistêmica no intervalo ^[B:III]
- Efeitos colaterais das medicações oculares ^[A:III]
- Frequência e última aplicação das medicações anti-glaucomatosas, assim como revisão do uso dos medicamentos ^[B:III]

Exame Físico

- Acuidade visual ^[A:III]
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda ^[A:III]
- Aferição da PIO ^[A:I]
- Avaliação da cabeça do nervo óptico e campo visual (ver tabela abaixo) ^[A:III]
- Medida da espessura central da córnea deve ser repetida após qualquer ocasião que possa alterá-la ^[A:II]

Plano de Conduta para Pacientes em Tratamento Clínico

- A cada exame, registro da dosagem e frequência do uso, discutir adesão ao regime terapêutico e reação do paciente às recomendações para alternativas de tratamento ou procedimentos diagnósticos. ^[A:III]
- Realizar gonioscopia se houver suspeita de fechamento angular, estreitamento da câmara anterior, anormalidades do ângulo da câmara anterior ou se houver uma mudança inexplicada na PIO. ^[A:III]
Realizar gonioscopia periodicamente (por exemplo, 1-5 anos). ^[A:III]

- Reavaliar o regime terapêutico se a PIO alvo não for alcançada e os benefícios da mudança na terapia superam os riscos. ^[A:III]
- Reduzir o valor da PIO alvo se houver progressão na alteração do disco óptico ou no campo visual. ^[A:III]
- Dentro de cada um dos intervalos recomendados, os fatores que determinam a frequência de avaliação incluem a gravidade do dano, a velocidade de progressão, o tanto que a PIO ultrapassa a PIO alvo, o número e a importância de outros fatores de risco para dano ao nervo óptico. ^[A:III]

Educação do Paciente

- Orientar sobre o processo da doença, fundamentos e objetivos das intervenções, estado da sua condição, assim como os riscos e benefícios relativos de tratamentos alternativos para que os pacientes possam participar de forma significativa no desenvolvimento de um plano de conduta apropriado. ^[A:III]
- Encaminhar e/ou estimular os pacientes com deficiência visual importante ou cegueira para o uso de reabilitação visual adequada e serviços sociais. ^[A:III]

Seguimento:

Diretrizes Recomendadas para Seguimento do Glaucoma com Avaliação do Nervo Óptico e do Campo Visual ^[B:III] *

PIO-alvo atingida	Progressão do dano	Duração do controle (meses)	Intervalo aproximado de seguimento (meses)**
Sim	Não	≤6	6
Sim	Não	>6	12
Sim	Sim	NA	1-2
Não	Sim	NA	1-2
Não	Não	NA	3-6

PIO = pressão intraocular; NA = não se aplica

* As avaliações consistem em exame clínico do paciente, incluindo a avaliação da cabeça do nervo óptico (com estereofoto colorida ou imagem computadorizada do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina periodicamente) e a avaliação por campo visual.

** Pacientes com lesão mais avançada ou maior risco de GPAA podem necessitar de avaliações mais frequentes. Esses intervalos são o máximo de tempo recomendado entre as avaliações.