



RESUMO DE REFERÊNCIAS PARA 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 específico para fornecer informações úteis 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 (AAO) 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 dadas uma classificação que mostra a força da evidência quando existe evidência suficiente.

Para classificar estudos individuais, é utilizado uma escala com base na Rede Escocesa Intercolegial de Diretrizes (*Scottish Intercollegiate Guideline Network - SIGN*). As definições e os níveis de evidência para avaliar estudos individuais são os seguintes:

- I ++: Alta qualidade de meta-análises, revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (ECR), ou ECR com um risco muito baixo de viés.
- I +: Meta-análises bem conduzida, revisões sistemáticas de ECR, ou ECR com um baixo risco de viés.
- I -: Meta-análises, revisões sistemáticas de ECR, ou ECR com um alto risco de viés.
- II ++: Alta qualidade de revisões sistemáticas de estudos de caso-controle ou coorte; caso-controle ou estudos de coorte de alta qualidade com um baixo risco de confusão ou viés e uma alta probabilidade de que a relação seja causal.
- II +: Caso-controle ou estudos de coorte bem conduzidos com um baixo risco de confusão ou viés e uma probabilidade moderada de que a relação seja causal.
- II -: Caso-controle ou estudos de coorte com um alto risco de confusão ou viés e um risco significativo de que a relação não seja causal.
- III: Estudos não analíticos (por exemplo: relatos de casos e séries de casos).

As recomendações para tratamento são formadas com base no grupo de evidências. O grupo de evidências de classificação da qualidade é definido pela Classificação da Análise de Recomendações, Desenvolvimento e Avaliação (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE*), da seguinte forma:

- Qualidade boa (QB): É muito improvável que uma pesquisa mais avançada mude nossa confiabilidade sobre a estimativa do efeito.
- Qualidade moderada (QM): Uma pesquisa mais avançada é susceptível de ter um impacto importante com relação a nossa confiabilidade sobre a estimativa do efeito, podendo alterá-la.
- Qualidade insuficiente (QI): É muito provável que uma pesquisa mais avançada tenha um impacto importante com relação a nossa confiabilidade sobre a estimativa do efeito, existindo uma predisposição em alterá-la; qualquer estimativa sobre o efeito é muito incerta.

RESUMO DE REFERÊNCIAS PARA DIRETRIZES DOS PADRÕES DE PRÁTICAS PREFERENCIAIS®

Introdução (continuada)

As principais recomendações para tratamentos são definidas pela GRADE, da seguinte forma:

- Forte recomendação (FR): Usada quando os efeitos desejáveis de uma intervenção superam claramente os efeitos indesejáveis, ou quando claramente não superam.
- Recomendação discricionária (RD): Usada quando as trocas são menos certas, seja por causa das evidências de baixa qualidade ou porque as evidências sugerem que os efeitos desejáveis e indesejáveis estejam intimamente equilibrados.

Nos PPPs anteriores a 2011, o painel classifica as recomendações 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 den comitês/organizações especializados (por exemplo: consenso do painel PPP com revisão por pares externa).

Esta antiga abordagem, no entanto, acabará por ser eliminada devido a Academia ter adotado os sistemas de classificação e avaliação SIGN e GRADE.

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 de Seguimento)

Anamnese (Elementos-chave)

- Estado atual da função visual. [A:III]
- Histórico ocular. [A:III]
- Histórico sistêmico. [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 de Tratamento

- 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).

Notificação Legal Sobre A Tradução Do Resumo Benchmark

Esta publicação é uma tradução de uma edição da American Academy of Ophthalmology (Academia Americana de Oftalmologia) intitulada Resumo Benchmarks. Esta tradução reflete a prática vigente nos Estados Unidos da América na data de sua publicação original pela Academia e pode incluir algumas modificações que refletem as práticas nacionais. A American Academy of Ophthalmology não traduziu esta publicação para a linguagem utilizada e declina qualquer responsabilidade por quaisquer modificações, erros, omissões ou outras possíveis falhas na tradução. A Academia fornece este material apenas para fins educacionais. Não se destina a representar o único ou o melhor método ou procedimento em todos os casos, ou substituir o próprio parecer do médico ou ainda dar conselhos específicos para a gestão de casos. Incluir todas as indicações, contra-indicações, efeitos secundários e agentes alternativos para cada medicamento ou tratamento está fora do âmbito deste material. Todas as informações e recomendações devem ser verificadas antes do uso, com as informações atuais incluídas nos folhetos informativos dos fabricantes ou outras fontes independentes e consideradas à luz do estado e histórico do paciente. A Academia renuncia especificamente a toda e qualquer responsabilidade por lesões ou outros danos de qualquer tipo, sendo por negligência ou de qualquer outra forma, por qualquer e por todas as reivindicações que possam surgir a partir do uso de quaisquer recomendações ou outras informações aqui contidas.

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein