

SUMAR DE REFERINȚĂ AL GHIDULUI PENTRU ABORDAREA CLINICĂ DE PREFERAT

Introducere

Acesta e sumarul de referință pentru ghidul de recomandări privind abordarea clinică de preferat (Preferred Practice Pattern - PPP) al Academiei Americane de Oftalmologie (AAO). Seria de ghiduri PPP a fost scrisă având la baza 3 principii:

- Fiecare PPP trebuie să fie relevant clinic și îndeajuns de specific încât să ofere date utile celor care îl utilizează.
- Fiecărei recomandări date trebuie să îi fie acordat un anumit scor de evaluare (rating), care să arate importanța procesului de îngrijire.
- Fiecărei recomandări trebuie să-i fie acordat un anumit scor de evaluare (rating), care să demonstreze tăria dovezii ce sprijină recomandarea și să arate totodată cea mai bună dovadă disponibilă.

Abordarea clinică de preferat (PPP) oferă îndrumare pentru modelul de practică, dar nu și pentru îngrijirea individuală specifică. Chiar dacă recomandările pot îndeplini în general nevoile pacienților, nu pot îndeplini cel mai bine nevoile tuturor pacienților. Respectarea acestor ghiduri nu va asigura cel mai bun rezultat în orice situație. Aceste modele de practică nu trebuie să fie considerate exclusive pentru sistemul medical, putând exista și alte metode de diagnostic, sau tratament care pot avea rezultate bune. Poate fi necesar să abordăm diferit nevoile pacienților. Medicul trebuie să ia ultima hotărâre în ceea ce privește îngrijirea unui pacient, ținând cont de circumstanțele fiecăruia. Academia Americană de Oftalmologie este disponibilă să asiste la rezolvarea problemelor etice care pot rezulta în urma acestui curs de practică oftalmologică.

Ghidul de abordare clinică de preferat (PPP) nu reprezintă standardul medical care trebuie aplicat tuturor cazurilor individuale. Academia nu-și asumă responsabilitatea pentru orice vătămare sau daună de vreun fel, pentru neglijență sau pentru oricare revendicare, ce poate rezulta din aplicarea recomandărilor sau a altor informații dintre cele oferite în ghidul de față.

Pentru fiecare patologie majoră, recomandările procesului de îngrijire incluzând antecedentele, examenul fizic, testele auxiliare sunt rezumate alături de recomandările cele mai importante pentru managementul îngrijirii, urmărirea și educarea pacientului. Pentru fiecare PPP sunt conduse cercetări detaliate în literatura de specialitate, în PubMed și Cochrane Library pentru articole în limba engleză. Rezultatele sunt verificate de către o comisie de experți și sunt folosite pentru a pregăti recomandările, care sunt evaluate în funcție de nivelul de dovezi, atunci când există suficiente dovezi.

Pentru a evalua studiile individuale este folosită scala Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Definițiile și nivelul de dovezi pentru evaluarea studiilor individuale sunt următoarele:

- I++: Meta-analize de calitate înaltă, revizuiți sistematice ale studiilor de control randomizate (RCT-uri), sau RCT-uri cu un risc foarte scăzut de părtinire
- I+: Meta-analize bine-conduse, revizuiți sistematice ale RCT-urilor, sau RCT-uri cu un risc foarte scăzut de părtinire
- I-: Meta-analize, revizuiți sistematice ale RCT-urilor, sau RCT-uri cu un risc crescut de părtinire
- II++: Revizuiți sistematice de calitate înaltă ale studiilor de tip caz-martor sau de cohortă, cu un risc foarte scăzut de părtinire sau intricare și o probabilitate mare ca relația să fie cauzală
- II+: Studii caz-martor bine-conduse sau de cohortă cu un risc scăzut de părtinire sau intricare și o probabilitate moderată ca relația să fie cauzală
- II-: Studii de tip caz-martor sau de cohortă cu un risc înalt de părtinire sau intricare și cu un risc semnificativ ca relația să nu fie cauzală
- III: Studii non-analitice (ex., studii de caz, serii de cazuri)

Recomandările de îngrijire sunt realizate după nivelul de evidență. Calitatea nivelului de evidență este definită de „Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation” (GRADE) după cum urmează:

- Calitate bună (GQ): Cercetarea ulterioară este puțin probabilă să schimbe încrederea noastră în estimarea efectului
- Calitate moderată (MQ): Cercetarea ulterioară este probabilă să aibă un impact important asupra încrederii noastre în estimarea efectului și poate modifica estimările
- Calitate insuficientă (IQ): Cercetarea ulterioară este foarte probabilă de a avea un impact important asupra încrederii noastre în estimarea efectului și este posibilă modificarea estimărilor; orice estimare a efectului este foarte nesigură



SUMAR DE REFERINȚĂ AL GHIDULUI PENTRU ABORDAREA CLINICĂ DE PREFERAT

Introducere (continuare)

Recomandările esențiale de îngrijire sunt definite de GRADE după cum urmează:

- Recomandări puternice (SR): Folosite atunci când efectele dorite ale intervenției depășesc clar efectele nedorite sau nu există
- Recomandări discreționare (DR): Folosite atunci când compromisurile sunt mai puțin sigure - fie din cauza calității scăzute a nivelului de evidență, fie nivelul de evidență sugerează că atât efectele dorite cât și cele nedorite sunt echilibrate

În PPP-urile înainte de 2011, comisia evalua fiecare recomandare raportându-se la importanța sa, în procesul de îngrijire. Această evaluare a „importanței procesului de îngrijire” reprezintă modul în care comisia consideră că poate îmbunătăți semnificativ calitatea îngrijirii pacientului. Această evaluare a importanței este împărțită pe 3 niveluri.

- Nivelul A, definit ca fiind cel mai important
- Nivelul B, definit ca fiind moderat important
- Nivelul C, definit ca relevant, dar nu critic.

De asemenea, comisia evalua fiecare recomandare în funcție de tăria dovezilor existente în literatura de specialitate pentru a susține recomandarea făcută. Aceasta evaluare este de asemenea împărțită pe 3 niveluri.

- Nivelul I include dovezi obținute de la cel puțin un studiu randomizat, controlat și bine realizat. Acesta poate include meta-analize ale studiilor randomizate controlate.
- Nivelul II include dovezi obținute de la următoarele:
 - Studii controlate, bine realizate, nerandomizate
 - Studii analitice de cohortă sau caz control bine realizate, de preferință de la mai mult de un centru
 - Serii de cazuri realizate în mai multe momente, cu sau fără intervenție
- Nivelul III include dovezi obținute de la următoarele:
 - Studii descriptive
 - Cazuri raportate
 - Rapoarte ale comisiilor de experți

Această clasificare nu se va mai folosi întrucât AAO va folosi doar sistemele GRADE și SIGN.

Modelele de abordare clinică de preferat sunt destinate pentru a servi drept ghiduri în îngrijirea pacientului, punându-se accent pe aspectele tehnice. În aplicarea acestor cunoștințe, este esențial să recunoaștem că, adevărata excelență medicală este realizată numai atunci când abilitățile medicale sunt aplicate, în așa fel încât nevoile pacientului sunt pe primul plan. AAO este disponibilă pentru a asista membrii săi în rezolvarea dilemelor etice care apar în timpul practicii de zi cu zi (Codul de Etică AAO).

Ambliopia (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Semne și simptome oculare
- Istoricul afecțiunilor oculare
- Istoric sistemic, greutate la naștere, vârsta gestațională, istoric prenatal și perinatal, spitalizări anterioare și operații precum și starea generală de sănătate și dezvoltare
- Antecedente heredocolaterale privind afecțiunile oculare și boli sistemice relevante

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Reflex roșu binocular (Test Brückner)
- Testarea binocularității/ stereoscopiei
- Măsurarea acuității vizuale și evaluarea fixației
- Alinierea binoculară și motilitatea oculară
- Retinoscopie cu cicloplegie/ refracție subiectivă atunci când este indicat
- Examenul fundului de ochi

Conduita terapeutică

- Tratamentul trebuie încercat în cazul tuturor copiilor cu ambliopie, indiferent de vârstă
- Alegerea tratamentului trebuie să fie dictată de vârsta pacientului, nivelul acuității vizuale, aderența și răspunsul la tratamentele anterioare și statusul fizic, psihologic și social
- Scopul tratamentului este obținerea unei acuități vizuale egale între cei doi ochi
- Când acuitatea vizuală maximă a fost obținută, tratamentul trebuie redus și eventual oprit

Urmărire

- Controlul trebuie să includă:
 - Istoricul afecțiunii în perioada dintre consultația inițială și control
 - Evaluarea complianței la planul de tratament
 - Efecte adverse ale tratamentului
 - Măsurarea acuității vizuale
- Primul control trebuie efectuat la 2-3 luni după inițierea tratamentului
- Intervalul de timp dintre consultația inițială și control poate să fie modificat în funcție de intensitatea tratamentului și vârsta pacientului
- Este necesară monitorizarea continuă a pacientului deoarece aproape 25% din pacienții tratați cu succes prezintă o recurență în primul an după oprirea tratamentului

Educarea pacientului

- Diagnosticul, severitatea afecțiunii, prognosticul și tratamentul trebuie discutate cu pacientul, părinții și/sau aparținătorii pacientului
- Afecțiunea trebuie explicată familiei, iar aceasta trebuie să participe la realizarea planului de tratament.

Esotropia (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Semne și simptome oculare
- Istoricul afecțiunii oculare (debut, frecvența deviației, prezența sau absența diplopiei, prezența strabismului, închiderea unui ochi sau alte simptome vizuale)
- Istoric sistemic, greutate la naștere, vârsta gestațională, istoric prenatal și perinatal, spitalizări anterioare și operații precum și starea generală de sănătate și dezvoltare
- Antecedente heredocolaterale (strabism, ambliopie, tipul ochelarilor și istoricul purtării acestora, intervenții la nivelul mușchilor extraoculari, afecțiuni genetice)
- Istoric social (ultimul nivel școlar absolvit, dificultăți de învățare, probleme de comportament, probleme de integrare socială)

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Măsurarea corecției proprii pe ochelari cu un lensmetru
- Alinierea binoculară la distanță și la aproape în poziție primară, elevație și depresie precum și în pozițiile orizontale, dacă este posibil; dacă pacientul poartă ochelari, testarea trebuie efectuată cu corecția proprie
- Evaluarea funcției mușchilor extraoculari (ducții și versii, incluzând pozițiile compensatorii din sindroamele alfabetice în "A" și "V")
- Detectarea nistagmusului latent sau manifest
- Teste senzoriale, incluzând fuziunea și stereoacuitatea
- Retinoscopie cu cicloplegie/ refracție
- Examenul fundului de ochi
- Testarea nistagmusului optokinetic monocular și binocular pentru asimetria mișcării de urmărire nazal-temporală

Conduita terapeutică

- Toate formele de esotropie trebuie tratate, iar alinierea binoculară trebuie restabilită cât mai precoce

- Prescrierea lentilelor de corecție se face pentru toate viciile de refracție clinic semnificative ca metodă inițială de tratament
- În cazul în care ochelarii și tratamentul ambliopiei sunt ineficiente în realizarea alinierii oculare, este indicată corecția chirurgicală
- Tratamentul ambliopiei trebuie inițiat înainte de intervenția chirurgicală întrucât tratamentul chirurgical al esotropiei în prezența unei ambliopii moderat-severe are o rată de succes scăzută comparativ cu cazurile fără ambliopie sau cu ambliopie ușoară

Urmărire

- Evaluările periodice sunt necesare datorită riscului de apariție a ambliopiei (cu pierderea vederii binoculare) și datorită recurenței
- Controlul trebuie efectuat la interval de 4-6 luni pentru copiii cu o bună aliniere oculară, fără ambliopie
- Frecvența controalelor se poate reduce pe măsură ce copilul crește
- Frecvența controalelor poate fi redusă odată cu creșterea copilului
- Pacienții cu hipermetropie trebuie să fie evaluați cel puțin o dată pe an, iar în cazul în care aceștia prezintă scăderea acuității vizuale sau creșterea unghiului de deviație, frecvența controalelor trebuie crescută
- Repetarea refracției cu cicloplegie este indicată atunci când esotropia nu este corectată prin corecția optică prescrisă la prima consultație sau în cazul recidivei după intervenția chirurgicală

Educarea pacientului

- Afecțiunea trebuie explicată pacientului și familiei, iar aceasta din urmă trebuie să participe la realizarea planului de tratament.
- Planul de tratament trebuie elaborat în acord cu pacientul și familia acestuia

Exotropia (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Semne și simptome oculare
- Istoricul afecțiunii oculare (debut, frecvența deviației, prezența sau absența diplopiei, prezența strabismului, închiderea unui ochi sau alte simptome vizuale)
- Istoric sistemic, greutate la naștere, vârsta gestațională, istoric prenatal și perinatal, spitalizări anterioare și operații precum și starea generală de sănătate și dezvoltare
- Antecedente heredocolaterale (strabism, ambliopie, tipul ochelarilor și istoricul purtării acestora, intervenții la nivelul mușchilor extraoculari, afecțiuni genetice)
- Istoric social (ultimul nivel școlar absolvit, dificultăți de învățare, probleme de comportament, probleme de integrare socială)

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Teste senzoriale, incluzând fuziunea și stereoacuitatea
- Măsurarea corecției proprii pe ochelari cu un lensmetru
- Alinierea binoculară la distanță și la aproape în poziție primară, elevație și depresie precum și în pozițiile orizontale, dacă este posibil; dacă pacientul poartă ochelari, testarea trebuie efectuată cu corecția proprie
- Evaluarea funcției mușchilor extraoculari (ducții și versii, incluzând pozițiile compensatorii din sindroamele alfabetice în "A" și "V")
- Detectarea nistagmusului latent sau manifest
- Retinoscopie cu cicloplegie/ refracție
- Examenul fundului de ochi
- Testarea nistagmusului optokinetic monocular și binocular pentru asimetria mișcării de urmărire nazal-temporală

Conduita terapeutică

- Toate formele de exotropie trebuie monitorizate, iar unele dintre ele vor necesita tratament
- Copiii cu exotropie intermitentă și un bun control al fuziunii se pot monitoriza, fără să fie necesară o intervenție chirurgicală
- Deviațiile permanente sau prezente în majoritatea timpului necesită tratament
- Prescrierea lentilelor de corecție se face pentru toate viciile de refracție clinic semnificative ce cauzează scăderea vederii la unul sau ambii ochi
- Terapia optimă pentru exotropie, beneficiul pe termen lung al corecției chirurgicale precoce, beneficiile chirurgiei bilaterale versus unilaterale nu sunt încă bine stabilite
- Ambliopia nu este frecventă la pacienții cu exotropie intermitentă însă trebuie tratată atunci când este prezentă

Urmărire

- Frecvența controalelor este dictată de vârsta pacientului, de acuratețea măsurării acuității vizuale și de gradul de control al deviației
- Copiii cu exotropie intermitentă, fără ambliopie și cu un bun control al fuziunii sunt reexaminați la interval de 6-12 luni
- De la vârsta de 7-10 ani, frecvența controalelor poate fi redusă
- Evaluarea trebuie să includă: frecvența deviației, aderența la tratament (dacă există), determinarea motilității oculare și reînnoirea corecției refractive, dacă este necesar

Educarea pacientului

- Afecțiunea trebuie explicată pacientului și familiei, iar aceasta din urmă trebuie să participe la realizarea planului de tratament.
- Planul de tratament trebuie elaborat în acord cu pacientul și familia

Actul de disociere de răspundere al traducerii pentru Rezumatele de Referință

Această publicație este o traducere a materialului Academiei Americane de Oftalmologie intitulat "Summary Benchmarks - Rezumate de Referință". Această traducere reflectă practica curentă în S.U.A. așa cum a fost inițiată în publicația originală a Academiei, dar poate include anumite modificări ce țin de specificul practicilor naționale. Academia Americană de Oftalmologie nu a tradus această publicație în limba de referință și se disociază de responsabilitatea oricăror modificări, erori, omisiuni sau alte posibile greșeli în traducere. Academia oferă acest material exclusiv în scop educațional. Rezumatele de referință nu se pretind a reprezenta singura sau cea mai bună metodă sau procedură în fiecare caz, nici că pot înlocui propria capacitate de decizie a medicului curant și nici că oferă recomandări specifice pentru managementul anumitor cazuri. Includerea tuturor indicațiilor, contraindicațiilor, efectelor secundare și a alternativelor pentru fiecare medicament sau tratament este dincolo de scopul acestui material. Toate informațiile și recomandările trebuie să fie verificate, înainte de a fi utilizate, în concordanță cu informațiile curente incluse în prospectele producătorilor sau oferite de către alte surse independente și interpretate în contextul specific oferit de istoricul și starea pacientului. Academia se disociază în mod specific de orice răspundere pentru răni sau alte daune, prin neglijență sau prin alte mijloace, și de orice revendicare ce ar putea proveni din utilizarea oricărei recomandări sau indicații conținute în acest material.

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.