



AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY
Protecting Sight. Empowering Lives.

RESUMO DAS DIRETRIZES DOS PADRÕES DE PRÁTICAS PREFERENCIAIS® (RETINA)

Reviewed by Luiz Lima, MD

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 Intercollegial 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.

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).

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 de 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

Degeneração Macular Relacionada à Idade (*Avaliação Inicial, Seguimento*)

Anamnese (Elementos-chave)

- Sintomas (metamorfopsia, redução da visão). (*II-, QB, FR*)
- Medicações e suplementos nutricionais. (*II+, QB, FR*)
- Histórico ocular. (*II+, QB, FR*)
- Histórico sistêmico (qualquer reação de hipersensibilidade).
- Histórico familiar, principalmente histórico familiar de DMRI. (*II+, QB, FR*)
- Antecedentes pessoais, principalmente tabagismo. (*III, QB, FR*)

Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Acuidade visual. (*II++, QB, FR*)
- Exame biomicroscópico da mácula. (*III, QB, FR*)

Exames Complementares

A tomografia de coerência óptica é importante no diagnóstico e no tratamento da DMRI, especialmente no que diz respeito a determinação da presença de fluido sub-retiniano e em documentar o grau de espessamento da retina. (*III, QB, FR*) Essa tomografia define a arquitetura transversal da retina de tal maneira que nenhuma outra tecnologia de imagem permite. Pode revelar a presença de fluido que não é aparente à biomicroscopia somente. Também, auxilia na avaliação da resposta da retina e no epitélio pigmentar retiniano (EPR) quanto a terapia, permitindo que as mudanças estruturais sejam seguidas com precisão. (*II+, QB, FR*)

Na prática clínica, a angiofluoresceinografia intravenosa para a DMRI está indicada:

- quando o paciente se queixa de metamorfopsia recente;
- quando o paciente apresenta turvação visual inexplicada;
- quando o exame clínico revela elevação do EPR ou da retina, hemorragia subretiniana, exsudatos duros ou fibrose subretiniana; (*II-, QB, FR*)
- para detectar a presença e determinar a extensão, tipo, tamanho e localização da neovascularização da coróide (NVC), assim como calcular o percentual da lesão composta por NVC clássica; (*III, QI, RD*)
- para orientar o tratamento (fotocoagulação a laser ou PDT com verteporfirina); (*III, QI, RD*)
- para detectar NVC persistente ou recorrente após o tratamento; (*III, QI, RD*)
- para ajudar a determinar a causa de perda visual que não é explicada pelo exame clínico. (*III, QI, RD*)

Cada serviço com angiografia deve ter um plano assistencial ou um plano de emergência, assim como um protocolo para minimizar os riscos e conduzir quaisquer complicações. (*III, QB, FR*)

Histórico Clínico no Exame de Seguimento

- Sintomas visuais, incluindo diminuição da visão e metamorfopsia. (*II-, QB, FR*)
- Mudanças nas medicações e suplementos nutricionais. (*III, QB, FR*)

- Mudança no histórico ocular e sistêmico. (*II+, QB, FR*)
- Mudanças no histórico social, principalmente tabagismo. (*III, QB, FR*)

Exame Físico de Seguimento

- Acuidade visual. (*III, QB, FR*)
- Exame de biomicroscopia de fundo estéreó. (*III, QB, FR*)

Acompanhamento após Tratamento para DMRI Neovascular

- Examinar os pacientes tratados com injeções intravítreas de Aflibercepte, Bevacizumabe, ou Ranibizumabe por aproximadamente quatro semanas após o tratamento. (*III, QB, FR*)
- Examinar e realizar a angiofluoresceinografia pelo menos a cada três meses, até que esteja estável após a verteporfirina PDT.
- Examinar os pacientes tratados com fotocoagulação a laser térmico via angiofluoresceinografia entre aproximadamente duas e quatro semanas depois do tratamento e, em seguida, entre quatro e seis semanas. (*III, QB, FR*)
- Exames subsequentes de tomografia de coerência ótica (OCT) e angiofluoresceinografia devem ser realizados como indicado, dependendo do quadro clínico. (*III, QB, FR*)

Educação do Paciente

- Orientar os pacientes sobre o prognóstico e a importância do tratamento para a sua condição ocular e funcional. (*III, QB, FR*)
- Incentivar os pacientes com DMRI inicial a realizarem regularmente exame sob midríase para a detecção precoce da DMRI intermediária.
- Educar pacientes com DMRI de alto risco sobre métodos de detecção de novos sintomas de NVC e sobre a necessidade de consulta imediata com um oftalmologista. (*III, QB, FR*)
- Instruir os pacientes com doença unilateral para monitoramento da visão do olho contralateral e para realização de retornos periódicos, mesmo na ausência de sintomas, e imediatos após o início de sintomas visuais novos ou significativos. (*III, QB, FR*)
- Instruir os pacientes a reportarem imediatamente sintomas sugestivos de endoftalmite, incluindo dor ocular ou aumento do desconforto, aumento da hiperemia ocular, turvação ou redução da visão, aumento da sensibilidade à luz, ou aumento do número de moscas volantes. (*III, QB, FR*)
- Incentivar pacientes tabagistas a pararem de fumar, porque há dados observacionais que sustentam uma relação causal entre o tabagismo e a DMRI, além de outros importantes benefícios para a saúde associados à cessação do tabagismo. (*I++, QB, FR*)
- Encaminhar os pacientes com a função visual reduzida para reabilitação visual (ver: www.aao.org/smart-sight-low-vision) e serviços sociais. (*III, QB, FR*)

Degeneração Macular Relacionada à Idade (*Recomendações de Conduta*)
Recomendações de Tratamento e Planos de Seguimento para Degeneração Macular Relacionada à Idade

Tratamento Recomendado	Diagnósticos Elegíveis Para Tratamento	Recomendações De Seguimento
Observação sem tratamento clínico ou cirúrgico.	Sem sinais clínicos de DMRI (categoria 1 do AREDs). DMRI inicial (categoria 2 do AREDs). DMRI avançada com atrofia geográfica subfoveal bilateral ou cicatrizes disciformes.	Conforme recomendado na Avaliação Ocular Médica do Adulto PPP Exame de retorno entre 6 e 24 meses se assintomático ou exame imediato em caso de novos sintomas sugestivos de NVC. TCO, angiografia fluoresceínica ou retinografia quando indicado. Exame de retorno entre 6 e 24 meses se assintomático ou exame imediato em caso de novos sintomas sugestivos de NVC. Retinografia ou angiografia fluoresceínica quando indicado.
Vitamina antioxidante e suplementos minerais conforme recomendado nos estudos AREDs e AREDs 2.	DMRI intermediária (categoria 3 do AREDs). DMRI avançada unilateral (categoria 4 do AREDs).	Monitoramento de visão monocular para perto (leitura / tela de Amsler). Exame de retorno entre 6 e 24 meses se assintomático ou exame imediato em caso de novos sintomas sugestivos de NVC. Retinografia e/ou autofluorescência de fundo quando indicado. Angiofluoresceinografia e/ou TCO se houver evidência de NVC.
Injeção intravítrea de Aflibercepte 0,2 mg conforme descrito em estudos publicados.	NVC macular.	Os pacientes devem ser orientados a relatar imediatamente quaisquer sintomas sugestivos de endoftalmite, incluindo dor ocular ou aumento do desconforto, piora da hiperemia ocular, turvação ou redução da visão, aumento da sensibilidade à luz, ou aumento do número de moscas volantes. Exame de retorno em aproximadamente 4 semanas após o procedimento iniciado; seguimento subsequente depende dos achados clínicos e da avaliação do oftalmologista assistente. A cada 8 semanas deverá ser apresentado um regime de tratamento de manutenção para ter resultados comparáveis aos intervalos de 4 semanas durante o primeiro ano de tratamento. Monitoramento de visão monocular para perto (leitura / tela de Amsler).
Injeção intravítrea de Bevacizumabe 1,25 mg conforme descrito em estudos publicados. O oftalmologista deve fornecer termo de consentimento informado considerando o status <i>off-label</i> .	NVC macular.	Os pacientes devem ser orientados a relatar imediatamente quaisquer sintomas sugestivos de endoftalmite, incluindo dor ocular ou aumento do desconforto, piora da hiperemia ocular, turvação ou redução da visão, aumento da sensibilidade à luz, ou aumento do número de moscas volantes. Exame de retorno em aproximadamente 4 semanas após o procedimento; seguimento subsequente depende dos achados clínicos e da avaliação do oftalmologista assistente. Monitoramento de visão monocular para perto (leitura / tela de Amsler).
Injeção intravítrea de Ranibizumabe 0,5 mg conforme recomendado no boletim Ranibizumabe.	NVC macular.	Os pacientes devem ser orientados a relatar imediatamente quaisquer sintomas sugestivos de endoftalmite, incluindo dor ocular ou aumento do desconforto, piora da hiperemia ocular, turvação ou redução da visão, aumento da sensibilidade à luz, ou aumento do número de moscas volantes. Exame de retorno em aproximadamente 4 semanas após o procedimento; seguimento subsequente depende dos achados clínicos e da avaliação do oftalmologista assistente. Monitoramento de visão monocular para perto (leitura / tela de Amsler).
PDT com verteporfirina conforme recomendado nos estudos TAP e VIP.	NVC macular, nova ou recorrente, quando o componente clássico for >50% da lesão e a lesão inteira for ≤ 5400 micras no maior diâmetro linear. NVC oculta pode ser considerada para PDT se visão <20/50 ou se a NVC for <4 áreas de disco do MPS quando a visão for >20/50. Justafoveal NVC é uma indicação <i>off-label</i> para PDT, mas pode ser considerado em casos específicos.	Exame de retorno aproximadamente a cada 3 meses até a estabilização com retratamentos quando indicado. Monitoramento de visão monocular para perto (leitura / tela de Amsler).
Cirurgia por fotocoagulação térmica a laser conforme recomendado no estudo MPS.	Pode ser considerado para NVC clássica extrafoveal, nova ou recorrente. Pode ser considerada para NVC justapapilar.	Exame de retorno com angiofluoresceinografia aproximadamente entre 2 e 4 semanas após o tratamento, depois entre 4 e 6 semanas e subsequentemente dependendo dos achados clínicos e angiográficos. Retratamento quando indicado. Monitoramento de visão monocular para perto (leitura / tela de Amsler).

DMRI = Degeneração Macular Relacionada à Idade; AREDs = Estudo da Doença Ocular Relacionada à Idade; NVC = neovascularização da coróide; MPS = Estudo da Doença Ocular Relacionada à Idade; NVC = Neovascularização da Coróide; MPS = Estudo da Fotocoagulação; TCO = Tomografia de Coerência Óptica; PDT = Terapia Fotodinâmica; TAP = Tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade com Terapia Fotodinâmica; VIP = Verteporfirina na Terapia Fotodinâmica