AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY
The Eye M.D. Association

BURACO MACULAR IDIOPÁTICO
RESUMO DAS DIRETRIZES DO PADRÃO DE PRÁTICA PREFERENCIAIS

Introdução:

Estes são os pontos de referência para as diretrizes do Padrão de Prática Preferenciais® (PPP) da Academia. A série de diretrizes do Padrão de Prática Preferencial foi escrita com base em três princípios.

- Cada padrão de prática preferencial deverá ser clinicamente relevante e específico para fornecer informações úteis para os profissionais.
- Para cada recomendação deve ser feita uma avaliação que mostre a sua importância no processo de cuidar.
- Para cada recomendação deve ser feita uma avaliação, mostrando a força da evidência que sustenta a recomendação e que reflita a melhor evidência disponível.

Os Padrões de Prática Preferenciais proporcionam um guia para um padrão da prática e não especificamente para o atendimento de um determinado indivíduo. Embora estes padrões geralmente devam suprir as necessidades da maioria dos pacientes, eles não podem suprir da melhor forma as necessidades de todos os pacientes. A adesão a este Padrão de Prática Preferencial não garante o êxito em todas as situações. Estes padrões de prática não devem ser considerados inclusivos de todos os métodos adequados de cuidado ou exclusivos de outros métodos de cuidado razoavelmente voltados para a obtenção dos melhores resultados. Pode ser necessário abordar necessidades distintas dos pacientes de diversas maneiras. 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 disponível para auxiliar os seus membros em resolver dilemas éticos que surjam no decorrer da prática oftalmológica.

As diretrizes do Padrão de Prática 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, uma pesquisa detalhada de artigos na língua Inglesa no PubMed e na Biblioteca Cochrane é realizada. Os resultados são revisados por um painel de especialistas e são usados para o preparo de recomendações, as quais são avaliadas de duas maneiras.

O painel inicialmente avalia cada recomendação de acordo com sua importância no processo de assistência. Esta classificação da "importância do processo de assistência" representa a assistência que o painel considerou que melhoraria a qualidade do cuidado do paciente de uma maneira significativa. As classificações de importância são divididas em três níveis.

- Nivel A, definido como o mais importante
- Nível B, definido como moderadamente importante
- Nível C, definido como relevante, mas não fundamental

O painel também avaliou 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. Pode incluir meta-análise de estudos controlados e randomizados.
- O Nível II inclui evidência obtida 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
    - Série de tempo múltiplo 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 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 disponível para auxiliar os membros na resolução de dilemas éticos que surjam no decorrer da prática. (Código de Ética da AAO)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, Portuguese translation June 2011

Buraco Macular Idiopático (Avaliação Inicial e Tratamento)

Anamnese (Elementos-chave)

- Duração dos sintomas [A:III]
- História ocular: glaucoma ou outras doenças oculares prévias, lesões, cirurgia ou outros tratamentos; exposição prolongada ao sol [A:III]
- Medicamentos que podem estar relacionados a cistos macular [A:III]

Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Acuidade visual [A:III]
- Exame de biomicroscopia da mácula e da interface vítreo-retiniana, usando-se a lâmpada de fenda [A:III]

Recomendações de Conduta para Buraco Macular

Estágio	Conduta	Seguimento [A:III]
1-A	Observação [A:II]	Retorno imediato em caso de novos sintomas A cada de 4-6 meses na ausência de sintomas
1-B	Observação [A:II]	Retorno imediato em caso de novos sintomas A cada 4-6 meses na ausência de sintomas
2	Cirurgia [A:II] *	1 a 2 dias após a cirurgia, e após, 1 a 2 semanas Tempo e freqüência das visitas subseqüentes variam dependendo do resultado da cirurgia e dos sintomas do paciente Se nenhuma cirurgia, a cada 4 a 8 meses
3	Cirurgia [A:I]	1 a 2 dias após a cirurgia, em após, 1 a 2 semanas Tempo e freqüência das visitas subseqüentes variam dependendo do resultado da cirurgia e dos sintomas do paciente
4	Cirurgia [A:I]	1 a 2 dias após a cirurgia, e após, 1 a 2 semanas Tempo e freqüência das visitas subseqüentes variam dependendo do resultado da cirurgia e dos sintomas do paciente

* Embora a cirurgia seja geralmente realizada, observação também é adequado.

Cirurgia e Cuidados Pós-Operatórios para Pacientes que Receberam Tratamento

- Informar o paciente sobre os benefícios, riscos relativos e alternativas à cirurgia, assim como sobre a necessidade do uso de gás intra-ocular expansível ou especial posicionamento do paciente no pós-operatório [A:III]
- Formular um plano de cuidados pós-operatórios e informar o paciente sobre esta conduta [A:III]
- Informar os pacientes com glaucoma de possível aumento da PIO no perioperatório [A:III]
- Examinar no pós-operatório dentro de 1 ou 2 dias e novamente 1-2 semanas após a cirurgia [A:III]

Educação do Paciente

- Orientar os pacientes para que imediatamente informem o seu oftalmologista se eles tiverem sintomas como aumento de moscas volantes, perda de campo visual ou diminuição da acuidade visual [A:II]
- Informar aos pacientes que as viagens aéreas, altas altitudes, anestesia geral com óxido nítrico devem ser evitadas até que o gás tenha quase completamente desaparecido [A:III]
- Informar os pacientes que tiveram um buraco macular num dos olhos que eles têm uma chance de 10% a 20% de formação de buraco macular no olho contra-lateral, principalmente se a hialóide estiver aderida [A:III]
- Encaminhar pacientes com deficiência visual pós-operatória com limitação funcional para reabilitação da visão (ver: www.aao.org/smartsight) e serviços sociais [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, Portuguese translation June 2011