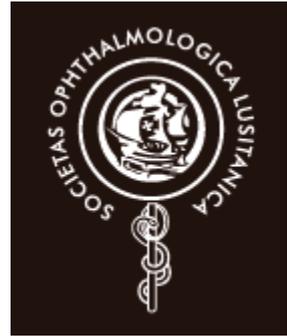




GER
GRUPO DE
ESTUDOS
DA RETINA
PORTUGAL



ORIENTAÇÕES - COVID 19

GER – Grupo de Estudos da Retina de Portugal

GPRV da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia

Baseados na informação da SPO e Colégio de Oftalmologia das orientações de outras sociedades oftalmológicas, o GER reforça algumas orientações para os doentes de Retina.

A ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO – DOENTES DE RETINA

COMO ATUAR

É importante
estratificar o
grau de risco
para o doente e
o grau da sua
patologia
Vítreo-Retiniana

- Em relação ao grau de risco para o doente:
 - deverá sempre ter-se em consideração o risco sistémico, as comorbilidades e a idade do doente, sabendo que estes são fatores que pesam no risco benefício em caso de infeção por SARS cov 2.
 - ter em consideração a vontade do doente mas esclarecer os riscos /benefícios de não ser tratado
- Em relação à patologia Vítreo-Retiniana:
 - podemos avaliar clinicamente em 3 níveis de risco: ALTO RISCO, risco moderado e baixo risco ou nulo, bem como ao estadio do tratamento (ex.: doente na dose de carga /doente estável no 2º ano de tratamento / olho único)

O PROCEDIMENTO A ADOTAR em função do grau de risco



Os casos de **risco baixo ou nulo** (ex. refração, catarata) as consultas poderão ser adiadas por 6 meses.



Casos de risco moderado, adiar 3 meses.



Nos casos de alto risco seguir as seguintes orientações em função da patologia:

Nos casos de DMI neovascular:

Mantenha apenas as injeções, espaçando os pacientes ao longo do dia.

Cancelamento das consultas para evitar o agrupamento dos pacientes.

Recomenda-se manter um intervalo fixo de injeções (o mínimo necessário para manter a eficácia) e favorecer injeções bilaterais no mesmo dia sempre que possível, para que o paciente não precise retornar duas vezes à clínica.

Existem casos individuais específicos que exigirão a realização de um OCT para a tomada correta de decisões, principalmente para o controle do segundo olho.

Neovascularização ligada à alta miopia ou patologias inflamatórias:

A mesma estratégia acima para o nAMD pode ser aplicada a esses pacientes.

Edema macular diabético (DME) e edema macular após oclusão da veia retiniana:

Um adiamento geralmente não compromete o prognóstico funcional e pode ser realizado posteriormente na grande maioria dos casos.

OVCR: tratar as formas recentes com grave déficit visual e ter particular atenção ao risco de desenvolverem glaucoma neovascular.

Retina Cirúrgica

Os serviços de urgência vítreo-retinianas deverão manter-se em funcionamento.

Complicações e acompanhamento Pós Operatório dos doentes com cirurgia de urgência bem como apoio ao trauma deverão continuar.

Princípios gerais:



Anular as consultas de rotina que deverão ser remarçadas posteriormente.



Só atender casos urgentes e tratamentos/exames urgentes ou de risco de perda da visão

- Uma vez que os doentes de retina médica e cirúrgica são de alto risco, doentes complexos e ansiosos devido à sua situação, sempre que possível, o médico deverá falar com o doente (ou fazer teleconsulta/whatsapp) e preservar a relação médico-doente. É ao médico que dentro de critérios clínicos e de acordo com os princípios supra, cabe decidir o que fazer.
- Os angiogramas considerados necessários para a tomada de decisão e os tratamentos laser urgentes- como fotocoagulação pan-retiniana (PRP) para retinopatia diabética proliferativa grave (RDP grave) - podem ser mantidos e espaçados em função da avaliação clínica e risco benefício. Privilegiar o laser por Oftalmoscopia Indireta e mesmo a injeção intra-vítrea de anti-VEGF que tem menos risco para o médico. A monitorização e tratamento da retinopatia diabética proliferativa e RDP grave não devem ser interrompidos.
- É vital continuar tratando emergências oculares por todos os centros com a capacidade de o fazer.
- Assegurar que todas as medidas de segurança recomendadas são seguidas (ver abaixo)
- Limitar o máximo possível a atividade cirúrgica e médica não urgente para toda a população.



Algumas das patologias da retina de alto risco em retina cirúrgica Lista de procedimentos oftalmológicos urgentes - AAO 27 mar 2020

PROCEDIMENTO	PATOLOGIA ALTO RISCO
RETINOPEXIA com Laser indireto – complexo	Descolamento de Retina (Rasgadura) ou Trauma Ocular
Fotocoagulação Laser	Doentes Pediátricos com ROP (se não puder ser feito na UCIPediatricos)
Lensectomia via Pars Plana	Complicações agudas do Cristalino
Retinopexia Pneumatica	Descolamento de Retina
Remoção de CEIO	CEIO presumido ou diagnosticado
Reparação do globo aberto	Trauma Ocular
Injeção retrobulbar	Dor por doenças oculares causando comprometimento significativo da qualidade de vida
Depressão escleral	Descolamento da retina, trauma ocular, infecção intra-ocular, hemorragia vítrea, ruptura da retina ou corpo estranho intra-ocular
Vitrectomia	Descolamento da retina, trauma ocular, infecção intra-ocular, hemorragia vítrea, ruptura da retina, corpo estranho intra-ocular, aquoso mal direcionado, glaucoma de bloqueio ciliar, glaucoma maligno, prolapso vítreo ou shunt de tubo que impede a filtração.
Injeções intra-vítreas	Patologia retiniana como referido acima.

SUGESTÕES REFERENTES À ACTIVIDADE CLÍNICA - COVID10

NA CLÍNICA/HOSPITAL:

- Confirmar com o doente na véspera ou no dia, se não tem os sintomas de doença ativa (Enfermeiro ou médico faz essa avaliação)
- Preferencialmente, fazer de véspera o teste PCR para SARS CoV-2.
- Doente e acompanhante deverão vir, preferencialmente, de transporte individual (diminui risco).
- Desfazer os doentes no tempo para não se encontrarem
- Só entra o doente na clínica / consulta/exame, exceto se manifesta necessidade apoio
- Só é permitido um acompanhante que fica confinado a um espaço com regras de confinamento social.
- Doente e acompanhante traz máscara cirúrgica
- Ao entrar, retira luvas (se as tiver) e passa álcool/ SABA nas mãos.
- O médico e assistentes usam EPI: bata, luvas e óculos /viseira (mesmo que improvisada se não tiver acesso às mesmas)
- Doentes estarão confinados a uma sala com lugares marcado, com afastamento de 2 metros e devem reduzir os movimentos na sala ao estritamente necessário
- Médico e assistente desinfetam LF, lentes de diagnóstico, braços das cadeiras e todos locais que o doente contactou, nomeadamente puxadores de portas por onde foi feito o circuito do doente e WC.
- O WC pode ser desinfetado com lixívia diluída (1 partes de lixívia e 9 partes de água) ou preferencialmente, só água e detergente.
- No fim, mudar de bata, retirar máscara, idealmente vestir a sua roupa descartando a roupa de bloco, lava as mãos ou passa as mãos por solução alcoólica.
- O pessoal envolvido, ao chegar a casa, muda de roupa, troca de sapatos e toma um banho.

NA FALTA DE RECURSOS E EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Por princípio, o médico e assistentes, deverão usar sempre EPI: bata, luvas e óculos /viseira. Na sua ausência, mantenha princípios de controlo da infeção que faz parte da formação médica e seja criativo.

Sabemos que: a) ter alguma proteção é sempre melhor que não ter nenhuma b) a via respiratória de um doente infetado é um ponto de disseminação da infeção c) o vírus mantém-se ativo nas superfícies e na roupa, incluindo nas máscaras d) a normal lavagem da roupa inativa o vírus e) o vírus é sensível às soluções alcoólicas e ao detergente e não resiste para além de 1 semana na roupa.

GER – Grupo de
Estudos de Retina de
Portugal

GPRV – Grupo Português
de Retina e Vítreo -
Sociedade Portuguesa de
Oftalmologia

- Documento em atualização.
Versão de 28.3.2020

<https://www.ger-portugal.com/>

secretariado.ger@gmail.com

<https://spoftalmologia.pt/>

socportoftalmologia@gmail.com

