



**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

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PATOLOGIA ALTO RISCO</b>
<b>RETINOPEXIA com Laser indireto – complexo</b>	Descolamento de Retina (Rasgadura) ou Trauma Ocular
<b>Fotocoagulação Laser</b>	Doentes Pediátricos com ROP (se não puder ser feito na UCIPediatricos)
<b>Lensectomia via Pars Plana</b>	Complicações agudas do Cristalino
<b>Retinopexia Pneumatica</b>	Descolamento de Retina
<b>Remoção de CEIO</b>	CEIO presumido ou diagnosticado
<b>Reparação do globo aberto</b>	Trauma Ocular
<b>Injeção retrobulbar</b>	Dor por doenças oculares causando comprometimento significativo da qualidade de vida
<b>Depressão escleral</b>	Descolamento da retina, trauma ocular, infecção intra-ocular, hemorragia vítrea, ruptura da retina ou corpo estranho intra-ocular
<b>Vitrectomia</b>	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.
<b>Injeções intra-vítreas</b>	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](mailto:secretariado.ger@gmail.com)

<https://spoftalmologia.pt/>

[socportoftalmologia@gmail.com](mailto:socportoftalmologia@gmail.com)

