



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

ANDRÉIA CASSIMIRO CASTELA

**DESCOLAMENTO DE RETINA: FATORES DESENCADEANTES,
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, como requisito parcial a obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientanda: Andréia Cassimiro Castela

Orientador: Prof. Mestre David Lucio de Arruda Valverde

ASSIS
2015

DESCOLAMENTO DE RETINA: FATORES DESENCADEANTES, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, como requisito parcial a obtenção do Título de Enfermeiro, analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientanda: Andréia Cassimiro Castela.

Orientador: Prof. Mestre David Lucio de Arruda Valverde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Prof. Mestre Esp David Lucio de Arruda Valverde

Analizador: _____

Prof. Mestre Daniel Augusto da Silva

Fundação Educacional do Município de Assis

ASSIS
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

C348d

CASTELA, Andréia Cassimiro

Descolamento de Retina por Trauma Ocular: análise de possíveis fatores desencadeantes. FEMA-Fundação Educacional do Município de Assis-2015.

29 p.**Orientador Prof.** Mestre David Lucio de Arruda Valverde

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)-Enfermagem-Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1 Descolamento de Retina. 2 Trauma Ocular. 3 Visão

Biblioteca da Fema

CDD617.51

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais que ensinaram tudo que sei, proporcionando amor, carinho, educação e respeito sem exigir nada em troca.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me ajudou a passar e enfrentar todas as dificuldades no decorrer do curso, por ter me iluminado nas horas mais difíceis, me dando forças pra continuar e enfrentar as dificuldades.

Em especial quero agradecer a todos os meus Professores e meu Orientador Prof. David Lucio de Arruda Valverde e a Banca composta pelo Prof. Daniel Augusto da Silva.

Quero agradecer toda à minha Família, mãe, pai, irmãos, sobrinhas, avós, tios, primas, amigas e amigos, todos que, com boa intenção, colaboraram direta ou indiretamente comigo para o bom andamento deste trabalho, muito obrigada.

EPÍGRAFE

“Os ventos que às vezes tira algo que amamos, são os mesmos que trazem algo que aprendemos a amar...Por isso não devemos chorar pelo que nos foi tirado e sim, aprender a amar o que nos foi dado.Pois tudo aquilo que é realmente nosso, nunca se vai para sempre...”

(Autor Desconhecido)

RESUMO

Esse trabalho apresenta um estudo bibliográfico sobre o Descolamento de Retina por Trauma Ocular e seus possíveis fatores desencadeantes. Aborda também os acidentes oculares e os tipos de cirurgias mais realizados devido ao descolamento de retina. A proposta deste estudo está em focar sobre quais seriam os tratamentos e as cirurgias em que o paciente com descolamento de retina poderá realizar com os traumas na visão. Parte-se do princípio de que tais tratamentos dependem muito de como o organismo do paciente, o pós-operatório e os cuidados de enfermagem de cada pessoa e idade e doenças crônicas relacionadas ao descolamento irão reagir com o resultado da cirurgia e a porcentagem de visão que o paciente voltará a enxergar. Pretendeu-se juntamente com a consulta materiais acima relatados, promover uma ampla pesquisa a partir de fontes eletrônicas disponíveis na Internet, com o intuito de complementar os materiais coletados, permitindo o confronto entre os dados tradicionais e eletrônicos, a partir da análise e da interpretação das teorias pertinentes ao tema.

Foram utilizados arquivos de revistas científicas, além de obras acadêmicas junto a biblioteca da FEMA-Fundação Educacional do Município de Assis e pesquisas bibliográficas.

Palavras chave: 1-Descolamento de Retina. 2.Traumas Oculares. 3.Visão

ABSTRACT

This paper presents a bibliographic study on the Retina Detachment of Ocular Trauma and possible desencadeantes. Aborda factors also eye accidents and the types of surgeries performed more due to retinal detachment. Scientific journal files were used, in addition to academic works from the library of the Educational Foundation of FEMA-city of Assisi and literature searches.

Keywords: 1-Detachment of Retina.2.Eye Trauma.3.Vision

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Diabetes e Retinopatia	12
2. ACIDENTES OCULARES.....	14
2.1 Moscas volantes e clarões.....	15
3. RETINA E SUAS COMPLICAÇÕES.....	18
4. VISÃO.....	23
4.1 Pós-cirúrgicos e riscos.....	23
4.2 Planejamento.....	23
4.3 Diagnóstico de enfermagem.....	24
4.4 Intervenção de enfermagem.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho corresponde a uma pesquisa bibliográfica sobre descolamento de retina por trauma ocular e seus possíveis fatores desencadeantes.

O descolamento de retina é a perda parcial da visão de maneira súbita, flashes luminosos, manchas que se mexem conforme o movimento dos olhos. Esses sintomas podem estar associados ao descolamento de retina, problema que pode gerar graves sequelas se não for diagnosticado e tratado com urgência (MORALES, 2014).

A retina é a camada mais interna do olho, responsável por captar os estímulos que são transformados em imagens. Em uma analogia, essa estrutura ocular funciona como o filme de uma máquina fotográfica analógica. O descolamento ocorre devido a de uma rasgadura ou buraco nessa camada que permite a entrada do líquido existente no próprio olho, fazendo com que o tecido da retina se descole ou levante (FRDBERG, 1998).

A pessoa deve consultar um oftalmologista o mais rapidamente possível, caso ocorra um dos sintomas do descolamento. O oftalmologista realizará um exame completo da retina e de outras partes do olho utilizando os instrumentos chamados oftalmoscópio e lâmpada de fenda. Outros exames, como a retinografia e angiofluoresceinografia, podem ser utilizados para localizar pequenas rupturas nos vasos sanguíneos e danos à retina que não foram detectados através do exame visual. Se a visibilidade no interior do olho estiver dificultada pela catarata, o oftalmologista poderá realizar uma ultra-sonografia (BRASIL,2006).

O mapeamento de retina corresponde a um exame clínico feito com a pupila dilatada a chamada oftalmoscopia indireta, e o ultrassom ocular, são exames empregados para diagnosticar o descolamento de retina, através do nervo óptico aonde será formada a imagem e com isto a visão, o descolamento de retina constitui a principal causa de perda de visão na população Brasileira. Não há uma causa única para o descolamento, mas sim vários fatores de risco para se ter o descolamento. Tal ocorrência representa fator de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível mundial (VARELLA, 2014).

Algumas enfermidades podem ser prevenidas ou tratadas se diagnosticadas precocemente. Os fatores desencadeantes propensos ao descolamento de retina ocorrem mais por trauma ocular, arma de fogo, bola de futebol, desferimento de golpes na face, acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, traumas, diabetes, miopia elevada, tumores e inflamações graves (MORALES,2014).

Por meio da convivência desta autora com os pacientes que tiveram descolamento de retina, percebe-se que todo o processo é doloroso em demasia.

Entende-se que é necessário que os profissionais conheçam quais as dificuldades destes pacientes para auxiliar no planejamento dos cuidados e desenvolver práticas em que o indivíduo seja co participativo, a começar pelo conhecimento da sua patologia e suas possíveis complicações.

Os rasgos na retina podem ocorrer sem que a pessoa perceba inicialmente seus sintomas. Mas, se houver vazamento de sangue no vítreo pode ocorrer comprometimento da visão no olho atingindo. Em outros casos, o paciente pode perceber clarões ou pontos negros conhecidos por moscas volantes. Esses sintomas não significam, obrigatoriamente, a ocorrência de rasgos na retina, pois as moscas podem decorrer da formação de pequenas partículas de vítreo, tecnicamente chamadas grumos.

Em casos de descolamento da retina a pessoa poderá perceber uma imagem ondulada ou uma sombra ou cortina escura que fecha o campo de visão. Se o descolamento atingir a região central da retina ocorrerá uma distorção ou redução da visão central. Em alguns poucos casos o descolamento pode ocorrer repentinamente provocando perda total da visão no olho atingindo. Porém, geralmente, em tais casos não ocorrem rasgos retinianos e o tratamento da moléstia causadora do descolamento pode fazer com que a retina volte à sua posição normal (BRASIL, 2006).

Os objetivos gerais deste trabalho procuraram identificar os possíveis fatores desencadeantes do Descolamento de Retina devido ao trauma ocular.

De modo específico, se estudarão os possíveis fatores de desenvolvimento de tal descolamento, sabendo-se que a porcentagem de maior índice de descolamento decorre à fatores relacionados aos acidentes de trabalho, automobilístico, futebol, desferimento de golpes na face, armas de fogo, situações envolvendo atividades de

serralheria, pacientes com diabetes e ou miopia elevada, situações pós cirúrgicas de catarata e demais traumas oculares.

Levantam-se aqui algumas questões, tais como:

- a) quais são os níveis percentuais de referências e suas complicações?
- b) neste ponto, postulante algumas questões como a necessidade do aprofundamento do índice de Descolamento de Retina em pacientes míopes.
- c) por quê a diabetes pode contribuir para o descolamento da retina?

As doenças que com maior frequência afetam a retina são o diabetes, a hipertensão arterial e as obstruções venosas e arteriais, além das alterações do posicionamento da retina. Prevenir é a melhor receita para evitar, reduzir ou estagnar problemas de visão decorrentes de complicações da retina, do vítreo e da coróide. A moderna oftalmologia indica o caminho e a tecnologia coloca à disposição os recursos necessários para a prevenção e o tratamento, caso ele seja necessário (BRASIL, 2006).

1.1 DIABETES E RETINOPATIA

Para Einstein (2014), diabetes afeta 1 a 2% da população mundial e está relacionado a uma deficiência do organismo em usar ou estocar o açúcar. Atualmente o acompanhamento médico desses pacientes reduz de modo expressivo complicações do sistema circulatório, do sistema nervoso, dos rins e dos olhos, antigamente bastante comuns nesses casos. Altos níveis de açúcar no sangue podem lesar os vasos sanguíneos na retina, que – como já vimos – é a camada nervosa no fundo do olho que percebe a luz e ajuda a enviar imagens até o cérebro. Os danos a vasos retiniais são conhecidos como retinopatia diabética.

Existem dois tipos de retinopatia diabética:

- a) Retinopatia diabética não-proliferativa (RDNP) ou retinopatia de fundo. A maioria dos diabéticos tem RDNP branda, que não costuma prejudicar a visão.
- b) Retinopatia diabética proliferativa (RDP), quando novos vasos anormais (neovascularização) começam a crescer na superfície da retina ou do nervo óptico.

A melhor maneira de evitar a retinopatia diabética é a prevenção. Quem tem diabetes deve controlar rigorosamente o nível de açúcar no sangue para reduzir significativamente os riscos, a longo prazo, da perda da visão. Dependendo de avaliação prévia realizada pelo oftalmologista (que varia de caso a caso), quando a retinopatia diabética for constatada, o tratamento pode ser feito com aplicação de laser na retina – fotocoagulação – ou com a realização de cirurgia específica como a vitrectomia. Na fotocoagulação o médico oftalmologista realiza a aplicação de laser. Para que o portador de diabetes possa reduzir os riscos de problemas sérios com sua visão, deve manter um controle rigoroso do nível de açúcar no sangue e consultar regularmente seu médico oftalmologista. Logo após o primeiro diagnóstico de diabetes, o paciente deve realizar exames de fundo de olho (MORALES, 2014).

Anualmente quando a retina estiver normal e semestralmente quando alterada. Devemos lembrar ainda que a retinopatia diabética acontece tanto no diabetes tipo I como no tipo II. A moderna oftalmologia indica o caminho e a tecnologia coloca à disposição os recursos necessários para tal. Não abra mão desse conforto e dessa segurança.

2. ACIDENTES OCULARES

Parte-se do princípio de que os acidentes oculares são muito comuns, representando cerca de 12% de todos os acidentes ocupacionais na Finlândia, 4% na França e 3% das ocorrências nos Estados Unidos da América. Na Inglaterra, em estudo desde 1980 foram analisados 5.671 casos de acidentes oculares, dos quais 70% ocorreram no local de trabalho atingindo homens adultos jovens na fase produtiva da vida (MORALES, 2014).

As complicações oculares encontradas, num seguimento médio de 134 dias, foram: hemorragia vítrea (10 casos, 45%), catarata (13 casos, 59%), 8 descolamento de retina (8 casos, 36%), hifema (5 casos, 23%), hipertensão ocular (2 casos, 9%), endoftalmite (2 casos, 9%) e phthisis bulbi (1 caso, 4,5%) (SILVA JUNIOR, 2005, p. 35).

Aproximadamente 2,4 milhões de acidentes oculares ocorrem anualmente nos Estados Unidos estimando-se entre 20.000 e 68.000 lesões graves capazes de ameaçar a visão exigindo cuidados hospitalares mais complexos (ESTEVES, 1995).

O "bungee jumping" é uma prática originada em ilhas do Pacífico Sul. Foi introduzido no mundo ocidental no ano de 1955, quando uma equipe da National Geographic aprendeu tal prática com nativos destas ilhas que auxiliavam o exército norte americano nesta área. Com a popularização desse esporte vem se observando um aumento do número de casos de lesões associados a sua prática. As lesões de maior gravidade estão relacionadas ao impacto; lesões menores incluem contusões, compressões de extremidades e queimaduras causadas pelo atrito da corda elástica no corpo. Têm sido descritas ainda lesões como hemorragias intra-oculares, enforcamentos e quadriplegias. Há relatos na literatura de casos de lesões oculares associadas à prática deste esporte envolvendo desde hemorragia subconjuntival e quemose a lesões vítreo-retinianas, tais como hemorragias retinianas e pré-retinianas, exsudatos algodinosos, edema macular e

hemorragia vítrea, causando redução temporária e, em alguns casos, permanente da acuidade visual.

2.1 Moscas volantes e clarões

As chamadas moscas volantes são minúsculos grumos de gel ou células dentro do corpo vítreo, o fluido opaco com aparência de geléia que preenche o interior do olho. Elas podem ostentar formas diferentes, como pequenos pontinhos, círculos, linhas, nuvens ou teias de aranha. Quando envelhecemos, o gel vítreo pode começar a engrossar ou encolher, formando grumos ou filamentos dentro do olho. O gel vítreo tende a afastar-se da parede posterior do olho, provocando um descolamento do vítreo posterior. Esta é uma causa comum das moscas volantes (MORALES, 2014).

Apesar de nem sempre indicarem problemas mais sérios, é importante procurar o oftalmologista para o exame cuidadoso da retina quando do aparecimento de clarões súbitos ou quando notar a presença de novas moscas volantes, pois pode ocorrer a formação de buracos predispondo ao descolamento da retina pela tração do vítreo sobre ela.

Às mulheres grávidas, diabéticas, recomenda-se uma consulta no primeiro trimestre da gravidez porque a retinopatia pode progredir rapidamente durante a gravidez. Estes exames estabelecem a necessidade do tratamento, diminuem a velocidade de progressão da doença e preservam, principalmente nos estágios mais avançados, a visão residual que o paciente ainda possui (BRASIL, 2006).

Para Morales (2014), os exames são:

Ultra-sonografia B ou ecografia – é um exame não-invasivo que estuda o globo ocular de perfil e suas estruturas adjacentes. É utilizado quando não podemos examinar o interior do olho em razão de alguma opacidade da córnea ou do cristalino. É primordial nos pacientes com cataratas densas e nas suspeitas de descolamento de retina.

Ultra-sonografia A – embora semelhante ao exame anterior, a análise do globo ocular é feita através de ondas, como um eletrocardiograma.

A ultra-sonografia é um método útil na determinação do diagnóstico, tratamento e evolução da endoftalmite, principalmente quando não se pode avaliar o segmento posterior devido à opacidade de meios. Apesar do seu valor, há poucos relatos, principalmente na literatura nacional, quanto aos padrões ultrassonográficos observados nos casos de endoftalmite (ADAN et al., 2001, p. 37).

Eletrorretinografia – é a avaliação da parte funcional da retina.

Campimetria manual ou computadorizada – realiza o estudo do campo das visões central e periférica.

Visão subnormal – método que avalia, através de óculos, lupas e lentes, qual a visão útil do paciente e o melhor meio de aproveitar essa visão residual.

Mapeamento da retina – este exame detecta, desde o início, pequenas alterações hemorrágicas ou lesões que predispõem ao descolamento da retina.

Retinografia simples – é um exame realizado pelo método de imagem, que permite fotografar o fundo do olho, especialmente a retina, o nervo óptico e os vasos sangüíneos. Pode auxiliar no diagnóstico das alterações oculares associadas ao diabetes, hipertensão, trombozes e derrames, entre outros. Retinografia fluorescente – realizada com contraste endovenoso de fluoresceína sódica, este exame proporciona, através da visualização e documentação fotográfica por equipamento com controle digital de alta definição, uma análise detalhada das estruturas intra-oculares como retina e coróide. Também possibilita a avaliação retiniana de doenças sistêmicas como diabetes e hipertensão, além de alterações vasculares representadas por hemorragias, trombozes venosas e arteriais. É primordial antes do tratamento a laser da retina.

Retinografia com indocianina verde – proporciona a documentação fotográfica da circulação na coróide, com utilização intravenosa do corante indocianina verde. Este exame é complementar à retinografia fluorescente, indicado para avaliar com maiores detalhes a parte mais nobre da retina, que é a região macular. A degeneração macular apresenta hemorragias abaixo da retina que geralmente só são detectadas com a utilização da indocianina verde. Para que o portador de diabetes possa reduzir os riscos de problemas sérios com sua visão, deve manter

um controle rigoroso do nível de açúcar no sangue e consultar regularmente seu médico oftalmologista. Logo após o primeiro diagnóstico de diabetes, o paciente deve realizar exames de fundo de olho anualmente quando a retina estiver normal e semestralmente quando alterada. Devemos lembrar ainda que a retinopatia diabética acontece tanto no diabetes tipo I como no tipo II.

3. RETINA E SUAS COMPLICAÇÕES

Primeiramente foi identificado e delimitado o tema, a seguir foram levantados os tipos de tratamento para o Descolamento que são a Retinopexia. Endolaser, Retinopexia Pneumática, Vitrectomia e Aplicações Antiangiogénicos e Fotocoagulação com Laser.

É preciso insistir no fato de que o tratamento do descolamento de retina só pode ser realizado mediante cirurgia. Por conseguinte, aproximadamente 90% dos descolamentos de retina podem ser tratados com somente uma cirurgia (INSTITUTO DE RETINA, 2008).

Para Esteves (1995), existem 3 tipos de cirurgia para tratamento do descolamento de retina, que são a) Retinopexia Pneumática, b) Introflexão Escleral e c) Vitrectomia Posterior.

Em verdade, cabe ao cirurgião de retina optar de acordo com o tipo de descolamento e configuração do mesmo sobre a melhor técnica cirúrgica a ser adotada.

a) Retinopexia Pneumática:

Certos descolamentos de retina regmatogênicos se desenvolvem devido a pequenos buracos ou roturas na região superior do olho que é quando este procedimento pode ser realizado. Esta cirurgia é realizada injetando-se dentro do olho uma certa quantidade de gás para que este corte o buraco ou a rotura da retina impedindo a passagem de líquido por ele e com isso propiciando resolução do descolamento. Para selar a rotura ou buraco pode ser realizado a crioterapia antes da injeção de gás ou pode ser realizado laser após a resolução do descolamento de retina.

O gás fica dentro do olho de 30 a 60 dias, sendo absorvido pelo próprio organismo. Contudo, o paciente não deve viajar para elevadas altitudes pois o mesmo tem a capacidade de se expandir aumentando assim a pressão do olho. Neste tipo de cirurgia o paciente tem que ficar em uma determinada posição segundo orientação médica por aproximadamente duas semanas. Se a retina não reaplicar com este

tipo de técnica então faz-se necessário a realização de introflexão escleral ou mesma a vitrectomia pars plana.

b) Introflexão Escleral:

Esta mesma é amplamente utilizada nos dias de hoje, de forma isolada ou associada a vitrectomia posterior. Tem como finalidade suturar ao redor do olho um segmento composto de silicone junto de que este fique posterior a todas as roturas que provocaram o descolamento de retina. Já no intraoperatório, mesmo antes de suturar o elemento introflector, é realizado a crioterapia próximo a abertura para que quando a retina se aplicar a rotura ficar selada.

c) Vitrectomia Posterior: geralmente ela é referida como Vitrectomia Pars Plana. Desde o final dos anos 1980 esta técnica cirúrgica passou por extremo avanço e tem sido amplamente usada para tratamento de certos tipos de descolamento de retina.

Consiste na realização de pequenas incisões na parede anterior do olho para a introdução de instrumentos dentro do globo ocular. O primeiro passo corresponde a remoção do vítreo de dentro do olho com um instrumento que corta o vítreo e o aspira ao mesmo tempo. Após isso, dependendo do tipo e a causa do descolamento, vários outros instrumentos são introduzidos (como pinça, laser, etc.) e procedimentos outros são realizados como a excisão de tração, troca fluido-gasosa, injeção de óleo de silicone dentro do olho, e etc. Tudo isto é usado a critério do referido cirurgião com o objetivo de facilitar e potencializar a reaplicação da retina. Neste tipo de cirurgia é importante a manutenção da posição da cabeça conforme solicitação do médico para ajudar na aplicação da mesma.

Resultado cirúrgico depende porcentagem de reaplicação da retina é variável, pois obedece a uma série de variantes como a idade do paciente, o tipo de descolamento, o tempo de descolamento, a posição e o número de roturas, a presença de alta miopia.

Com efeito, quando o médico elege primeiro um dos três procedimentos acima e a retina não é aplicada, pode-se repetir ou revisar a mesma técnica ou lançar mão de outro procedimento ou uma associação dos mesmos (INSTITUTO DE RETINA, 2008).

Algumas vezes a introflexão escleral é associada a Vitrectomia Pars Plana, isso se a retina não for aplicada com o primeiro tipo de cirurgia escolhida ou se a retina redescola após ter sido reaplicada com sucesso. Quando ocorre Redescolamento, este geralmente é devido ao desenvolvimento de tecido cicatricial na superfície da retina e a forças tradicionais de dentro do vítreo.

Paciente do sexo feminino, 38 anos, branca, professora universitária, hígida, sem antecedentes de doenças oculares ou sistêmicas compareceu ao serviço de urgência oftalmológica do Hospital de Olhos de Pernambuco – HOPE, Recife – PE, com queixa de baixa da acuidade visual e escotoma em ambos os olhos, sendo pior no olho esquerdo. Relatava salto de "bungee jumping" de uma altura de 84 metros, havia três dias. Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual para longe com melhor correção óptica de 20/20 em olho direito e 20/40+1 em olho esquerdo. Equimose bipalpebral e hemorragia subconjuntival em olho direito, sem outras alterações biomicroscópicas (Figura 1), com pressão intra-ocular equivalente a 6 mmHg em ambos os olhos. Ao exame fundoscópico apresentava disco óptico corado, de bordas nítidas, relação escavação/ disco de 0,3, retina aplicada e hemorragias retinianas dispersas no pólo posterior, atingindo região macular em ambos os olhos (no olho esquerdo havia uma hemorragia foveal) (Figuras 2 e 3).

Foi submetida à angiografia fluoresceínica, a qual demonstrou em ambos os olhos áreas hipofluorescentes em região macular, por bloqueio do contraste, correspondendo às hemorragias, não se evidenciando sinais de oclusão venosa. Reavaliada após sete dias, apresentava acuidade visual com correção 20/20 em ambos os olhos, com melhora das alterações de segmento anterior, mas permanecia com queixas de escotoma central. Realizado teste com tela de Amsler evidenciando metamorfopsia em olho esquerdo. Retornou 14 semanas após consulta inicial ainda com queixa de escotoma central em ambos os olhos. Ao exame apresentava acuidade visual de 20/20, sem alterações ao exame biomicroscópico. À fundoscopia apresentava regressão das hemorragias intra-retinianas, com alterações pigmentares no pólo posterior em ambos os olhos e alteração do reflexo foveal no olho esquerdo. Cinco meses após a primeira consulta foi realizado campo visual (Central 10-2, Teste limiar, Estratégia: SITA-Standard) com ótimos índices de confiabilidade e limiar foveal preservado (35 dB). Em olho direito observou-se ausência de sensibilidade em $\pm 3^\circ$ do hemicampo

temporal e diminuição de sensibilidade em todo hemisfério temporal, mais discreta em hemisfério nasal. Em olho esquerdo detectou-se diminuição da sensibilidade em todo campo central pesquisado e três áreas de ausência de sensibilidade em $\pm 3^\circ$ do quadrante temporal superior e inferior (próximo ao meridiano horizontal).



Figura 1 - Equimose bipalpebral e hemorragia subconjuntival em olho direito

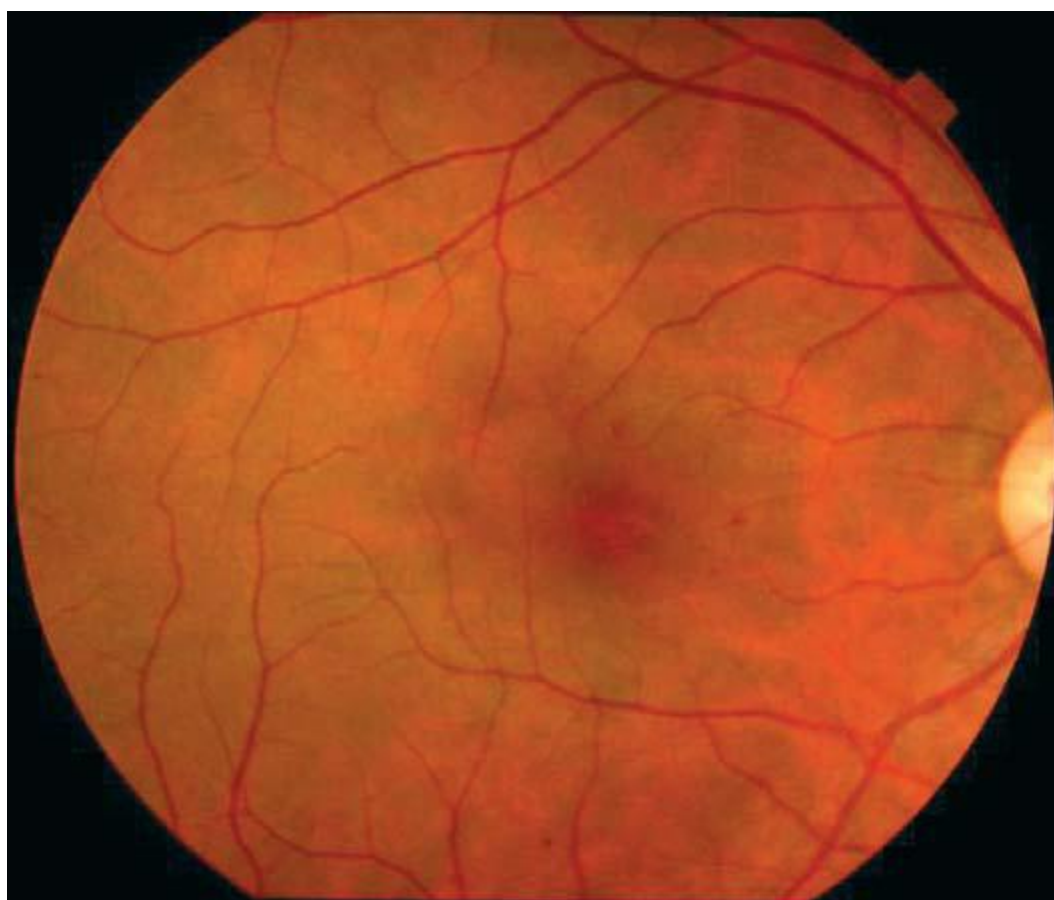


Figura 2 - Retinografia OD - Hemorragias retinianas dispersas no pólo posterior



Figura 3 - Retinografia OE - Hemorragias retinianas dispersas no pólo posterior e na região foveal.

4. VISÃO

4.1 Pós-Cirúrgicos e Riscos

Após as cirurgias de descolamento de retina ou de vitrectomia, o paciente sentirá algum desconforto e deverá usar um curativo no olho operado, por alguns dias. O retinólogo prescreverá os medicamentos necessários e informará ao paciente dentro de quanto tempo ele poderá retornar às atividades normais. Caso utilize a técnica retinopexia pneumática, o retinólogo poderá recomendar que o paciente mantenha a cabeça numa determinada posição durante certo período de tempo e que se abstenha de viajar de avião ou para locais de altitude elevada, até que a bolha de gás seja absorvida pelo organismo.

A visão pode levar meses para melhorar ou não retornar completamente se o descolamento tiver sido muito grave ou muito antigo. Por isso é muito importante que você consulte um oftalmologista ao primeiro sinal de problema. Como toda cirurgia, a de descolamento de retina apresenta riscos. Por outro lado, o não tratamento do descolamento de retina, geralmente, resulta em perda definitiva da visão.

4.2 Planejamento

O Enfermeiro previne o trauma ocular recomendando o uso de óculos com lentes resistentes a estilhaços ou óculos de segurança durante o trabalho com substâncias que podem lesar os olhos. Se ocorrer trauma ocular, o enfermeiro obterá, do paciente ou de um familiar, um histórico breve do tipo ou de causa a lesão. Quando a dor é intensa ou quando o paciente não pode ser examinado ou não permite o exame inicial, o enfermeiro coloca um tampão frouxo em ambos os olhos do paciente e o encaminha imediatamente para tratamento clínico. Se houver um corpo estranho presente, a pressão sobre o olho poderá empurrar o objeto para interior de tecidos do globo ocular.

Para o tratamento domiciliar e a instilação de medicamentos oftálmicos, incluir as seguintes instruções:

- a) lavar bem as mãos; com uma gaze maca, papel toalha ou bola e algodão umedecidos, enxugar as pálpebras e os cílios em direção oposta ao nariz. Cada vez que enxugar essas estruturas, utilizar um novo item;
- b) tracionar para baixo o tecido próximo à bochecha, formando um saco na pálpebra inferior;
- c) Inclinar a cabeça levemente pra trás e em direção ao olho no qual o medicamento será instilado;
- d) Não permitir que a ponta do recipiente toque o olho;
- e) Instilar o número prescrito de gotas no saco conjutival ou aplicar uma pequena quantidade de pomada diretamente no saco conjutival, começando no canto interno e movendo para fora;
- f) Fechar o olho delicadamente;
- g) Retirar o excesso de medicamento sobre a pele;
- h) Fixar o curativo com um esparadrapo e utilizar um tampão ocular para proteção adicional, especialmente à noite;
- i) Não esfregar o olho e, quando não se sentir totalmente confortável após um período curto de tempo, consultar um oftalmologista ou retornar ao serviço de emergência.

4.3 Diagnósticos de Enfermagem

Risco de Lesão relacionado às limitações visuais.

Dor Aguda relacionada à inflamação (pálpebra,estrutuas lacrimais,conjuntiva,trato uveal,retina,córnea,esclerótica), à infecção à pressão intraocular aumentada, aos tumores oculares.

Risco de Falta de Adesão relacionado aos efeitos colaterais negativos da terapia prescrito, versus a crença de que não é necessário tratamento sem a presença de sintomas.

Risco de Solidão relacionado ao medo de traumatismo ou ao constrangimento fora do ambiente doméstico.

Risco de Manutenção do Lar Prejudicada relacionado à incapacidade para desempenhar as atividades da vida diária, secundária à visão prejudicada.

Déficit no Autocuidado relacionado à visão prejudicada.

Ansiedade relacionada à perda real ou possível da visão e ao suposto impacto da doença crônica sobre o estilo de vida.

Risco de Distúrbio no Autoconceito relacionado aos efeitos da limitação visual.

Risco de Autocontrole Ineficaz da Saúde relacionada a conhecimento insuficiente sobre a condição, cuidado com os olhos, medicamentos, medidas de segurança, restrições de atividade e continuidade dos cuidados.

4.4 Intervenção do Enfermeiro

Monitorar o paciente;

Avaliar, débito urinário;

Posicionamento;

Nível de consciência;

Avaliar sangramentos;

Comunicar ao médico se intercorrências;

O Enfermeiro frequentemente reforça as instruções sobre a realização conscientiosa das medidas de higiene. Muitos pacientes sentem-se desencorajados porque a condição leva algum tempo para melhorar. A não adesão ao tratamento contribui para a cronicidade da condição. Os cuidados de enfermagem são primordiais ao paciente e sua recuperação a realização de lavagens das mãos, curativos, medicamentos, colírios e pomadas oftálmicas para aplicação após a cirurgia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O descolamento de retina que ocasiona a cegueira constitui-se em um dos mais graves problemas de saúde pública.

Existe cerca de 50 milhões de cegos e 180 milhões de deficientes visuais no mundo. No Brasil, estima-se que há 1 milhão e 200 mil pessoas cegas e cerca de quatro milhões de deficientes visuais (CBO, 2006).

Estes dados expressam a proficiente atuação de profissionais na salvaguarda da saúde ocular e na prevenção da cegueira em nosso país.

Altamente incapacitante, requer intervenção precoce, pois restringe a qualidade de vida sob o ponto de vista intelectual, ocupacional, econômico-social e psicológico.

A perda da produtividade profissional, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, a perda da auto-estima e a desestruturação familiar, são apenas alguns dos aspectos decorrentes da cegueira, que representa ainda, um relevante problema médico social, uma vez que manutenção e a reabilitação de um cego têm um alto custo econômico.

É importante lembrar que 60% das cegueiras são evitáveis, 20% recuperáveis. Em 25% dos casos, elas são decorrentes de infecções por toxoplasmose, rubéola, sarampo e sífilis e HIV. É necessário destacar também que diabetes, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade, neuropatias ópticas e descolamento de retina constituem, ao lado das infecções, as causas mais frequentes de cegueira.

Muito tem sido feito, porém devemos fazer muito mais. Não podemos nos acomodar, ficar de braços cruzados quando milhões de pessoas estão sendo vitimados pela cegueira, impossibilitados de ver o semblante de seus entes queridos e o amanhecer de um novo dia.

Portanto, é imperativo que se planeje e implante programas permanentes de promoção de saúde ocular e prevenção da cegueira com os objetivos de diminuir a prevalência de cegueira evitável.

No entanto, não basta prevenir e recuperar, é necessário reabilitar o cego educando, profissionalizando-o e inserindo-o no mercado de trabalho.

Este estudo preocupou-se em investigar conceito de descolamento de retina, consequências do trauma ocular, e os tratamentos.

Desta forma, foi possível analisar e pontuar os cuidados de enfermagem perante o paciente com descolamento de retina.

Toda a situação que envolve o paciente precisa ser compreendida como uma avaliação holística, individualizando o tratamento para o cliente.

Conclui-se, portanto, que não há somente uma cirurgia ou apenas um método capaz de reparar o descolamento de retina, mas sim todos os procedimentos apontados neste estudo podem ser usados em diferentes combinações e sequências, dependendo da situação específica.

A luz dos olhos que guiam este estudo, os problemas de visão mais comuns na maturidade e nas mulheres.

É nos olhos que se notam e se percebem as emoções como a felicidade, o entusiasmo, o amor, a tristeza, a raiva e a dor.

É inegável porém, reconhecer que sua função primeira para existir é enxergar e transmitir para seus donos as imagens que lhes permitem conhecer a realidade e o mundo ao redor. Como órgãos que são, também os olhos, com o passar do tempo, apresentam sinais de que precisam de maior atenção e cuidado.

Por derradeiro, acrescenta-se a conhecida curiosidade que começa a levantar questões como: quais são os problemas de visão mais comuns que vêm com a idade? Ora, esta e outras perguntas precisam ser respondidas, para que tais informações possam saciar a curiosidade e fornecer subsídios para que se cuide, da melhor maneira possível, das “janelas da alma” e se continue a ver o mundo com a perfeição das lentes formidáveis que são os olhos humano.

REFERÊNCIAS

AMERICAM MEDIAL ASSOCIATION (AMA). **Guides to the evaluation of permanent impairment** .4 ed.Chicago:AMA,1995.

ATLAS. Segurança e Medicina do trabalho.Portaria n 3214/1978.44 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / [editores] Suzanne C. Smeltzer...[et al.] ; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patricia Lydie Voeux]. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. 2v. : il. ; 21 x 28 cm.

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Doenças na retina**. CBO, São Paulo, 2006.

EINSTEIN.BR/**Einsten-saude/pagina-einstein/descolamento-da-retina**,2014.

ESTEVES,J.F:TELCHEVESKY,N.\$ KWITKO,S.**Rotinas em Oftalmologia**. Porto Alegre: Artes Médicas,1995.

FRDBERG,M.A.& CHRISTOPHER,J.R. **Manual das doenças oculares**:dagnostico e tratamento emergencial das doenças oculares.2.ed.Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica,1998.

HABIB NE, Malik TY. Visual loss from bungee jumping. Lancet. 1994.

HITE PR, Greene KA; Levy DI; Jackimczyk K. **Injuries resulting from bungeecord jumping**. Ann Emerg Med. 1993.

INTERNACIONAL LABOUR OFFICE(ILO). **Encyclopaedia of occupational health and safety**.4 ed.Geneva:ILO,1998

LEVY,B.S\$ WEGMAN,D.H(Eds).**Occupational health:recognizing and preventing work-related disease**.4 ed Boston: Little,Brown and Company, 2000.

MORALES, Renata; MACHADO Cristina. **Descolamento de Retina**. Documento eletrônico {on line} . Disponível na Internet via WWW.URL:

<WWW.MEDICINANET.COM.BR/.. /H334_descolamento
_da_retina_portalplenamulher>. Acesso em 20 de julho de 2014.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação** (2007-2008). Porto Alegre: Artmed, 2007.

PINTO, Filipe JÁ; AM, Rosas V; Castro-Correia J. ***Retinal complications after bungee jumping***. Int Ophthalmol. 1994-95.

VANDERFORD L, Meyers M. ***Injuries and bungee jumping***. Sports Med. 1995.

VAUGHAN,D.\$ ASBURY,T.**Oftalmologia Geral**. 3 ed.São Paulo: Atheneu, 1990.