

As vantagens da alta precoce após a cirurgia da catarata senil

João Fernando Berton *, Flávio Pasquinelli Filho *, Walter Pinto Júnior **, José Correa Fonseca Neto *** & Newton Kara José ****

A idéia de alta e deambulação imediata e não restrição de movimentos no pós-operatório da cirurgia de catarata não é recente. Ela remonta ao século passado. As primeiras indicações a esse respeito são de Julian Chisolm, em 1886, segundo Williamson (1975). De acordo com Williamson (1975), Chisolm fazia com que seus pacientes voltassem aos quartos andando e retirava o tampão ocular no 5.º dia.

Tendo em mente a importância indiscutível que tal conduta traria, tanto do ponto de vista econômico quanto do social, vários autores retomaram o problema. Dentre os trabalhos mais recentes pode-se mencionar os de Ching (1958) em Taiwan, de Christy (1960) no Paquistão, Diallo e Moliwa (1970) e Lambedem (1971) no Senegal. Williamson (1975), Jaffe (1976) e Galin (1975) nos Estados Unidos. Esse último autor refere que, na década de 1960, os pacientes moradores na cidade de Nova York ficavam 10 dias hospitalizados. Desde que não encontrasse motivo exuberante para uma hospitalização prolongada, diminuiu progressivamente esse período, utilizando sempre a mesma técnica cirúrgica.

Assim, uma série de 100 pacientes foi mantida internada durante 9 dias, outra de igual número teve hospitalização pós-operatória de 8 dias, reduzindo-se sucessivamente o número de dias das outras séries até o número de 4 dias. Desse último grupo retirou-se toda a medicação pré e pós-operatória, além do que os pacientes deambulavam imediatamente após o ato cirúrgico. A partir desse grupo, manteve-se a deambulação imediata e em grupos subsequentes continuou-se a diminuir de um dia a internação, até que a alta fosse dada imediatamente após a cirurgia oftálmica.

Numa reavaliação retrospectiva dos resultados dessas cirurgias Galin (1977) verificou que a incidência de complicações nos pacientes com alta imediata não foi significativamente diferente da observada entre os internados por períodos superiores a um dia. A conclusões semelhantes chegaram to-

dos os outros autores anteriormente mencionados.

O objetivo do presente trabalho é o de verificar se as condições do nosso meio poderiam propiciar resultados semelhantes aos desses autores.

MATERIAL, MÉTODO E CASUÍSTICA

No período de julho a dezembro de 1978 dois dos autores (J.F.B e F.P.F) operaram 31 pacientes portadores de catarata senil.

Esse grupo era constituído por 13 homens, com idades variando de 56 a 82 (média de 64,2 anos, desvio padrão de 7,1 anos) e de 18 mulheres com idade de 54 a 84 anos (média de 68 anos, desvio padrão de 6,8 anos). Todos esses pacientes tiveram sua acuidade visual medida anteriormente, sendo que ela variou desde a percepção e projeção luminosa (PPL) até o máximo de 0,33 (20/60). Dentre as alterações oftalmológicas concomitantes, constatou-se uma paciente com sinéquias posteriores (uveíte antiga) e um paciente que havia sido submetido a foto-coagulação por raios laser em consequência de hemorragias retinianas. A internação foi feita na tarde anterior à cirurgia, quando se fez a revisão clínica geral dos pacientes. Dentre os 31 pacientes, 22 tinham hipertensão arterial controlada, sendo 2 portadores de **diabetes mellitus** (um deles incluía hipertensão). Na manhã seguinte foram submetidos à cirurgia de catarata, sob anestesia geral, sem entubação e utilizando-se as seguintes drogas anestésicas: inoval, tionembutal, aloferine e atropina.

A técnica cirúrgica utilizada foi a de incisão limbica com ponta de lâmina de barbear acoplada ao porta-lâmina, completando-se a extensão limbar superior de 180 graus com o auxílio de uma tesoura de córnea. O restante foi realizado de modo convencional utilizando-se crio-extrator. A iridectomia foi periférica, preservando-se o esfíncter pupilar. A sutura, constituiu de 9 pontos, em média, com o fio de ácido po-

* Professor voluntário da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

** Professor Livre Docente do Depto. de Genética Clínica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

*** Residente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

**** Prof. Titular de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Prof. Livre Docente da Faculdade de Medicina da USP.

liglicólico, "Dexon" sete zeros, da firma Davis e Geck.

Em decorrência do tipo de anestesia utilizado, os pacientes ficavam conscientes logo após o ato cirúrgico, e deambulavam 12 horas após, tendo todos menos um recebido alta nas 24 horas que se seguiram ao início da cirurgia. Nessa ocasião retirava-se o curativo oclusivo e medicava-se com atropina e gentamicina. Os pacientes foram revistos diariamente até o 7.º dia, em ambulatório, com inspeção e controle ao biomicroscópio. No 10.º, 15.º, 30.º e 60.º dia após o ato cirúrgico recebiam igual revisão, quando, então, se prescrevia a correção óptica.

RESULTADOS

Todos os 31 pacientes foram beneficiados com a cirurgia, apresentando os seguintes índices de acuidade visual: 15 pacientes (48,4%) mostraram 20/20 após correção, 7 pacientes (22,6%) apresentaram 20/25, 8 pacientes (25,8%) tiveram acuidade visual variando entre 20/40 a 20/30 e um paciente (3,2%) apresentou acuidade de 20/200.

Trinta pacientes tiveram alta nas 24 horas após o ato cirúrgico e apenas um paciente apresentou complicação que restringiu tal conduta. Isso deveu-se à presença de câmara rasa, quando foi aberto o curativo na manhã seguinte à cirurgia. Nessa ocasião colocou-se uma lente terapêutica nesse paciente, que foi mantido hospitalizado. A câmara iniciou sua recuperação anatômica no 2.º dia, estando completamente refeita no 5.º dia quando foi dada alta. Tivemos um paciente que apresentou hemorragia vítrea, notada no 1.º dia pós-operatório. Cinco meses após a cirurgia tal paciente mostrou reabsorção total dessa hemorragia e atingiu visão 20/20.

Um outro paciente apresentou no primeiro dia pós-operatório hipertensão ocular causada por bloqueio pupilar, tendo seu nível pressórico atingido 50 mm Hg. Com medicamento a base de atropina e acetazolamida, houve completa remissão do quadro patológico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nossa amostra, apesar de pequena ofereceu resultados que permitem aceitar em nosso meio os dados da literatura que mencionamos na introdução. Em outras palavras, a deambulação precoce no hospital após a cirurgia de catarata senil deve ser autorizada. Isso porque essa conduta não tem efeito prejudicial ao olho operado, não ocasionando complicações tais como abertura da incisão, câmara anterior rasa e prolapso de íris.

É óbvio que essa autorização depende de uma técnica cirúrgica adequada. Assim, uma sutura segura é relacionada a múltiplos fatores que incluem regularidade na obliquidade da incisão, material de sutura utilizado, localização precisa dos pontos e perfeito alinhamento das bordas da incisão e, ainda, é claro, da extensão do trauma nas bordas da incisão (Jaffe, 1976).

Também já se encontra plenamente estabelecido que um paciente no pós-operatório de catarata, precisa de medicação tópica para o olho e de um pouco de analgésico. Contudo, a medicação no pós-operatório pode ser ministrada fora do hospital. Os autores que preconizam a alta imediata também estabeleceram que o paciente deve ser seguido diariamente após a cirurgia, sendo os primeiros 4 a 5 dias obrigatórios, segundo Galin (1977).

Tanto em nosso meio quanto em outros países acreditamos que o maior problema pelo qual os pacientes devem ser examinados diariamente é a endoftalmite. O risco de endoftalmite é independente da técnica utilizada, da complexidade dos instrumentos, bem como do tipo de sutura empregado. Todas as cirurgias intra-oculares estão sujeitas a infecções, sendo de 0,086% e 3,5% a probabilidade de endoftalmite com a perda do olho, a menos que seja tratada precocemente (Galin, 1977). Assim, a educação do paciente e de seus familiares nesse sentido reveste-se de suma importância. Além disso, de maneira geral, nos nossos consultórios existem condições mais adequadas para o exame do paciente no pós-operatório, pela utilização da biomicroscopia. Felizmente, na nossa amostra não tivemos nenhum caso de endoftalmite.

Segundo Galin (1977) uma cirurgia de catarata oferece tão pouco risco quanto o de uma extração de dente e, a presença de doenças cardíacas, diabetes ou qualquer outra num paciente ativo não é contra indicação para deambulação imediata.

As vantagens são econômicas, sociais e médicas, pois quando o paciente volta ao meio familiar, pelo menos os microorganismos lhe são familiares. Além disso, o paciente em sua casa não cai da cama, não fica desorientado na disposição do meio ambiente e não fica inibido em relação as suas necessidades fisiológicas.

RESUMO

Os autores apresentam uma série de 31 pacientes submetidos (num período de 6 meses) à crioextração de cristalino afetado por catarata do tipo senil. Advogam alta hospitalar no primeiro pós-operatório (24 horas de hospitalização), e concluem pelas vantagens econômicas, sociais e médicas de tal conduta.

BIBLIOGRAFIA

CHRISTY, N. E. — Effect of early ambulation on the incidence of post-operative complications of cataract surgery. *Am. J. Ophthalmol.*, 49: 293, 1960.

- CHING, R. — Operation for cataract as an office procedure. *J. Int. Coll. Surg.*, 29: 429, 1958.
- DIALLO, J. & MOLIVA, G. — Le traitement ambulatoire de la cataract sênile au Senegal. *Bull. Soc. Med. Afr. Noire*, 15: 313, 1970, apud Williamson, D.E. (1975).
- GALIN, M. A., et. al. — Out-patient cataract surgery. *Trans. Ophthalmol. Soc. U.K.*, 95: 42, 1975.
- GALIN, M. A. — Controversy in Ophthalmology. Editado pela W. B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 110-117, 1977.
- JAFFE, N. S. — Cataract surgery and its complications. 2a. ed. Saint Louis, USA, C.V. Mosby Company, 1976.
- LAMBDENDEN, A. — Le Traitement Chirurgical Ambulatoire de la Cataract Sênile au Sénégal M.D. Thesis. Université de Dakar. Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie. Année 1971, n.º 22, 1971, Apud Williamson, D.E., (1975).
- WILLIAMSON, D. E. — One thousand consecutive out-patient cataract extractions. *EENT Montly*, 54: 37, 1975.