



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Relatório de Estágio
Insuficiência de convergência
Adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas
Suspeita de degeneração macular relacionada com a
idade

Cláudio Miguel Lourenço Santos

Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em
Optometria em Ciências da Visão
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Dr. Luís Vieira
Co-orientadora: Dr^a Amélia Nunes

Covilhã, Outubro de 2013

Resumo

Este relatório de estágio tem por base o relato de aproximadamente 3 meses de estágio curricular que foi desenvolvido entre o mês de julho e outubro de 2012 na clínica Ocular Eye Care em Aveiro. Este relatório servirá para a conclusão do último ano de mestrado em optometria. No decorrer do estágio foram realizados vários rastreios e consultas e foram inúmeros os casos observados e analisados, mas apenas três casos foram seleccionados para a elaboração do relatório, orientado pelo Dr. Luís Vieira.

O relatório de estágio intitula-se por insuficiência de convergência, adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas, suspeita de degeneração macular relacionada com a idade, também possui uma breve introdução aos temas que vão ser abordados, assim como análises dos casos com os devidos resultados dos exames optométricos. No final, ainda possui uma conclusão onde se relata um pouco dos casos e se descreve de forma resumida como correu o estágio em geral, tanto a nível de conhecimento prático como a nível de conhecimento teórico.

Palavras-chave

Insuficiência de convergência, lentes de contacto tóricas, DMRI (degeneração macular relacionada com a idade).

Abstract

This internship report is based on the report of approximately 3 months internship curriculum, that was developed between July and October 2012 in Clinical Ocular Eye Care in Aveiro. This report will serve to complete the last year of master's degree in optometry. During the stage were conducted several surveys and consultations and many cases were observed and analyzed, but only three cases were selected for the report, directed by Dr. Tito Ramos.

The internship report is titled by Convergence insufficiency, adaptation of soft toric contact lenses suspected by macular degeneration related to the age, has also a brief introduction to the topics that will be addressed, as well as, analysis of cases with appropriate optometric examination results. At the end it has a conclusion, where I explain some cases and how was the stage in general as both at the level of knowledge as at the level of theoretical knowledge.

Keywords

Failure of convergence, toric contact lenses, AMD (age related macular degeneration of age).

Índice

Lista de Figuras.....	v
Lista de tabelas	vi
Lista de Acrónimos e Sinónimos	vii
Introdução.....	1
Capítulo I	4
Insuficiência de convergência	4
Capítulo II	6
Adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas	6
Capítulo III	9
Suspeita de degeneração macular relacionada com a idade.....	9
Conclusão	12
Bibliografia.....	13
Anexos	14

Lista de Figuras

Imagem 1: Registo retinográfico do OD adquirido pelo retinografo não midriático TRC-NW8. 14

Imagem 2: Registo topográfico da córnea anterior do OD adquiridas pelo topógrafo corneal Medmont Studio - version 4.9.0.0. Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de potência axial, mapa de curvatura axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação.

..... 15

Imagem 3: Registo topográfico da córnea anterior do OE adquiridas pelo topógrafo corneal Medmont Studio - Version 4.9.0.0.. Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de potência axial, mapa de curvatura axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação.

..... 16

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de insuficiência de convergência.....	4
Tabela 2: Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de adaptação de LC hidrófilas tóricas.	6
Tabela 3: Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de suspeita de degeneração macular relacionado com a idade.	9

Lista de Acrónimos e Sinónimos

AO: Ambos os olhos;

AV: Acuidade Visual;

CT: Cover test;

CV: Campo visual;

D: Dioptria, unidade de medida da potência de sistemas ópticos;

Dk: permeabilidade ao oxigénio;

DMRI: Degeneração macular relacionada com a idade;

Exo: exoforia;

FE: Furo estenopeico;

HF: História familiar;

HO: História Ocular;

HS: História de saúde;

LC: Lentes de contacto;

MEM: Acrónimo para designar a retinoscopia MEM, que tem como principal objetivo avaliar a precisão da resposta acomodativa;

OD: Olho direito;

OE: Olho esquerdo;

Orto: Ortoforia;

PPC: Ponto próximo de convergência;

Si-Hy: Acrónimo utilizado para referir materiais hidrófilos de alta permeabilidade de silicone e hidrogel;

VF: Vergências fusionais;

VFN: Vergências fusionais negativas;

VFP: Vergências fusionais positivas;

VL: Visão de longe;

VP: Visão próxima.

Introdução

No relatório de estágio aqui presente irão abordar-se três casos clínicos: um de Insuficiência de convergência, outro de adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas, e por fim um caso de derivação por suspeita de degeneração macular relacionada com a idade, foi elaborado no intuito de conclusão do segundo ano de mestrado de Optometria em Ciências da Visão.

O estágio, sob orientação do Dr. Tito Ramos e decorreu entre os meses de Julho e Outubro de 2012, inclusive, na clínica Ocular Eye Care, localizada na Rua Manuel Barbuda e Vasconcelos na Urb. Glicínias, Edif. 3, Loja 1A, 3810-498, tel. 234100333.

A clínica, onde se realizou o estágio, estava dividida por quatro áreas distintas, a saber: uma sala de aulas teóricas, na qual se executaram várias palestras e outros assuntos teóricos; uma área de atendimento ao público, onde se praticou todo o género de abordagem com Clientes, com o intuito de se compreender e entender as mais variadas marcas e índices de lentes oftálmicas e lentes contacto, bem como, das diferentes armações existentes no mercado; uma oficina ótica composta por uma centralizadora, uma biseladora, um frontofocómetro e outros equipamentos necessários para uma montagem completa de qualquer tipo de armação e lentes; e por último, um consultório composto por caixas de provas, réguas de esquiascopia, retinoscópios, oftamoscópios, ecrã de optotipos, foroptero, lâmpada de fenda com captação de imagem, tonómetro, campímetro, topografo corneal e todo o tipo de lentes de contacto desde lentes de contacto hidrófilas a lentes de contacto semi-rígidas.

No primeiro dia de estágio, os estagiários responderam a questionários de escolha múltipla e resposta rápida para que o orientador averiguasse os conhecimentos e as dúvidas do grupo. Todas as dúvidas existentes, que abrangiam os variadíssimos temas, foram esclarecidas uma por uma nas aulas teóricas durante as duas semanas que se seguiram.

Durante e após o esclarecimento das dúvidas teóricas, os alunos em Estágio, assistiram a algumas consultas de optometria que se revelaram muito benéficas para aprendizagem de técnicas e procedimentos da prática optométrica. Como a clínica Ocular Eye Care usufrui de parcerias com algumas ópticas e empresas, houve a possibilidade de se fazer consultas e rastreios em espaços e ópticas distintas, o que se revelou uma experiência diferente e enriquecedora.

Durante uma semana, efetuaram-se rastreios na cidade de Aljustrel (Alentejo) e em algumas aldeias pertencentes ao município. Considera-se que esta experiência foi muito produtiva dado que houve uma grande adesão ao rastreio visual por parte da população, mais concretamente, realizaram-se cerca de uma centena de consultas. Para além disto, a vasta variedade de casos que surgiram trouxeram uma melhor abordagem e um melhor conhecimento teórico e prático.

De referir que todos os rastreios e consultas que decorreram durante o estágio foram sempre supervisionados pelo orientador.

Em jeito de conclusão, poder-se-á dizer que este estágio foi uma mais-valia para o desenvolvimento profissional, pois apurou-se tanto a componente prática, como a componente teórica. Foi um privilégio acompanhar e aconselhar os pacientes, nas diversas situações que os levaram a recorrer a um optometrista.

Entre tantos pacientes analisados ao longo do estágio, somente três foram escolhidos para a elaboração deste trabalho académico.

O primeiro caso descreve uma paciente com problemas de visão binocular, nomeadamente uma insuficiência de convergência, excesso acomodativo secundário com espasmo acomodativo ao longe.

Em casos onde se suspeita de uma anomalia de visão binocular, deve-se fazer testes de modo a conseguir-se maior número de informação possível, por forma a descartar causas não funcionais ou um erro refractivo e descobrir o diagnóstico específico. Pessoas com problemas de insuficiência de convergência costumam ter queixas de “vista cansada” após leitura prolongada ou períodos longos de trabalho diante do computador, confusão, perda de linhas ao ler, ardor ocular, dor de cabeça, principalmente ao final do dia (1).

Os testes optométricos mais importantes a realizar são os seguintes: o ponto próximo de convergência, o MEM, ARN e ARP, as vergências fusionais positivas e negativas e, ainda, o *cover test*. Estas provas servirão para fazer um diagnóstico correto.

O segundo caso clínico é referente a uma adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas. A adaptação de lentes de contacto em pacientes portadores de astigmatismo apresenta certas dificuldades, nomeadamente a nível do eixo do astigmatismo, que os optometristas têm de dominar para contorná-las e obter resultados satisfatórios, proporcionando aos usuários boa acuidade visual e conforto. A melhor maneira de resolver os obstáculos é pensar neles antes que ocorram, evitando que o paciente passe por esse tipo de sensações, ou seja, deve-se controlar todo o processo de adaptação de LC. A variação da acuidade visual pode ocorrer devido ao movimento e ao incorreto posicionamento da lente de contacto no olho ou, ainda, pela falta de correção óptica (2).

As lentes de contacto hidrófilas têm variadíssimos parâmetros, tais como: o raio de curvatura, o diâmetro, o DK\T e o conteúdo em água. Estes parâmetros foram escolhidos com a avaliação da lâmpada de fenda e com a ajuda de um topógrafo para assim se observar o mapa córneo(3).

Os exames adequados para uma boa adaptação de lentes de contacto são os seguintes: saber exatamente qual o valor correto da ametropia e fazer uma boa avaliação topográfica e uma análise exaustiva da córnea, da lente e da relação das duas.

O último e o terceiro caso clínico trata-se de uma degeneração macular relacionada com a idade que é uma doença degenerativa da retina, de evolução crónica, que se manifesta clinicamente após os cinquenta anos de idade. Atinge principalmente a região central da retina e a mácula, responsável pela visão precisa (5).

A degeneração macular relacionada com a idade é uma das principais causas de perda visual nos países desenvolvidos e a terceira causa global de cegueira. Representa, portanto, um

importante problema de saúde pública uma vez que a população está cada vez mais envelhecida (5).

Esta degeneração aumenta com a idade, ocorrendo em 14.4% das pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos de idade, 19.4% dos 65 aos 74 anos e 36.8% acima dos 75 anos de idade (6).

Desenvolve-se em duas fases: uma precoce, representada por drusas moles e alterações pigmentares maculares, e uma tardia que compreende duas formas, uma atrófica e uma forma exsudativa, representada, ao nível do fundo ocular, por descolamentos serosos do epitélio pigmentado, neovascularização coroideia, ou cicatrizes maculares disciformes. A forma atrófica representa cerca de 80% dos casos e a forma exsudativa ocorre em aproximadamente 20% dos casos, apresentando, contudo, uma maior responsabilidade em termos de perda irreversível da visão (7).

Os fatores causais da degeneração macular podem ser classificados em dois grupos: fatores causais primários e fatores causais secundários. Os fatores causais primários são o envelhecimento e a genética, enquanto os fatores causais secundários são os que agravam as lesões derivadas das causas primárias, como: doenças cardiovasculares, tabagismo, exposição à luz solar intensa.

A patologia manifesta-se com a seguinte sintomatologia: baixa acuidade visual, visão distorcida (metamorfopsia), escotoma central (8).

Capítulo I

Insuficiência de convergência

O caso clínico que se segue trata-se de uma paciente de 16 anos. Foi a primeira vez que solicitou uma consulta de optometria. A causa maior pela qual a paciente tomou a decisão de fazer uma consulta foi a dificuldade que sente ao ler as palavras que se encontram no quadro na escola e o desconforto com que se deparou quando pratica exercícios de leitura. Para explicar o que sente, mencionou que parece que as letras dançam. Os sintomas persistem há cerca de meio ano. A paciente é saudável e todo o seu historial familiar, de saúde ou ocular não apresentam qualquer relevância.

Tabela 1: Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de insuficiência de convergência.

Resultados do Exame Optométrico	
Av Sem compensação:	OD: 0.8 OE: 1.0 ^{-2/5}
Retinoscopia:	OD: -0.75 -0.25x90 OE: -0.25-0.50x90
SUBJECTIVO:	OD: -0.75-0.25x90 AV=(1.0) ^{-2/5} OE: -0.00 -0.25x100 AV=(1.0) ^{-1/5}
Ppc:	15 cm
MEM:	-0.00 AO
ARN:	+1,00
ARP:	-3,00
REFLEXOS:	PIIRLA
CT Longe:	Orto
CT Perto:	10 exo
VFP:	4/7/5
VFN:	8/12/10

Análise do caso

Em situações em que pacientes com esta idade sentem dificuldades ao perto é muito provável que seja um problema de binocularidade.

Os dados, acima revelados, indicam que a paciente é ametrope, possui um MEM baixo, o cover test indica que ao longe é ortofórico, mas ao perto possui uma elevada exoforia, consequência de um AC/A baixo. A exoforia por sua vez reduz a VFP de perto disponível (RVFP).

Relativamente aos dados do ppc afastado, e um MEM baixo, pode pensar-se que é consequência de uma insuficiência de convergência, daí as queixas da paciente.

Nos resultados obtidos nos exames optométricos a refração obtida no subjetivo foi a seguinte: OD: -0.75-0.25x90 (1.0-2/5) e no OE: -0.00 -0.25x100 (1.0)-1/5, esta compensação será útil para melhorar a AV ao longe, mas não é o tratamento da etiologia.

Tendo em conta o valor do MEM, faz-se o diagnóstico de um excesso acomodativo ao perto e de um espasmo acomodativo ao longe, justificando este último a má qualidade visual ao longe e a utilização de valores negativos para além dos esperados no restabelecimento da AV, que adicionalmente, não é a desejada.

Então, para corrigir a insuficiência de convergência e o excesso acomodativo ao perto propôs-se à paciente que fizesse cerca de 12 sessões (2 por mês) na clínica e, diariamente em casa. Cada sessão terá uma duração média de cerca de 30 a 40 minutos. Em casa, aduração sugerida foi de 20 minutos. Estas sessões terão como principal objetivo diminuir as queixas ao perto para assim prosseguir a sua vida de estudante tranquilamente sem dificuldade na leitura. Posteriormente, pretende-se restabelecer a AV ao longe.

Numa primeira fase treinar-se-á convergência para que se possa colocar as reservas fusionais na normalidade, utilizando régua de prismas e o cordão de brock. Na segunda e terceira fases manter-se-ão os exercícios do cordão de brock e da régua de prismas e anáglifos treinando assim convergência e divergência. Depois de melhorar as reservas na última fase, exercitar-se-á um pouco convergência e melhorar a acomodação com o auxílio de flipers acomodativos. Esta terapia visual vai também ajudar na diminuição dos espasmos oculares na visão de longe. Após a terapia visual, os resultados dos exames optométricos mantiveram-se dentro da normalidade, ao nível de refração, convergência e de acomodação, no entanto, aconselhou-se que a paciente continuasse a usar óculos, uma vez que continuava a existir uma AV bruta inferior ao normal

Recomendou-se, ainda, que a paciente viesse para uma nova consulta de rotina após 6 meses, a fim de fazer o seguimento. Poder-se-á concluir que parte da miopia seja uma pseudomiopia, induzida pelo excesso acomodativo derivado da insuficiência de convergência.

Capítulo II

Adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas

O estudo do caso clínico de contactologia refere-se a um paciente chamado Nuno M., tem 32 anos de idade e trabalha numa empresa de cerâmica, na secção de marketing. O mesmo usufrui de óculos desde a escola primária, no entanto pretende começar a usar lentes de contacto, deixando os óculos para complemento estético.

O indivíduo realizou a última consulta oftalmológica há cerca de três anos. Desde então, afirma que, não sente qualquer tipo de alteração na sua qualidade visual.

Não manifesta qualquer tipo de sintomatologia. A sua história familiar, ocular e de saúde, não apresenta qualquer tipo relevância, por não ser portador de nenhuma complicação.

Tabela 2: Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de adaptação de LC hidrófilas tóricas.

Resultados optométricos	
Rx actual:	OD: + 0.50 - 1.25 x 180° AV: 1.0 OE: + 0.75 - 1.75 x 180° AV: 1.0
Simk:	OD: - 1.7 x 11° OE: - 2.7 x 178°
CT:	orto longe, 2 exo perto
Pupilas:	sem anomalias
Retinoscopia:	OD: + 0.50 - 1.00 x 180° OE: + 1.00 - 2.00 x 10°
Subjetivo:	OD: + 0.50 - 1.25 x 180° AV: 1.0 OE: + 0.75 - 2.00 x 180° AV: 1.25-2/5
Mem:	OD: +0.75 OE: +0.50
Biomicroscopia:	Sem anormalidades , padrão lipídico em marmore, malha aberta.

A Topografia da Córnea é o exame através do qual uma análise qualitativa e quantitativa do astigmatismo corneano pode ser observada. Assim sendo, foram efetuadas topografias em ambos os olhos do paciente, com o auxílio do topógrafo Medomont Studio - version 4.9.0.0. As topografias realizadas ao paciente em apreço encontram-se representadas pela Figura 1, para o OD, e pela Figura 2, para o OE.

Para a escolha da lente, principalmente do valor e eixo do astigmatismo, teve-se em conta a topografia corneana.

SIM K: OD: - 1.7 x 11° / OE: - 2.7 x 178° .

Todos os valores encontrados após os exames optométricos eram muito semelhantes à sua refração atual, então, manteve-se a prescrição oftálmica dos óculos.

Rx actual: OD: + 0.50 - 1.25 x 180° AV: 1.0
OE: + 0.75 - 1.75 x 180° AV: 1.0

No final da consulta, selecionou-se uma lente de silicone-hidrogel devido à sua boa permeabilidade ao oxigénio.

Testou-se a lente de contacto Biofinity Astigmatism (confilcon A) apresentando esta os seguintes parâmetros: RC: 8.70 mm e Dia: 14.50 mm.

Com o teste de lentes de contacto, a melhor opção de graduação foi:

OD : + 0.50 - 1.25 x 180°

OE : + 0.75 - 1.75 x 180°

Contudo, o paciente foi alertado para o facto de possuir algum astigmatismo, dado que, existe a possibilidade de a lente rodar e não ficar no eixo correto ou, então, de haver movimento excessivo, dificultando assim a boa estabilidade da mesma.

Perante o exposto, primeiramente, encomendaram-se uns blisters de diagnóstico e, só depois, se agendou uma consulta. Nesta consulta, informou-se o paciente de todos os procedimentos de manuseamento, manutenção e higiene da lente. Teve-se o cuidado de se explicar qual a posição correta da lente na sua colocação, para conseguir identificar o lado correto da lente. Após a colocação da lente, observou-se ao biomicroscópio a fim de se analisar a sua centragem e o seu movimento. No olho direito, a lente estava centrada com um movimento adequado, com estabilidade rotacional e com acuidade visual de 1.0. Já no olho esquerdo, encontrava-se centrada, com um movimento adequado, mas com uma rotação de 10 graus no sentido horário (nasalmente), com acuidade visual de 1.0 -1/5. No final deste decurso, o paciente proferiu a sua satisfação por não sentir quase a lente e por lhe proporcionar mesmo conforto.

Ora, como o sujeito não revelou nenhuma dificuldade em adaptar-se ao processo colocar e retirar a lente, seguiu-se a escolha do líquido. Optou-se pelo Aosept Plus, por ser uma solução de limpeza e desinfeção mais completa. Posto isto, encomendou-se um novo blister para o olho esquerdo com a graduação a saber: OE: + 0.75 - 1.75 x 10

Sugeriu-se uma consulta de revisão, com um espaço de cinco dias após a primeira, para se fazer o seguimento da adaptação.

Na consulta de seguimento, o sujeito não apontou dificuldades no manuseamento, nem qualquer outra dúvida relacionada com as lentes de contacto.

Em suma, o paciente manteve a primeira lente de contacto no olho direito, oferecendo uma enorme satisfação e conforto, uma vez que esta ficou devidamente centrada, garantindo estabilidade rotacional e movimento adequado. No olho esquerdo, com rotação a 10 graus, obteve-se uma acuidade visual de 1.0. Também neste olho, a lente ficou centrada acusando estabilidade e movimento apropriado. De seguida, aplicou-se fluoresceína e verificou-se a negatividade do teste realizado, detetando-se assim uma boa relação mecânica lente-superfície ocular. Colocou-se, imediatamente, a lágrima artificial para fazer uma limpeza do olho antes de colocar novamente a lente de contacto.

Após os 6 meses, verificar-se-á a AV, estabilidade da lente, por fim retirar-se-á as LC e far-se-á a avaliação fluorescência para analisar a relação lente-córnea-líquido de manutenção.

Relatório de Estágio: Insuficiência de convergência, Adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas, Suspeita de degeneração macular relacionada com a idade

Depois desta avaliação, aconselhar-se-á o paciente a efetuar consultas de optometria anuais.

Capítulo III

Suspeita de degeneração macular relacionada com a idade

No caso clínico refere-se a um paciente com 53 anos de idade, com pele e olhos claros. Desde que entrou no mercado laboral que desempenha a profissão de electricista.

O indivíduo usa óculos progressivos e a última alteração efetuada na graduação, bem como a última consulta realizada foi há cerca de 2 anos. Segundo ele, não via muito bem nessa altura.

Recentemente, sentiu alguma dificuldade na visão e como necessita de uma declaração para renovação da carta de condução, dirigiu-se a uma consulta de optometria, na qual se detetou uma súbita diminuição da acuidade visual no olho direito.

O paciente com a consulta pretendia adquirir uns óculos novos para melhorar essa mesma acuidade visual. De salientar que na última consulta realizada, foi-lhe comunicado que a visão do olho direito não era tão boa como a do esquerdo, contudo, presentemente, sente que está a piorar.

O mesmo fez questão de informar que é saudável, mas que é fumador há mais de 30 anos. Em suma, é um indivíduo saudável e com uma HF, HO e HS sem qualquer relevância.

Tabela 3: Resultados dos testes optométricos referentes ao caso clínico de suspeita de degeneração macular relacionado com a idade.

Resultados optométricos:	
Pupilas:	PIRRLA
Biomicroscopia:	Facoesclerose Grau I em ambos os olhos.
Refração:	OD: +1.25 0.12 OE: +1.75 1.0
AV com BE:	OD: 0.12 OE: 1.0
Grelha Amsler:	Positiva, paciente com distorção central da imagem. É notório uma metamorfopsia central 1º(macrópsia) e outra no campo visual superior nasal. Na periferia a 10º não existe alterações da forma do teste.
Retinografia:	Observação de drusas numa área extensa, abarcando a área macular e, ainda, observação de grandes vasos da coróideia (FIG.1).

Análise do caso

Realizada uma análise mais aprofundada do caso, poder-se-á dizer que a súbita perda de AV e o não melhoramento da mesma mediante o auxílio do BE, remete, uma vez mais, para a existência de algum problema patológico.

Os testes optométricos que se seguem confirmam esta mesma situação, onde com a melhor refração não se consegue melhorar a acuidade visual.

Com a avaliação da retinografia observou-se uma vasta área de drusas, que se situam numa zona macular o que já a partida é uma situação alarmante, além disso também ao redor da mácula existe uma grande concentração de vasos da coróideia (FIG.1).

Após avaliação com Grelha Amsler, notou-se uma distorção central da imagem. É evidente uma metamorfopsia central 1º(macrópsia) e outra no campo visual superior nasal. Na periferia a 10º não existe alterações da forma do teste. Estes dados levam a crer numa patologia macular, nomeadamente de uma degeneração macular relacionada com a idade.

Todos estes testes indicam que se está perante um caso de patologia e não de um caso refrativo, assim suspeita-se de degeneração macular relacionada com a idade.

A DMRI é uma das principais causas de perda visual em pacientes com idades superiores a 50 anos, sendo esta uma degeneração progressiva da região central da retina, chamada de mácula, que pode surgir com o passar da idade em algumas pessoas, principalmente naquelas onde já tenham ocorrido casos na família ou em portadores de hipertensão arterial e obesidade e em fumantes o que é o caso.

Curiosamente, o paciente tem pele clara o que também pode influenciar no desenvolvimento da patologia. O recomendável seria visitar um Optometrista ou Oftalmologista periodicamente, para deste modo se possa interromper precocemente este tipo de perda de visão.

A degeneração macular relacionada com a idade pode-se manifestar de duas formas: a seca, que é a forma mais comum e de progressão mais lenta, e a avançada, que acontece em cerca de 15% dos indivíduos, com perda visual de progressão rápida. Neste último tipo, ocorre a formação de novos vasos sanguíneos sobre a retina, podendo inclusive haver extravasamento de líquidos na região. Contudo, como os sintomas podem ser imperfectíveis nos estágios iniciais, é muito importante um acompanhamento mais periódico.

Por fim, o paciente foi aconselhado a visitar um oftalmologista o mais brevemente possível, a fim de efetuar o melhor tratamento o mais rápido possível. Assim sendo, junto enviou-se uma carta relatando os resultados que se obtiveram durante a consulta de Optometria.

Carta de encaminhamento para o oftalmologista

O paciente António Manuel Santos Pinto realizou uma consulta de optometria na clínica Ocular Eye Care, localizada na Rua Manuel Barbuda e Vasconcelos na Urb. Glicínias, Edif. 3, Loja 1A, 3810-498, Tel: 234100333, no dia 7 de Agosto de 2012.

Após avaliação completa verificou-se que o paciente apresentava a seguinte Acuidade Visual:

OD: 0.12

OE: 1.0

Após o exame retractorivo chegou-se à conclusão de que não ser possível melhorar a AV com a melhor correção óptica.

Em seguimento, realizou-se a observação biomicroscópica e observaram-se Facoesclerose Grau I em ambos os olhos.

Grelha Amsler: Positiva, paciente com distorção central da imagem é notório a metamorfopsia central 1º (macrópsia) e outra no campo visual superior nasal. Na periferia a 10º não existe alterações da forma do teste.

Retinografia: Observação de drusas numa área extensa, abarcando a área macular e, ainda, observação de grandes vasos da coróideia.

Finalizando a consulta, foi aconselhado ao paciente que se dirigisse ao serviço de oftalmologia.

Conclusão

O período de estágio, realizado na clínica Ocular Eye Care, incrementou o conhecimento teórico e prático essencial para o dia-a-dia de um optometrista. O vasto número de consultas, rastreios e palestras teóricas realizados fortaleceram, aperfeiçoaram e otimizaram o desenvolvimento profissional. Também a possibilidade de contactar com um público heterogéneo foi uma experiência enriquecedora para um estagiário optometrista.

De salientar que todos os procedimentos e práticas de consultas foram supervisionados pelo orientador, Dr. Tito Ramos, que desempenhou um papel fundamental ao longo desta jornada, sem o seu auxílio o estágio não teria sido tão simples.

Perante o exposto, considera-se que o estágio foi uma mais-valia para o desenvolvimento pessoal/profissional, uma vez que fomentou a autoconfiança e a vontade de adquirir novos conhecimentos e aprendizagens.

Com a elaboração do presente labor académico, os conteúdos dos diversos temas foram consolidados, principalmente através do relato dos três casos clínicos.

Bibliografia

- (1) Scheiman M, Wick B. Tratamiento clínico de la visión binocular: disfuncions heterofóricas, acomodativas y oculomotoras. 1st ed. Madrid: Ciagami .S.L.; 1996; p.221-262.
- (2) González-Méijome JM, editor. Contactologia. Copyright; 2007.
- (3) Cooper-vision, Hydron, Lentes de contacto e produtos de manutenção [Online] 2013 Available from: URL: <http://coopervision.com/contact-lenses/biofinity>
- (4) Efron, N. , Contact Lens Praticce, 2nd Edition 2002, Butterworth Heinemann;
- (5) Parier V, Soubrane G. Age-related macular degeneration. La revue de medicine interne 29. 2008; 215-223.
- (6) Kourlas H, Abrams P. Ranibizumab for the Treatment of Neovascular Age-Related Macular Degeneration: A Review. Clinical Therapeutics 9. 2007 Set; 29: 1850-1861.
- (7) Correia JC. Etiopatogenia da DMI. Acta Oftalmológica 12. 2002; 23-34.
- (8) Kanski JJ,MD, MS, FRCS,FRCOphth. Oftalmologia Clínica; Uma Abordagem Sistemática. Quarta Edição. Rio de Janeiro: Rio Med Livros Ltd 2004; p.399-441.
- (9) W. Furlan e e. all, Fundamentos de Optometria - refracion ocular, Valência: Universidade de Valência, 2009.

Anexos



Imagem 1: Registo retinográfico do OD adquirido pelo retinografo não midriático TRC-NW8.

Marques, Nuno [Right - 2-Set-2009 10:55:07]

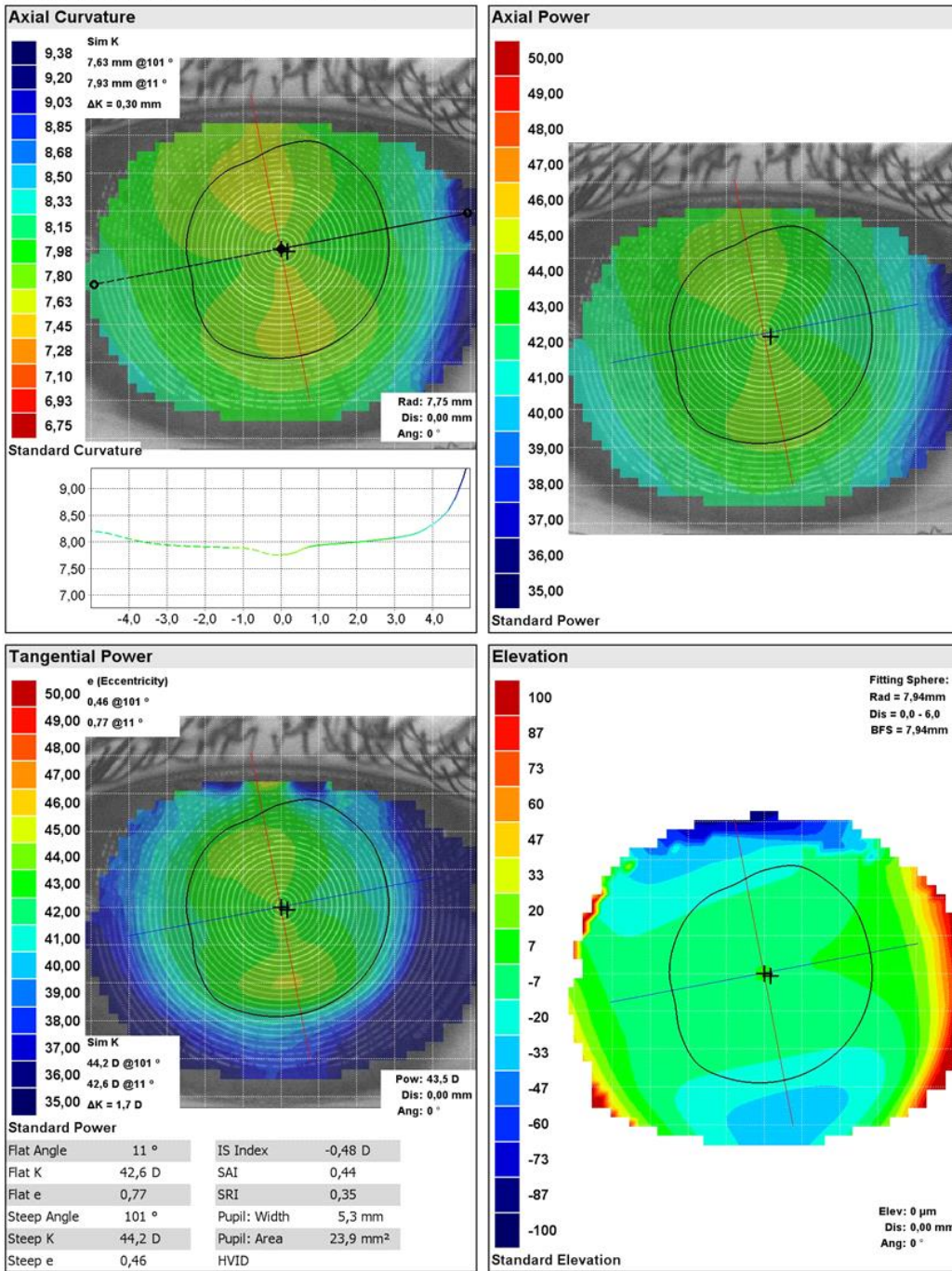


Imagem 2: Registo topográfico da córnea anterior do OD adquiridas pelo topógrafo corneal Medmont Studio - version 4.9.0.0. Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de potência axial, mapa de curvatura axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação.

Marques, Nuno [Left - 2-Set-2009 10:55:53]

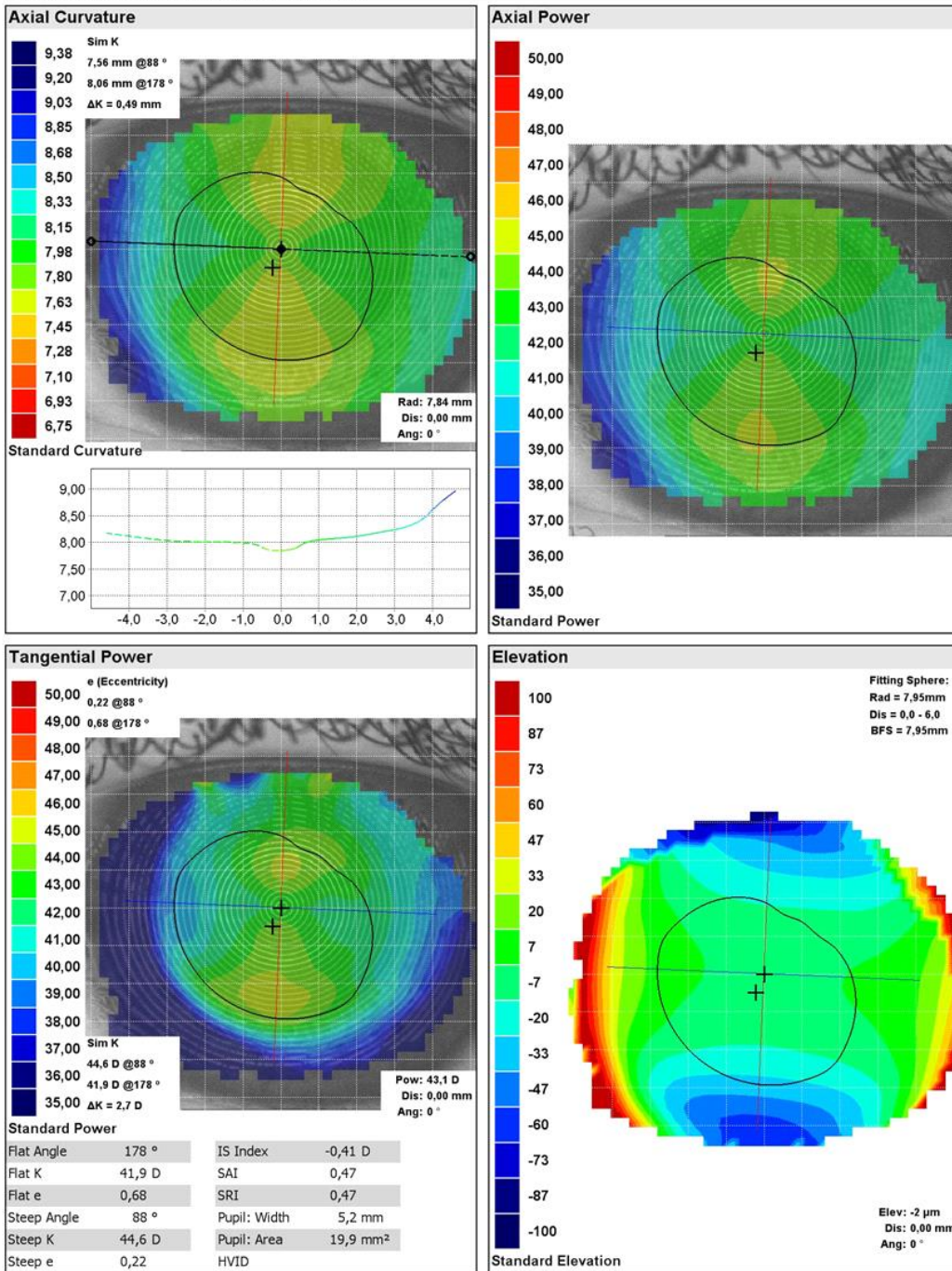


Imagem 3: Registo topográfico da córnea anterior do OE adquiridas pelo topógrafo corneal Medmont Studio - Version 4.9.0.0.. Nesta figura estão presentes os seguintes mapas: mapa de potência axial, mapa de curvatura axial, mapa de potência tangencial e o mapa de elevação.