**1. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE RASTREAMENTO DA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE POR MEIO DO MAPEAMENTO DE RETINA?**

* RN com peso ≤ 1.500 g **OU**;
* RN com idade gestacional ≤ 32 semanas **OU**;
* RN entre 1.500 g a 2.000 g ou entre 32 a ≤ 34 semanas, desde que tenha apresentado as seguintes condições clínicas predisponentes:
  1. SDR (Síndrome do Desconforto Respiratório);
  2. Ventilação mecânica acima de 7 dias ou Oxigenoterapia prolongada por mais de 10 dias;
  3. Sepse grave ou choque que tenha exigido uso de drogas vasoativas;
  4. HPIV (HIC) – hemorragia ventricular em laudo de USG;
  5. Mais que duas transfusões sanguíneas;
  6. Gemelares.

**2. QUAL A MELHOR DATA PARA O PRIMEIRO MAPEAMENTO DA RETINA?**

* ao completar 4 semanas de vida (se instável pode adiar até 6 semanas);
* independentemente da idade gestacional de nascimento.

**3. QUAL O PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA SOLICITAÇÃO DO RASTREIO E AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA (OFTALMOLOGISTA) PARA INTERPRETAÇÃO DO EXAME E DEFINIÇÃO DE CONDUTA?**

* Uma **solicitação de mapeamento da retina** deverá ser preenchida pelo pediatra antes de cada uma das avaliações do especialista oftalmologista (para cada solicitação deve ser impressa uma guia SADT – formulário de convênio – com a secretária clínica para solicitar autorização do convênio);
* além da solicitação do mapeamento, deve ser feito pelo pediatra também uma única **solicitação de avaliação do especialista** – oftalmologista, na primeira avaliação em formulário específico, que será entregue à secretária clínica para autorização em convênio;
* após aprovação pelo auditor do convênio, o protocolo será aplicado, com as avaliações do especilista subsequentes sendo realizadas conforme cronograma previsto no protocolo, mas permanecerá a necessidade de preencher a solicitação do mapeamento em guia SADT para todo atendimento.

**4. COMO SERÁ REALIZADA A DILATAÇÃO DA PUPILA PARA O MAPEAMENTO DA RETINA?**

* Colírio de tropicamida 0,5% (MidriacylR): 1 gota em cada olho a cada 15 minutos, com início 30 minutos antes da avaliação (total de 2 aplicações);
* Colírio manipulado de fenilefrina 2,5%: 1 gota em cada olho a cada 15 minutos, com início 30 minutos antes da avaliação (total de 2 aplicações);
* Enxugar o excesso do canto medial do olho, após instilar;

**Após a primeira avaliação, seguiremos o seguinte cronograma de repetições de mapeamento e avaliação do oftamologista:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CLASSIFICAÇÃO** | **ZONA** | **MAPEAMENTO E REAVALIAÇÃO OFTALMO** | **TRATAR** |
| Retina madura | - | 6 meses | não |
| Retina imatura,  sem ROP | I | 1 semana | não |
| Retina imatura, sem ROP | II não  posterior | 2 semanas | não |
| Retina imatura,  sem ROP | II  posterior | 1 semana | não |
| RETINOPATIA DA PREMATURIDADE DIAGNOSTICADA (ROP)  Classificação Internacional (ICROP-revisited 2005) | | | |
| **SEVERIDADE** | **ZONA** | **MAPEAMENTO E REAVALIAÇÃO OFTALMO** | **TRATAR** |
| Estágio 1 | I | 1 semana | não |
| Estágio 1 | II ou III | 2 semanas | não |
| Estágio 2 | I | 1 semana | não |
| Estágio 2 | II | 2 semanas | SIM |
| Estágio 2 | III | 2 semanas | não |
| Estágio 3  (pode ser doença PRÉ-LIMIAR tipo 1 ou LIMIAR) | I | 1 semanas | SIM  (CRIO-ROP study) |
| Estágio 3  (pode ser doença PRÉ-LIMIAR tipo 2 ou LIMIAR) | II | 1 semana | a critério  (CRIO-ROP study) |
| Estágio 3 | III | 2 semanas | não |
| Estágio 4  (A ou B) | - | - | SIM  (cirurgia indicada) |
| Estágio 5  (descolamento total da retina) | - | - | SIM  (cirurgia indicada) |
| **CLASSIFICAÇÃO ROP ESPECIAL** | | | |
| Pré-limiar tipo 1 | posterior,  zona I ou II | 1 semana | SIM  (ETROP study) |
| Pré-limiar tipo 2 | posterior,  zona I ou II | 1 semana | não |
| Agressiva e Posterior  (APROP) | I, II ou III | 1 semana | SIM |
| **PLUS**  (em qualquer estágio) | I, II ou III | 1 semana | SIM |
| PRÉ-PLUS  (em qualquer estágio) | I, II ou III | 1 semana | não |

**5. QUAL A PROGRAMAÇÃO DEVE SER SEGUIDA PARA FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (ABLAÇÃO), VITRECTOMIA OU APLICAÇÃO INTRAVÍTREA DE ANTICORPO RECOMBINANTE ANTI-VEGF (VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR). BEFACIZUMAB - AVASTINR : BEAT-ROP STUDY?**

* Oftalmologista deve indicar com antecedência de 2 dias pelo menos, necessários para marcação, autorização e transporte;
  1. *a indicação do melhor tipo de tratamento ficará a critério do oftalmologista, sendo o anticorpo recombinante indicado quando da impossibilidade de transporte para fotocoagulação ou quando a dilatação pupilar for inadequada.*
  + Relatório de justificativa de procedimento deve ser preenchido pelo medico que avaliou o paciente e indicou o procedimento. Este document deve ser entregue à enfermeira para andamento no processo;
  + O preparo de dilatação é o mesmo citado acima;
  + Solicitar relatório resumido do procedimento;
  + Orientação de cuidados pós:
  1. Não há necessidade de curativo oclusivo;
  2. Colírio VigadexaR: pingar 1 gota em cada no olho de 8/8 horas por 4 dias.
* **Agendamento de retorno após alta:** para toda retina imatura e qualquer classificação de ROP.

**BIBLIOGRAFIA**

Zin A, et al. Proposta de diretrizes brasileiras do exame e tratamento da retinopatia da prematuridade. Arq Bras Oftalm 2007;70(5):875-883

Dogra M, et al. An update on retinopathy of prematurity (ROP). Review article. Indian J Pediatr, 2017

Up to date – Retinopathy of prematurity – setembro 2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Revisado por:** | **Aprovado por:** | **Validado por:** |
| MARCOS ALVES PAVIONE  Diretor Técnico | MARCOS ALVES PAVIONE  Diretor Técnico | PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI  Coord. Neonatologia | ULLY MARIANNE F. LEMOS  Coord. da Qualidade |
| **Data: 23/10/2019** | **Data: 15/04/2024** | **Data: 16/04/2024** | **Data: 17/04/2024** |
| **Assinaturas e carimbo:** | | | |

**Histórico das últimas duas revisões**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Descrição das alterações:** | **Data:** |
| 1. | Ajuste conforme gestão de documentos (2 anos) | 15/04/2024 |
| 2. |  |  |