

ENFERMAGEM OFTALMOLÓGICA

Ruth Borges Teixeira *

As afecções intra-oculares , mais comuns, cujo tratamento é cirúrgico são: a catarata, o glaucoma e o descolamento da retina.

Catarata

Catarata é o nome dado pela medicina a toda a opacidade do cristalino, ou lente.

Cristalino é o corpo lenticular, transparente e elástico que se encontra no olho, entre a iris e o humor vítreo.

Iris é o disco colorido, que se encontra na porção anterior da esclerótica, onde a mesma é transparente e recebe o nome de "córnea transparente". A iris é perfurada no centro, onde se localiza a pupila. Esta pode aumentar e diminuir seu diâmetro, devido às contrações.

Ao se contrair ou dilatar a pupila regula a entrada dos raios luminosos para o interior do olho, atingindo a retina.

* Professôra de Enfermagem Cirúrgica Especializada da Escola de Enfermagem da USP.

Humor vítreo é a substância gelatinosa que ocupa o espaço entre o cristalino e a retina, membrana esta de origem nervosa, que exerce papel preponderante na visão.

Há ainda, no olho, outra substância, o "humor aquoso", que como o nome indica, é líquido e se encontra entre a córnea e a íris. Estes três, o cristalino, o humor vítreo e o humor aquoso agem, no olho, como meios de refração.

Etiologia: a catarata é uma afecção ocular que pode ter diversas causas o que a classifica em vários tipos:

Catarata senil, proveniente da degeneração dos tecidos nos indivíduos idosos.

Catarata traumática, que aparece após ferimentos perfurantes, ou contusos, no olho.

Catarata congênita, dos recém-nascidos, devido a processo mórbido da gestante, no período embrionário.

Catarata de desenvolvimento, que aparece na juventude.

Catarata metabólica, em caso de doenças do metabolismo, como o diabetes e o hipoparatiroidismo.

Catarata tóxica, devido a envenenamentos generalizados.

Sinais e sintomas

O paciente apresenta perda progressiva da acuidade visual; pontinhos fixos no campo visual, diplopia (ver dois objetos num só); poliopia (ver vários objetos num só) miopia, que aparece na fase inicial levando o paciente a abandonar os óculos para ver de perto na ilusão de que sua vista melhorou.

Podem aparecer também dor e inflamação, não

sendo êstes, sintomas obrigatórios.

Quando a catarata está madura, a pupila fica es branquiçada, perdendo as colorações comuns de castanho, cin za, verde ou azul.

Quando imatura, são necessários instrumentos a apropriados, para que o especialista faça o diagnóstico.

Tratamento

Como já foi dito no início é necessária a operação, pois nenhum colírio pode dissolver a catarata.

Existe, entretanto, um processo denominado "alfa quimioterapia" que consiste em injetar-se um líquido especial no cristalino opacificado, tendo sido feita previamente a iri dectomia. Êste tratamento amolece o cristalino, que é, as sim, removido com mais facilidade.

A operação de catarata dará bom resultado dependendo do estado do olho, da não existência de outras afecções oculares concomitantes, como glaucoma, descolamento da re tina, etc. e do estado geral do paciente. Êste não deve ser o perado antes de ser tratado de diabetes, hipertensão ou de dis túrbios cardíovasculares. A estatística revela que 25% dos pacientes portadores de tais moléstias, quando operados de catarata, apresentam hemorragia intraocular no pós operató rio, o que é considerado como um mau resultado (5).

O êxito da operação depende ainda do operador e dos cuidados de enfermagem, no pré e pós operatórios.

Admissão do paciente ao hospital

Os cuidados de enfermagem pré e pós operatórios aos pacientes portadores de catarata, glaucoma e deslocamento de retina são semelhantes, com poucas variações.

O paciente com qualquer destas afecções deve ser admitido ao hospital, dois dias antes da operação. Este período de antecedência será mais ou menos prolongado, de acordo com a rotina do hospital, com a ordem médica, ou com a necessidade de um preparo mais demorado antes da operação.

Procedendo o encaminhamento para a clínica oftalmológica, deverá o paciente passar pelo ambulatório, onde será orientado quanto aos exames complementares rotineiros de sangue, urina, incluindo pesquisa de uréia e de açúcar, exame de fezes, odontológico, oto-rino-laringológico, sendo estes últimos para pesquisa de focos de infecção.

Se o paciente apresentar sintomas de diabetes, hipertireoidismo, afecções pulmonares, cardíacas, urológicas e dermatológicas permanecerá na enfermaria o tempo requerido para o tratamento destas afecções, a fim de que seja operado de catarata com maior probabilidade de êxito.

Pré-operatório

Na enfermaria da clínica oftalmológica, a enfermeira receberá o paciente prestando-lhe os cuidados comuns a doentes de clínica médica ou cirúrgica.

Os primeiros cuidados se referem ao ajustamento do paciente ao ambiente da enfermaria, principalmente se se

tratar de pessoas idosas , para as quais a mudança de ambiente é mais chocante: a observação e controle dos sinais vitais, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial, e dos sinais cutâneos, como erupções, pediculose, manchas, etc. , pois estes, se presentes, contribuirão para o desconforto e inquietação do paciente no pós operatório e devem ser tratados antes da operação dos olhos.

Sendo a catarata senil a mais comum é possível que os pacientes idosos apresentem hipertensão ou alguma afecção cardíaca. Estes e os que apresentarem diabetes deverão ser tratados para estarem compensados, antes da operação, da afecção ocular.

A enfermeira deverá orientar o paciente quanto à necessidade do repouso no pós operatório, explicar-lhe por que não deverá fechar as pálpebras bruscamente, não tossir ou espirrar; que deverá tocar a campainha quando tiver necessidade de auxílio. Os sintomas de resfriado, especialmente se houver hipertermia, deverão ser combatidos com dilatadores brônquicos, expectorantes, inalações, antitérmicos e antibióticos, de acordo com as prescrições médicas.

Quanto às eliminações de fezes e urina, orientá-lo para não fazer força ao evacuar na comadre. Se o paciente se queixar de distúrbios urológicos como micções frequentes (polakiúria), ou dificuldade para urinar (disúria), o urologista deverá ser solicitado para orientar o tratamento destas anormalidades.

A enfermeira deve exercitar o paciente a movimentar o globo ocular nas várias direções, sem mover a cabeça . Se o paciente for fumante, restringir o fumo. Ao alcoólatra o médico prescreverá medicação que o ajude a se abster do álcool durante o período de imobilidade. A enfermeira preparará o paciente, psicologicamente, para que dê sua colaboração nesse sentido e informá-lo da existência da "Liga antialcoólica " e dos benefícios que poderá auferir se lá se tratar quando sair do hospital.

Êstes cuidados de enfermagem são imprescindíveis para que o paciente esteja em condições de permanecer em repouso no pós-operatório.

O preparo psicológico do paciente com referência à operação será também feito pela enfermeira. Ela explicará, de maneira simples, no que consiste a mesma; falará sobre a anestesia, repouso, dieta, pedindo-lhe que coopere para o bom êxito da operação.

Quando ao curativo ocular, orientá-lo para que não o toque com a mão. Explicará que o olho são, também será coberto com um monóculo, para evitar que, ao movimentá-lo, o olho operado também se mova; que, após a retirada do curativo, a visão irá voltando, aos poucos, e se acomodando ao ambiente e à luz.

O preparo físico constará de banho geral morno na véspera da operação e lavagem intestinal, para que não haja solicitação para evacuar, no pós-operatório imediato. Os homens devem fazer a barba e as mulheres, de cabelos longos, devem prendê-los, sem grampo, usando fita. Será também feita a tricotomia dos cílios na véspera. Para isso a enfermeira usará o seguinte material:

1. tesoura rombuda;
2. vaselina em tubo (sólida);
3. algodão em bolas ou cortado em pedaços;
4. gazes dobradas;
5. recipiente para o material usado (cuba rim ou saquinho de papel)

Colocar o material de tricotomia sobre a mesa de cabeceira. Deitar o paciente em decúbito dorsal, sem travesseiro, ou com um bem baixo. A enfermeira deve ficar atrás da cabeça do paciente. Colocar um pouco da vaselina sobre uma gaze e lubrificar as lâminas da tesoura; pedir ao paciente para fechar os olhos; segurar, com suavidade, a pálpebra do olho a ser operado com uma das mãos e, com a outra, cortar os cílios, que ficarão aderidos à tesoura, devido à va

selina, assim evitando que caíam dentro do ôlho, se o pacien
te o abrir; limpar as lâminas numa gaze e repetir a operação,
até que a tricotomia se complete; colocar no recipiente apro
priado as gazes e algodões usados.

Em crianças, a tricotomia é feita na Sala de Ope
rações, após a anestesia geral.

Preparo da região

O preparo da região a ser operada é feito de ma
nhã e à tarde, na véspera da operação. Usar o seguinte mate
rial:

1. vidro com colírio de tetracaina a 0,5% e con
tagotas;
2. vidro com sabão líquido, ou fisiohex;
3. vasilha (cuba redonda ou outra) com água mor
na;
4. cuba rim contendo algodão ou gaze;
5. pinça de Pean, ou outra de pressão, para segu
rar o algodão ou gaze;
6. antisséptico - mertiolato ou outro;
7. recipiente para o material usado

Maneira de fazer : Deitar o paciente em de
cúbito dorsal e pedir-lhe para manter os olhos fechados. A
brir bem as pálpebras do ôlho a ser operado e instilar uma gô
ta de tetracaina a 0,5% com o fim de anestesiá-lo; com algodão
prêso na pinça e embebido no sabão líquido, fazer a limpeza
da região ao redor do ôlho a ser operado, evitando que escor
ra sabão líquido ou fisiohex para dentro do ôlho. Isto é impor
tante, porque a irritação por êles produzida poderá justificar
adiamento da operação.

Os algodões ou gazes usados para a limpeza serão
depositados no recipiente próprio e substituídos por algodões

embebidos em água morna, para remover o sabão líquido ou fisiohex. A seguir usar gazes secas para enxugar a região e pincelá-la com o algodão embebido no antisséptico indicado, que poderá ser mertiolato ou outro.

A enfermeira dará a medicação já prescrita para induzir o paciente a um bom sono durante a noite que antecede a operação. No dia da operação, que é realizada, em geral, pela manhã, aplicará o pré anestésico, ajudará a transportar o paciente para a S. O. e, na enfermaria, preparará o ambiente e a cama, para recebê-lo.

Pós operatório

A enfermeira, auxiliada por mais três pessoas no mínimo, receberá o paciente operado; ela sustentará a cabeça do paciente e as auxiliares, uma de cada lado e uma aos pés, o colocarão na cama, com o auxílio do lençol móvel, (isto é o lençol dobrado ao meio) sob o paciente.

A cama deverá estar em posição horizontal com travesseiro baixo e a enfermaria em penumbra.

Outros cuidados indispensáveis são:

Vigiar o paciente, observar vômitos, tomar os sinais vitais. Estar presente quando o paciente voltar a si da anestesia para manter o repouso e a imobilidade da cabeça. Colocar a campainha ao seu alcance para que chame a enfermeira ou o responsável que deverão atendê-lo com presteza. Qualquer esforço, no pós operatório, poderá ocasionar hemorragias intra oculares, hérnia de íris, cicatrização difícil ou defeituosa, complicações pós operatórias.

A alimentação será líquida no 1º dia, no seguinte leve, depois geral. Será dada na boca do paciente, pela enfermeira ou auxiliar, com paciência, sem pressa, pois ele não poderá movimentar normalmente os maxilares, nem mesmo

os músculos faciais, devendo deglutir vagarosamente.

Antes de começar a dar o alimento, informar o paciente sôbre o conteúdo da bandeja e consistência dos alimentos, pois estando êle com um ôlho operado e o outro com monóculo não poderá enxergar.

Quando forem removidos os curativos pelo médico, e o paciente já estiver em condições, deixá-lo comer sòzinho a fim de que êle vá readquirindo independência.

O número de dias de repouso é estipulado segundo orientação do cirurgião, em geral de dois a três dias. A alta é quase sempre após oito dias de permanência na enfermaria.

Para movimentar o paciente no leito, para a higiene bucal e corporal, mudança de posição, a enfermeira deverá consultar o médico operador. Ao mudar o decúbito deixá-lo deitado sôbre o lado oposto ao operado. Se ficar agitado administrar-lhe os sedativos já prescritos. Assim que estiver em condições deixá-lo fazer sua própria higiene, no banheiro, para que possa, aos poucos, ir voltando às suas atividades normais.

Êstes cuidados de enfermagem condicionam o bom resultado da operação. Se faltarem, poderão causar o fracasso da mesma e possível cegueira do paciente.

Glaucoma

Ê uma doença grave dos olhos, que aparece mais comumente em pessoas idosas, acima de 50 anos de idade, e que poderá levar o paciente à cegueira.

Sintomas

Aumento da tensão intra-ocular, acompanhada de dor intensa, drenagem dos líquidos intra-oculares - humor vítreo e o humor aquoso - (mede-se a tensão ocular por um instrumento, o tonômetro).

O paciente conta que vê um halo colorido em tórno de luzes e lâmpadas acesas; queixa-se de redução do campo visual e de diminuição da acuidade visual (AV). Muitas vezes, apresenta mau estado geral, e com agravante de que, frequentemente o glaucoma vem acompanhado de outras doenças dos olhos.

O glaucoma é doença insidiosa e progressiva. Entre 100 indivíduos com glaucoma 12 a 15 podem ficar cegos, a menos que se inicie o tratamento ao serem notados os primeiros sintomas.

Como deter o Glaucoma:

Fazer o diagnóstico precoce, o que é difícil, por que no início não há dor (a não ser no glaucoma agudo) ou algum sintoma objetivo que possa alertar o médico, pessoa da família ou outro observador.

Feito o diagnóstico, o tratamento deve ser iniciado urgentemente e continuado por longo tempo, sendo que as melhoras não aparecem dentro de horas, semanas ou meses, conseguindo apenas estabilizar a visão.

Como o tratamento contrai a pupila, devido aos colírios mióticos, usados para melhorar a circulação no interior do olho, o paciente, muitas vezes vê menos do que antes de ser medicado. Cansa-se do tratamento, abandona os medicamentos, e, assim, em vez de ser detido o avanço do glaucoma, as lesões se estabelecem definitivamente e a cegueira torna-se inevitável.

Tipos de glaucoma

1. glaucoma congênito
2. glaucoma primário, sem doença anterior do olho
3. glaucoma secundário, após doença anterior ou ferimento ocular
4. glaucoma agudo, com início súbito, aumento da tensão ocular, visão turva, inflamação do olho, muita dor, náuseas e vômitos. Neste caso, é necessário socorro imediato, pois pode sobrevir a cegueira, em poucos dias.

Sintomas e sinais, que podem ou não estar presentes

1. Visão turva
2. Dor ou sensação de plenitude do olho, sintoma que aparece, especialmente, quando o paciente se levanta pela manhã.
3. Halo colorido ao redor de luzes e lâmpadas acesas
4. Necessidade frequente de trocar os óculos principalmente quando bifocais.
5. Perda progressiva da visão, notada, primeiramente, na periferia do campo visual.
6. Com o agravamento do glaucoma, aparecera depois, a diminuição da acuidade visual (AV) na parte central do campo visual.

Tratamento

1. cuidados gerais da saúde. Restrição de estímulantes como café e fumo.
2. prescrição médica para uso de sedativos tem poràriamente.
3. dieta. Redução do peso corporal.
4. poupar os olhos. Ler com boa luz, não abusar de cinema e televisão.
5. fazer exercícios físicos, principalmente andar a pé
6. voltar à consulta médica, no tempo determinado.
7. obedecer, sem se cansar, à prescrição médica para uso de colírios mióticos que têm o objetivo de contrair a pupila e provocar a miose: - ex: pilocarpina, eserina, prostigmina, que de vem ser, um ou outro, instilados nos olhos, vã rias vêzes ao dia (3vêzes). Tanto êstes medicamentos de uso local como os de ação geral, por exemplo, o diamox, que é um diurético, em forma de comprimidos e que facilita a drenagem ocular, devem ser tomados de acôrdio com a prescrição médica.

O uso cuidadoso dêstes medicamentos contribuírá para reduzir a tensão ocular, fazendo-a voltar ao normal e prevenindo a perda da visão.

Observação importante:

Um colírio que nunca poderá ser usado, em caso de glaucoma é a atropina.

Êste medicamento determina o aumento da tensão ocular, faz a dilatação da pupila (midríase) anulando a ação dos mióticos, que são os específicos no combate ao glaucoma.

Tratamento cirúrgico

Se o uso de mióticos não fôr suficiente para deter o glaucoma será indicada a operação. Entretanto, a cirurgia não conseguirá fazer voltar a visão já prejudicada, ou diminuída, pelo glaucoma.

A operação, chamada "operação fistulizante", consiste em obter-se uma fístula na parte central superior do olho, através da qual o humor aquoso possa drenar-se facilmente, pois os canais normais de eliminação dos líquidos intra-oculares foram bloqueados pela doença. Como já ficou dito, no capítulo de catarata, os cuidados de enfermagem pré e pós operatórios são os mesmos, acrescentando-se em caso de glaucoma a enfermeira deve insistir com o paciente para não desistir do tratamento. Persistir no uso de mióticos e de medicamentos de ação geral prescritos pelo especialista, a fim de, se possível, evitar a operação.

Descolamento da retina

O descolamento da retina é a separação desta membrana de outra, a coróide, que fica entre aquela e a esclerótica.

Se este descolamento fôr parcial a cegueira também o será; se fôr completo o paciente ficará cego do olho afetado.

Etiologia - o descolamento da retina ocorre, mais frequentemente nas pessoas idosas, devido à degeneração dos tecidos sendo esta sua causa determinante.

Outras causas são: ferimentos na cabeça ou no olho e miopia. É comum deslocar-se a retina quando um jovem míope salta do trampolim para a piscina; o baque da cabeça na água é suficiente para provocar o referido descolamento.

Tratamento

O tratamento é exclusivamente cirúrgico, sendo este, dentre as operações dos olhos, a que é mais difícilmente suportada pelo paciente. Este no pós-operatório, deverá permanecer em decúbito dorsal, imóvel, de 2 dias a uma semana. Isto, devido ao progresso das técnicas cirúrgicas, pois este repouso absoluto era ainda mais prolongado há algum tempo não remoto.

A operação pode consistir:-

1º) em fazer-se uma ou mais aberturas na esclerótica, a fim de permitir que o fluido que se concentrou sob a retina, na parte deslocada, seja drenado. Para fechar esta abertura, faz-se, depois, uma diatermo coagulação na zona operada, para auxiliar a coagulação do sangue e favorecer a formação de tecido cicatricial. Este tecido prenderá a retina no local primitivo.

2º) colocar pequenos suportes ou tubos de silício ne prendendo a retina no local de onde se deslocou. Esta cirurgia é denominada "Introflexão escleral".

3º) Fotocoagulação - tiros de luz sobre a zona descolada, com o mesmo objetivo. Cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios iguais aos já descritos para as operações de catarata e glaucoma.

Referências Bibliográficas

LIVROS

1. GARLAND, P. - Ophthalmic nursing. Philadelphia, Lip pincott, s.d.
2. GONÇALVES, P. - Manual de oftalmologia. Rio de Ja neiro, Atheneu, |c1960| .
3. PARKINSON, R.H. - Eye, ear, noase and throat manual for nurses. 8yh.ed. St. Louis, Mosby, 1959.
4. SHEPARD, M.E. - Nursing care of patients with eye, ear, nose and throat disorders. New York, Macmillan, 1966.

REVISTA

5. HOWARTH, HELEN - Post-operative haemorrhage follow ing cataract extraction: a survey. Nursing Times, 64 (32): 1066-1067, 9 aug. 1968.

TEIXEIRA, R.B. - Enferma gem oftalmológica. <u>Revista da Escola de</u> <u>Enfermagem da USP, 2</u> (2):- , set. 1968-
--