

Consentimiento informado para la iridoplastia

(Leyes 26.529 y 26.742 / Decreto reglamentario 1.089/2012)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha,, recibí de mi oftalmólogo, Dr., este formulario que contiene información sobre mi enfermedad ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las alternativas terapéuticas que tengo a mi disponibilidad. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado el día para que mi oftalmólogo aclare todas mis dudas.

2) ¿Qué es el glaucoma? ¿Qué significa tener un ángulo estrecho? ¿Cuál es el riesgo?

El glaucoma es una enfermedad de los ojos que, excepto en los casos agudos, evoluciona durante muchos años sin que el paciente note ningún síntoma. Se trata de una enfermedad silenciosa. El problema es, en la inmensa mayoría de los casos, que la presión de los ojos está elevada. Esta presión no está relacionada con la presión arterial. La presión de los ojos depende de un líquido denominado humor acuoso. Este líquido se produce dentro del ojo, circula en su parte anterior y sale al exterior hacia la circulación general. En su sitio de salida debe pasar por un tejido parecido a una rejilla (trabeculado). La presión normal (10 a 21 mmHg en el adulto) depende de un delicado equilibrio entre la cantidad de humor acuoso que se produce dentro del ojo y la que sale fuera del ojo. Cuando tiene dificultad para salir se altera ese equilibrio y aumenta la presión intraocular. Si la obstrucción es importante y se instala rápidamente tendremos un cuadro de glaucoma agudo. Aquí la presión asciende a cifras muy altas, el paciente tiene mucho dolor, el ojo está rojo y la visión disminuye. Pero en la gran mayoría de los casos el glaucoma se comporta como una enfermedad crónica y silenciosa. En general el problema está en aquella rejilla (trabeculado) que dificulta la salida del humor acuoso.

La presión ocular en el glaucoma crónico está elevada pero en menor grado que en el glaucoma agudo. Esta presión daña paulatinamente las fibras del nervio óptico. El nervio óptico de cada ojo funciona como un cable formado por algo más de un millón de fibras que transmiten las imágenes captadas por cada ojo hacia el centro de la visión en el cerebro. Cuando las fibras del nervio óptico mueren lentamente se producen zonas ciegas (escotomas) en el campo de visión que abarca nuestra mirada (campo visual). Durante muchos años no nos damos cuenta del deterioro porque solamente al final de la enfermedad estas zonas ciegas comprometen el centro de nuestro campo visual, manteniendo, hasta esas etapas avanzadas, nuestra capacidad de lectura.

Básicamente los casos de glaucoma crónico del adulto se dividen en glaucoma de ángulo abierto y glaucomas de ángulo estrecho.

El ángulo o seno camerular está ubicado en el sector anterior del ojo, en el sitio en que convergen la córnea por delante y el iris por detrás. En el fondo de ese ángulo se ubica el trabeculado (la rejilla que describimos previamente). Para salir del ojo, el humor acuoso debe pasar por esa rejilla (trabeculado) a fin de llegar a un canal parecido a una vena que se denomina conducto de Schlemm. Este conducto de Schlemm se extiende circularmente en los 360 grados del ojo. Desde allí el humor acuoso sigue su viaje hacia el exterior del ojo a través de venas de la superficie del ojo y desde allí se incorpora a la circulación general.

La mayor parte de la resistencia que dificulta la salida del humor acuoso en los casos de glaucoma de ángulo abierto se ubica en el trabeculado (rejilla del ángulo del ojo).

¿Qué significa tener un ángulo estrecho? ¿Cuál es el riesgo?

Se habla de ángulo estrecho cuando el espacio entre la córnea y el iris es muy reducido en la parte más periférica de la cámara anterior. El riesgo es que un mínimo desplazamiento del iris periférico puede bloquear la salida del humor acuoso. (Por ejemplo cuando las pupilas se dilatan y el iris periférico "se enrolla" o aumenta de volumen y se bloquea el paso del humor acuoso por la pupila). Esto genera un brusco e importante aumento de la presión ocular en un episodio denominado glaucoma agudo. Se trata de una urgencia oftalmológica, dado que si no se logra bajar la presión ocular se genera un daño irreversible en las fibras del nervio óptico.

El diagnóstico de la existencia de un ángulo estrecho ocluíble en la cámara anterior del ojo lo realiza el médico oftalmólogo mediante un examen con una lente específica que le permite observar las estructuras de ese ángulo (gonioscopia).

Si se dispone de la tecnología, se confirma el diagnóstico en forma objetiva mediante una ecografía especial (UBM) o estudios de imágenes tomográficas, en las que se detecta las características estructurales de lo que se denomina **ángulo estrecho ocluíble**. Esto significa un ángulo estrecho con mayores posibilidades de cerrarse o bloquearse y provocar un glaucoma agudo.

Hay ojos que estructuralmente tienen mayor probabilidad de tener ángulo estrecho, por ejemplo los pacientes con hipermetropía (cuyos ojos tienen dimensiones más reducidas que el promedio).

Hay diferentes drogas utilizadas en la medicina en cuyo prospecto figura el riesgo de su utilización en pacientes con ángulo estrecho dado que potencialmente podrían desencadenar un cuadro de glaucoma agudo.

Un paciente puede tener un ángulo estrecho pero no padecer glaucoma, dado que su presión ocular es normal y no tiene lesionado el nervio óptico.

En ellos el tratamiento del iris con láser es preventivo para reducir las posibilidades de que sufra un cuadro de glaucoma agudo.

En estos casos el tratamiento preventivo con láser puede consistir en efectuar un pequeño orificio periférico en el iris (iridectomía) o una iridoplastia o ambos.

También se puede realizar una iridoplastia con una finalidad terapéutica ante un caso instalado de glaucoma agudo.

Otra indicación de la iridoplastia es en pacientes que presentan un ángulo estrecho debido a una conformación especial del iris denominada “iris plateau” o “iris en meseta”, en los que la cámara anterior es profunda en el centro pero el ángulo es estrecho.

3) ¿En qué consiste una iridoplastia?

El iris es el tejido al cual se debe el color de los ojos. Tiene un orificio negro central denominado pupila. El iris actúa como el diafragma de una cámara fotográfica. Cuando hay mucha luz en el ambiente la pupila se achica (miosis) y evita que nos deslumbremos. Lo inverso ocurre en la oscuridad. Aquí la pupila se agranda. A esto se lo llama midriasis. Para entender el mecanismo de acción de la iridoplastia recordemos que el sector más periférico del iris es la parte móvil del ángulo de la cámara anterior.

Una iridoplastia periférica consiste en múltiples impactos de láser de argón efectuados sobre la superficie anterior del iris formando una circunferencia.

La energía luminosa del láser se convierte en calor al actuar sobre el tejido del iris y este aumento de temperatura provoca una contracción de sus fibras. Esta contracción “tironea” la parte más periférica del iris que forma el ángulo de la cámara anterior. Al “tironearla” se produce la apertura del ángulo.

El tratamiento se realiza con anestesia local por medio de gotas oftálmicas (colirio). El paciente se ubica sentado frente a un equipo denominado lámpara de hendidura (es un microscopio) en el cual apoyará su cabeza. La lámpara de hendidura está conectada por medio de una fibra óptica con el equipo de láser. El médico oftalmólogo sentado del otro lado de la lámpara de hendidura le coloca al paciente una lente de contacto especial con la cual enfoca el iris y controla las aplicaciones de láser.

4) Beneficio que se espera conseguir con la iridoplastia

Con la iridoplastia el objetivo buscado es ampliar (abrir) el ángulo de la cámara anterior. Su aplicación puede ser tanto terapéutica (en un cuadro de glaucoma agudo) como preventiva (para reducir las posibilidades de que un ángulo estrecho ocluíble se cierre completamente provocando un glaucoma agudo).

5) Riesgos y/o complicaciones posibles de la iridoplastia

- a) *Hemorragia intraocular*: infrecuente, es habitual que se resuelva espontáneamente.
- b) *Lesión en la córnea*: lesión en el endotelio corneal por el láser. Infrecuente y habitualmente sin repercusión funcional.
- c) *Inflamación interna del ojo (iritis)*: cede con medicación local (colirios).
- d) *Alteración en la forma de la pupila (discoria y/o midriasis)*: habitualmente leve y excepcionalmente con repercusión funcional (deslumbramiento).
- e) *Aumento de la presión ocular*: infrecuente y por lo general, transitorio. Se trata en principio con gotas hipotensoras.

6) ¿Existe otra posibilidad para tratar un ángulo estrecho? (tratamientos alternativos)

Ante un ángulo estrecho ocluable la primera opción es efectuar una iridotomía periférica con láser. Esto significa realizar una pequeña perforación en la periferia del iris. Con esto se consigue comunicar la cámara posterior del ojo (espacio ubicado por detrás del iris y delante del cristalino) con la cámara anterior (espacio ubicado entre la córnea y el iris).

La iridotomía periférica actúa como un *by-pass* dado que permite que el humor acuoso tenga un camino directo desde la cámara posterior hacia la cámara anterior periférica (normalmente lo hace pasando solamente por la pupila) y desde allí hacia el trabeculado (rejilla de salida).

Si se cierra el camino por la pupila (situación que ocurre en el glaucoma agudo) queda como “válvula de escape” la circulación del humor acuoso a través de la iridotomía periférica. La iridotomía periférica con láser tiene los mismos riesgos y/o complicaciones que la iridoplastia.

En los casos de ángulo estrecho ocluable asociado a “iris plateau” o “iris en meseta”, la iridotomía periférica en algunos pacientes no logra ampliar el ángulo y es necesario complementarla con una iridoplastia.

En un cuadro de glaucoma agudo ya instalado puede resultar dificultoso efectuar una iridotomía periférica y entonces la iridoplastia es una opción para intentar abrir el ángulo bloqueado o cerrado.

7) ¿Qué ocurre si no se realiza una iridoplastia en los casos en los que está indicado hacerla?

Si en un paciente con un ángulo estrecho ocluable que no pudo ser ampliado con una iridotomía periférica no se intenta ampliarlo con una iridoplastia, corre el riesgo potencial de sufrir un cuadro de glaucoma agudo (la presión ocular asciende bruscamente).

El glaucoma agudo significa una emergencia ocular dado que si no se resuelve a tiempo puede dejar como secuela una seria lesión del nervio óptico con pérdida parcial o total e irreversible de la visión.

8) Características particulares que presenta su caso

9) Espacio para anotar dudas o preguntas

10) Autorización para efectuar el procedimiento (consentimiento)

Luego de haber recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me realice una iridoplastia en mi ojo por el equipo médico constituido por los doctores

Firma del paciente:

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma del testigo:

Aclaración:.....

DNI:.....

11) Fotografías y/o videos de la cirugía con finalidad científico-técnica

El paciente SI / NO autoriza al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en publicaciones médicas y/o ámbitos científicos (rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente:

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma del testigo:

Aclaración:.....

DNI:.....

12) Revocación del consentimiento informado

Dejo asentada mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el consentimiento informado previamente firmado en el que autorizaba al equipo médico integrado por los Dres. a efectuarme una iridoplastia en mi ojo He sido informado sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión, descritas en el ítem 7 de este formulario.

Firma del paciente:

Aclaración:.....

DNI:.....

Fecha:.....

Firma del representante legal (de corresponder)

Aclaración:.....

DNI:.....

Fecha:.....

Firma del médico: