

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA MEDIANTE TRABECULOTOMÍA AB INTERNO KAHOOK DUAL BLADE

(Leyes 26.529 y 26742 / Decreto Reglamentario 1089/2012)

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.

DERECHO A NO RECIBIR INFORMACIÓN SANITARIA

Ejercicio mi derecho a no recibir información sanitaria vinculada a mi patología ocular, los procedimientos diagnósticos relacionados ni los tratamientos planificados.

_____	_____
Firma del paciente	Firma del profesional
DNI _____	DNI _____

Autorizo a disponer de la información sanitaria vinculada a mi patología ocular y a decidir sobre mi tratamiento a _____

DNI _____

_____	_____
Firma del paciente	Firma del representante legal
DNI _____	DNI _____

1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha, _____, recibí de mi médico 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?

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, en la inmensa mayoría de los casos, es 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 transparente denominado humor acuoso. Este líquido se produce dentro del ojo, circula en su parte anterior y sale al exterior del ojo 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 cantidad que sale fuera del ojo. Cuando tiene dificultad para salir se altera aquel 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), dificultando la salida del humor acuoso. En el glaucoma crónico la presión ocular está elevada pero en menor grado, en general, 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. Al morir lentamente las fibras del nervio óptico, 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 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 dicho ángulo se ubica el trabeculado (la rejilla que describimos previamente). Al salir del ojo el humor acuoso debe pasar por esa rejilla (trabeculado) para llegar a un conducto 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 crónico se ubica en el trabeculado (rejilla del ángulo del ojo).

Es precisamente a este nivel en el que actúa la trabeculotomía con abordaje intraocular (“ab interno”) y con la utilización de un instrumento denominado “Kahook Dual Blade” que al extirpar parte del trabeculado facilita el acceso del humor acuoso hacia el conducto de Schlemm.

En general en el glaucoma crónico la primera línea de tratamiento es mediante colirios (gotas oftálmicas) con drogas que bajan la presión ocular. Se puede incluso tratar con una combinación de drogas. En ciertos casos se utiliza una aplicación de láser en el trabeculado del ángulo de la cámara anterior como tratamiento inicial. Cuando a pesar del tratamiento médico máximo, no se logra descender la presión ocular a un nivel seguro (presión target) para que no avance el daño de las fibras del nervio óptico o al menos enlentecer este daño, se recurre a algún tipo de cirugía..- Entre las alternativas quirúrgicas está precisamente la trabeculotomía ab interno con el Kahook Dual Blade

3) En qué consiste la cirugía del glaucoma con la técnica de trabeculotomía ab interno con el Kahook Dual Blade ?

En general, las técnicas que más se utilizan buscan facilitar la salida del humor acuoso fuera del ojo. Para lograrlo abren nuevas vías de drenaje hacia la superficie del ojo

(ampollas de filtración); o hacia el espacio supracoroideo; ó, como en el caso de la técnica "KAHOOK DUAL BLADE", eliminando el sitio de mayor resistencia a la salida del humor acuoso hacia el exterior del ojo (el trabeculado) permitiendo al humor acuoso acceder directamente al conducto de Schlemm.

Las cirugías como el "Kahook Dual Blade" no generan la formación de una ampolla de filtración en la superficie del ojo como ocurre con la técnica convencional (trabeculectomía).-

La Técnica "Kahook Dual Blade" consiste básicamente en lo siguiente: bajo anestesia local el cirujano realiza una mínima incisión en la córnea mediante un micro cuchillete. Al atravesar la córnea se ingresa a la cámara anterior del ojo. Normalmente este espacio entre la córnea y el cristalino está ocupado por el líquido interno del ojo denominado humor acuoso. Cuando el cirujano ingresa en la cámara anterior y esta se vacía parcialmente, la rellena con una sustancia viscosa y transparente (hialuronato sódico). La posición de la cabeza del paciente en la camilla quirúrgica es rotada levemente para facilitar la visualización del sector nasal del ángulo de la cámara anterior y poder extirpar el trabeculado de ese sector mediante un micro instrumento cortante denominado "Kahook Dual Blade". Para ampliar la imagen y tener control con máximo detalle de esa maniobra, el cirujano apoya sobre la córnea una lente denominada gonioprisma. Se extirpa aproximadamente entre 120 y 240 grados del trabeculado (respecto a los 360 grados totales).

Esta cirugía se puede combinar con una cirugía de catarata (facoemulsificación), en el mismo acto quirúrgico.

4) Beneficio que se espera conseguir con la cirugía de glaucoma "Kahook Dual Blade":

Ante todo recuerde que la cirugía del glaucoma no tiene como objetivo mejorar la visión (agudeza visual).

El beneficio que se espera conseguir es preservar el campo visual al controlar en valores seguros la presión ocular. No existe una cifra mágica de valor de presión ocular segura para todos los pacientes. En cada paciente una presión ocular adecuada es aquella que impide el progreso de la muerte de las fibras del nervio óptico.

Aún con una cirugía perfecta, la presión puede no descender a niveles seguros. También puede ocurrir que al principio descienda y luego se descompense. Otro de los objetivos es reducir la cantidad de gotas necesarias para controlar la presión ocular a un nivel seguro.

Nadie le puede garantizar que no va a necesitar usar medicación (gotas) luego de la cirugía para poder controlar la presión ocular. También puede requerir nuevas cirugías.-

5) RIESGOS Y / O COMPLICACIONES POSIBLES EN LA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA CON la técnica "KAHOOK DUAL BLADE"

Es importante destacar que con el transcurrir del tiempo en algunos casos inicialmente exitosos la cirugía puede perder parcial o totalmente su efecto, pudiendo ser necesario agregar medicación (gotas hipotensoras) ó incluso realizar una nueva intervención quirúrgica.

UN CONCEPTO IMPORTANTE: NO EXISTE NINGUNA CIRUGÍA SIN RIESGOS.

En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos.

El riesgo más grave, como en toda cirugía ocular, es la **PÉRDIDA DEFINITIVA DE LA VISIÓN DEL OJO OPERADO**. Esto es infrecuente pero no es imposible. En el caso particular del glaucoma, este riesgo depende del tipo de glaucoma y del estadio evolutivo en que se encuentre, además de las complicaciones propias de la cirugía. Toda cirugía intraocular tiene un riesgo compartido: la infección intraocular o endoftalmitis infecciosa.

Muchas complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía o con nuevas cirugías y/o con medicación. Puede quedar como consecuencia un deterioro definitivo de la visión. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa.

La situación postoperatoria más frecuente con la técnica “Kahook Dual Blade” han sido **los picos (elevaciones) transitorios de la presión intraocular** (ocurre hasta en el 32 % de los casos en los primeros meses). Algunos de estos casos, cuando la hipertensión ocular persiste, requieren una reintervención quirúrgica con otra técnica. (hasta en el 22 % de esos casos). La segunda complicación en frecuencia es una **hemorragia dentro del ojo, en la cámara anterior (“hipema”) con disminución de la visión que, en ciertos casos requiere una reintervención para evacuarla. Otra complicación descrita (menos frecuente) es la coclodialisis** consistente en un desprendimiento parcial del cuerpo ciliar – tejido en el que se forma el humor acuoso o líquido interno del ojo) y **menos frecuente aún la iridodialisis (desinserción parcial del iris)**. Algunas ciclodialisis requieren una reintervención quirúrgica para repararlas. Se ha descrito también un **dolor ocular transitorio** postoperatorio (8 % de los casos).

Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un LISTADO PARCIAL pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes de toda cirugía intraocular.

Nota: la mayoría de estas complicaciones NO han sido descritas en postoperatorios de la cirugía “Kahook Dual Blade” pero pueden ocurrir en toda cirugía intraocular.

- A. Disminución de la agudeza visual.**
- B. Fracaso del drenaje del humor acuoso (aumento de la presión ocular):**
Ciertos casos requieren una nueva cirugía.
- C. Hemorragia intraocular:** puede ocurrir tanto en la parte anterior del ojo (hipema) como en la parte posterior (hemorragia supracoroidea). En general se resuelven espontáneamente o con medicación pero ciertos casos pueden requerir de una nueva cirugía para drenar la sangre.
- D. Presión ocular muy baja:** dependiendo de la causa, se podrá resolver con medicación o eventualmente requerir una nueva cirugía. Puede generar una patología en la parte central de la retina con un deterioro importante de la visión (maculopatía hipotónica).
- E. Infección interna del ojo (endofalmitis infecciosa).** En prácticamente todos los casos el germen que la causa está en los tejidos vecinos al ojo del propio paciente. Es sumamente grave y puede terminar con la pérdida definitiva de la visión e inclusive con la pérdida del ojo. Una endofalmitis puede ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los oftalmólogos más expertos. Aún cumpliendo con las más estrictas medidas de bioseguridad (asepsia) es imposible la prevención de una endofalmitis con un 100% de seguridad. Es fundamental el diagnóstico precoz.
Usted debe consultar inmediatamente si en el postoperatorio siente:
 - ✓ dolor.

- ✓ si nota **disminución de la visión.**
- ✓ si los **párpados están inflamados.**
- ✓ si el **ojo está muy rojo o con secreción.**

Advertencia: no frotar el ojo operado.

- F. Desprendimiento coroideo.** Aquí se acumula líquido y/o sangre entre la pared externa del ojo (esclera) y la capa vascular interna (coroides). Puede requerir cirugía.
- G. Desprendimiento de retina (requiere cirugía).-**
- H. Lesión en la córnea.** Si la córnea se descompensa gravemente puede requerir una cirugía corneal.
- I. Hemorragia expulsiva:** es una complicación intraoperatoria no descrita en este tipo de cirugías mínimamente invasivas, pero remotamente posible en toda cirugía intraocular. Se trata de la expulsión del contenido ocular generado por una hemorragia masiva intraocular. Cuando ocurre en general lleva a la pérdida definitiva de la visión y es imposible de prever.
- J. Complicaciones de la anestesia local:** se trata de complicaciones muy infrecuentes. Ocurren cuando la estrategia para la anestesia es mediante una inyección del anestésico en los tejidos que rodean al ojo Ejemplos: perforación del globo ocular (riesgo de pérdida de la visión por desprendimiento de retina), lesión del nervio óptico (riesgo de pérdida de la visión), compromiso de la circulación de la retina (riesgo de pérdida de la visión) y descenso del párpado superior (ptosis).
- K. Catarata:** un porcentaje importante de los pacientes operados de glaucoma sufre en alguna etapa un deterioro de la visión por el desarrollo de una catarata.
- L. Daño en el iris.**
- M. Edema macular cistoide.** La parte central de la retina (mácula) se infiltra de líquido (edema) y por lo tanto disminuye la visión
- N. Inflamación interna del ojo no infecciosa.** (Uveítis no infecciosa).

6) ¿Existe otra posibilidad para tratar el glaucoma en casos de no lograr una presión ocular segura con la medicación (gotas oftálmicas hipotensoras)? (Tratamientos alternativos)

La técnica tradicional es la trabeculectomía (se extirpa un segmento del trabeculado — rejilla— obstruido y el humor acuoso drena hacia una ampolla que se origina en la superficie del ojo por debajo de una membrana denominada conjuntiva). Una posible alternativa son las cirugías no penetrantes (menos invasivas). Para alcanzar niveles aceptables de presión ocular en ciertos casos estas técnicas quirúrgicas requieren de procedimientos complementarios en el postoperatorio, por ejemplo: inyecciones en la superficie del ojo, aplicaciones de rayo láser, quitar puntos de sutura, reabrir las vías de salida, etc.

En los casos más graves de glaucoma y en ciertas reintervenciones se utilizan otras técnicas como el implante de dispositivos de drenaje (“válvulas”) que drenan al humor acuoso fuera del ojo. Otra posibilidad es la destrucción de una parte del tejido en el que se forma el humor acuoso (cicloablación), ya sea con rayo láser o con frío. En estos casos complicados (por ejemplo el glaucoma neovascular del diabético o de las trombosis) el resultado es muy reservado tanto para el control de la presión como para la visión.

Hay diversos tipo de implantes de drenaje del humor acuoso. Una configuración básica es un tubo flexible (de silicón o polipropilene) con un extremo con orificio libre que se introduce en el interior del ojo (habitualmente en la cámara anterior) y el otro extremo conectado a un reservorio o plato. Este plato se fija a la pared blanca del ojo

(esclera) mediante puntos de sutura. La cámara anterior es el espacio interno del ojo ubicado entre la córnea y el iris. El objetivo es que el líquido transparente que circula dentro del ojo (humor acuoso) fluya hacia el exterior del ojo a través del tubo de la válvula hacia el reservorio o plato ubicado en el exterior del ojo cubierto por la conjuntiva. De esta forma el humor acuoso saltea el obstáculo de la rejilla (trabeculado) patológico del glaucoma y puede fluir fuera del ojo. Esto es esencial para reestablecer un fino equilibrio entre la cantidad de humor acuoso que el ojo produce y la cantidad que sale del ojo. De esta forma se intenta que la presión ocular se mantenga en un rango que no lesione las fibras del nervio óptico. En ciertos casos, el tubo de la válvula se coloca por detrás del iris (en lugar de colocarlo en la cámara anterior). En estos casos se combina con una cirugía denominada vitrectomía (se extrae parte de la gelatina ubicada en el interior de la parte posterior del ojo, denominada humor vítreo). La cirugía de implante de válvulas se combina en algunos pacientes con la cirugía de la catarata.

Lo correcto es hablar genéricamente de dispositivos de drenaje del humor acuoso porque en realidad algunos funcionan realmente como válvulas y otros no. El sistema valvular permite un drenaje controlado del humor acuoso dependiente de la presión en el interior del ojo. Se cierra el drenaje cuando la presión es muy baja. Por ejemplo: la válvula de Ahmed actúa de esta forma en tanto que el dispositivo de Baerveldt en realidad no es valvular. Las válvulas están indicadas, además, en determinado tipo de glaucomas en los que está contraindicado el Kahook Dual Blade. A los tres años de una cirugía en pacientes NO operados previamente, las probabilidades de éxito son del 70 % con la cirugía de implante de válvula.

En pacientes en los que ya fracasó una cirugía de glaucoma convencional (trabeculectomía), la probabilidad de éxito es menor.

Existe una natural tendencia de nuestro organismo a producir tejido cicatrizal ante el normal trauma quirúrgico. El problema en el glaucoma es que dicha reacción cicatrizal puede englobar la ampolla de filtración (en el caso de trabeculectomías) ó el plato del dispositivo de drenaje en las válvulas, impidiendo que el humor acuoso lo abandone. Esto puede generar con el tiempo un aumento de la presión ocular inicialmente controlada luego de la cirugía.

Con la técnica "Kahook Dual Blade" no se persigue como objetivo la formación de un ampolla de filtración en la superficie del ojo por lo que el proceso cicatrizal no influye como en la trabeculectomía o las válvulas.

7) ¿Qué ocurre si no se interviene quirúrgicamente los casos de glaucoma con presión ocular no controlable con medicación máxima?

Dejado a su libre evolución, un glaucoma con presión no controlada, conduce con alto grado de probabilidad a la ceguera absoluta y definitiva.

8) Características particulares que presenta su caso:

9) Espacio para anotar dudas o preguntas

10) Consentimiento (Autorización para efectuar el procedimiento):

Habiendo 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 cirugía de glaucoma con la técnica "Trabeculotomía ab interno mediante Kahook Dual Blade" 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 preservando su identidad.- (Rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma del testigo: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

12) Revocación del consentimiento informado

Dejo asentado 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 que me realizara una cirugía de glaucoma con la técnica de Trabeculotomía ab interno mediante el Kahook Dual Blade 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: _____