

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/nuevas-soluciones-para-la-optimizacion-del-control-de-la-pio-un-enfoque-basado-en-casos-de-estudio/32892/>

Time needed to complete: 58m

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

Nuevas soluciones para la optimización del control de la PIO: Un enfoque basado en casos de estudio

Dra. Van Tassel:

Lograr la PIO deseada con una carga de tratamiento mínima es fundamental para preservar una buena visión. Entonces, ¿cómo deberíamos usar los avances más recientes en tratamientos tópicos e implantes de liberación sostenida?

Esto es CME on ReachMD y yo soy la Dra. Sarah Van Tassel.

Dr. Schweitzer:

Y yo soy el Dr. Justin Schweitzer y realmente me preocupa la carga del tratamiento del glaucoma, su reducción y simplificación para los pacientes, así como su calidad de vida. Voy a contarles sobre un caso. Este caso en particular era un paciente mío con glaucoma de tensión normal. Estaba empeorando en el ojo derecho, como se puede ver en el campo visual aquí en la tomografía de coherencia óptica (OCT). También notamos que tenía una hemorragia de disco, lo que para mí era un signo de avance y falta de estabilidad. La presión era entre 15 y 14, había bajado de 17, y este paciente se administraba latanoprosteno bunod una vez al día en ambos ojos.

La relación copa-disco era 0,80, con esa hemorragia de disco a las diez en punto. Cuando observamos el avance en la OCT aquí, hay una disminución del espesor, tanto en el cuadrante temporal superior como en el inferior, y esto ocurrió en tres años debido a un defecto en las células ganglionares. Luego se puede ver una coincidencia estructural aquí también. Así que en este caso sería estructural versus funcional. Y puede ver el campo visual. Aquí puede observar el defecto paracentral allí y el patrón de desviación estándar que aumenta con el tiempo. Así que teníamos que hacer algo por este paciente. Teníamos que intervenir y cambiar el tratamiento. Por lo que hay que considerar muchas cosas. ¿Podríamos hacerle una cirugía? Quizá. ¿Podríamos hacer una cirugía con láser? Quizá.

Pero decidí que debíamos cambiar la medicación y asegurarme de no provocar grandes cambios en su vida. Cambiamos a un agente combinado de latanoprosteno y netarsudil una vez al día. Administrados por la noche.

Este es el control de presión a las seis semanas, como puede ver aquí, 11 en el ojo derecho y 10 en el ojo izquierdo. Pudimos bajar la presión unos tres puntos o más y, con suerte, disminuir o al menos detener el avance en un paciente difícil con glaucoma de tensión normal.

Dra. Van Tassel:

Vaya, ese es un gran caso. Excelente ejemplo. Algunos pacientes son buenos candidatos para el tratamiento de liberación sostenida más que para un cambio de tratamiento tópico. Aquí tenemos un caso de una dama de 91 años con pseudofaquia corregida 20/40, 20/30. Creo que la presión objetivo es aproximadamente 14 para ambos ojos y pudimos alcanzarla con una combinación de dosis fija de dorzolamida y timolol y latanoprost, pero esto era un verdadero problema para ella. La implementación era un problema para ella, su cuidador y su hija y su superficie ocular estaba completamente seca. Así que decidimos utilizar un implante de bimatoprost intracameral secuencial bilateral. Su presión inicial era 14. Unos tres meses después, seguía siendo 14. Y aquí escribí la cita de la

historia clínica electrónica. Quería compartir lo feliz que ella estaba, realmente dijo que esto le cambió la vida. Así que esperamos ver un estancamiento de ese avance, lo que creo que era más bien un problema de cumplimiento más que la imposibilidad de llegar a su objetivo.

Dr. Schweitzer:

Sí, estos son tratamientos poderosos. Observe este video de una inserción de bimatoprost SR tras un lavado con betadine. Este paciente tiene un par de gotas de proparacaina en su ojo y esa una aguja calibre 28. Y penetrará unas dos veces el largo del bisel. Una vez alcanzada esa profundidad, se presiona el botón del accionador y se ve cómo sale el implante. Se asentará en ese ángulo inferior. El humor acuoso comenzará a penetrarlo. Se empezará a inflamar un poco y se libera la medicación. Así que es un buen procedimiento que no necesita hacerse en un quirófano. También se puede hacer detrás de una lámpara de hendidura.

Dra. Van Tassel:

Sí, este es un ejemplo excelente.

Ahora que estamos por finalizar, me gustaría que mis colegas del glaucoma recuerden que aunque las opciones de liberación sostenida no sean su principal opción de tratamiento, es muy importante considerarlas, ya que son seguras y efectivas. Esto hace muy felices a los pacientes.

Dr. Schweitzer:

Sí. Me gustaría que mis colegas optometristas conozcan esos medicamentos. Hay muy buenas opciones. Como los métodos de administración, además de poder trabajar con oftalmólogos que ofrecen esta tecnología en su comunidad, lo que puede hacer una gran diferencia para los pacientes.

Dra. Van Tassel:

Gracias a nuestra audiencia y a Justin por acompañarnos.

Dr. Schweitzer:

Un placer conversar sobre estas opciones de tratamiento con usted, Sarah.

Dra. Van Tassel:

Soy la Dra. Sarah Van Tassel y esto fue CME on ReachMD.