

Anexo 6. Glosario

Los siguientes son algunos de los términos utilizados en esta GPC.

- **Glaucoma:** neuropatía óptica crónica y progresiva debida a la pérdida de células ganglionares. Se caracteriza por una pérdida del rodete neurosensorial y un aumento de la excavación papilar asociada a unos defectos característicos del campo visual. El principal factor de riesgo es el aumento de la presión intraocular. El glaucoma puede clasificarse como primario o secundario, según se relacione o no con otras causas sistémicas que lo puedan provocar. En el glaucoma primario no existe causa ocular o sistémica relacionada. En el glaucoma secundario existe patología ocular o sistema que puede provocar el glaucoma. Se clasifican anatómicamente en glaucomas de ángulo abierto o ángulo cerrado, según la amplitud del ángulo, que puede ser valorado por gonioscopia.
- **Glaucoma primario de ángulo abierto:** según la guía de la Sociedad Europea de Glaucoma sobre la terminología y pautas para el glaucoma, el glaucoma primario de ángulo abierto incluye un grupo de «neuropatías ópticas crónicas progresivas, que tienen en común presentar cambios morfológicos característicos de la papila y de la capa de fibras nerviosas de la retina, en ausencia de otra anomalía congénita o enfermedad ocular», a las cuales se asocia la muerte progresiva de las células ganglionares de la retina y la pérdida del campo visual (3). Este incluye, por ejemplo, el glaucoma juvenil primario, el glaucoma primario de ángulo abierto y de presión normal.
- **Glaucoma secundario de ángulo abierto:** se debe a una causa secundaria, como pueden serlo fármacos u otros tratamientos médicos y/o enfermedades oculares o extraoculares (3). Este incluye, entre otros, el glaucoma debido a tratamiento esteroideo, traumas oculares o tumores intraoculares, inflamaciones intraoculares, estadios iniciales de glaucoma normotensivo, entre otros.
- **Clasificación de Hodapp del glaucoma (3):**
 - Daño glaucomatoso inicial (leve)
 - a. Defecto medio < -6 dB.
 - b. Menos de 19 puntos con una $p < 5\%$ de ser normales, menos de 10 puntos de probabilidad de $p < 1\%$.
 - c. Ausencia de sensibilidad < 15 dB en los 5 grados centrales
 - Daño glaucomatoso moderado
 - a. Defecto medio < -12 dB.
 - b. Menos de 37 puntos con una $p < 5\%$ de ser normales, con menos de 20 puntos de probabilidad $p < 1\%$.
 - c. Ausencia de defectos absolutos (0 dB) en los 5 grados centrales.
 - d. Tan solo un hemisferio puede tener sensibilidad < 15 dB en los 5 grados centrales.

Daño glaucomatoso avanzado (severo)

- a. Defecto medio > -12 dB.
 - b. Más de 97 puntos con una probabilidad $p < 5\%$ de ser normales y/o más de 20 puntos con una probabilidad $p < 1\%$.
 - c. Defecto absoluto (0 dB) en los 5 grados centrales.
 - d. Sensibilidad < 15 dB en los 5 grados centrales de ambos hemisferios.
- **Presión intraocular objetivo:** nivel de presión más alto que evitaría un aumento del daño glaucomatoso y/o que disminuyera la progresión de la enfermedad al mínimo, conseguida con la menor cantidad de medicación y con los menos efectos secundarios posibles para el paciente (3).

Premisas para su determinación: 1) a menos PIO previa al inicio del tratamiento, la PIO objetivo debería ser menor (porcentaje de reducción basado en la PIO basal); 2) a estadios más avanzados, menor PIO objetivo; 3) a menor edad, menor PIO objetivo; 4) presencia de factores de riesgo, menor PIO objetivo y, 5) a una mayor tasa de progresión, menor PIO objetivo. Es razonable buscar una reducción del 25 al 50%, de la PIO basal sin tratamiento, dependiendo de los factores mencionados.

- **Control de la presión intraocular:** el grupo de trabajo definió el control de la PIO como el logro de una reducción eficaz junto con una buena tolerancia al tratamiento, entendiéndose como eficacia la reducción de la PIO a cifras iguales o inferiores a la PIO objetivo que el clínico plantea de forma individual para cada paciente. Por ejemplo, para un glaucoma primario de ángulo abierto incipiente, la PIO objetivo sería el resultado de reducir la PIO basal en un 25%. Para un glaucoma moderado se exigiría una reducción del 30% de la PIO basal y para uno severo, entre el 40% y el 50%.
- **Eficacia parcial del tratamiento:** la eficacia parcial se considera cuando el efecto observado es inferior al medio publicado para esa misma molécula en una población similar (3). Si bien esta definición está dada para el tratamiento farmacológico, sería extrapolable a otras intervenciones, como láser o cirugía.
- **No tolerancia al tratamiento:** se refiere a la no tolerancia debida a efectos secundarios locales o sistémicos.
- **Progresión de la enfermedad:** se debe considerar que existe una progresión de la enfermedad en el caso de que exista evidencia fiable de un empeoramiento significativo del deterioro del campo visual y/o un empeoramiento de la neuropatía glaucomatosa del nervio óptico (47).

Una progresión real debe estar presente en dos o más pruebas antes de indicar un nuevo tratamiento, dependiendo de la magnitud de dicho empeoramiento (3). Se debe determinar si existe o no progresión del deterioro del campo visual y la tasa de dicha progresión.

La Sociedad Europea de Glaucoma recomienda la realización de campos visuales SAP tres veces al año, durante los dos primeros años tras el diagnóstico, para determinar la tasa o velocidad de progresión de la enfermedad (3).

- **Fracaso terapéutico:** según la guía de la Sociedad Europea de Glaucoma sobre la terminología y pautas para el glaucoma, los fracasos de tratamiento incluyen el descenso insuficiente de la presión intraocular, el tratamiento innecesario, las complicaciones de la cirugía y la progresión de la enfermedad (3).

Tratamientos no farmacológicos para el glaucoma de ángulo abierto

- **Trabeculoplastia con láser:** procedimiento en el que se aplica energía láser (argón, selectivo, diodo) a la malla trabecular con el objetivo de reducir la resistencia al flujo de salida de humor acuoso.
- **Cirugía penetrante:** trabeculectomía.
- **Cirugía no penetrante:** esclerectomía profunda y viscocanalostomía.
- **Trabeculectomía:** la cirugía ocular más comúnmente realizada para reducir la presión intraocular en pacientes con glaucoma. Bajo anestesia, se realiza una comunicación entre la cámara anterior y el espacio subconjuntival, a nivel corneo-trabecular que permite que el humor acuoso fluya desde la cámara anterior al espacio entre la esclerótica y la conjuntiva, lo que reduce la presión intraocular. El sello distintivo de una trabeculectomía es la ampolla llena de líquido (blister) presente a nivel subconjuntival. Suele localizarse bajo el párpado superior.
- **Antimetabolitos:** fármacos como la mitomicina-C o el 5-fluoruracilo, que suelen usarse para disminuir la cicatrización y mejorar el drenaje en la cirugía del glaucoma.
- **Esclerectomía profunda:** cirugía ocular que se realiza una abertura en la conjuntiva para exponer la esclerótica. Posteriormente se disecciona un colgajo escleral de unos 5 x 5 mm y un tercio de profundidad de la esclerótica en el limbo. Un segundo colgajo se disecciona por debajo de este, con el fin de dejar una capa muy fina de tejido, exponer el canal de Schlemm (membrana trabéculo-descemética) y extraer la pared interna del mismo. Se elimina el colgajo escleral profundo y se pone un implante en el lecho escleral profundo (existen diferentes versiones) para reducir el riesgo de la cicatrización. El humor acuoso es capaz de atravesar dicha membrana y de formar una ampolla de filtración, sin que sea necesaria una perforación total. Es frecuente tener que perforar la membrana trabéculo-descemética con láser, meses después de la cirugía, para mantener su eficacia.
- **Viscocanalostomía:** un procedimiento quirúrgico similar a la esclerectomía profunda, pero también incluye un viscoelástico que se inyecta en el canal de Schlemm de una manera circunferencial para dilatar dicho canal y evita la formación de la ampolla de filtración.
- **Dispositivos de drenaje del humor acuoso:** cualquier implante utilizado en el tratamiento quirúrgico del glaucoma con el objetivo de disminuir la presión intraocular. Existen dispositivos que consisten en un tubo que se inserta en el ojo y una placa conectada al mismo, la cual se sutura a la esclerótica, se cubre con algún tejido (esclera propia o de donante, tejido liofilizado) y por la conjuntiva. Existen otros

dispositivos que se colocan a nivel de la malla trabecular con el fin de aumentar la filtración a este nivel. Algunos ejemplos de dispositivos de drenaje son: Molteno, Krupin, Baerveldt, Ahmed y Schocket.

Otras definiciones

- **Interpretación del DOR (Diagnosis Odds Ratio):** un DOR asociado a una prueba diagnóstica de 26 a 1 significa que por cada 26 veces que la prueba es positiva en pacientes con glaucoma, una vez es positiva en pacientes sin glaucoma.
- **Carga de las intervenciones:** derivado del término inglés *burden*, sería todo lo que implica la realización y seguimiento de un tratamiento no relacionado con aspectos de eficacia y seguridad (número de dosis diarias, necesidad de mayor control, necesidad de tratamiento hospitalario...).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización