

## ¿QUÉ ES LA PRESIÓN TARGET?



La presión target o presión meta fue descrita inicialmente por el Prof. Hans Goldmann, quien la llamó presión normativa, y la definió como aquella PIO en la cual el daño anatómico y/o funcional no avanzaba. Si bien el concepto se refiere a la toma de PIO aislada, también debería estar ligado al de perfil diario de la PIO del paciente.

Para lograr detener el avance de la enfermedad no es suficiente con lograr una PIO target en un momento del día, sino por el contrario lograr un perfil diario que se encuentre en los valores que deseamos para un determinado daño anatómico y/o funcional.

Es decir, que si tenemos una PIO target adecuada al mediodía, pero con picos hipertensivos elevados en la mañana, el daño puede progresar igualmente. Aunque no esté descrito el concepto de curva de PIO Target, es un concepto que hay que mantener en cuenta para detener realmente la progresión de la enfermedad.

## ¿A QUIENES DEBEMOS APLICAR LA PIO TARGET?

La PIO target debería ser aplicada en todo paciente con glaucoma. Si bien no es práctico realizarle una CDP a todos los pacientes, se debería tener en cuenta en todo aquel paciente que muestre progresión del daño anatómico o funcional en cualquiera de los periodos de la enfermedad (hipertensivo, preperimétrico o perimétrico). En todo paciente con glaucoma hay que estipular o calcular un valor de PIO target, pero el mismo es un concepto dinámico que se deberá ajustar o variar a lo largo de la evolución de la enfermedad. En todos los casos de progresión es necesario realizar un ajuste disminuyendo la PIO target que se había planteado originalmente.



## ¿CÓMO CALCULAR LA PIO TARGET DE UN DETERMINADO OJO?



La PIO Target se obtiene teniendo en cuenta el nivel de PIO, el espesor centro corneal, el daño anatómico, el daño funcional, (inclusive la localización de los defectos en el campo visual), la edad del paciente (por su expectativa de vida), la velocidad del daño, y el daño al momento del diagnóstico. Además es fundamental conocer el tipo de glaucoma (a través de la gonioscopia).

De esta forma la PIO Target deberá ser más baja, si la PIO de inicio es baja, si el espesor centro corneal está disminuido, si el daño anatómico-funcional es mayor, si la edad del paciente es

menor, la velocidad de progresión del daño es mayor, o el daño es mayor al momento del diagnóstico. Además se debe tener en cuenta que si el defecto de fibras es superior, y el defecto campimétrico es inferior, la PIO Target también debe ser menor que cuando el defecto campimétrico es superior, ya que los primeros son más discapacitantes que los segundos. En caso de no realizar de rutina este cálculo en sus pacientes, Ud. puede utilizar también la tabla de estima de PIO Target, donde simplemente compara el nivel de daño anatómico-funcional de sus pacientes con los de la tabla, y luego para ese daño, se ajusta la PIO y la edad, y con estos elementos realizamos una rápida estima de PIO Target para nuestro paciente.

# Fuerza y confort juntos



Con ALCON AZARGA Suspensión — usted y sus pacientes pueden obtener, finalmente, lo que se necesita.

ALCON AZARGA Suspensión demostró

- ~ Reducción comprobada de la presión intraocular — hasta 9.1 mm Hg<sup>1</sup>
- ~ Eficacia superior durante el día, comparada con AZOPT<sup>TM</sup> Suspensión o Timolol, usados en forma individual<sup>2</sup>
- ~ Confort preferido por más pacientes<sup>3,4</sup>

Elija la terapia que le ofrece más.

¡DONDE SE UNEN LA FUERZA Y EL CONFORT!

## ALCON AZARGA

Referencias: 1. Mann G, Denis P, Chew P, Sharpe E, Orrego A, Nisio S, Coote M, Leganovska G, Volkson L, Zeyen T, Flator J, James J, Aung T. The safety and efficacy of brinzolamide 1% / timolol 0.5% fixed combination vs dorzolamide 2% / timolol 0.5% in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. *Glaucoma*. 18(4):293-300. 2. Kaback M, Scoper S, Arseno G, Jazmes E, Hua S, Salem C, Dickerson J, Lumby TA, Bergamini M, W. Brinzolamide 1% / Timolol 0.5% Study Group. Intraocular pressure-lowering efficacy of brinzolamide 1% / timolol 0.5% fixed combination compared with brinzolamide 1% and timolol 0.5%. *Ophthalmology*. 2008; 115(10):1728-1734. 3. Volk D, Evans R, Stewart R, Walters S, Mallick S. Brinzolamide / Timolol Comfort Study Group. A one-week comfort study of BID-dosed brinzolamide 1% / timolol 0.5% ophthalmic suspension fixed combination compared to BID-dosed dorzolamide 2% / timolol 0.5% ophthalmic solution in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. *Ocular Pharmacol Ther*. 2008; 24(6):601-605. 4. Mundorf TK, Raudman S, Williams RD, Notvol R, Brinzolamide / Timolol Reference Study Group. A patient preference comparison of AZARGA (brinzolamide / timolol fixed combination) vs COSOPT (dorzolamide / timolol fixed combination) in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. *Clin Ophthalmol*. 2008; 2(3):1623-1628. 5. AZARGA Suspensión summary of product characteristics. 6. Yamada M, Mochizuki H, Kawasumi Y, Yoshino M, Meshima F. Kryptonometric measurement of intraocular pressure in vivo. *Can Eye Res*. 1997; 16:482-485. 7. Maurice D. The Charles Prentice Award lecture 1989: the physiology of tears. *Optom Vis Sci*. 1990; 67:391-398. 8. COSOPT drug description. Electronic Medicines Compendium Website: <http://emc.medicines.org.uk/>. Accessed May 22, 2008. 9. Garcia-Valldecabres M, Lopez-Alamany A, Rejo J, M. F. P. Stability of ophthalmic solutions. *Optometry*. 2004; 75:161-168. 10. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerl FH. Fixed-dose combination improves medication compliance: a meta-analysis. *Ann Med*. 2007; 139:713-719. 11. Robin AL, Novack GD, Cover DW, Crockett RS, Marck TS. Adherence in glaucoma: an objective measurement of once-daily and adjunctive medication use. *Am J Ophthalmol*. 2007; 144:533-540.

# PIOTARGET

CÁLCULO Y TABLA DE ESTIMA DE LA PIO TARGET



### DR. JUAN MARTIN YEJA

Clinica de la Visión, Provincia de San Juan, Fellowship en glaucoma del Consultorio Oftalmológico Sampaollesi, Ganador de la Beca Prof. Dr. Roberto Sampaollesi año 2010 del curso de posgrado; Diplomatura en Glaucoma, Buenos Aires, Argentina.

### PROF. DR. JUAN R. SAMPAOLESI

Prof. Titular de Oftalmología y Director del Curso de Postgrado Diplomatura en Glaucoma, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (U.C.E.S.), Consultorio Oftalmológico Sampaollesi, Buenos Aires, Argentina.

### PROF. DR. ROBERTO SAMPAOLESI

Profesor Emérito de Oftalmología de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Ex Jefe de Servicio y Ex Profesor Titular del Servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas, José de San Martín, Centro Oftalmológico Sampaollesi, Buenos Aires, Argentina.



CONSULTORIO OFTALMOLÓGICO  
JUAN SAMPAOLESI

[www.glaucomasampaollesi.com.ar/](http://www.glaucomasampaollesi.com.ar/)

# → 10 TIPS

PARA EL CÁLCULO O LA ESTIMA DE LA PIO TARGET:



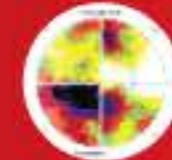
1- Si usted no realiza el cálculo de la PIO target, estadifique el campo visual y la papila de su caso (estadificación de Brussini y de Sampaolesi respectivamente) y compare con los del gráfico, fíjese a cual se parece más y aplique la PIO target indicada. Recuerde que de todas formas debe tener en cuenta el ECC, la edad, y la topografía del defecto funcional.

2- A la PIO target obtenida se le debe restar 1 mm Hg por cada 20  $\mu$ m de disminución del ECC sobre el ECC normal, o también sumarle 1 mm Hg por cada 20  $\mu$ m de aumento por sobre el valor normal (520  $\mu$ m: micrómetros). Si mide con Pascal esto no es necesario.



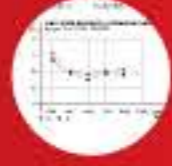
3- Si la expectativa de vida es larga se debe disminuir la PIO target. Se puede aumentar levemente si la expectativa de vida es corta.

4- Si el defecto de campo visual está en el hemisferio superior se respeta la PIO target obtenida, pero si está en el hemisferio inferior la PIO target debe ser disminuida. Esto se debe a que los defectos campimétricos inferiores son más inhabilitantes que los superiores.



5- Si el escotoma es de riesgo (amenaza la fijación), entonces también se debe disminuir la PIO target.

6- Si el defecto anatómico o funcional progresa con PIO aparentemente regulada, realice siempre una CPD (Curva Diaria de Presión).



7- No dude en utilizar TMMT (Terapéutica Médica Máxima Tolerada) cuando sea necesario.

8- Si la TMMT no es suficiente, piense en cirugía.

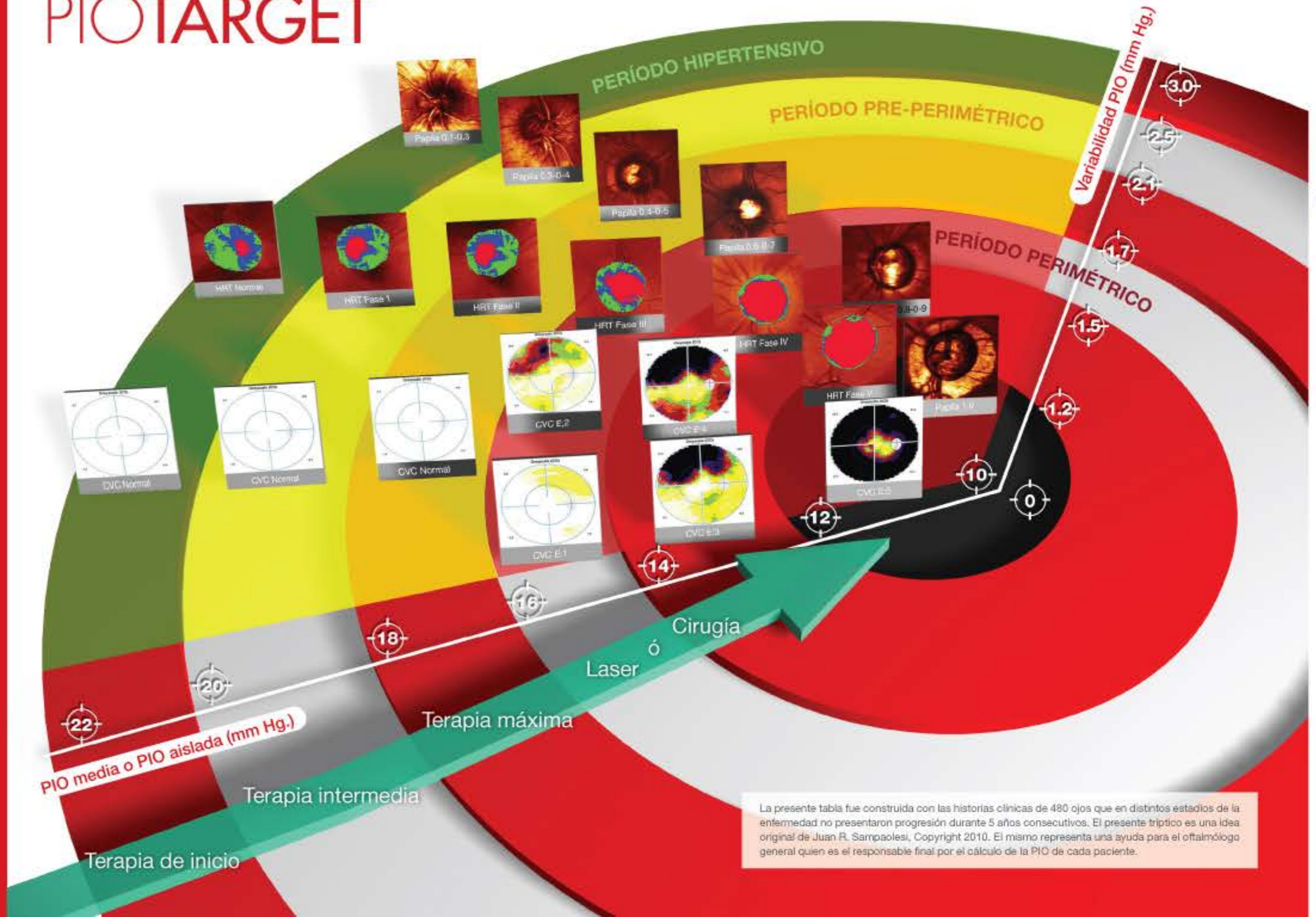


9- La PIO target es variable, por lo cual se deberá modificar a lo largo del tiempo.

10- Anótelas en la historia clínica en lápiz, con un valor para cada ojo.



# Tabla de Estima de la PIOTARGET



La presente tabla fue construida con las historias clínicas de 480 ojos que en distintos estadios de la enfermedad no presentaron progresión durante 5 años consecutivos. El presente tríptico es una idea original de Juan R. Sampaolesi, Copyright 2010. El mismo representa una ayuda para el oftalmólogo general quien es el responsable final por el cálculo de la PIO de cada paciente.