

Recomendaciones sobre el Control Oftalmológico en el Paciente con Diabetes Tipo 2

La retinopatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes y una causa importante de ceguera.

Fuente: Global Guideline for Type 2 Diabetes 81-85, 2012
Autor: International Diabetes Federation
Institución: International Diabetes Federation, Bruselas, Bélgica

Atención recomendada

Se debe asegurar que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DBT2) sean sometidos a una evaluación oftalmológica al momento de recibir el diagnóstico y en forma rutinaria cada 1 a 2 años. En esta evaluación se mide y registra la agudeza visual; también se analiza la presencia de retinopatía; esto se realiza mediante una fotografía retiniana luego de la dilatación pupilar o con un examen realizado por un especialista en oftalmología. Se sugiere discutir las razones para el control oftalmológico con el paciente diabético. También, se recomienda utilizar tropicamida para dilatar las pupilas, excepto en los casos en los que esté contraindicada.

Los hallazgos de la evaluación se clasifican de acuerdo con si se requiere un control de rutina, un examen más cercano o referencia a un oftalmólogo (si éste no realizó la evaluación). En caso de no hallarse retinopatía se realiza un nuevo control en 1 a 2 años. Si se encontró retinopatía mínima, sin cambios, se vuelve a examinar a los 12 meses. Si la retinopatía empeoró desde la última evaluación se requiere una nueva evaluación en 3 a 6 meses. Se sugiere realizar un control más frecuente durante el embarazo.

Ante la pérdida abrupta de la visión e indicios de desprendimiento de la retina se recomienda la derivación al especialista en el día. Los pacientes deben ser evaluados por un oftalmólogo dentro de una semana si presentan hemorragia prerretiniana o vítrea, neovascularización o rubeosis del iris. Los individuos en los que se observan lesiones retinianas propias de un estadio avanzado (como microaneurismas o hemorragias retinianas en los 4 cuadrantes, punteado venoso en 2 cuadrantes o alteraciones microvasculares intrarretinianas) deben ser referidos a un especialista en el lapso de 1 a 2 meses. También deben ser evaluados por un profesional especializado en este lapso, los pacientes que presentan deterioro sin explicación de la agudeza visual, edema macular, cambios retinianos inexplicables, cataratas o imposibilidad de visualizar el *fundus*.

Se considera que el buen control de la glucosa, la presión arterial y los lípidos plasmáticos ayuda a reducir el riesgo de compromiso ocular o su empeoramiento.

La retinopatía diabética no es una contraindicación para el uso de aspirinas si este fármaco está indicado para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Se sugiere que se realicen periódicamente mediciones de la presión intraocular.

Atención limitada

Se recomienda que un miembro del equipo de salud adecuadamente entrenado y con experiencia apropiada para

evaluar la retinopatía realice fondo de ojo con dilatación pupilar. También se sugiere controlar la agudeza visual. Los controles y las indicaciones de evaluación por parte de un especialista son las mismas que las comentadas en la atención recomendada.

Atención abarcadora

El control será como el de la atención recomendada, pero se pueden utilizar fotografías estereoscópicas en color de los 7 campos estandarizados del fondo de ojo para que sean interpretadas por un profesional entrenado (cuando no se realice el control oftalmológico por un especialista en retina).

Fundamento

La retinopatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes y una causa importante de ceguera. Si bien la retinopatía clásica, con neovascularización, es un problema importante, la maculopatía es la alteración más significativa en los pacientes con DBT2. Asimismo, las cataratas son el doble de frecuentes en esta población en comparación con los individuos no diabéticos. Las intervenciones para controlar la glucemia, la presión arterial y el valor de los lípidos en el plasma pueden ayudar a evitar o retrasar la aparición de la retinopatía y enlentecer su progresión. La mayoría de las personas con retinopatía es asintomática hasta que el daño se encuentra en un estadio avanzado.

La detección temprana de la retinopatía mediante el control regular es esencial para identificar a los pacientes con alteraciones que comprometen la visión para realizar tratamiento con láser y evitar la ceguera. En la actualidad están surgiendo nuevos tratamientos para la retinopatía; sin embargo, la fotocoagulación con láser y la vitrectomía aún son intervenciones esenciales para reducir la pérdida de la visión secundaria al edema macular focal y difuso y a la retinopatía proliferativa asociados con la diabetes.

Entre el 21% y 39% de los pacientes con DBT2 presentan retinopatía al momento del diagnóstico de la enfermedad. Además, un 3% de estos individuos tiene alteraciones que comprometen la visión.

Los datos que apoyan el control glucémico óptimo y un control estricto de la presión arterial surgen de la reducción del riesgo de complicaciones microvasculares observada en el estudio UKPDS. Por su parte, el ensayo ACCORD encontró que la progresión de la retinopatía diabética se redujo con el control intensivo de la glucemia en combinación con el tratamiento de la dislipidemia, pero no con el control intensivo de la presión arterial. El estudio ADVANCE informó efectos



aditivos de la combinación de la mejoría del control glucémico y la presión arterial. Por su parte, la investigación *Steno-2* demostró que los sujetos que recibieron tratamiento intensivo de múltiples factores tuvieron riesgo significativamente menor de retinopatía.

Se requieren procedimientos de calidad para asegurar la detección oportuna de la retinopatía y realizar las intervenciones para evitar o minimizar la pérdida de la visión. También se debe estimar la calidad de las evaluaciones realizadas.

El uso de fotografías con cámaras digitales luego de la dilatación pupilar disminuye la incidencia de errores en la evaluación; además, resulta rentable. Sin embargo, esta tecnología no puede detectar el edema macular, por lo cual se debe evaluar la agudeza visual al realizar una fotografía retiniana.

Si no se dispone de cámaras o de oftalmólogos, la oftalmoscopia realizada por un profesional entrenado puede detectar muchas alteraciones. La retinopatía diabética leve que no se detecta en una evaluación probablemente se observe en el próximo examen.

Los registros que contienen los resultados del control oftalmológico se pueden evaluar fácilmente en un período de 12 meses. Un indicador potencial que se puede calcular es el número de personas con DBT2 que tuvieron al menos un control oftalmológico durante el último año como un porcentaje del número de sujetos con diabetes que fueron evaluados en el último año. Los servicios de evaluación oftalmológica deben contar con personal entrenado e instalaciones suficientes para brindar cobertura a toda la población con esta enfermedad.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siicsalud.com