

## PROTOCOLOS DE LOS ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA

La aceptación y homogeneización de los enfoques terapéuticos entre los oftalmólogos es un objetivo de interés general que repercute directamente en la calidad asistencial de un área o región.

Se inicia aquí una serie de trabajos, solicitados o presentados por los editores de los Archivos de la SCO, que tienen por objetivo describir de forma resumida y esquemática, el estado del arte actual de temas mayores de evidente interés general, que sirvan de guía rápida y referencia presente y futura al oftalmólogo. En este número 14 de los Archivos de la SCO, hemos solicitado a los Dres. Pedro Abreu, M.<sup>a</sup> Antonia Gil y Juan C. Vargas, que el primer protocolo de los Archivos de la SCO verse sobre el enfoque terapéutico actual de la retinopatía diabética, en la actualidad, la principal causa de ceguera en el mundo industrializado.

\* El Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de la Candelaria ha elaborado un protocolo de tratamiento de la retinopatía diabética aplicado y renovado periódicamente desde hace años.

# Tratamiento de la retinopatía diabética

## *Treatment of diabetic retinopathy*

ABREU P<sup>1</sup>, GIL M.<sup>a</sup>A<sup>1</sup>, VARGAS JC<sup>1</sup>

La diabetes se ha convertido actualmente en una de las enfermedades que producen mayor gasto económico y social en los servicios sanitarios actuales. La importancia de la diabetes mellitus (DM) viene determinada por la elevada prevalencia, el carácter crónico de su evolución, y las repercusiones que, tanto la necesidad de su tratamiento conti-

nuado como las complicaciones derivadas de su control clínico inadecuado, provocan sobre la calidad y la cantidad de vida.

Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998, que utiliza los criterios diagnósticos de la OMS, la prevalencia de DM es de 8,7% para el conjunto de la población canaria entre los 18 a 75 años, descendiendo has-

---

Hospital Universitario de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina.

ta 6,9% si consideramos la población de 6 a 75 años de edad.

La prevalencia de la DM, en especial la tipo II o del adulto, aumenta con la edad. En Canarias, la prevalencia es de 0,9% para el grupo de edad de 6 a 24 años, ascendiendo hasta 20,9% para el grupo de edad de 65 a 75 años. Porcentajes que superan los valores conocidos de la mayoría de las regiones europeas, que sitúan la prevalencia entre un 2% y un 5% de la población (Análisis Coste-Efectividad y tratamiento de la de la RD en Pacientes con Diabetes Mellitus), Servicio Canario de Salud.

El estudio oftalmológico inicial de los pacientes diabéticos lo realizamos (tabla I): en el Tipo I a los 5 años de su inicio, aunque no existe patología, para tener un seguimiento del paciente. En el Tipo II en el momento del diagnóstico, pues no sabemos cuándo comenzó la enfermedad, muchas veces descubierta por la retinopatía.

**Tabla I. Estudio de la RD**

| Tipo de diabetes | Estudio                       |
|------------------|-------------------------------|
| Tipo I           | 5 años del inicio             |
| Tipo II          | En el momento del diagnóstico |

**Tabla II. Factores de riesgo en la RD**

- Aceleran la evolución:
  - Duración
  - HTA.
  - E. cardiovasculares
  - Nefropatía
  - Hiperlipidemia
  - Hipercolesterolemia
  - Mal control (HBAC 1>7)

La evolución de la retinopatía diabética (RD) está modulada por determinados factores de riesgo, que producen una aceleración y agravamiento de la retinopatía (tabla II).

El Edema Macular Diabético (EMD) es la causa de ceguera principal, y puede aparecer en cualquier estadio de la RD, desde un 3% en la RD leve a un 75% en la RD proliferativa (tabla III).

El control y tratamiento de la RD lo realizamos según se describe en la tabla IV. Depende principalmente de la presencia o no de EMD

Esquema general del tratamiento de la RD en nuestro Servicio (fig. 1).

El deterioro de la agudeza visual de los pacientes diabéticos está causado principalmente por dos entidades, el principal el EMD y en segundo lugar la isquemia.

El Edema Macular Diabético es la causa principal de ceguera, por ello su estudio y diagnóstico es prioritario y debe de ser de sospecha ante una disminución de la agudeza visual, explorando el polo posterior mediante lámpara de hendidura y lente de

**Tabla III. Factores de riesgo del edema macular diabético**

- Según la severidad
  - RD no proliferativa:
    - leve: 3%
    - Moderada a severa: 40%
  - RD proliferativa: 75%
- Edad:
  - >30 años
  - Insulinodependiente
- HTA y/o Enf. cardiovascular multiplica x 3.
- Hipercolesterolemia:
  - Exudados duros
  - Fibrosis subretiniana

**Tabla IV. RD: control y tratamiento**

| Tipo de retinopatía diabética | Estudio | Tratamiento y control  |
|-------------------------------|---------|--|
| RD ausente                    |         | Control por su Oftalmólogo y Endocrinólogo anual   |
| RD leve                       |         | Control anual  |
| RD moderada                   | AFG     | Si isquemia >5 DP: láser. Control semestral  |
| RD severa sin EMD             | AFG     | Si isquemia >5 DP: láser. Control 4 meses.   |
| RD severa con EMD             | AFG     | Si isquemia >5 DP: láser. Tratamiento del EMD. Control a los 3 meses (si éxito, seguimiento semestral) |
| RD muy severa                 | AFG     | Si isquemia >5 DP: láser. Tratamiento del EMD Control a los 3 meses (si éxito, seguimiento semestral)  |
| RD proliferante B R sin EMD   | AFG     | Panfotocoagulación. Control 4 meses  |
| RD proliferante B R con EMD   | AFG     | AFG. Rejilla-panfotocoagulación. Control 4 meses   |
| RD proliferante alto riesgo   | AFG     | AFG: panfotocoagulación. Control 4 meses   |

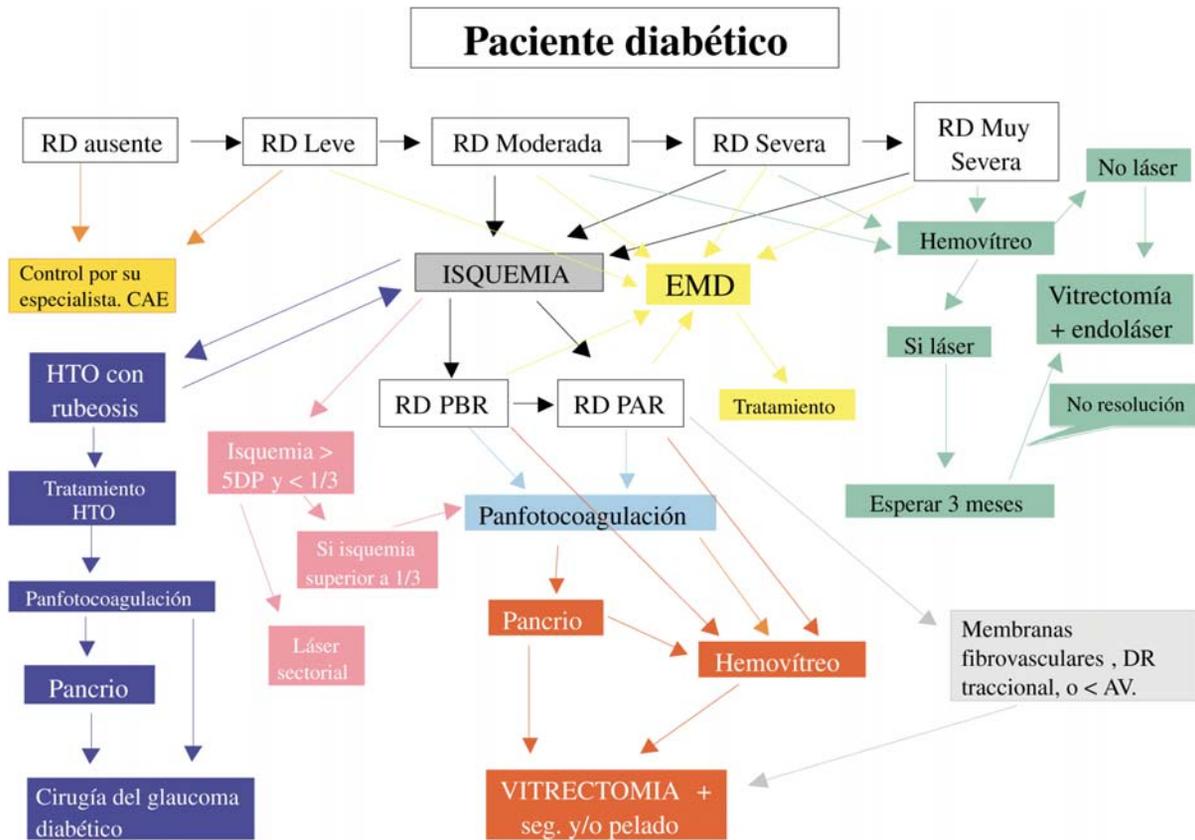


Fig. 1: Esquema general del tratamiento de la RD en nuestro Servicio.

contacto / o no contacto y, mediante la realización de angiografía fluoresceínica (AFG) para valorar su evolución y posible tratamiento (tabla V).

La isquemia retiniana es la que da lugar al desarrollo de la retinopatía diabética prolife-

rante, más frecuente en el tipo I. El control de su evolución y tratamiento ha de ser exhaustivo para evitar el desarrollo de sus complicaciones como hemovítreos, proliferaciones fibrovasculares, DR traccionales, etc. (fig. 2).

Tabla V. EMD: tratamiento

| Edema macular diabético | Estudio | Tratamiento                             |
|-------------------------|---------|---|
| Edema macular focal     | AFG     | Láser focal                             |
| Edema macular difuso    | AFG     | Rejilla/vitrectomía/triamc. intravítrea |
| Edema macular cistoide  | AFG     | No laserterapia                         |
| Isquemia macular        | AFG     | Contraindicado láser                    |

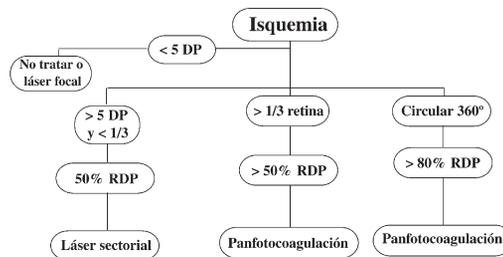


Fig. 2: RD: Pronóstico y tratamiento según la extensión de la isquemia.