

# Boletín CAIPaDi

## Prevención de complicaciones oculares desde la consulta

En México hay aproximadamente 467 mil personas con deterioro severo de la visión<sup>1</sup>. Las principales causas son enfermedades crónico-degenerativas como la catarata, glaucoma y retinopatía diabética. La retinopatía diabética es una complicación microvascular causante de disminución irreversible de la visión en pacientes con mayor tiempo de evolución y descontrol glucémico. Se ha comprobado que con adecuadas estrategias preventivas con énfasis en la educación, se puede reducir el riesgo de pérdida severa de la visión a menos del 2%<sup>2</sup>. Desafortunadamente, la práctica clínica de los profesionales de la salud visual (oftalmólogos y optometristas) frecuentemente se centra exclusivamente en los ojos y no participa activamente en el seguimiento integral.

Salti y colaboradores<sup>3</sup> reportaron mejoría en los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) 3 meses después de que en la consulta de endocrinología se les mostraron imágenes de sus retinas.

Aiello y colaboradores<sup>4</sup> propusieron un abordaje integral durante la consulta oftalmológica. Se brindó información individual sobre prevención de complicaciones oculares, discapacidad visual y control metabólico al momento de la consulta. En este estudio se incluyeron 1, 875 pacientes de 42 clínicas y consultorios oftalmológicos privados, mayores

de 18 años, con diabetes tipo 1 o 2 y HbA1c mayor a 7.5%, sin complicaciones retinianas que requirieran tratamiento. Se crearon dos grupos de acuerdo al tipo de evaluación oftalmológica: uno de seguimiento con más de una revisión anual (no mayor a 4 visitas en 1 año) y un segundo grupo con seguimiento anual. En cada uno de estos grupos, los pacientes fueron separados en 2 cohortes: el grupo control con manejo convencional y el de intervención. El grupo de intervención recibió educación en el autocuidado de la diabetes, se le explicó el riesgo personalizado de retinopatía y daño renal con base a sus niveles anteriores y actuales de HbA1c. Se le facilitó material educativo complementario que fue enviado a su médico familiar y se les aplicó una evaluación sobre conocimientos en diabetes. Los pacientes que no obtenían una calificación del 100% recibían retroalimentación inmediata sobre el tema.

La evaluación ocular para los 4 grupos incluyó la toma de agudeza visual, examinación del fondo de ojo bajo dilatación pupilar de ambos ojos, medición de la presión arterial, HbA1c, medición de peso y talla, y aplicación de cuestionarios PAID (Áreas problemáticas en diabetes) y SCI-2 (Inventario de autocuidado 2) que cubren áreas de problemas emocionales y percepción de la adherencia al cuidado de la diabetes. El resultado principal se evaluó en función del cambio a un año en la HbA1c índice a masa

corporal, tensión arterial y resultados de los cuestionarios.

Los resultados a 1 año en ambos grupos y en ambas cohortes fueron similares entre sí, sin encontrar diferencias entre el grupo que recibió educación en el autocuidado de diabetes. Sin embargo es importante mencionar que informar no es lo mismo que educar, y por la descripción de la intervención educativa, al parecer no hubo un enfoque en el desarrollo de competencias de autocuidado por parte de los pacientes. Únicamente se le dio material educativo en la consulta inicial sin una evaluación de los cambios conductuales posteriores. Además, no hubo una intervención específica de alimentación, actividad física ni salud mental, que pudieran ser necesarios para lograr mejoría en los parámetros metabólicos.

El tratamiento ideal entonces requiere de un abordaje multidisciplinario, donde diferentes profesionales de la salud sumen esfuerzos en el logro del control metabólico del paciente y consecuentemente en la prevención de complicaciones.

Cada una de las consultas puede ser un espacio que de oportunidad a la educación en diabetes y a la adquisición de diversas competencias que ayuden al paciente en su autocuidado para poder prevenir las complicaciones.

LO. Liliana Pérez Peralta,  
Dr. David Rivera De La Parra,  
MPSS Sandra Cárdenas González

**Referencias:**

1. INEGI. (2004). Las personas con discapacidad en México: una visión censal
2. Aiello, L. M. (2003). Perspectives on diabetic retinopathy. *American journal of ophthalmology*, 136(1), 122-135.
3. Salti, H., Cavallerano, J. D., Salti, N., Jawhari, D. J., Haddad, S., Sun, J. K., & Aiello, L. P. (2011). Nonmydriatic retinal image review at time of endocrinology visit results in short-term HbA1c reduction in poorly controlled patients with diabetic retinopathy. *Telemedicine and e-Health*, 17(6), 415-419.
4. Aiello, L. P., Ayala, A. R., Antoszyk, A. N., Arnold-Bush, B., Baker, C., Bressler, N. M., & Nielsen, J. (2015). Assessing the Effect of Personalized Diabetes Risk Assessments During Ophthalmologic Visits on Glycemic Control: A Randomized Clinical Trial. *JAMA ophthalmology*
5. Limburg, H., Von-Bischhoffshausen, F. B., Gomez, P., Silva, J. C., & Foster, A. (2008). Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *British Journal of Ophthalmology*, 92(3), 315-319.