

Boletín CAIPaDi

Dificultades y opciones para el diagnóstico de la retinopatía diabética

La retinopatía diabética es una de las principales causas de ceguera irreversible¹. Para prevenir la disminución visual por diabetes es necesario tener un adecuado control de los parámetros metabólicos, de la tensión arterial, modificación favorable del estilo de vida y realizar evaluación oftalmológica en forma regular.

Uno de los elementos más significativos en la evaluación de estos pacientes es el tamizaje en estadios tempranos. Los actuales programas de tamizaje de retinopatía diabética que utilizan como principal herramienta diagnóstica el uso de cámaras no midriáticas, hacen posible la revisión de la retina en grandes volúmenes de la población². Inclusive profesionales de la salud que no son oftalmólogos ni optometristas pero que tienen el entrenamiento específico, llevan a cabo la interpretación inicial de las imágenes del fondo de ojo con un adecuado grado de certeza³. Sin embargo, se sabe que hay datos que la revisión clínica e incluso la fotografía no midriática, pueden pasar por alto y que son detectables con otros métodos diagnósticos más avanzados, en particular algunos casos de edema macular o hipertensión ocular.

En un examen de agudeza visual se cuantifica la función de la fóvea (zona central de la retina encargada de los detalles finos), así como la claridad e integridad de los medios ópticos del ojo.

La presión intraocular es un dato importante a considerar en pacientes con sospecha de glaucoma. Se ha descrito que la frecuencia de glaucoma como complicación de diabetes (glaucoma neovascular) es rara en

estadios tempranos de la diabetes. Otro tipo de glaucoma, por ejemplo el glaucoma primario puede presentarse en cualquier paciente con o sin diabetes y tiene una frecuencia solo discretamente mayor en pacientes con diabetes que en la población normal³.

En el artículo de Sender et al⁴ realizaron un interesante programa de tamizaje que, a diferencia de los que se realizan en otras partes del mundo³, incluye agudeza visual y medición de la presión intraocular. Se buscó determinar la frecuencia de alteraciones oftalmológicas en pacientes con diabetes con dos diferentes métodos:

- 1) Retinografía con cámara no midriática (exploración parcial) y
- 2) Retinografía con cámara no midriática con toma de agudeza visual y presión intraocular (exploración completa).

Se incluyeron 1321 pacientes en los que se encontró sospecha de RD en el 9.3% del grupo de exploración parcial y 9.1% del grupo de exploración completa. Adicionalmente se encontró sospecha de glaucoma en 3.4% del grupo de exploración parcial y en 8.1% del grupo de exploración completa. Sin embargo, para estas diferencias no se realizaron pruebas estadística para determinar significancia estadística.

En cuanto a la agudeza visual que solo se realizó en el grupo de exploración completa, se encontró a 18% de pacientes con alteración visual (definida como menor de 20/40). Con estos resultados se observa que realizar evaluaciones incluyendo agudeza visual y tonometría ayudan a detectar mas pacientes que podrían

tener la necesidad de una revisión oftalmológica expedita.

Los programas de tamizaje a gran escala deben contar con recursos accesibles para el personal de salud (sencillo de realizar y económico). La cámara no midriática tiene un costo elevado, sin embargo su costo-beneficio la convierte en una adecuada opción por su modo de operar que puede lograr mayor alcance poblacional)

La agudeza visual es una maniobra rápida y de muy bajo costo (únicamente se necesita la cartilla de agudeza visual). Permite clasificar al paciente entre aquellos con visión disminuida o normal. Esta maniobra podría realizarse en prácticamente cualquier consultorio dada la facilidad de su aplicación, inclusive podría realizarse mientras los pacientes se encuentran en la sala de espera.

Podemos concluir que la suma de todas estas medidas en la evaluación de pacientes con diabetes contribuye a un diagnóstico temprano y a un tratamiento oportuno, intentando preservar una adecuada función visual y evitando el creciente numero de casos con discapacidad visual.

Dr. David Rivera De La Parra,
Dra. Denisse Loya García,
LO. Liliana Pérez Peralta,
MPSS María José Salgado Canseco
Oftalmología, CAIPaDi

Referencias:

1. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al. Meta-Analysis for Eye Disease (META-EYE) Study Group. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2012; 35:566-64.

2. Mizrachi Y1, Knyazer B, Guigui S, Rosen S, Lifshitz T, Belfair N, Klemperer I, Schneck M, Levy J. Evaluation of diabetic retinopathy screening using a non-mydratic retinal digital camera in primary care settings in south Israel. *Int Ophthalmol* 2014; 34:831-7
3. Zhao D, Cho J, Kim MH, Friedman DS, Guallar E. Diabetes, fasting glucose and the risk of glaucoma a meta-analysis. *Ophthalmology* 2015; 122:72-78
4. Sender MJ1, Vernet M, Asaad M. [Screening for ophthalmic disease in the diabetic patient: eye fundus examination by non-mydratic retinography with or without examination of visual acuity and intraocular pressure]. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2013; 88:261-5.