

Complicaciones oftalmológicas más frecuentes en el paciente diabético

Francisco Javier García Soidán

Médico de familia. Centro de Salud de Porriño, Pontevedra. Miembro de la redGDPS

INTRODUCCIÓN

Los datos del estudio Di@bet.es sitúan la prevalencia de diabetes mellitus (DM) en España en el 13,8 % de las personas mayores de 18 años. De este porcentaje, un 7,8 % corresponde a casos de DM tipo 2 conocida (casi tres millones de personas), mientras que un 6 % de la población española desconoce que es diabética (más de 2,3 millones de personas)¹. El envejecimiento de la población, el aumento progresivo de la obesidad y el estilo de vida occidental son los factores determinantes de la creciente prevalencia de DM en el mundo.

El mayor problema de esta enfermedad es su capacidad para desarrollar complicaciones, sobre todo en aquellos pacientes que presentan un mal control, ya que la DM es la primera causa de ceguera, tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante) y amputación no traumática en los países occidentales. También se asocia con la presencia de enfermedades cardiovasculares, las cuales son la primera causa de muerte en personas con DM, y en muchos pacientes son la causa de muerte prematura. Por lo tanto, el objetivo primordial en el tratamiento de la DM es el de permitir una vida normal sin síntomas de hiper o hipoglucemia y evitar o retrasar la aparición de las complicaciones tanto microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) como macrovasculares (cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica).

Dentro de las complicaciones de la DM, queremos dedicar este número monográfico de la revista *Diabetes Práctica* a la retinopatía diabética (RD), ya que supone una de las complicaciones más limitantes para pacientes diabéticos. Hasta tal punto es la complicación que se relaciona de un modo más directo con la DM que sus criterios diagnósticos se basan en el concepto de que la elevación anormal de la glucemia se asocia a las complicaciones características de la enfermedad, en especial el aumento de riesgo de presentar retinopatía. El grado de desarrollo de la RD se asocia con el tiempo de

evolución de la DM, el tipo de tratamiento y el grado de control metabólico y de la presión arterial.

La prevalencia documentada de RD en España es heterogénea, debido en gran parte a la metodología empleada y a la selección de la muestra en los estudios realizados, lo que hace difícil su comparación. También hay grandes discrepancias en cuanto a la prevalencia de RD en los diferentes países, lo cual se debe a que la epidemiología de la retinopatía ha cambiado de forma muy importante en los últimos 20 años, entre otras causas por el diagnóstico más temprano de la DM (que se ha conseguido al reducir las cifras de glucemia en ayunas para su diagnóstico desde 140 hasta 126 mg/dl) y por el mejor control de la presión arterial, la glucemia y las cifras de lípidos. Todo ello ha contribuido a reducir el riesgo de retinopatía en los pacientes con DM en los últimos años, sobre todo a partir del conocimiento de los resultados del estudio UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), en el que se pudo objetivar que mediante el control intensivo de la glucemia y de la presión arterial se puede conseguir una reducción de las complicaciones microvasculares de la DM. Por lo tanto, los estudios realizados antes del año 1998, que habitualmente se toman como referencia, deben considerarse no representativos de la situación actual², y por este motivo es preciso interpretar con cautela las pruebas científicas disponibles y valorar en primer lugar el momento cronológico del que proceden, y, en términos generales, deben considerarse como representativos de la situación actual los estudios realizados en los últimos 10 años. Según estudios realizados por la Sociedad Española de Oftalmología, no existen prácticamente diferencias entre la prevalencia de la retinopatía global según el sexo, y es más frecuente a medida que aumenta la edad.

Otro aspecto que se ha de considerar, muy relacionado con la precocidad del diagnóstico de DM, es la prevalencia de retinopatía en el momento del diagnóstico, ya que, debido a que la DM tipo 2 es una enfermedad asintomática en sus fases iniciales, puede retrasarse su diagnóstico durante

varios años, hasta el punto de que un porcentaje elevado de pacientes presenta retinopatía en el momento del diagnóstico de la enfermedad. Actualmente, al igual que en el caso de las enfermedades cardiovasculares en general, puede que España se encuentre entre los países con una baja prevalencia de RD.

Dentro de los objetivos prioritarios en la atención a las personas con DM se encuentran los programas de detección precoz de la retinopatía. La fotografía digital con cámara no midriática ha demostrado ser eficaz para detectar la RD y su progresión; además, el médico de Atención Primaria, previamente formado, puede realizar el cribado a través de imágenes obtenidas con dicha cámara, lo cual puede reducir en gran medida la sobrecarga que supone esta actividad para los servicios de oftalmología. Por ello, se debe favorecer la accesibilidad a retinógrafos no midriáticos digitalizados en los servicios sanitarios asistenciales para la detección de la RD y prevención de la ceguera. Hay acuerdo en cuanto al cribado inicial tras el diagnóstico de DM, y también en los pacientes con RD ya identificados; sin embargo, no hay acuerdo respecto a la frecuencia de cribado para los pacientes sin RD previa. Se sabe que las revisiones pueden ser más espaciadas en pacientes con buen control de la glucemia, de la presión arterial, de los lípidos y con menos de 10 años de evolución de la DM tipo 2, mientras que deben ser más frecuentes cuando no se dan estas condiciones. Un aspecto importante es que se debe disponer de un programa que cumpla con los estándares de calidad suficientes para asegurar la eficacia potencial del procedimiento, ya que, si no se cumplen dichos estándares, ninguna frecuencia de los cribados resultará eficaz para detectar la RD.

Además de la eficacia de la detección precoz, no debemos olvidar que el tratamiento intensivo de la hiperglucemia junto con el de la hipertensión arterial han demostrado ser intervenciones con una buena relación coste/efectividad en el paciente diabético, ya que reducen la aparición y la progresión de la retinopatía. Por último, en aquellos casos en que se diagnostica una retinopatía en fases avanzadas, la fotocoagulación con láser ha demostrado retrasar la progresión de la RD y evitar la ceguera en un porcentaje elevado de casos.

Desde el punto de vista organizativo, no debemos obviar que el paciente con DM es atendido en las diferentes fases de la enfermedad por distintos especialistas (endocrinólogos, oftalmólogos, médicos de familia, internistas, cardiólogos, nefrólogos, etc.) y en distintos ámbitos, pero es indiscutible que, por las características de cronicidad y alta prevalencia, el seguimiento y el control del paciente con DM debe realizarse en Atención Primaria, con la colaboración dentro de un modelo organizativo concreto en el que cada profesional tenga bien definidas sus funciones y el momento en que debe realizarlas, para lo cual disponemos como marco de referencia de las recomendaciones recientemente actualizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a la totalidad del Estado Español a través de la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud³.

Para finalizar, tan solo me queda dar las gracias a todos los autores de los trabajos presentados en este número de la revista *Diabetes Práctica* por la gran calidad de sus colaboraciones, que nos ayudarán a disponer de un manual de referencia para el diagnóstico y manejo de la RD en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93.
2. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837-53.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud (actualización). Madrid 2012. Disponible en: URL: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf.