

Taller de retinopatía diabética

Imágenes y contenido cedidas por:

Dr. Javier Araiz Iribarren

Profesor Titular de Oftalmología de la Universidad del País Vasco
Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología (ICQO).
Unidad de Retina y Vítreo.
Hospital San Eloy-Osakidetza

www.FormacionSanitaria.com

Retinopatía Diabética (RD)

1967: No prevención posible.

“Enfermedad relativamente no tratable” (Duke Elder)

1976: “DRS”

La pérdida visual en pacientes con determinadas formas de RD Proliferativa puede llegar a reducirse en un 60% con una adecuada fotocoagulación Láser.

1985-1991: "ETDRS"

Fotocoagulación Láser eficaz en el tratamiento del **edema macular diabético**.

Oftalmoscopia Directa: Generalidades

- Para llevar a cabo una buena evaluación oftalmoscópica, la habitación deberá tener una iluminación tenue.

- El examen puede realizarse sin necesidad de dilatar la pupila del paciente. De ésta manera se puede llegar a visualizar la papila del nervio óptico, la mácula y los grandes vasos retinianos.

- En caso de proceder a una dilatación pupilar, se puede llegar a explorar hasta el área ecuatorial. Para examinar la periferia, es decir la retina comprendida entre el ecuador y la ora serrata, se requiere la utilización de un oftalmoscopio binocular indirecto.

Técnica de OFTALMOSCOPIA DIRECTA:

1. Para el examen del ojo derecho (OD), el examinador se ubica a la derecha del paciente.
2. Comenzar el examen con la apertura pequeña y la lente en OD.
3. Coger el oftalmoscopio con la mano derecha, en forma vertical, y colocarlo frente al ojo derecho del examinador, con el dedo índice sobre el borde del disco de lentes, para poder cambiarlos con facilidad, en caso de ser necesario.
4. Pedir al paciente que mire algún punto fijo ubicado a la distancia, por encima de su hombro derecho.
5. Colocar el oftalmoscopio a unos 15 cm del paciente y unos 20° hacia la derecha de éste. Dirija el haz de luz hacia la pupila del paciente; en ese momento debiera percibir un reflejo rojo a través de la pupila de éste.
6. Colocar la mano izquierda sobre la cabeza del paciente y sostener con un dedo el párpado superior. Aproximarse hacia el paciente cuidadosamente. A una distancia de 3-5 cm se debería llegar a visualizar la papila del nervio óptico. Si no se lograra enfocar con claridad, rotar el disco de lentes con el dedo índice hasta divisar la papila con nitidez.
7. Examinar las características de la papila (color, bordes, superficie). edema de papila o atrofia de papila (color blanquecino) y excavación papilar (glaucoma).
8. Seguir cada vaso hasta el área más periférica que se pueda. Para localizar la mácula, pedir al paciente que mire directamente hacia la luz del oftalmoscopio.
9. Para examinar el ojo izquierdo repetir el procedimiento tomando el oftalmoscopio con la mano izquierda y colocándose a la izquierda del paciente.

RD: Incidencia

- Una de las principales causas de ceguera irreversible (países industrializados)
- 10 % de los nuevos casos de ceguera
- 20 % de los nuevos casos de ceguera entre 45-75 a.

DM: Manifestaciones oculares

- **Riesgo de ceguera:** 50-80 veces mayor con respecto a la población general.
- **Múltiples manifestaciones oculares**



Retinopatía diabética

RD: Factores de riesgo

Duración de la DM: (factor determinante)

< 5 a. No RD
> 10 a. 27 %
30 a. 90-95 % (1/3 RD proliferativa)

Edad de diagnóstico: Menor a 30a.: > riesgo de padecer RD con tiempos similares de evolución.

Control glucemia:



Sistémicos:

- Nefropatía diabética
- Hipertensión arterial
- Embarazo
- Factores genéticos

Nefropatía diabética: Si presente existe riesgo elevado de desarrollar RD

Embarazo y DM:

- 10 % riesgo de desarrollar RD no proliferativa o de agravamiento si ya está presente anteriormente.
- Normalmente mejoría postparto