

# LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN DE LOS OJOS EN LA PERSONA CON DIABETES

## LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

La retinopatía diabética es la causa más frecuente de casos nuevos de ceguera en adultos entre las edades de 20-74 años. En pacientes con diabetes tipo 2, la incidencia de la retinopatía diabética aumenta con los años de duración de la enfermedad. Se ha encontrado que el 23% de los pacientes diabéticos tienen “**retinopatía diabética no-proliferativa**” (RDNP) luego de 11-13 años con la enfermedad; 41%, luego de 14-16 años y; 60% luego de 16 años con diabetes.



El tratamiento de la retinopatía diabética conlleva altos costos sin embargo, estos a su vez no comparan con los costos en términos de pérdida de productividad y calidad de vida de la persona con el diagnóstico. El drama humano y social que representa la ceguera por retinopatía diabética y los costos económicos, pensiones por incapacidad, programas de rehabilitación, seguridad social y la disminución de la productividad, son indudablemente elevados.

## RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA RETINOPATÍA SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES, 2010:

- Optimizar el control de la glicemia (azúcar en la sangre) y la presión arterial.
- Adultos y adolescentes con diabetes tipo 1 deben ser evaluados por un oftalmólogo para un examen de ojos comprensivo y una dilatación inicial de pupila, durante los primeros 5 años del comienzo de la diabetes.
- Los pacientes con diabetes tipo 2 de deben realizar una evaluación inicial por un oftalmólogo rápidamente luego de diagnosticarle la diabetes.
- Exámenes subsecuentes para pacientes con diabetes tipo 1 y 2 deben realizarse anualmente por un oftalmólogo. Exámenes menos frecuentes (cada 2-3 años) puede considerarse luego de uno o más exámenes normales. Se deben realizar exámenes más frecuentes si la retinopatía es progresiva.

## ¿CUÁL ES LA POBLACIÓN EXCLUIDA PARA EL CERNIMIENTO DE LA RETINOPATÍA?



### Las razones de la exclusión son:

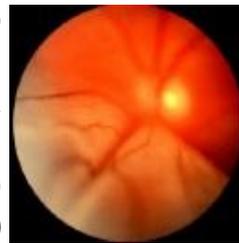
- Aquella documentada por el médico para no realizar la dilatación de la pupila o la evaluación de las fotografías de la retina.
- El paciente tiene bajo riesgo de retinopatía.

### Un paciente es considerado con bajo riesgo de retinopatía si cumple con los siguientes tres criterios:

- El paciente no está usando insulina.
- Tiene un HgBA1C < 6.5%.
- No se encontró evidencia de retinopatía durante el año anterior.

### Tratamiento:

Una de las principales motivaciones para el cernimiento de la retinopatía diabética es la eficacia de las cirugías de foto coagulación láser en la prevención de la pérdida visual. Esta terapia puede prevenir la pérdida de la visión en una gran proporción de pacientes con (NPDR) “nonproliferative diabetic retinopathy” severa, (PDR) “proliferative diabetic retinopathy” y/o edema macular.

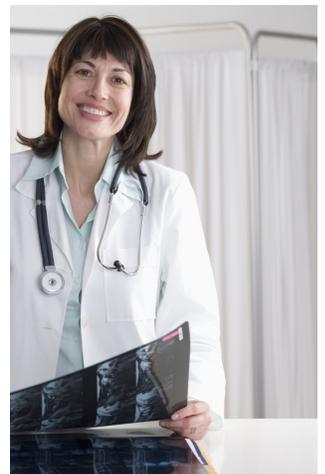


La AACE/ACE (American Association of Clinical Endocrinologists/ American College of Endocrinologist), ADA (American Diabetes Association) y AAO (American Academy of Ophthalmology):  
Recomiendan realizar un examen de ojos con dilatación a los pacientes con diabetes durante la primera visita y luego, anualmente.

## EL ROL DEL MÉDICO EN SU EDUCACIÓN COMO PACIENTE

Uno de los aspectos más importantes en el manejo de la retinopatía diabética es la educación a usted como paciente. Es importante que el profesional de la salud enfatice los siguientes aspectos:

- El control de la glucosa en la sangre y aumento en el porcentaje de pacientes que alcancen el nivel adecuado de (hemoglobina glicosilada) A1c es y será beneficioso en todas las etapas de la retinopatía diabética, esto retrasa el comienzo y disminuye el progreso de las complicaciones de la diabetes, en el ojo.
- Otros problemas sistémicos como la hipertensión, enfermedad renal e hiperlipidemia (colesterol elevado) pueden contribuir al progreso de la retinopatía y deben ser tratadas prontamente.



## EL ROL DEL MÉDICO EN SU EDUCACIÓN COMO PACIENTE (cont.)

- Aunque no se ha probado que el fumar afecte directamente el curso de la retinopatía, puede jugar un rol, comprometiendo el oxígeno que llega a la retina. Por lo tanto, todos los esfuerzos deben ser dirigidos a la reducción, si no es posible la cesación absoluta, de fumar.
- Los síntomas visuales (ej., cambios en visión, enrojecimiento, dolor) pueden ser manifestaciones del progreso de la enfermedad y deben ser notificadas inmediatamente.
- La diabetes en general, y la retinopatía diabética particularmente, son condiciones progresivas. El seguimiento regular con su médico es crucial para detectar cualquier cambio que pueda ser beneficioso y/o afecte el tratamiento.



## ¿CÓMO TE PUEDES REFLEJAR EN LAS ESTADÍSTICAS?

Del 2005-2008, con base en los niveles de la glucosa en ayunas o niveles de hemoglobina A1c, el 35% de los adultos de EE. UU. de 20 años o más tenía pre-diabetes (50% de las personas de 65 años o más).

- Si se aplica este porcentaje a la población total de los EE. UU. en el 2010, se obtiene un estimado de 79 millones de estadounidenses adultos de 20 años o más con prediabetes.
- La diabetes es la causa principal de insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas de las extremidades inferiores (piernas pies y los dedos) y casos nuevos de ceguera en adultos en los Estados Unidos.

**“La proteinuria, BUN y la creatinina elevados son predictores de la presencia de la retinopatía. Consulte con su médico para que le realice estos laboratorios”**

Fuente: Asociación Americana de Diabetes, Informe 2010



# ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUIDADO DE LA DIABETES:



Las estrategias que efectivamente han resultado para mejorar los niveles de A1c (hemoglobina glicosilada), lípidos, y presión arterial son las siguientes:

- Estar receptivo a la educación y autocontrol de la diabetes tipo 2.
- Mantenerse informado sobre la utilización y acceso de guías desarrolladas por profesionales de la salud actualizadas sobre el manejo de la condición.
- Mantén una buena adherencia al tratamiento (se refiere a cuánto cumples con el régimen terapéutico prescrito) que te recomienda el médico.
- Se recomienda como objetivo terapéutico mantener las presiones arteriales menor o igual a la sistólica de 130 mmHg y una diastólica menor a 80 mmHg.
- Evalúa con el médico el realizarte un panel de lípidos cada año si están elevados cada dos años si estas en control. Para mantener los niveles de colesterol en control observa con énfasis en el LDL (colesterol malo) menor de 100 mg/dL, el HDL (colesterol bueno) mayor a 50 mg/dL y los triglicéridos menores a 150 mg/dL
- Trabaje consistentemente un plan de alimentación individualizado que incluya la disminución de un 5 a un 10% del peso si tiene sobrepeso u obesidad. Si tiene el peso saludable su plan de alimentación le ayudara mantener y regular su niveles de azúcar en la sangre.
- Observe en su plan de alimentación de manera controlada la ingesta de carbohidratos y aprenda a realizar efectivamente los intercambio de carbohidratos en su dieta diaria.
- Trabaje en su plan de alimentación menos de un 7% del total de calorías en grasa total y saturadas.
- Realice consistentemente actividad física aeróbica por lo menos entre 30 a 45 minutos si es para mantenimiento cardiovascular por lo menos 3 veces a la semana o 1 hora para pérdida de peso por lo menos 3 a 4 días la semana. Las actividades recomendadas son: nadar, caminar, trotar, entre, otras actividades.



**MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO**  
**Departamento de Educación, Promoción y Bienestar**  
[www.mapfrefit.com](http://www.mapfrefit.com)