

Categoría: Diabetes y Metabolismo

Publicado: Viernes, 29 Diciembre 2017 18:51

Escrito por: Endoweb

Visitas: 11490

Manejo de la retinopatía diabética

Â

Excerpt Â from the Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the management of diabetic retinopathy. Hooper P, Boucher MC, Cruess A, et al. Can J Ophthalmol. 2017 Nov;52 Suppl 1:S45-S74

En aquellas personas con diabetes tipo 1, en quienes la diabetes fue diagnosticada despuÃ©s de la pubertad, la detecciÃ³n de la retinopatÃa diabÃ©tica (RD) debe iniciarse 5 aÃ±os despuÃ©s del diagnÃ³stico. En aquellas personas en quienes el diagnÃ³stico se realizÃ³ antes de la pubertad, la detecciÃ³n de RD debe iniciarse durante la pubertad, a menos que haya otros factores que sugieran la necesidad de un examen previo.

La detecciÃ³n de la RD en individuos con diabetes tipo 2 debe iniciarse en el momento del diagnÃ³stico de diabetes.

El screening periÃ³dico dependerÃ; del nivel de compromiso de la retinopatÃa. En aquellos que no muestran evidencia de retinopatÃa, los exÃ¡menes deberÃ;n realizarse en forma anual en diabetes tipo 1, y cada 1-2 aÃ±os diabetes tipo 2.

Una vez que se detecta la retinopatÃa diabÃ©tica no proliferativa (RDNP), el examen debe realizarse al menos anualmente para la forma leve, o con mayor frecuencia (en intervalos de 3 a 6 meses), para las formas moderadas o graves segÃºn el nivel de severidad.

Para prevenir el inicio y/o retrasar la progresiÃ³n de la RD, las personas con diabetes deberÃ;n ser tratadas para lograr un control Ã³ptimo de la glucosa en la sangre (A1C â¤7.0%).

Dado que existe una relaciÃ³n directa entre el nivel de la A1C y las complicaciones microvasculares, sin que exista un umbral mÃ¡ximo para ese beneficio, se debe advertir a los pacientes sobre los mayores beneficios asociados con mayores reducciones de la A1C. En pacientes con diabetes tipo 2, los mayores beneficios de lograr una A1C â¤6.5%, deben equilibrarse con los riesgos de hipoglucemia y con el aumento de la mortalidad cardiovascular en aquellos pacientes con riesgo elevado.

Para reducir el riesgo de apariciÃ³n o retrasar la progresiÃ³n de la RD, las personas con diabetes deben tratar de lograr un control Ã³ptimo de la PresiÃ³n Arterial (p. Ej., <130/80 mm Hg).

En quienes ya presenten edema macular clÃ©nicamente significativo pero

Categoría: Diabetes y Metabolismo

Publicado: Viernes, 29 Diciembre 2017 18:51

Escrito por: Endoweb

Visitas: 11490

sin engrosamiento macular central (según los criterios del Early Treatment Diabetic Retinopathy Study), deben recibir tratamiento con láser focal. En aquellos con engrosamiento macular central se deben considerar el tratamiento con un inhibidor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) solo o junto con láser focal.

En pacientes que muestren evidencia de tracción vitreomacular y edema macular debe considerarse la vitrectomía.

En quienes presenten características de alto riesgo según el Estudio de Retinopatía Diabética (DRS), debe llevarse a cabo la fotocoagulación panretinal para reducir el riesgo de severa pérdida de la visión.

En aquellos con retinopatía proliferativa y edema macular que involucra al centro, se debe considerar una inyección intraocular de inhibidor de VEGF en el momento de la fotocoagulación ya que mejora los resultados de la visión a corto plazo.

Se debe considerar la vitrectomía ante la presencia de hemorragia vítrea no clara, heterotopía macular o desprendimiento macular por tracción, desprendimiento de retina traccional o hemorragia premacular densa.

En los ojos con retinopatía proliferativa activa sometidos a vitrectomía, los inhibidores de VEGF deben considerarse preoperatoriamente para reducir la hemorragia y las complicaciones asociadas con la vitrectomía.

