Categoría: Diabetes y Metabolismo
Publicado: Viernes, 29 Diciembre 2017 18:51
Escrito por: Endoweb
Visitas: 12432

Manejo de la retinopatía diabética

Excerpt 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 después de la pubertad, la detección de la retinopatía diabética (RD) debe iniciarse 5 años después del diagnóstico. En aquellas personas en quienes el diagnóstico se realizó antes de la pubertad, la detección de RD debe iniciarse durante la pubertad, a menos que haya otros factores que sugieran la necesidad de un examen previo.

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

El screening periódico dependerá del nivel de compromiso de la retinopatía. En aquellos que no muestran evidencia de retinopatía, los exámenes deberán realizarse en forma anual en diabetes tipo 1, y cada 1-2 años diabetes tipo 2.

Una vez que se detecta la retinopatía diabética 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 según el nivel de severidad.

Para prevenir el inicio y/o retrasar la progresión de la RD, las personas con diabetes deberán ser tratadas para lograr un control óptimo de la glucosa en la sangre (A1C â¤7.0%).

Dado que existe una relación directa entre el nivel de la A1C y las complicaciones microvasculares, sin que exista un umbral mínimo 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 aparición o retrasar la progresión de la RD, las personas con diabetes deben tratar de lograr un control óptimo de la Presión Arterial (p. Ej., <130/80 mm Hg).

En quienes ya presenten edema macular clínicamente significativo pero

Phoca PDF

Categoría: Diabetes y Metabolismo
Publicado: Viernes, 29 Diciembre 2017 18:51
Escrito por: Endoweb
Visitas: 12432

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) sólo 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.

DESCARGAR PDF

Phoca PDF