



CURSO DE RETINOPATÍA (RETINOGRAFO)

Isabel López Ibáñez- MFyC

- **INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA**
- **RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA**
- **PATOGENIA**
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- **CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR**
- **CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA**
- **IMÁGENES DE FONDO DE OJO**
- **TRATAMIENTO**

2040



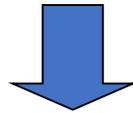
1 adulto de cada **10** tendrá DM

DIABETES 1	Destrucción de las células β del páncreas con déficit absoluto de Insulina.
DIABETES 2	Pérdida progresiva de la secreción de Insulina, generalmente acompañada de resistencia a la Insulina.
DM GESTACIONAL	Diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
DIABETES POR OTRAS CAUSAS	DM monogénicas (Diabetes Neonatal, MODY), enfermedades del páncreas exocrino (fibrosis quística, pancreatitis), diabetes inducida por medicamentos.

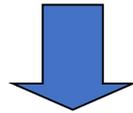
ADA 2018

El estudio **di@bet.es** (2016-17)

incidencia DM-2 población adulta

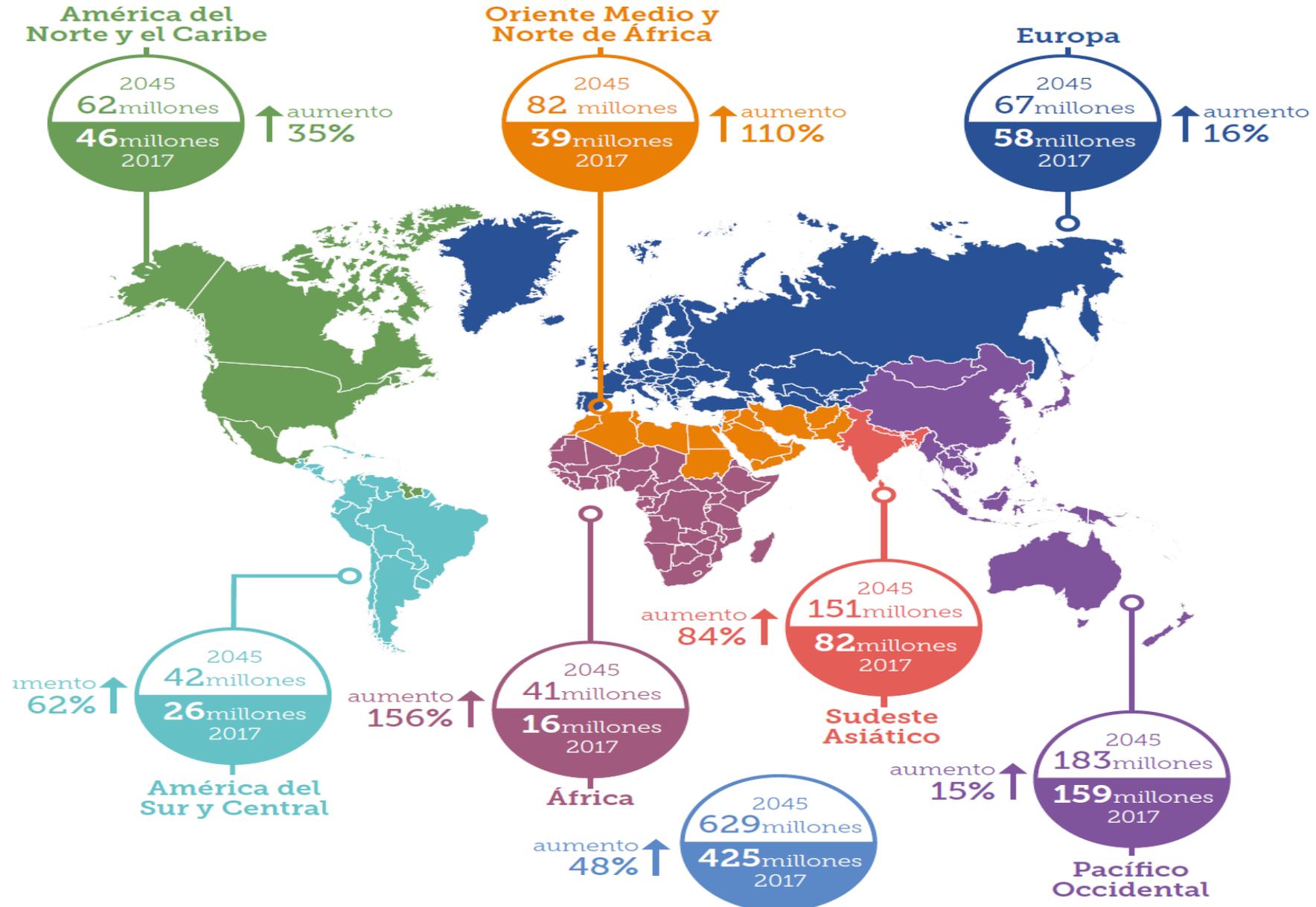


11,58 casos nuevos por 1.000 personas-año,

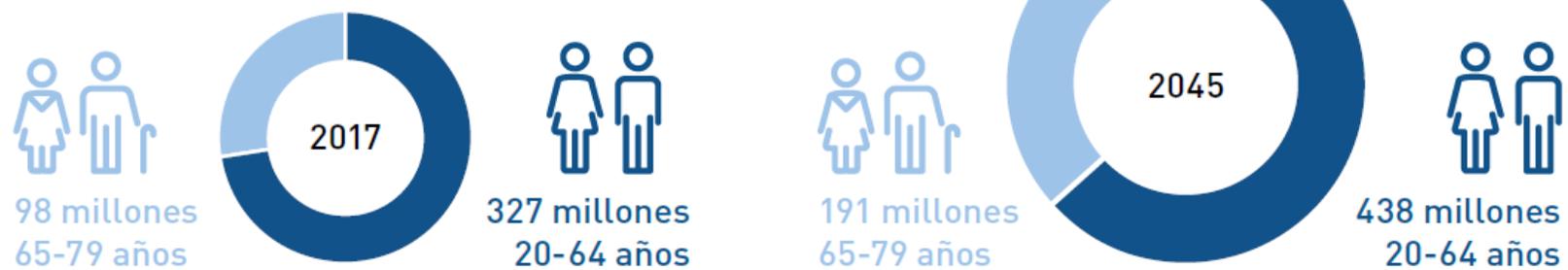


386.003 nuevos casos cada año.

Número de personas con diabetes en todo el mundo y por región en 2017 y 2045 (20-79 años)



Diabetes por edad



En España, la **DM** es la principal enfermedad crónica,

Costes Directos



7- 13% del gasto total del Sistema Nacional de Salud

Las enfermedades crónicas conllevan **costes** importantes no sólo para el sistema sanitario sino para **la sociedad** en su conjunto:

- limitar la calidad de vida,
- limitar la productividad de las personas que la sufren y de sus cuidadores.





Más de **1 de cada 3** personas con DM desarrollarán RD

Entre el 2-10% de los diabéticos
presentan edema macular clínicamente
significativo (EMCS).

La DM está considerada como la causa más frecuente de ceguera en la población activa en los países industrializados.

Complicaciones MICROVASCULARES

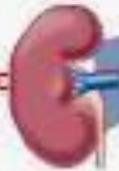
Retinopatía Diabética

Primera causa de ceguera en adultos



Nefropatía Diabética

Primera causa de insuficiencia renal terminal



Neuropatía Diabética

Primera causa de amputación no traumática de EEII



Complicaciones MACROVASCULARES

ACV

Incremento mortalidad 2 - 4 veces por enfermedad CV y ACV



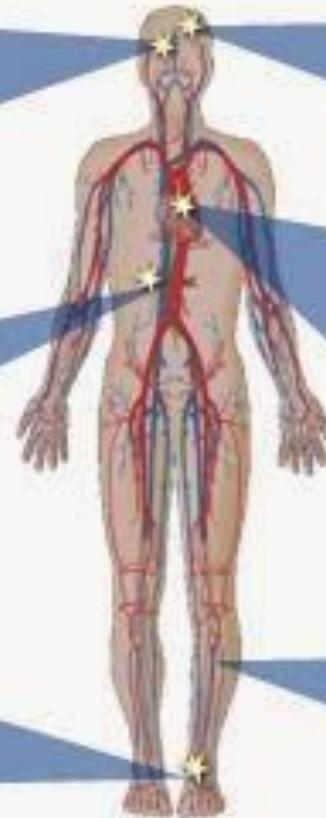
Cardiopatía Isquémica

Principal causa de muerte en la DM2: 8/10 individuos con diabetes muere por CI.



Arteriopatía periférica

Primera causa de amputación no traumática de EEII



ABORDAJE INTEGRAL FACTORES de RIESGO en la DM

Presión arterial	<140/90 mm Hg Dependiendo de las características del paciente y la respuesta al tratamiento, puede ser adecuado un objetivo de presión arterial sistólica mayor o menor
Colesterol LDL	<100 mg/dl (<2,6 mmol/l) En personas con ECV franca, LOD u otro FRCV: <70 mg/dl (1,8 mmol/l) .
Colesterol HDL	>40 mg/dl (hombres); >50 mg/dl (mujeres)
Triglicéridos	<150 mg/dl

ADA&EASD. Diabetes Care, 2017
Guías europeas (ESC/EAS) 2016

La influencia de los **factores de riesgo con nivel de evidencia I** para la aparición de RD:

- Años de evolución de la DM y Tipo.
- Control glucémico.
- Hipertensión Arterial (HTA).

En todos los estadios de la RD es esencial el control metabólico:

- la glucemia (hemoglobina glicosilada -HbA1c-),
- la dislipemia,
- la HTA,
- el sobrepeso,
- el estado renal (microalbuminuria en orina):

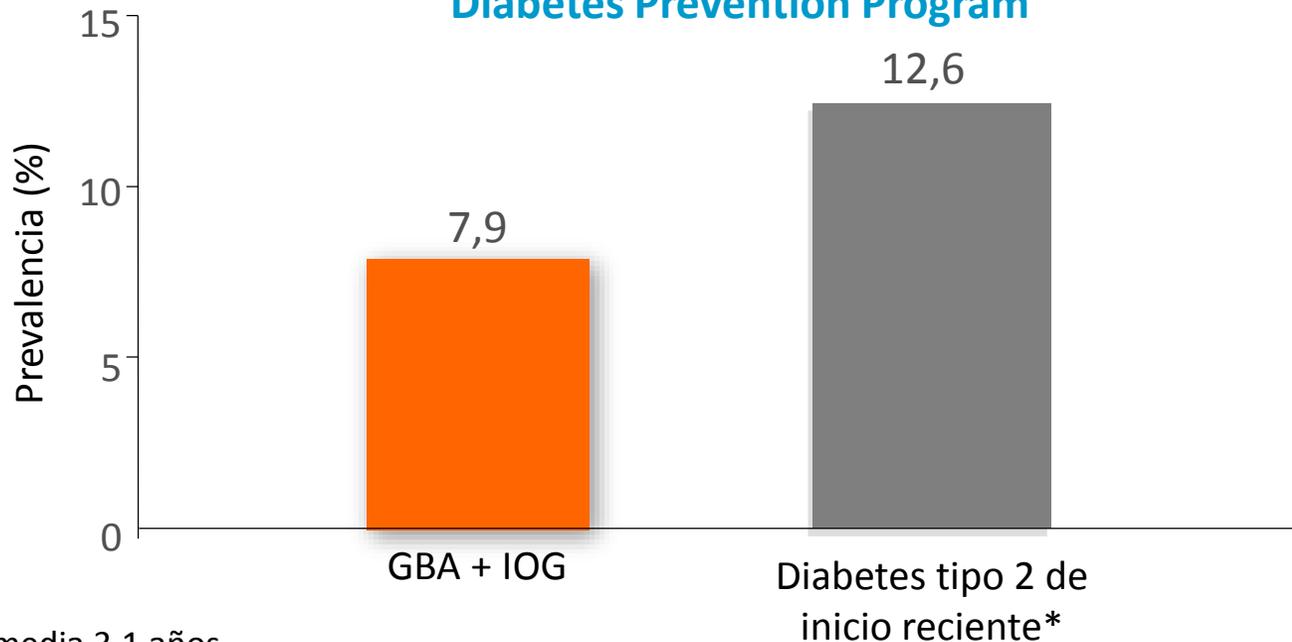
La presencia de nefropatía aumenta la probabilidad de progresión de la RD (casi seguro),

- se recomendará al paciente dejar de fumar.

La Retinopatía Diabética puede desarrollarse en las primeras etapas de la diabetes tipo 2.

Más del 12% de las personas con diabetes tipo 2 de reciente aparición pueden tener ya retinopatía diabética

Prevalencia de retinopatía diabética en la cohorte del Diabetes Prevention Program



15. Diabetes Prevention Program Research Group. *Diabet Med.* 2007;24:137-44.

*Duración media 3,1 años

GBA: glucemia basal alterada (5,3-6,9 mmol/l [95-124 mg/dl]).

IOG: intolerancia oral a la glucosa (2-h glucosa 7,8-11,0 mmol/l [141-198 mg/dl] después de sobrecarga oral de 75 g de glucosa)

OBJETIVOS HbA1c

El objetivo metabólico razonable se encuentra por **debajo del 7%** de HbA1c,
PERO

1.-Más estricto, **inferior a 6,5%** en:

- Evolución corta de la DM,
- Expectativa de vida larga,
- Ausencia de complicaciones, sin riesgo cardiovascular (RCV),
- Riesgo bajo de Hipoglucemias.

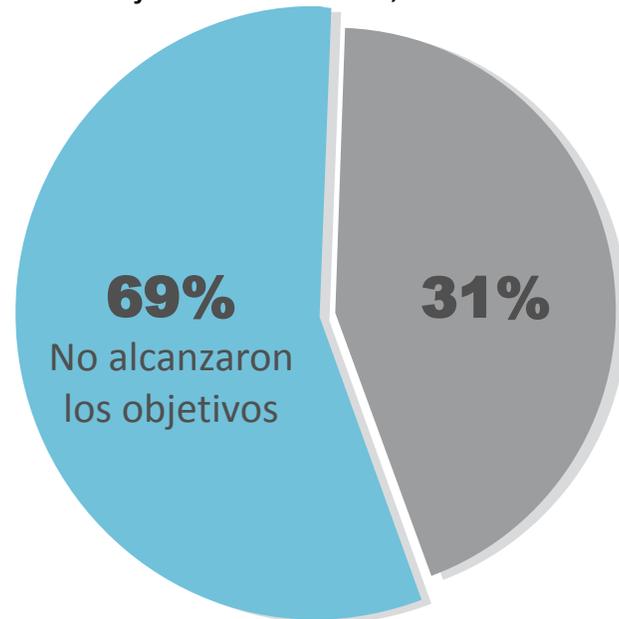
2.-Menos estrictos, **inferior a 8%:**

- Historia de hipoglucemias graves,
- Esperanza de vida reducida,
- Alteraciones micro o macrovasculares avanzadas, comorbilidad,
- Difícil alcanzar buen control glucémico a pesar de la educación sanitaria, y tratamiento óptimo.

% de pacientes que no alcanzaron los objetivos glucémicos en Europa

Estudio CODE-2

7000 pacientes
Objetivo HbA1c $\leq 6,5\%$



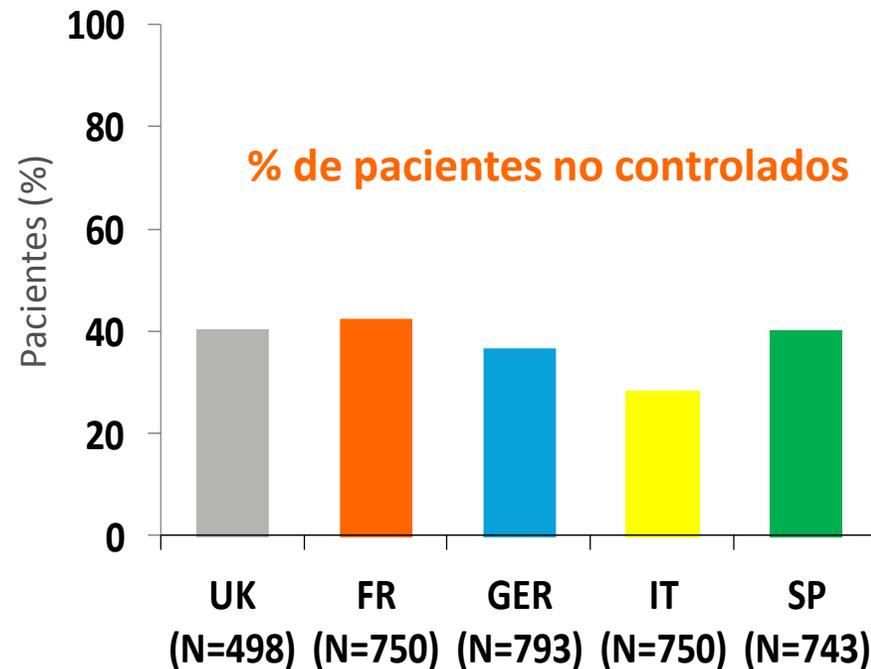
 No alcanzaron el objetivo de HbA1c
 Alcanzaron el objetivo de HbA1c

3. Liebl A, et al. *Diabetologia* 2002;45:S23-S28.

Estudio PANORAMA

5817 pacientes

Objetivo HbA1c $\leq 7.0\%$



4. Adapted from de Pablos-Velasco P, et al. *46th EASD Meeting*, Stockholm, Sweden, September 20-24, 2010 [abstract 101].

- **INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA**
- **RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA**
- **PATOGENIA**
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- **CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR**
- **CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA**
- **IMÁGENES DE FONDO DE OJO**
- **TRATAMIENTO**

RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO

- El Control glucémico reduce significativamente la aparición o progresión de la retinopatía diabética en DM1 y DM2
- DM1: objetivo para evitar RD: HbA1c < 7%
- DM2: **enfoque global** considerando HbA1c, riesgo CV y nuevos fármacos que no causan hipoglucemias y reducen riesgo cardiovascular.

Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)



National Diabetes Information Clearinghouse

Según el **DCCT** en los DM tipo 1 que mantienen un nivel medio de HbA1c del 7,2% se reduce la incidencia de la RD en un 76% y la progresión de la RD en un 54%.

Para cada disminución del 10% en la HbA1c, hubo una reducción del 39% en el riesgo de retinopatía en el rango de valores de HbA1c.



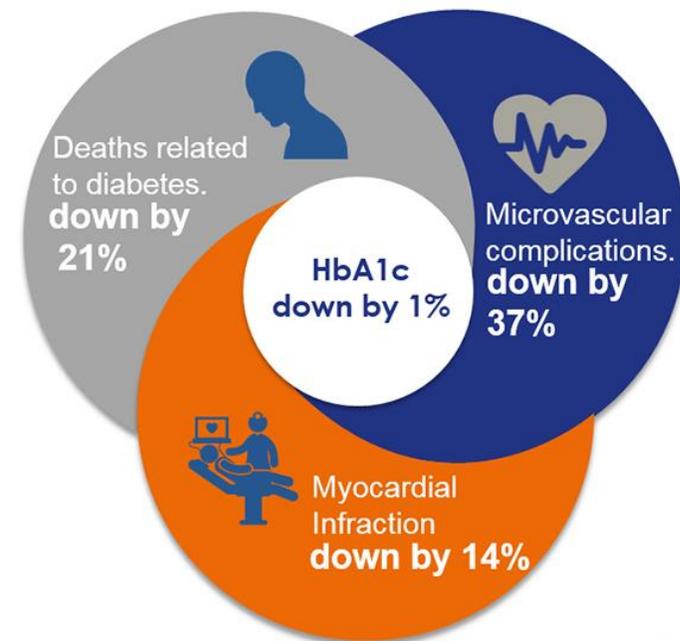
Medical

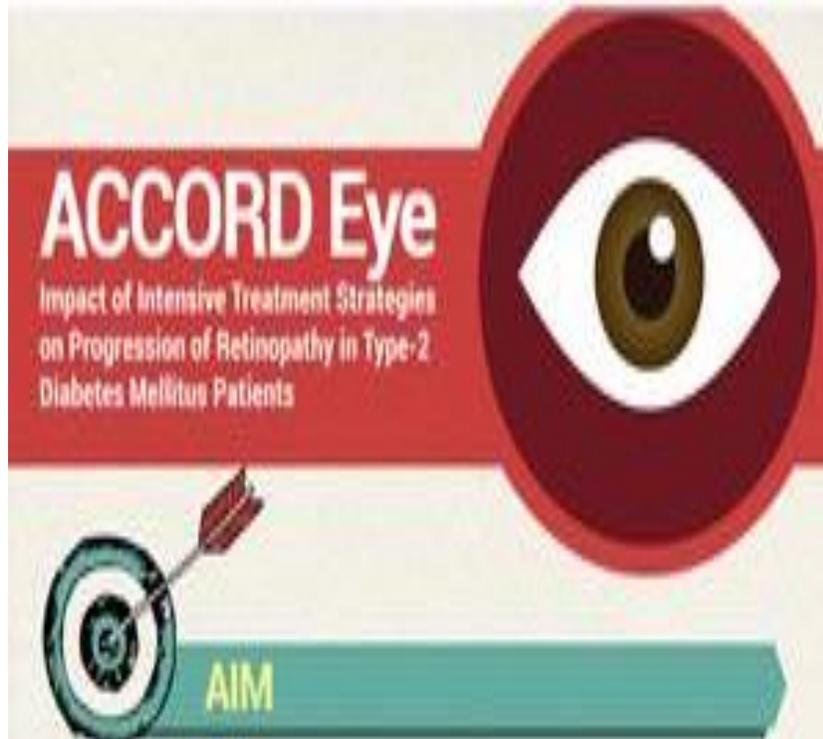
UKPDS

means

United Kingdom Prospective
Diabetes Study

El **UKPDS** constató hallazgos similares en los DM tipo 2. Disminución estimada del 37% en el riesgo microvascular por cada 1% de reducción en la HbA1c . Además demostró que el control estricto de la **tensión arterial** disminuye la progresión de la RD en un 34% y el deterioro de la agudeza visual en un 47%.





El control intensivo de la **glucemia** y de la **dislipidemia**, pero no la presión arterial, reduce la progresión de la retinopatía.

DCCT y el UKPDS demostraron que existe una correlación muy evidente entre el grado de control metabólico y el desarrollo y la progresión de las lesiones oculares en la DM.

CONTROL GLUCÉMICO

Desde hace muchos años se conoce la relación entre control glucémico y RD, y se ha utilizado incluso con fines diagnósticos para la DM, al ser la complicación más específica de la enfermedad.

Numerosos estudios prospectivos (entre los que destacan por su importancia el DCCT y el UKPDS) han demostrado la relación entre los valores glucémicos y la presencia de la RD, así como la eficacia de la reducción de la HbA1c en el control de la enfermedad oftalmológica.

Una reducción de un punto en la HbA1c se acompaña de una reducción aproximada del 21 % de la RD.

Por todo ello, **la ADA recomienda con un grado de evidencia A** optimizar el control glucémico para reducir el riesgo o enlentecer la progresión de la RD .

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La disminución de las cifras de presión arterial también se ha mostrado eficaz en la reducción de la RD.

Un descenso de 10 mmHg de la PAS supone un descenso del riesgo de progresión de la RD del 35 %, de la necesidad de tratamiento con láser del 35 % y de la pérdida de visión del 50 %.

Sin embargo, cifras muy estrictas (PAS < 120 mmHg) no han demostrado un beneficio adicional.

La **ADA también recomienda con un grado de evidencia A** optimizar el control de la presión arterial para reducir el riesgo o enlentecer la progresión de la RD.

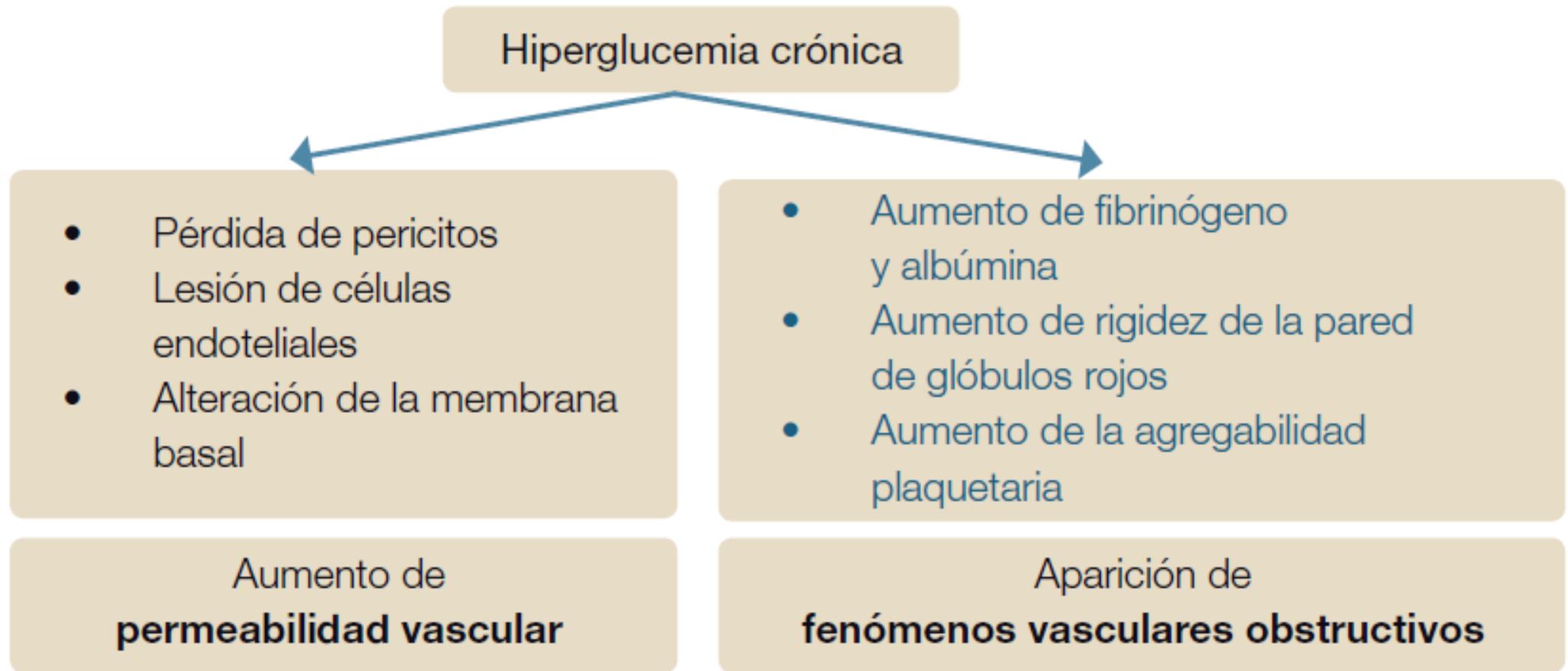
DISLIPEMIA

Menos evidente es la relación de la evolución de la RD con los niveles de los distintos componentes del perfil lipídico.

Un estudio realizado por Klein et al evidenció una relación entre la aparición de exudados duros con cifras elevadas de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad y lipoproteína A, hecho no comprobado en otros estudios.

En el **estudio de EURODIAB** se evidenció una relación entre la aparición de RD y los niveles elevados de triglicéridos. Posiblemente parte de esta relación se deba al efecto específico del tratamiento de la dislipemia con fenofibrato, fármaco que en algunos estudios, como el **FIELD**, ha demostrado efectos beneficiosos sobre la evolución de la RD.

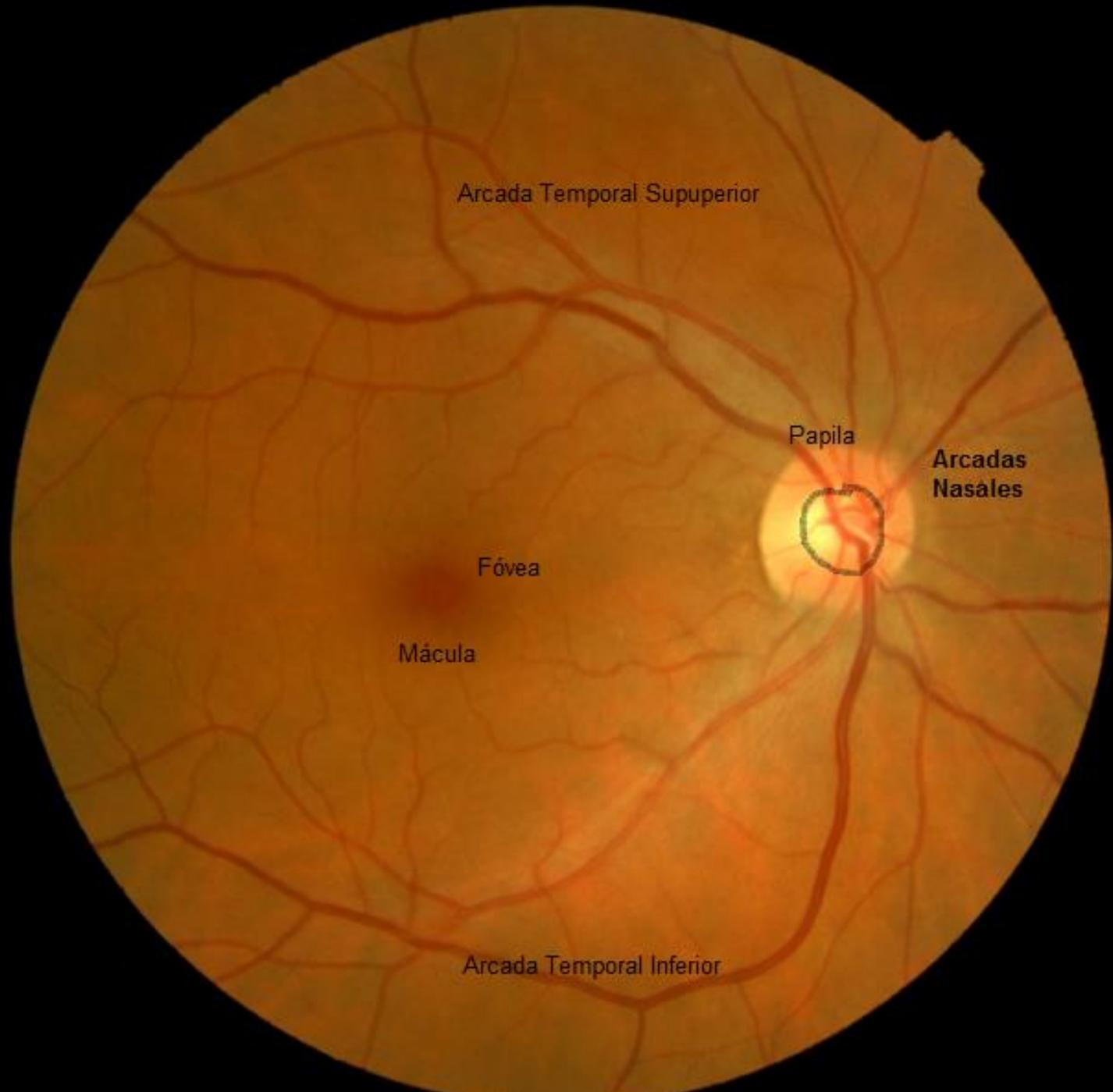
- INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA
- RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO
- **PATOGENIA**
- FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD
- CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR
- CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA
- IMÁGENES DE FONDO DE OJO
- TRATAMIENTO



Desde un punto de vista clínico, la RD evoluciona en dos fases bien diferenciadas:

- una menos agresiva de aumento de la permeabilidad
- otra más grave de proliferación vascular dominada por la isquemia.

- INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA
- RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA
- PATOGENIA
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR
- CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA
- IMÁGENES DE FONDO DE OJO
- TRATAMIENTO



Arcada Temporal Supuperior

Papila

Arcadas
Nasales

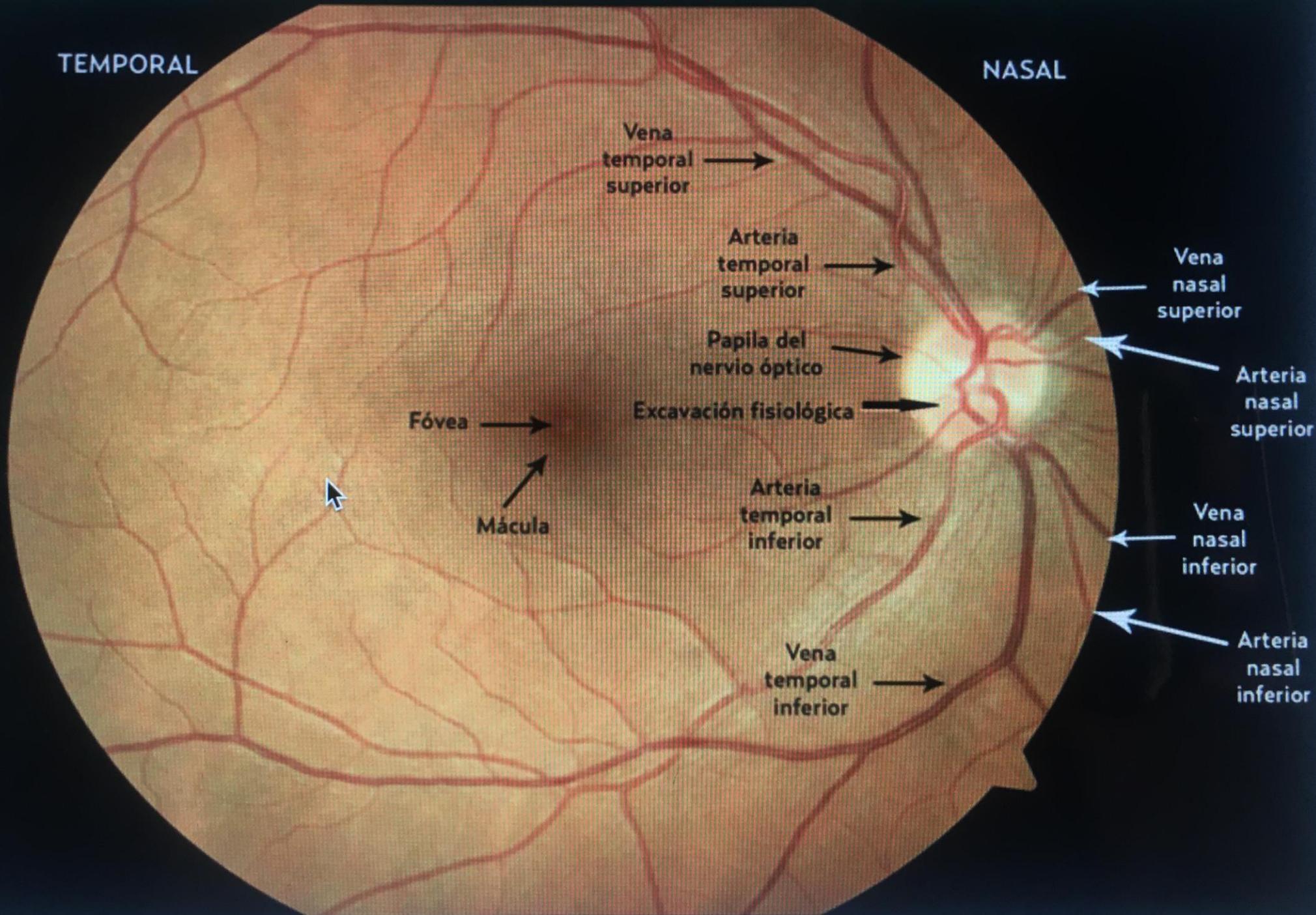
Fóvea

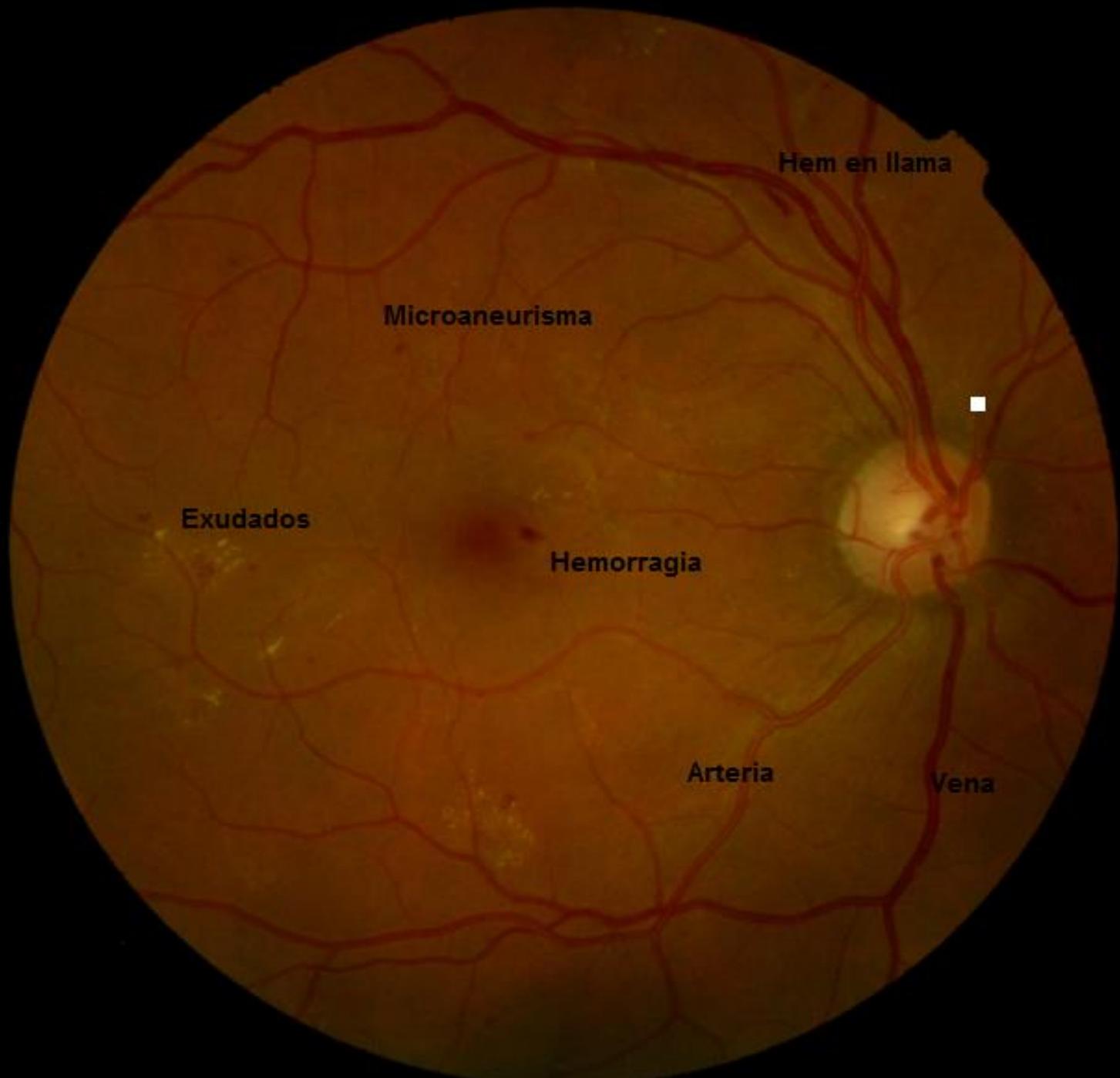
Mácula

Arcada Temporal Inferior

TEMPORAL

NASAL





Hem en llama

Microaneurisma

Exudados

Hemorragia

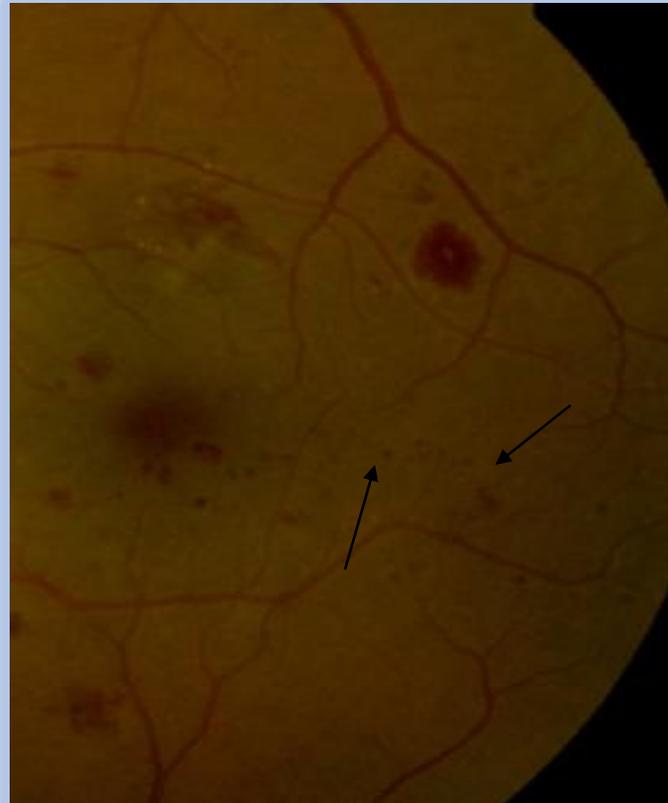
Arteria

Vena

MICROANEURISMAS

Eventraciones de la pared de los capilares, con pérdida de pericitos. Son puntos rojos de tamaño no mayor a 125 μm .

Es la primera manifestación de la RD.



HEMORRAGIAS

Rotura de capilares...

Profundas:

Características de la Retinopatía Diabética
Redondas pero de bordes irregulares.



Superficiales:

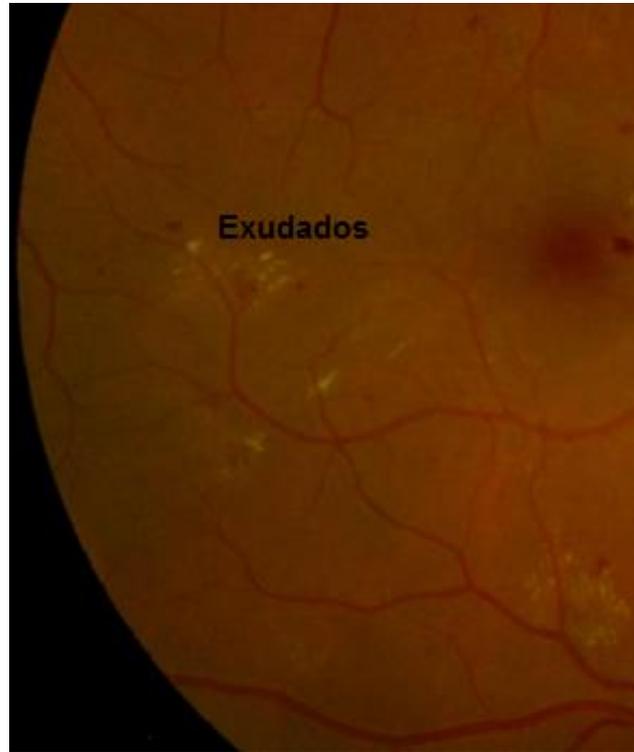
Características de la Retinopatía HTA, Trombosis, Vaculitis...
Alargadas o en forma de llama.



EXUDADOS LIPIDICOS O DUROS:

Depósitos de lípidos intrarretinianos, de color amarillento y bordes bien definidos.

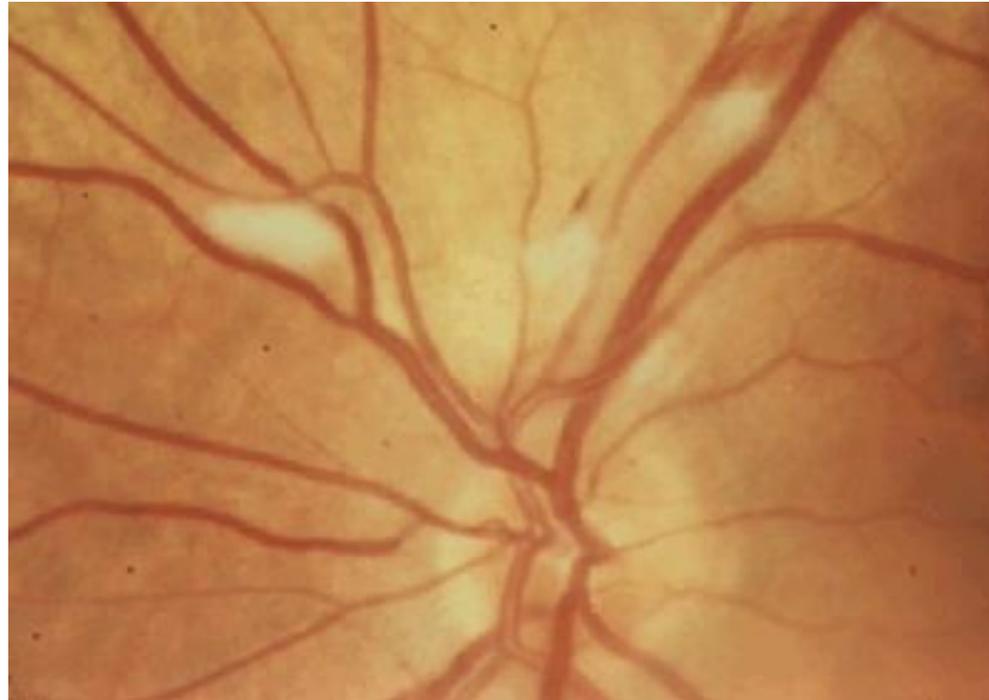
Indican que existe un *trastorno de la permeabilidad*.



EXUDADOS ALGODONOSOS:

Imágenes ovaladas o redondeadas, de color blanco o grisáceas, de bordes difuminados.

Secundarios a **Isquemia Localizada**.





ANOMALIAS VASCULARES INTRARETINIANAS (IRMA):

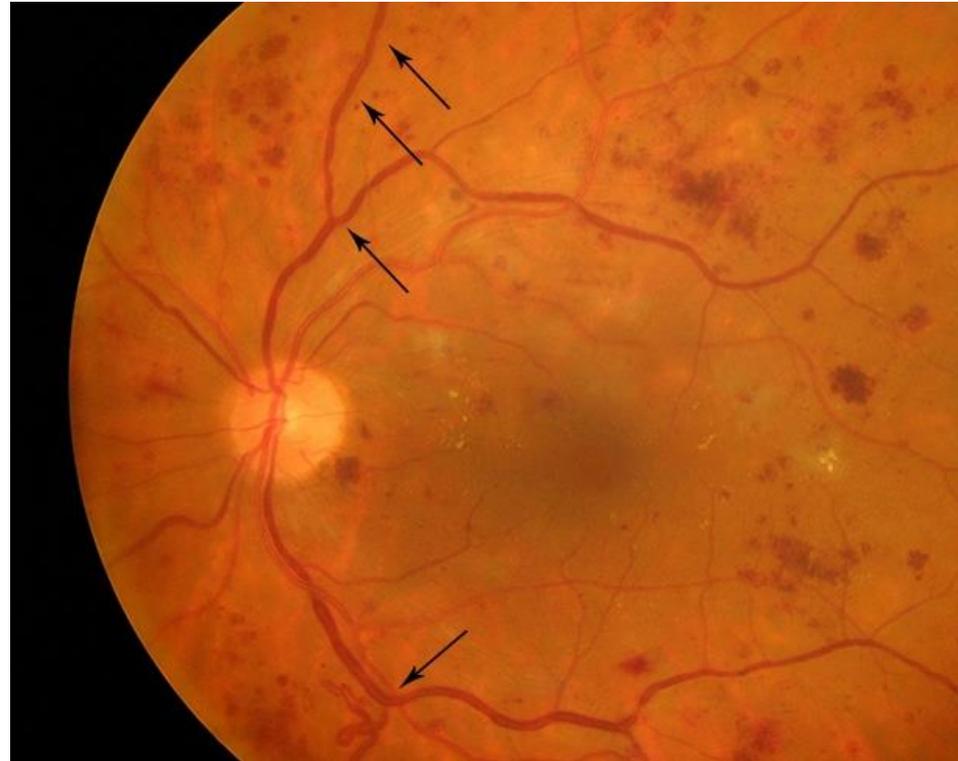
Red de finos vasos anómalos intrarretinianos de recorrido tortuoso. Implica **Isquemia Retinal.**

(Shunts arterio-venosos intrarretinianos para sortear un lecho capilar isquémico)

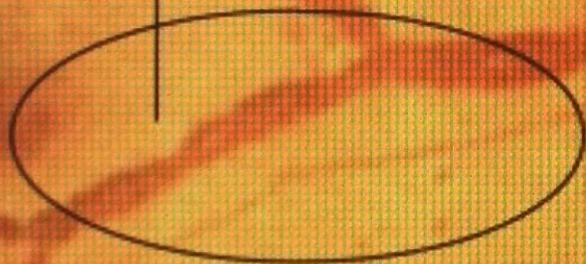


ANOMALIAS VENOSAS

Arrosariamiento venoso, es signo de gravedad, e indica alta probabilidad de **progresión a RDP**. El calibre venoso es irregular, y simula las cuentas de un rosario.

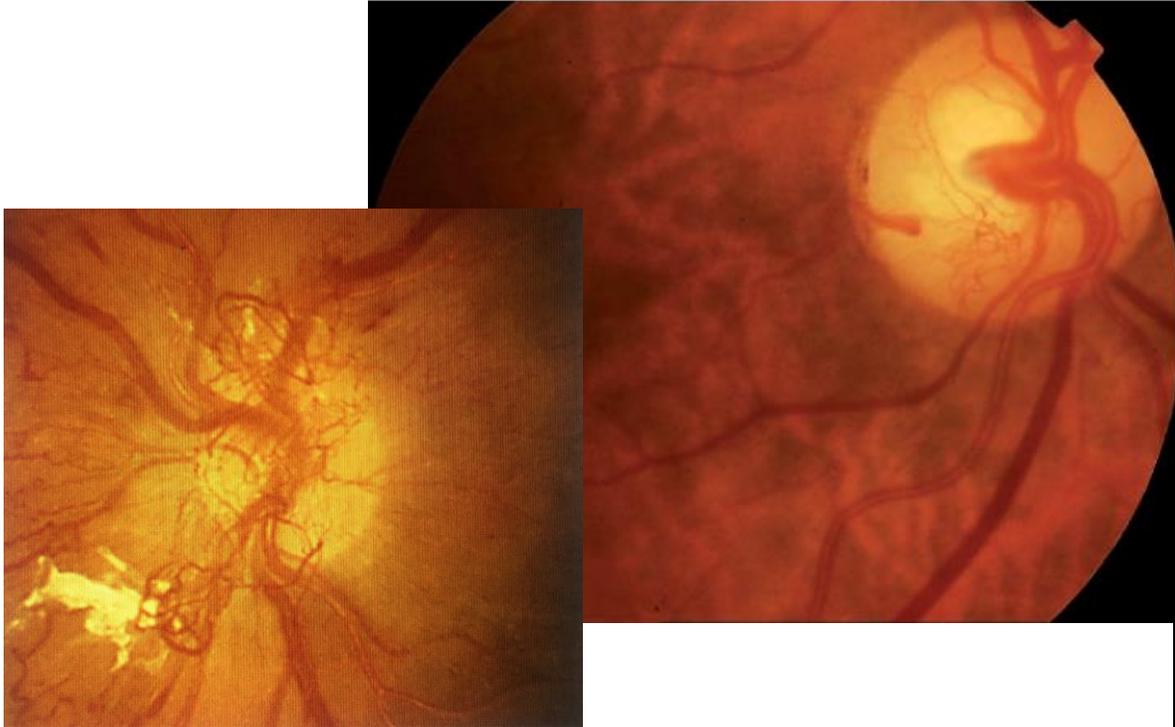


Arrosamiento
venoso

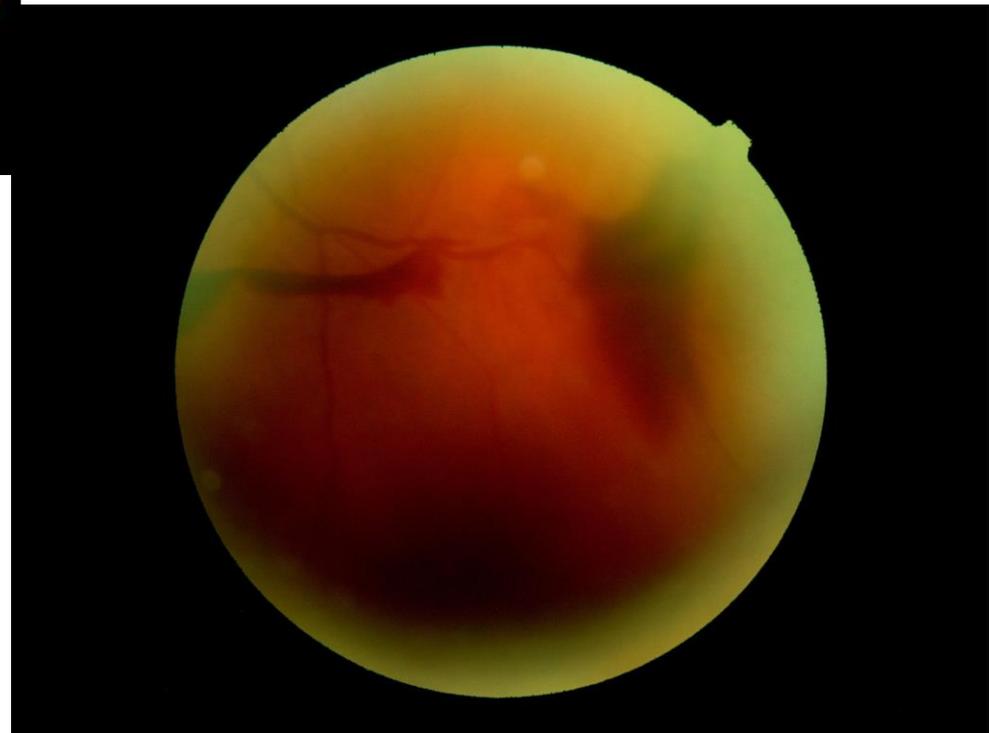


IRMA

NEOVASOS



HEMORRAGIA VITREA



**Aparecen en la Retinopatía
Proliferativa**

- **INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA**
- **RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA**
- **PATOGENIA**
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- **CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR**
- **CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA**
- **IMÁGENES DE FONDO DE OJO**
- **TRATAMIENTO**

ESCALA INTERNACIONAL de SEVERIDAD DE LA RD- ETDRS

NIVEL de SEVERIDAD RD	HALLAZGOS EN EL FO
NO RETINOPATIA APARENTE	No anomalías. Ausencia de microaneurismas (μ A).
RDNP LEVE	Solo μ A.
RDNP MODERADA	μ A asociado a menos de 20 hemorragias (H) intrarretinianas en cada uno de los 4 cuadrantes (C), exudados duros (ED), "exudados" algodonosos (EA), arrosariamiento venoso en 1 solo C.
RDNP SEVERA	μ A junto a uno de los siguientes hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias intrarretinianas severas (>20) en cada uno de los 4 C - Arrosariamiento venoso en ≥ 2 C - Anomalías microvasculares intrarretinianas (AMV) ≥ 10
<p>La RD Proliferativa es la responsable de los déficit visuales más severos, st en DM-1.</p>	

ESCALA INTERNACIONAL de SEVERIDAD del EDEMA MACULAR DIABÉTICO

NIVEL DE SEVERIDAD	HALLAZGOS FO
Edema macular Ausente	No engrosamiento retiniano ni exudados en polo posterior
Edema macular Presente	Engrosamiento retiniano o exudados en polo posterior: <ul style="list-style-type: none">• Leve: distantes de la mácula

Puede aparecer en cualquier momento de la Retinopatía.
Aparece Edema y/o exudados en la fovea.
Causa más frecuente de **PERDIDA de VISION y CEGUERA**
en pacientes **DM-2 no Insulino Dependientes**



VISION NORMAL



VISION CON RD

FASES AVANZADAS



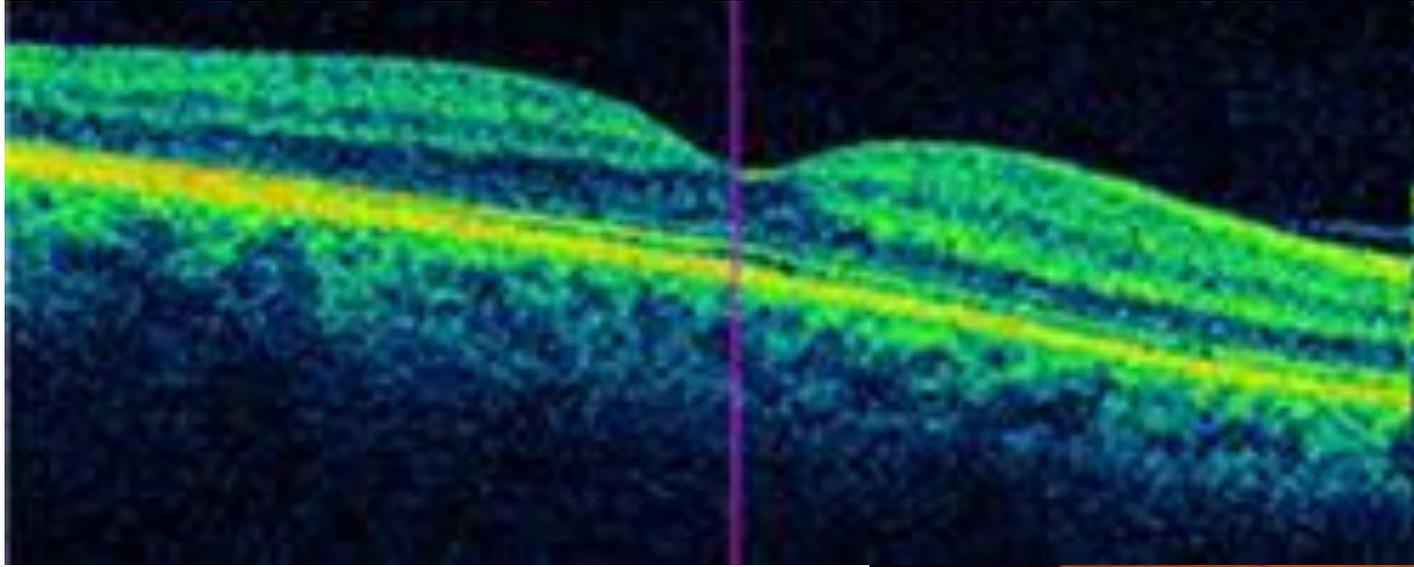
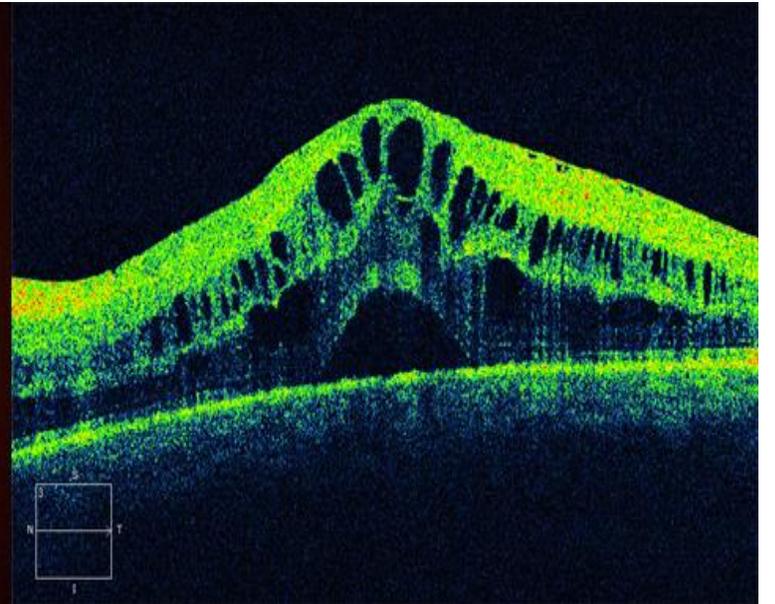


IMAGEN MACULA CON
TOMOGRAFIA COHERENCIA
OPTICA- OCT



- **INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA**
- **RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA**
- **PATOGENIA**
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- **CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR**
- **CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA**
- **IMÁGENES DE FONDO DE OJO**
- **TRATAMIENTO**





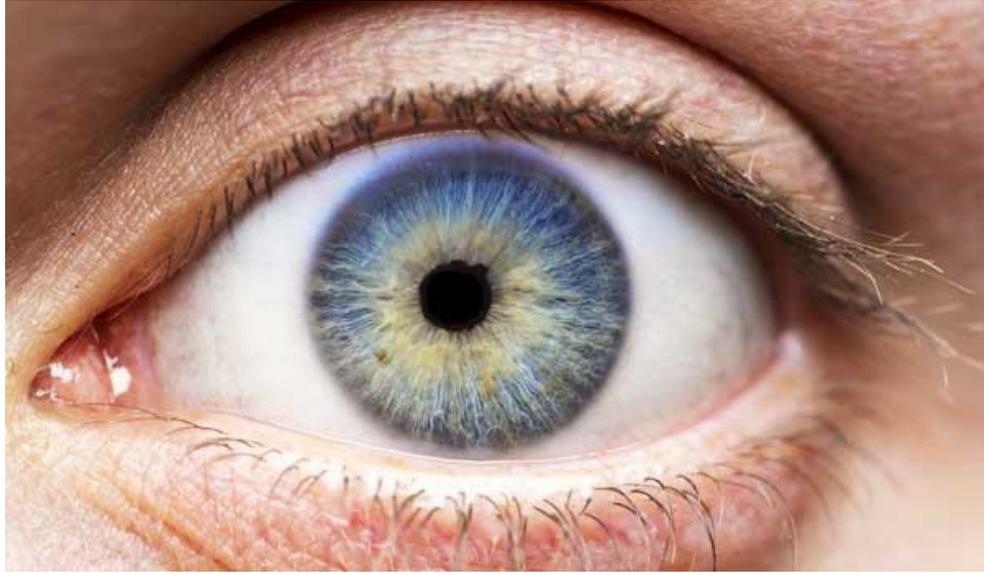
Optotipos



Estenopeico



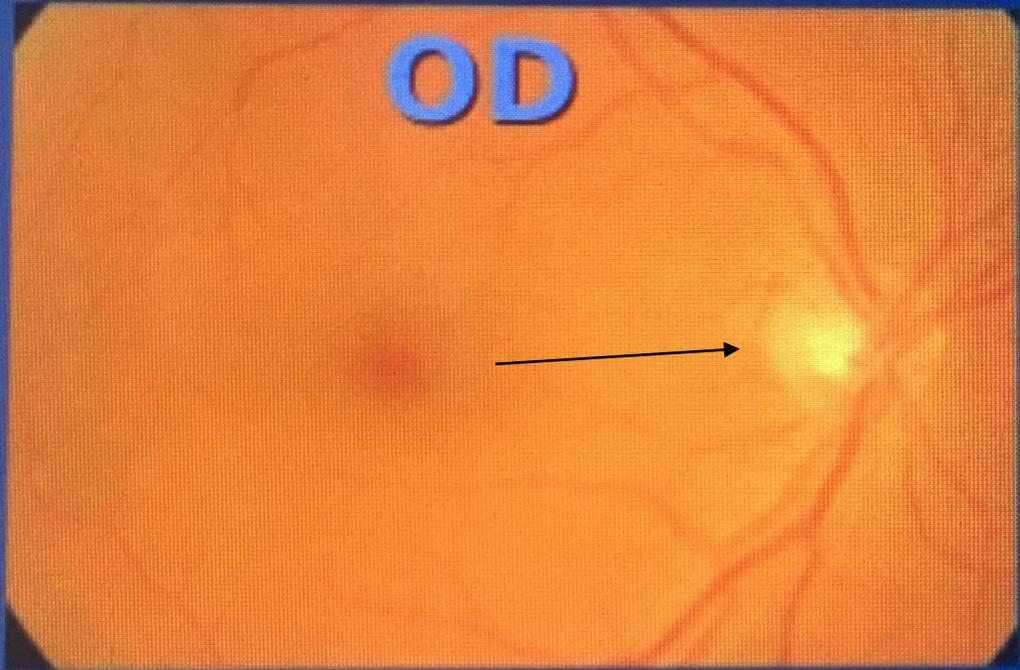
Tonómetro



Tropicamida 1%:

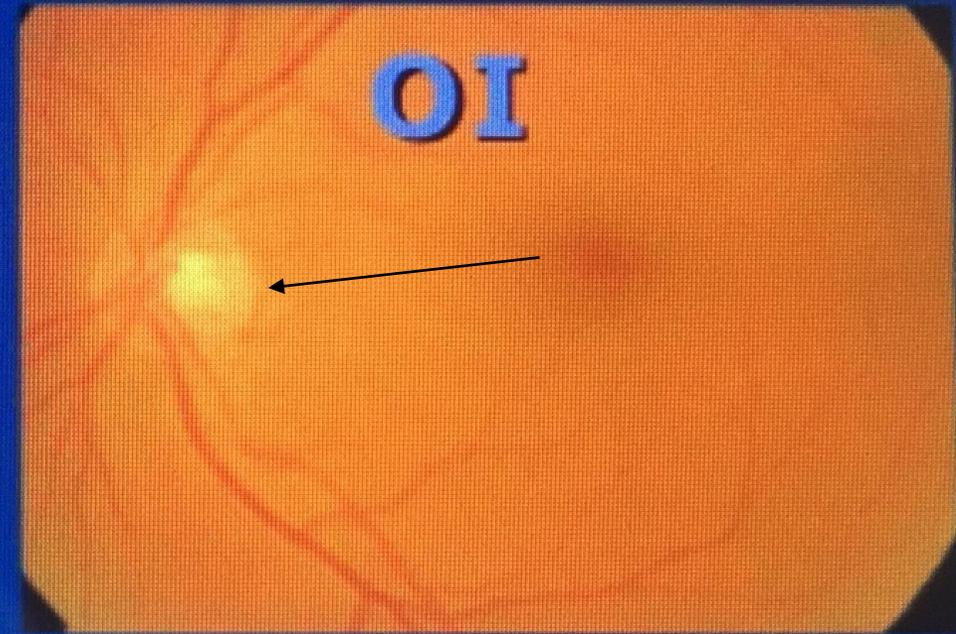
Efecto Máximo 30 minutos.

Duración 4-6 horas.



LECTOR:

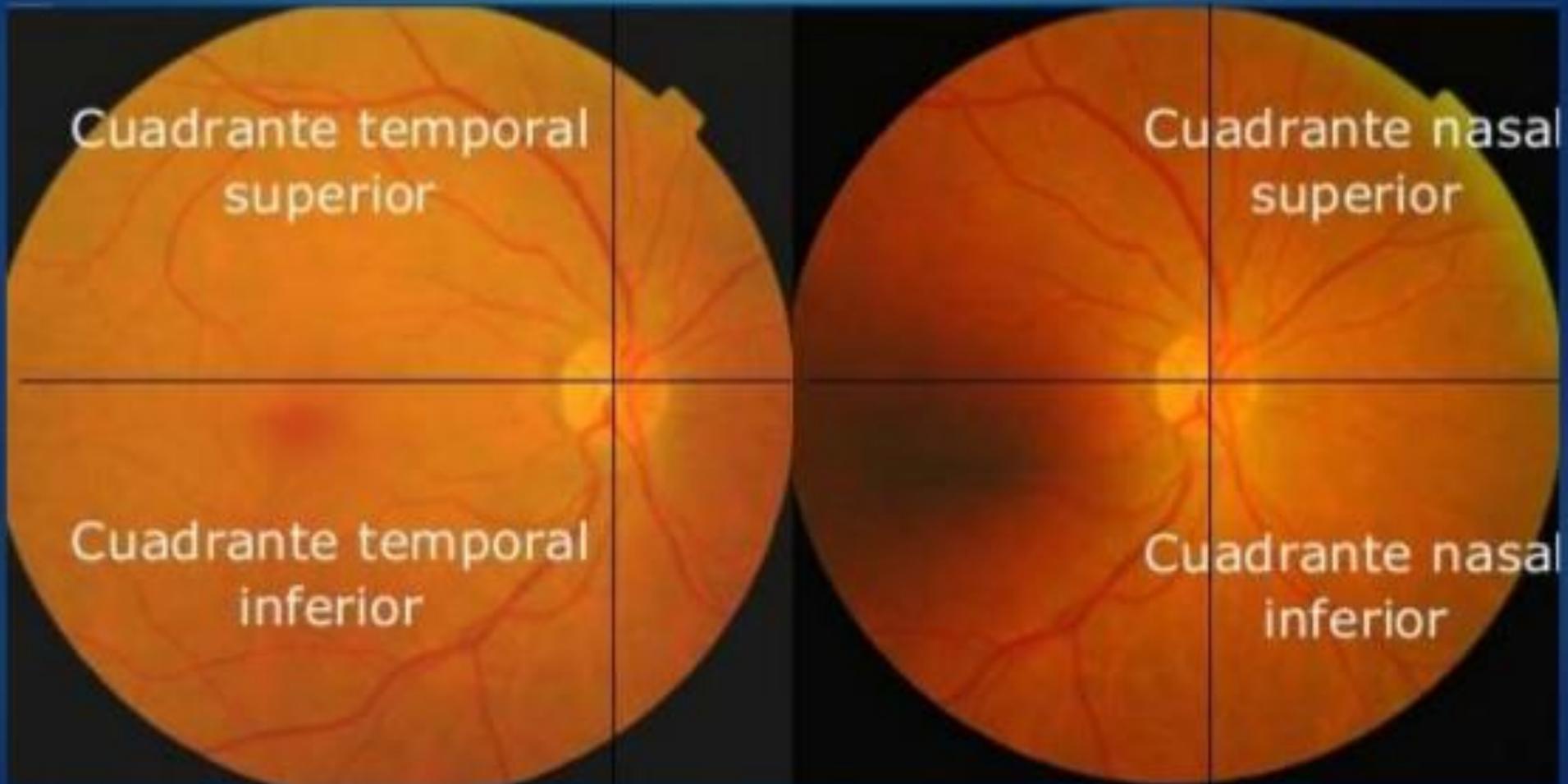
Papila a derecha de la macula



LECTOR:

Papila a izquierda de la macula

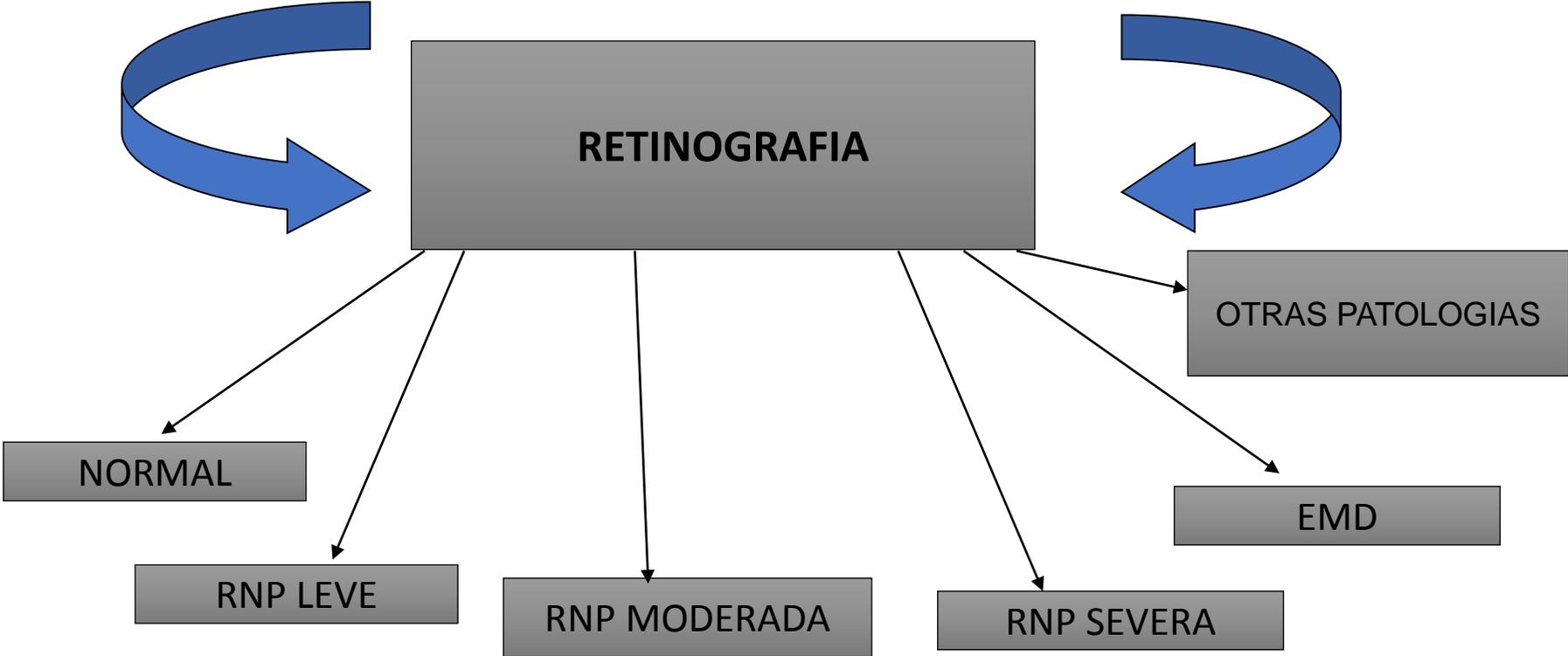
Cuadrantes



DIABETES MELLITUS: Cribado de la RD

DM-1 3-5 años del diagnóstico

DM-2 en el momento del diagnóstico



Posteriormente:

-Cada 2-3 años:

en pacientes diabéticos con menos de 10 años de evolución.



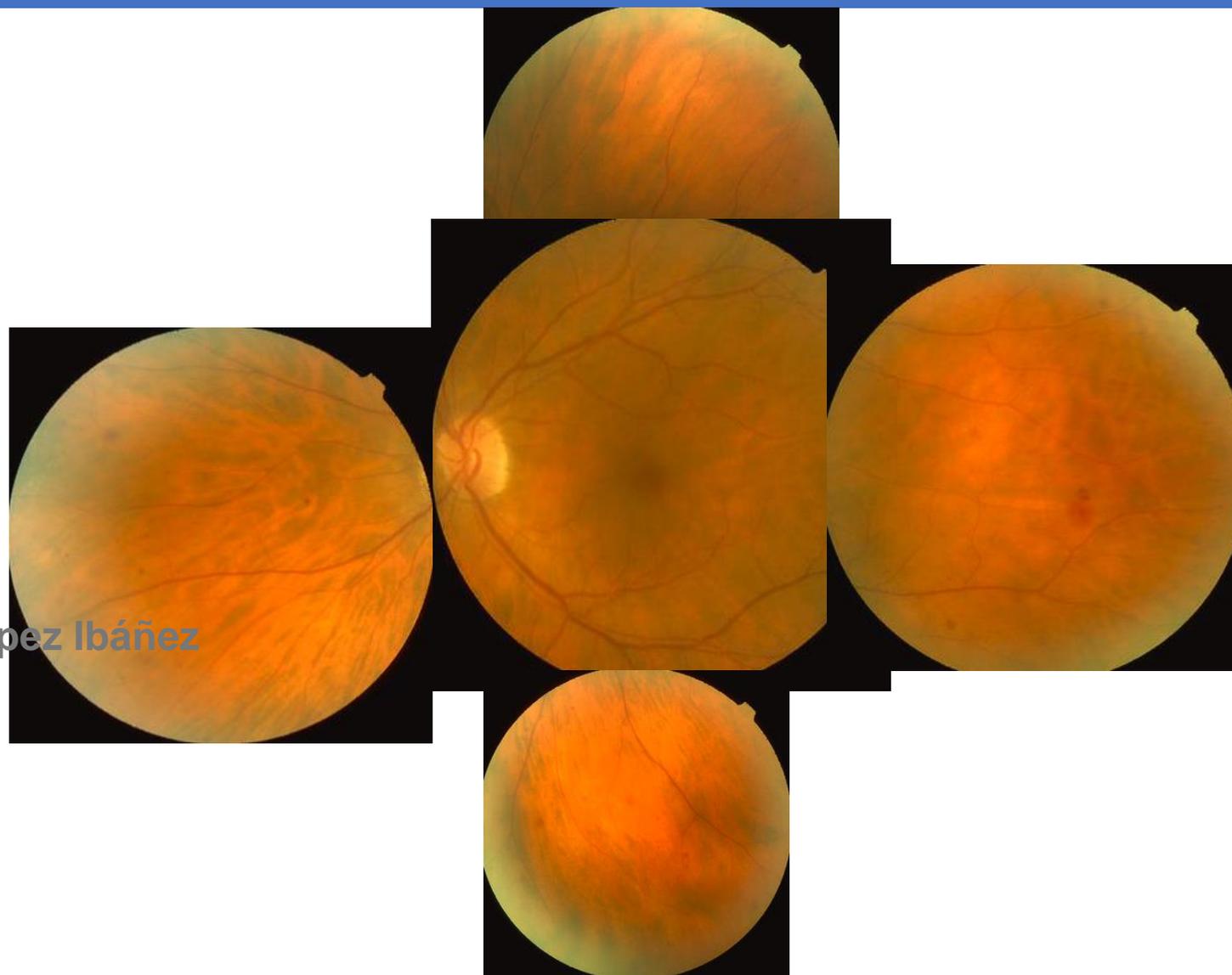
-Anual para pacientes sin signos de RD pero con:

- más de 10 años de evolución de su DM,
- FR asociados (mal control metabólico),
- aquellos con RDNP leve.

-En discusión si se debe mantener el cribado fotográfico con un intervalo menor (**cada 3-6 meses**) a los pacientes con RDNP moderada o bien deben ser derivados al oftalmólogo.

-Pacientes con RDNP severa, RDP y EMD pasan todos a control por Oftalmología.

¿Cuántos campos hay que realizar?



Isabel López Ibáñez

- **Una Central:**

Sensibilidad 61-90%, Especificidad 85-97%

- **Una centrada en mácula y otra en lado nasal de la papila (recomendaciones grupo EURODIAB):**

Sensibilidad 97,7%, Especificidad 84%

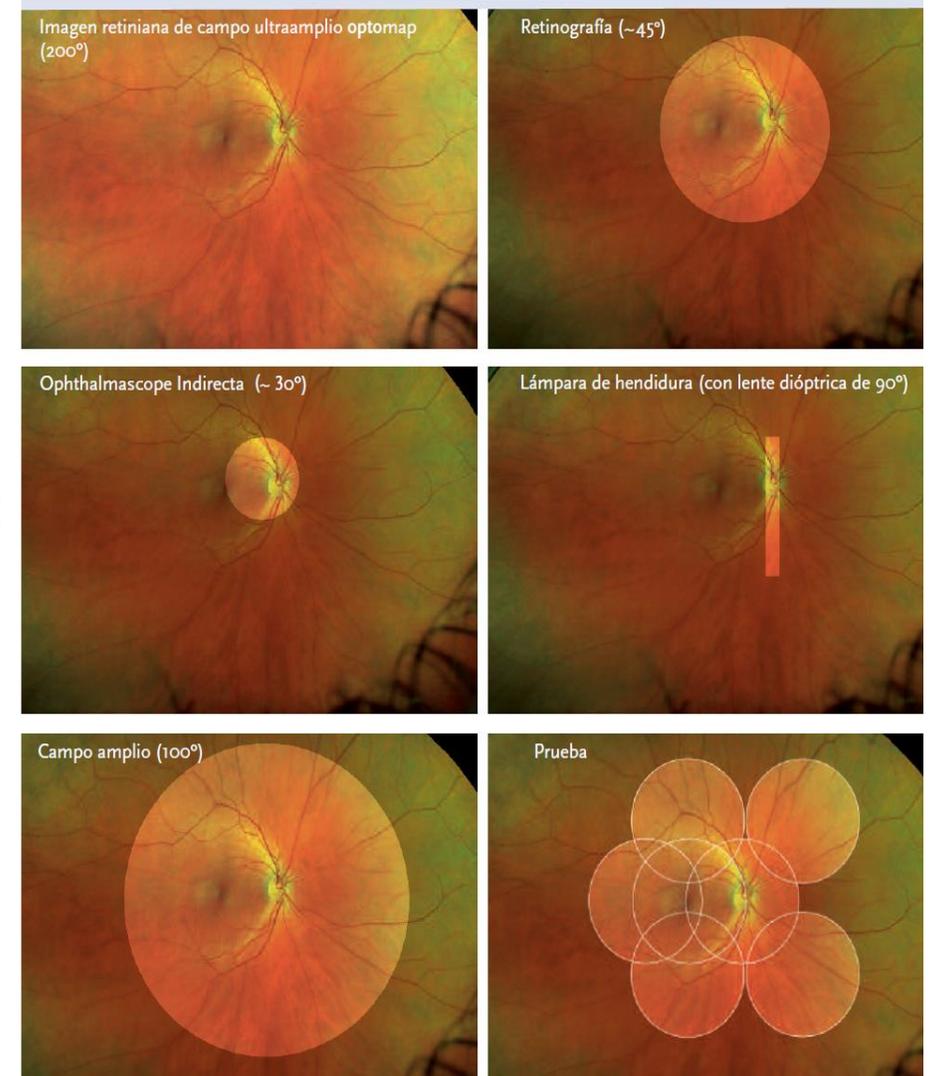
- **7 campos ETDRS & campo amplio (200°)**

- **~5 campos:**

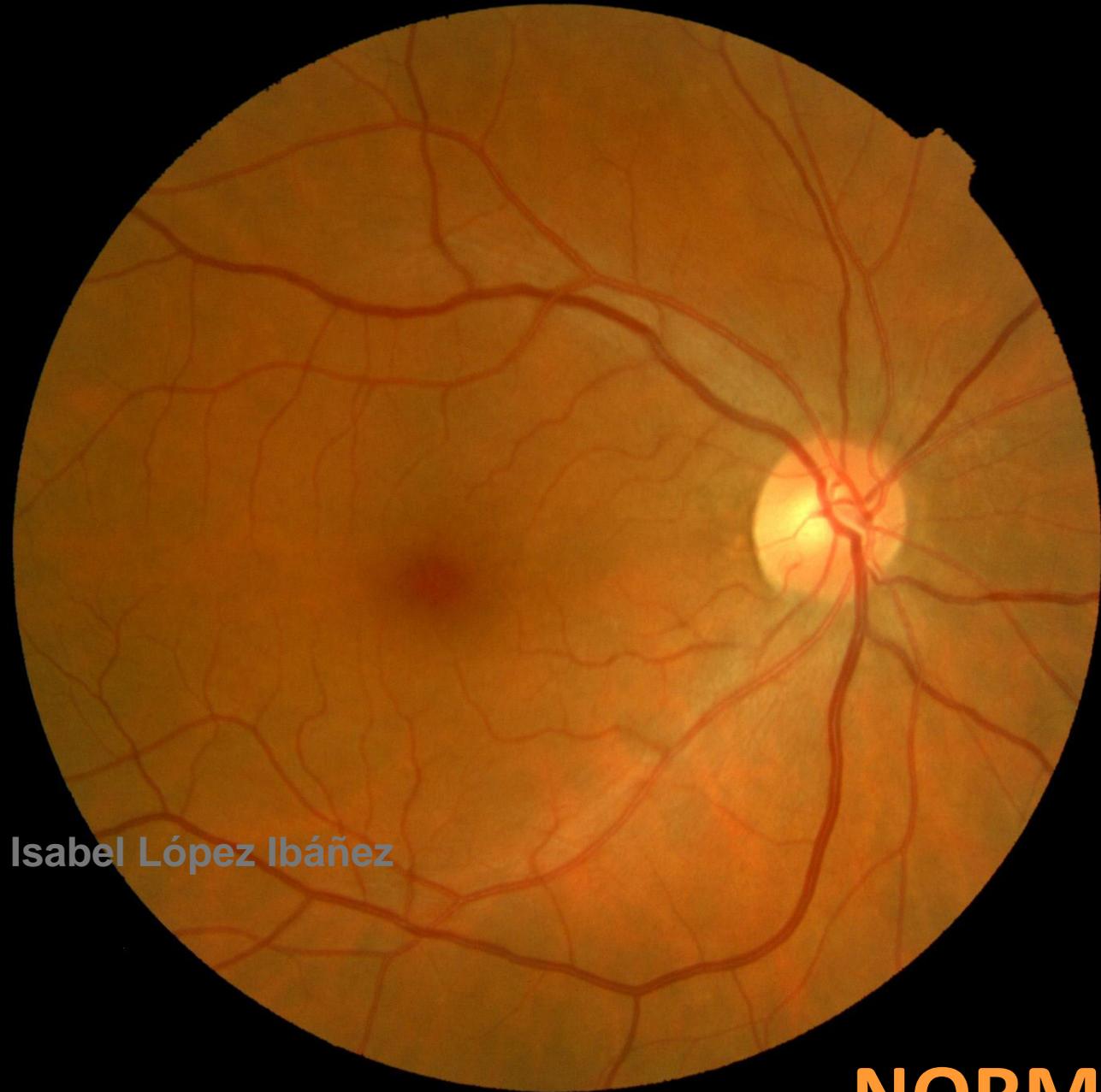
mejores resultados con los sistemas de campo amplio tanto en la identificación de RD

como en la detección de lesiones periféricas que sugieren un RD mas grave.

La cámara estereoscópica de 30° de 7 campos se considera el patrón de oro y el referente que se ha de seguir en los ensayos clínicos.



- **INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA**
- **RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA**
- **PATOGENIA**
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- **CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR**
- **CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA**
- **IMÁGENES DE FONDO DE OJO**
- **TRATAMIENTO**



Isabel López Ibáñez

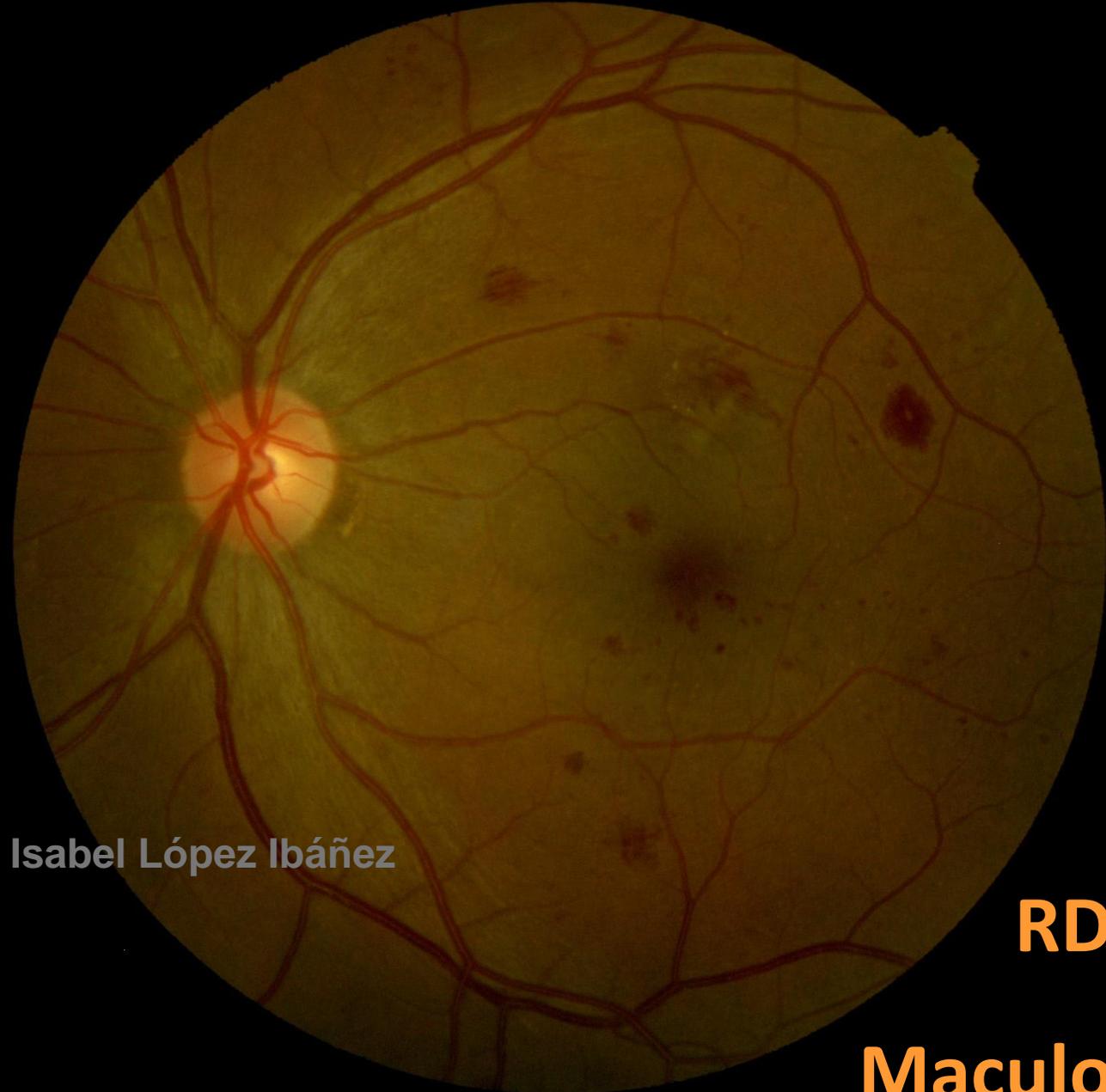
NORMAL



Isabel López Ibáñez

No RD

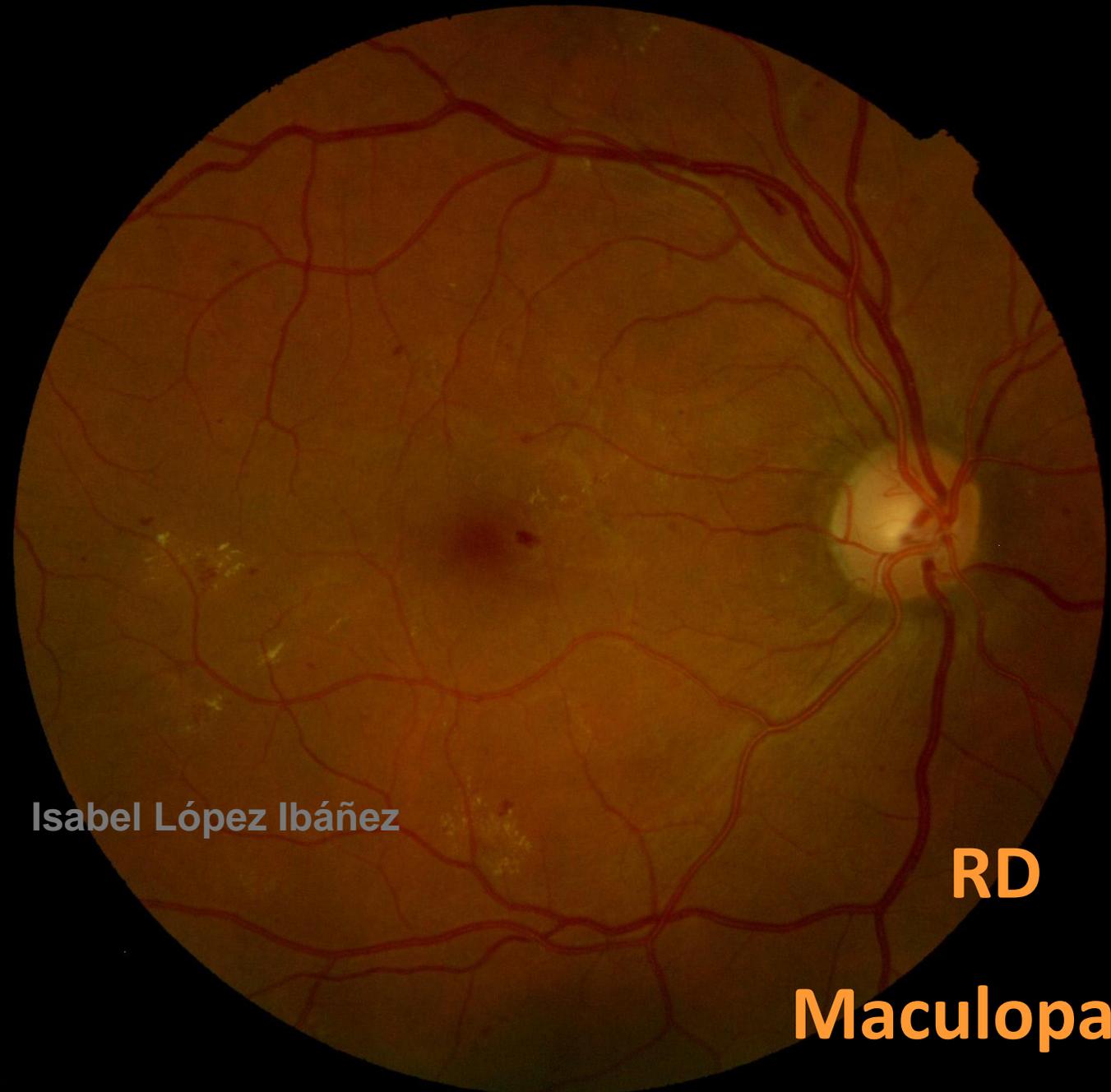




Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía

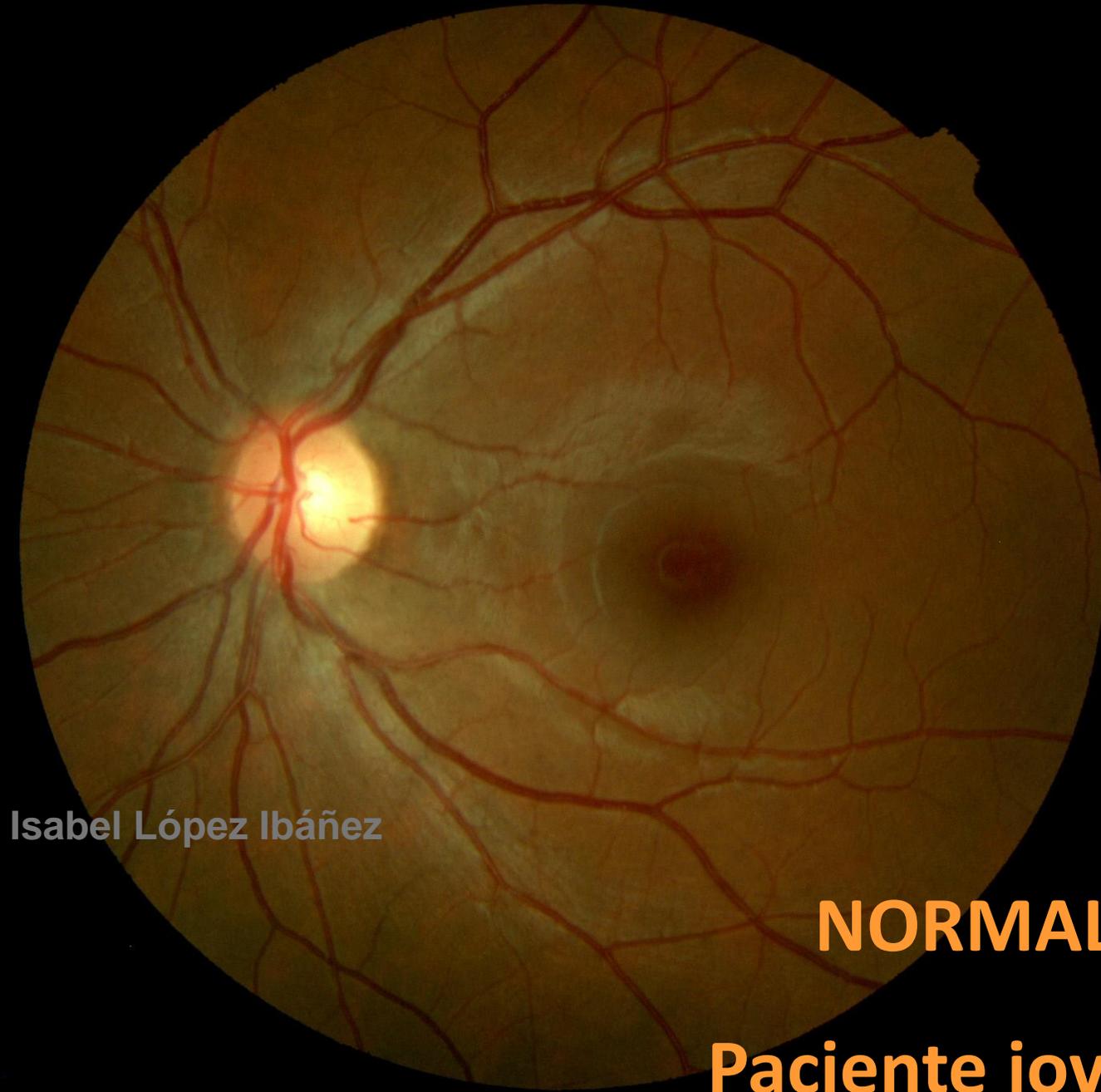


Isabel López Ibáñez

CATARATAS



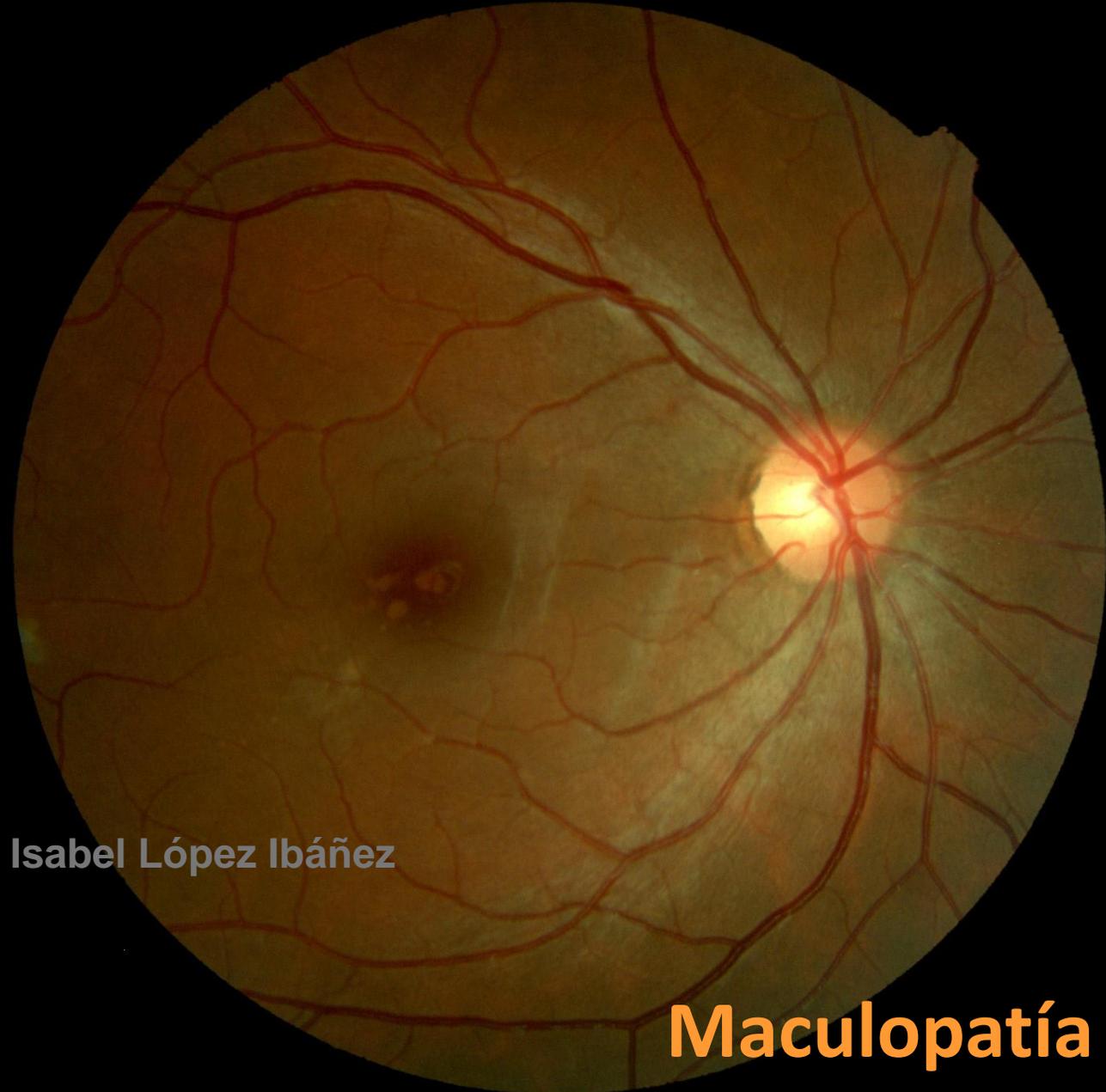
NEOVASOS



Isabel López Ibáñez

NORMAL

Paciente joven



Isabel López Ibáñez

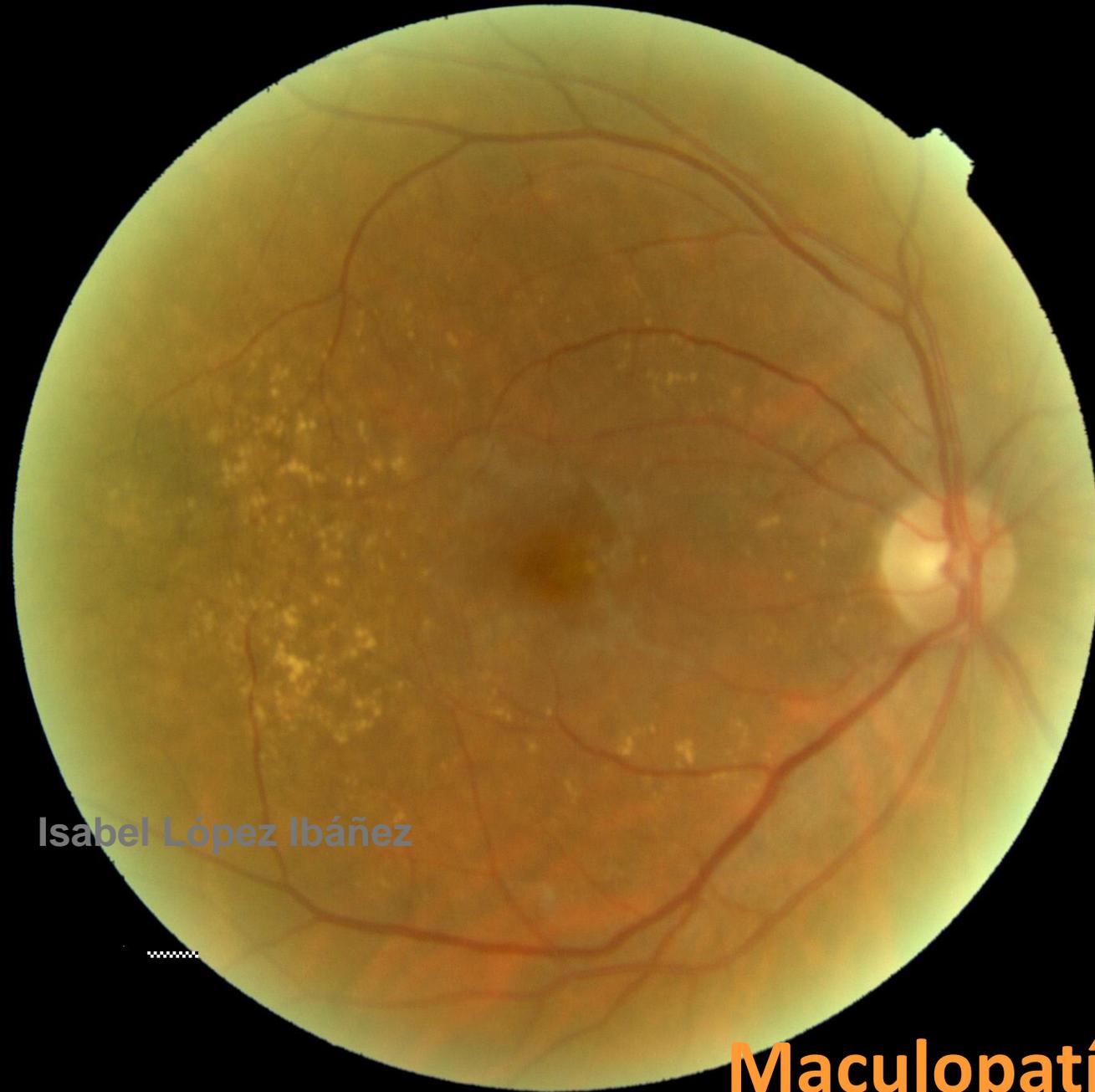
Maculopatía



Isabel López Ibáñez

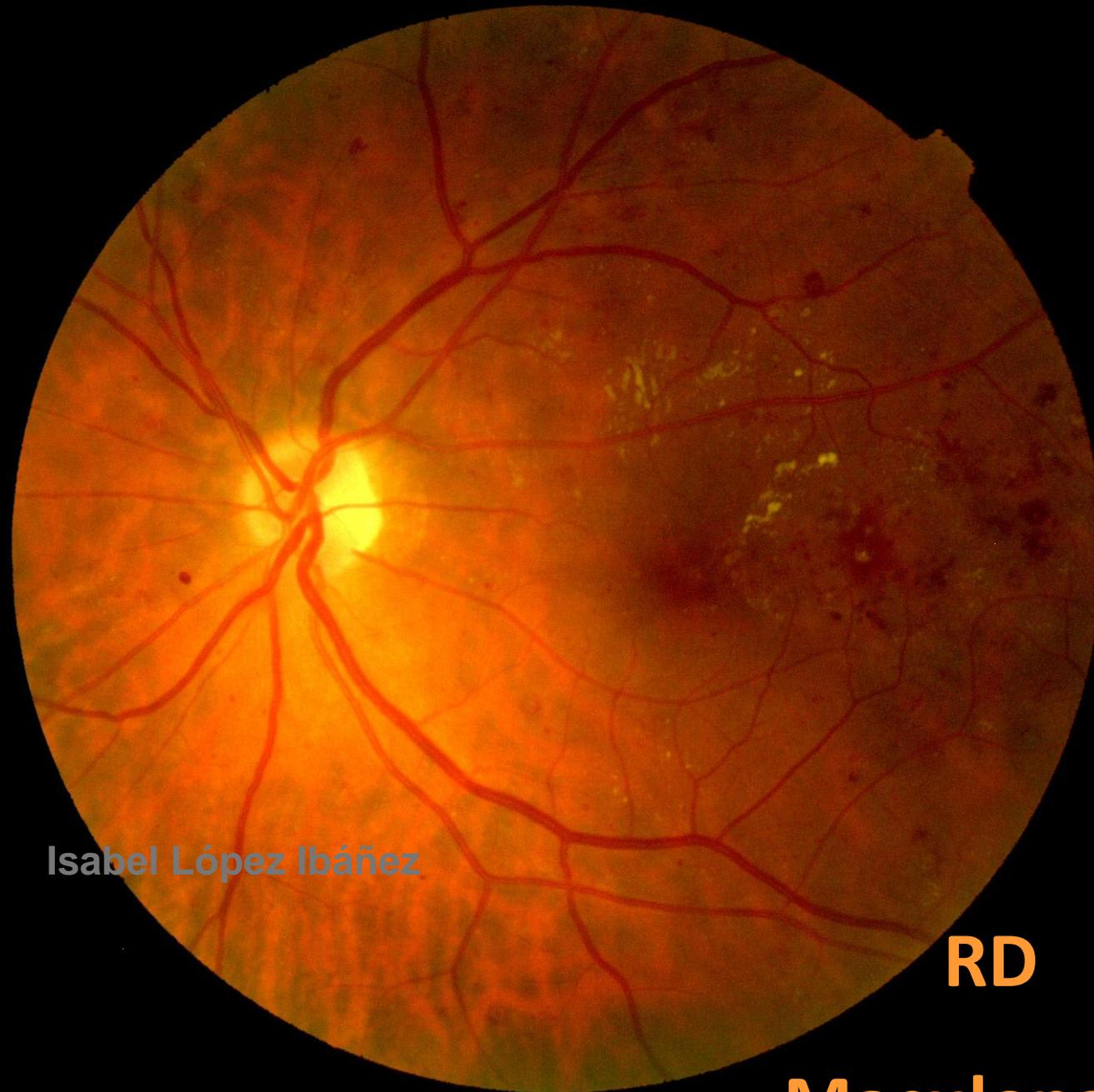
RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

Maculopatía

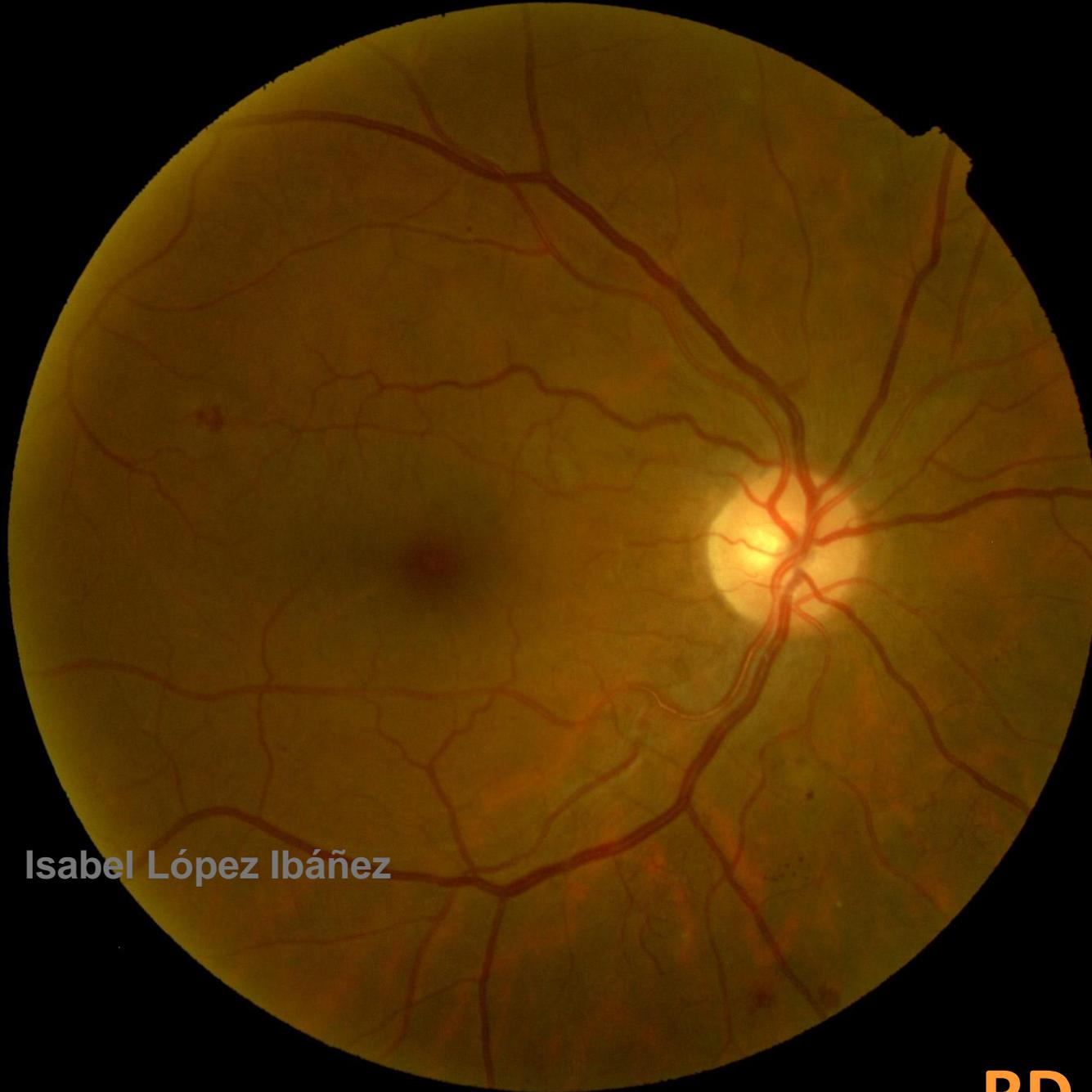


Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía





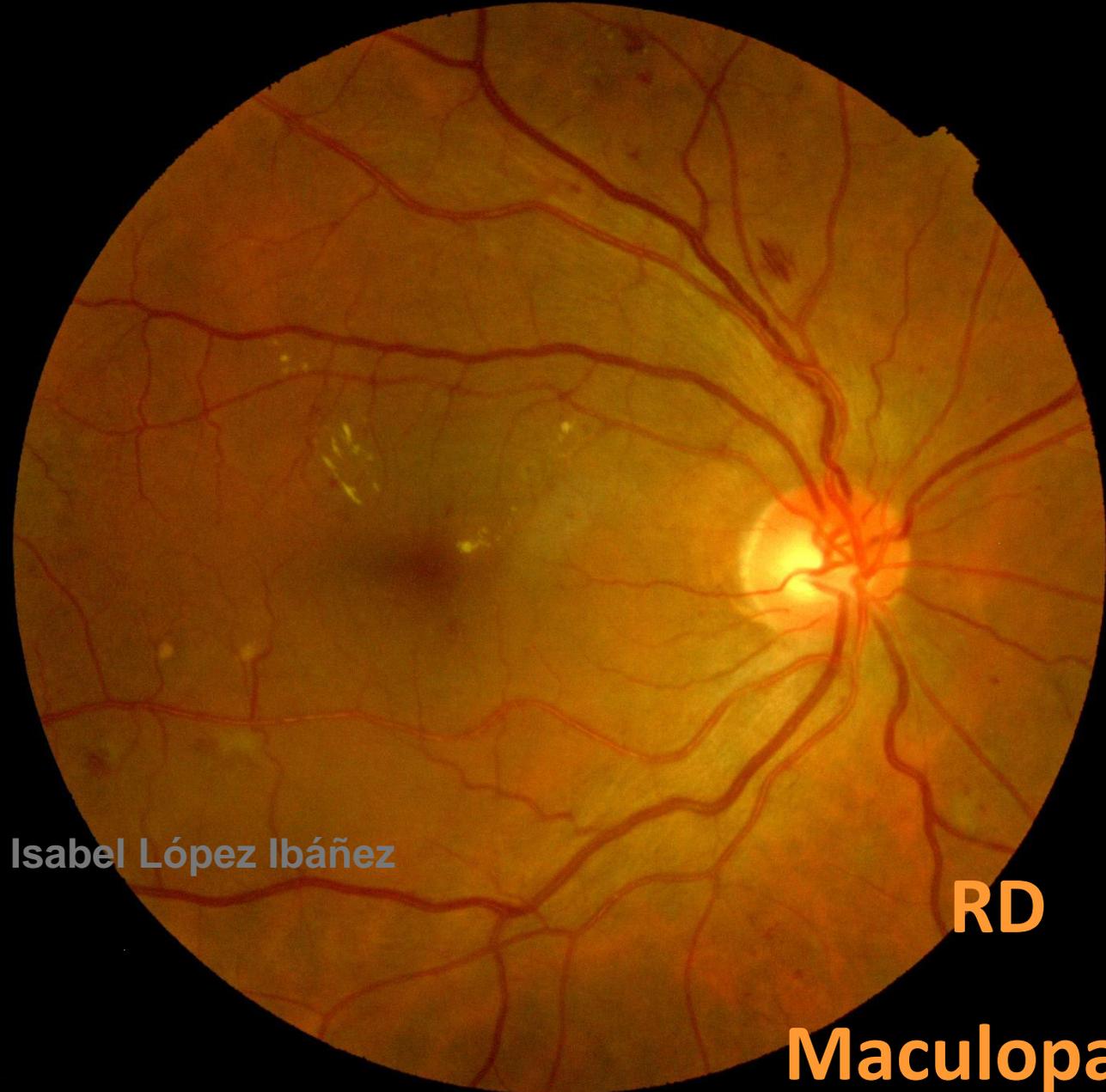
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

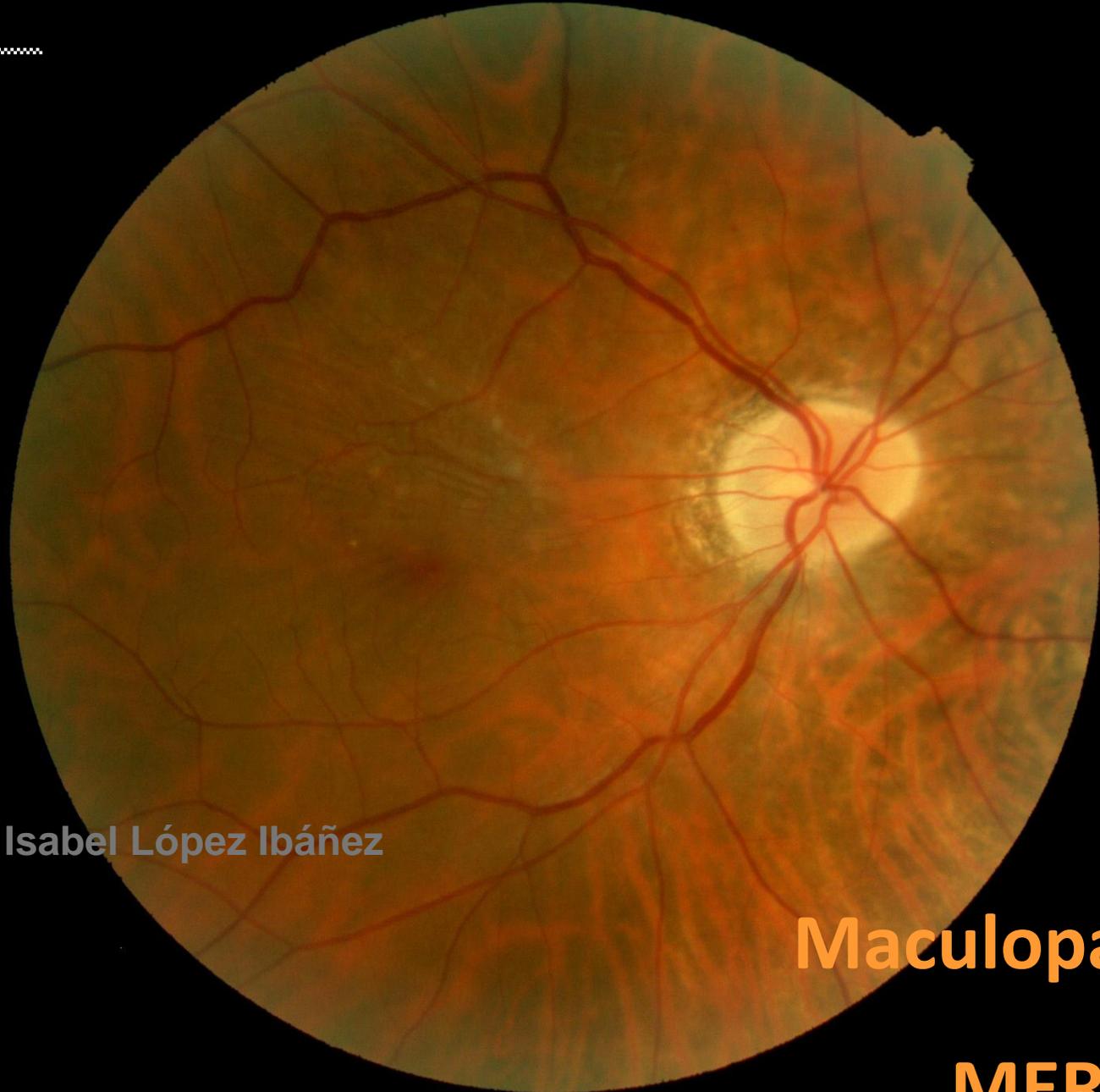
Maculopatía



Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

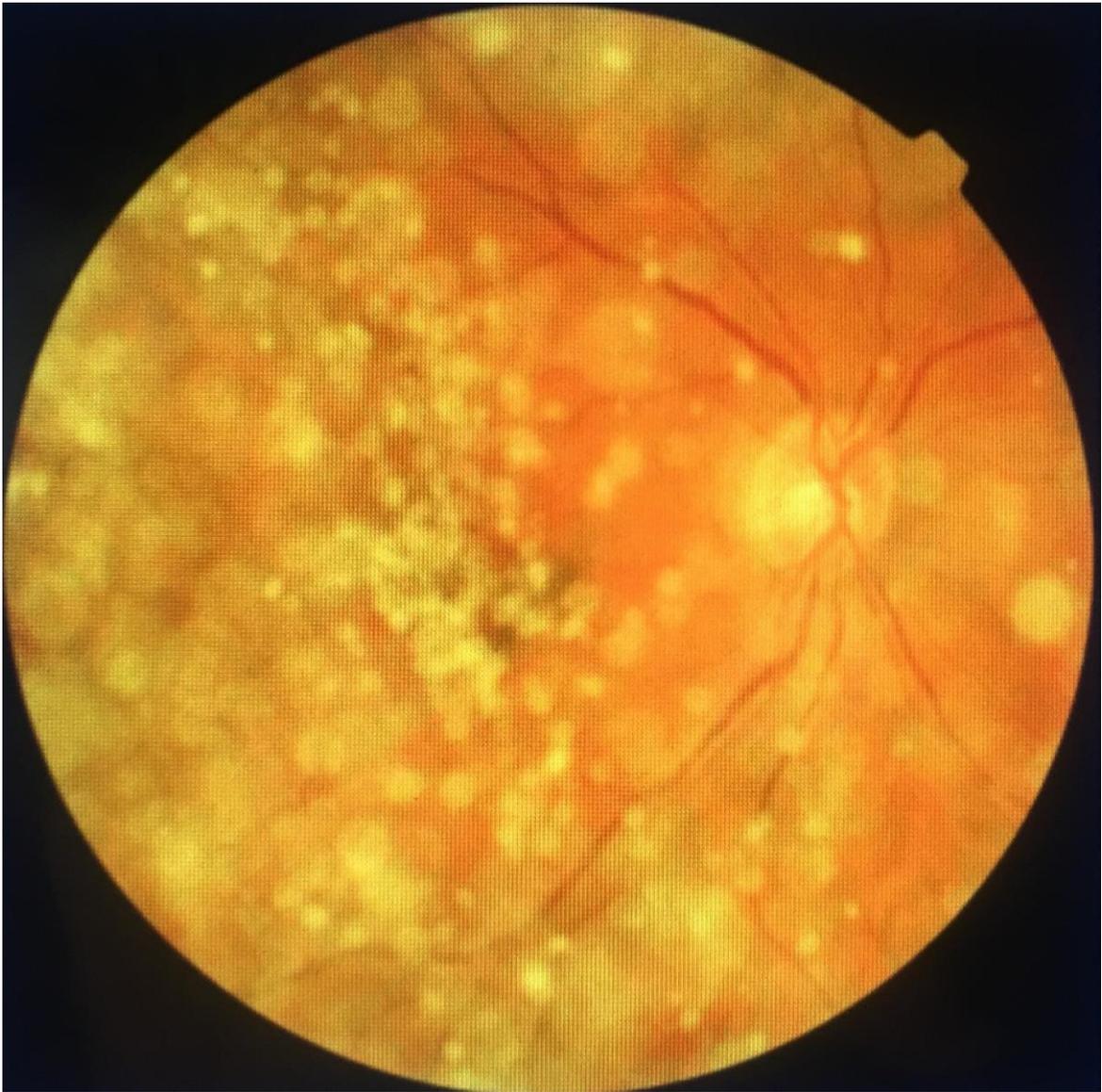
Maculopatía

MER

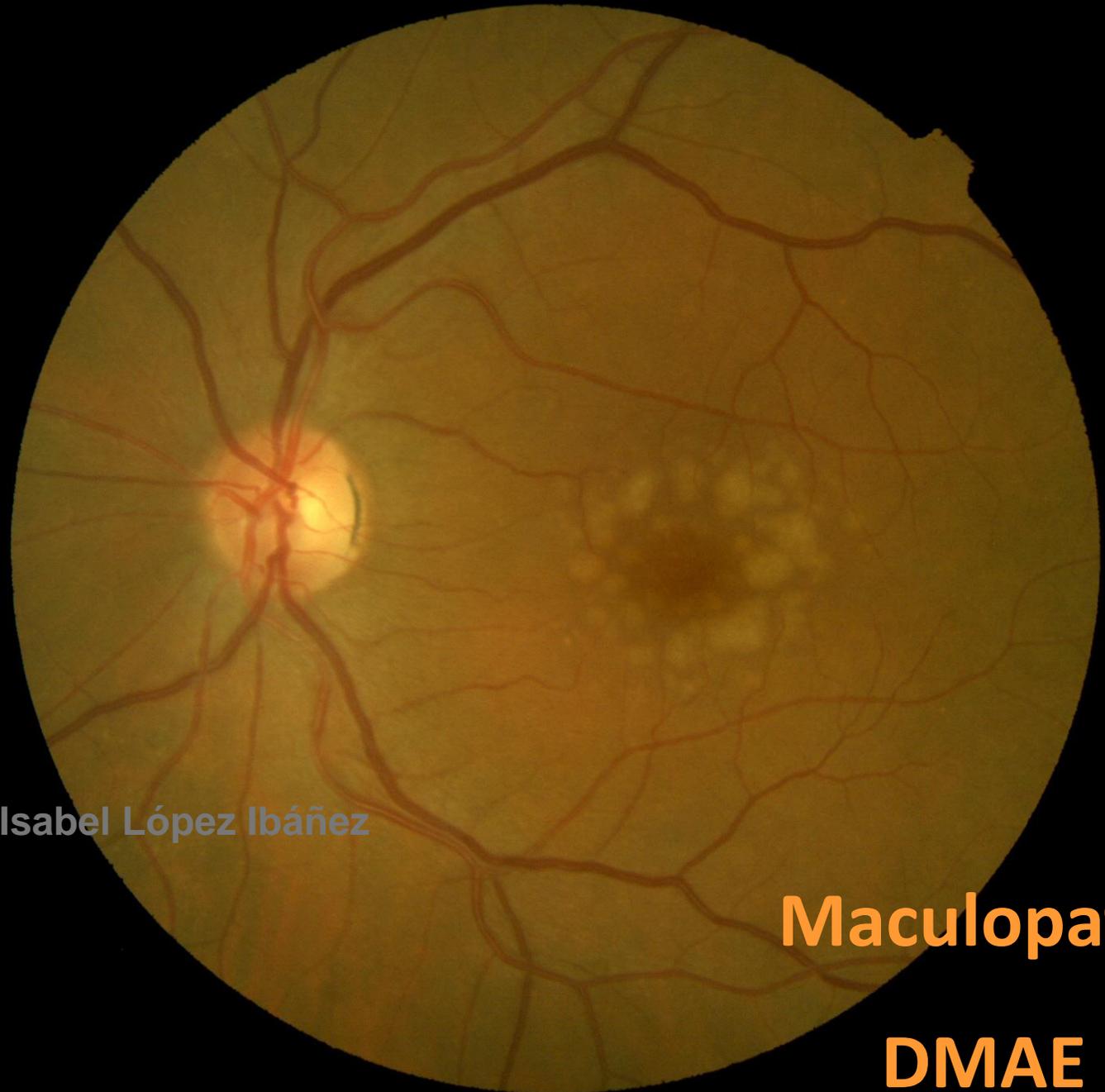


Isabel López Ibáñez

Hialosis Asteroide



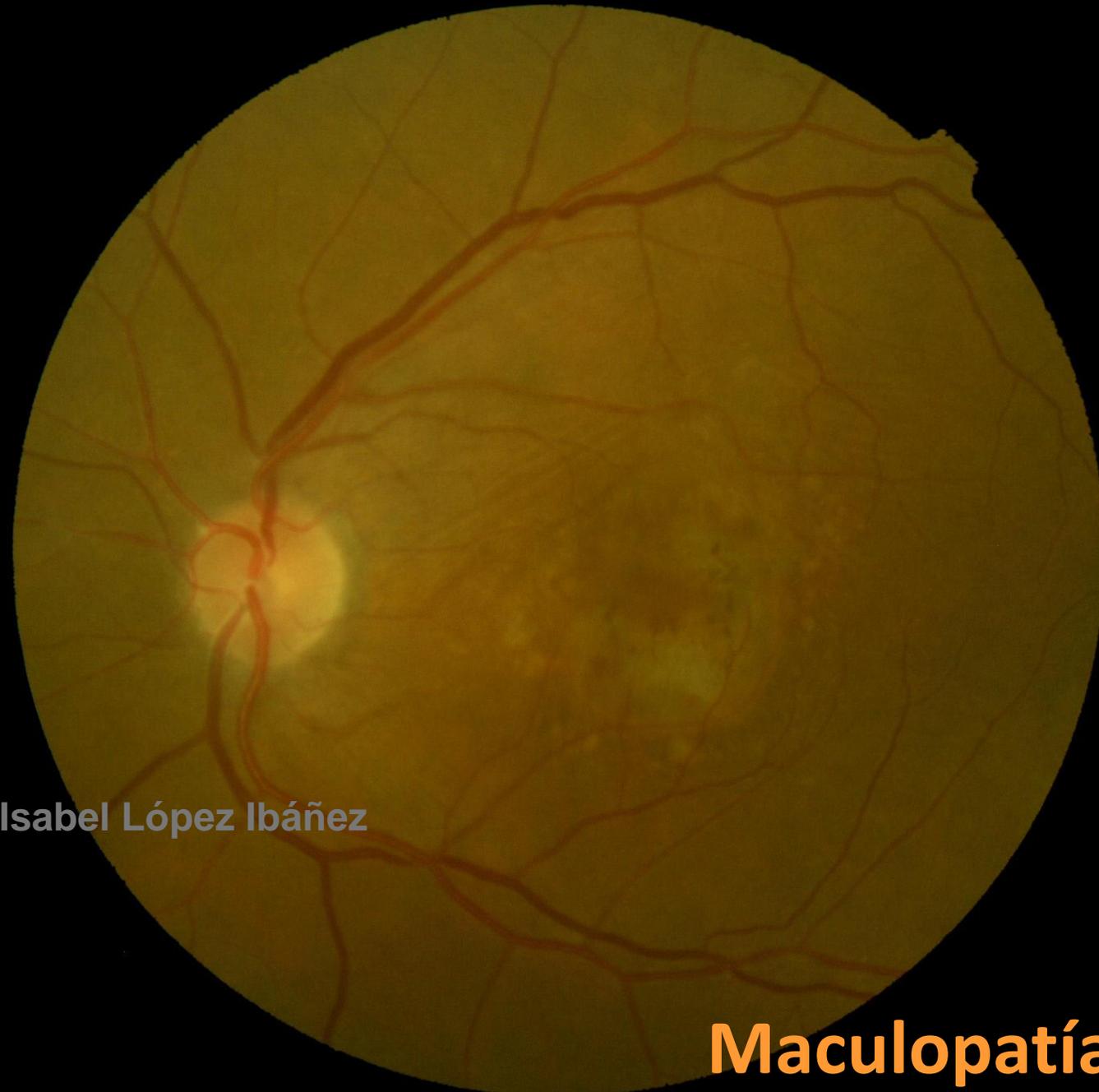
Hialosis Asteroide



Isabel López Ibáñez

Maculopatía

DMAE



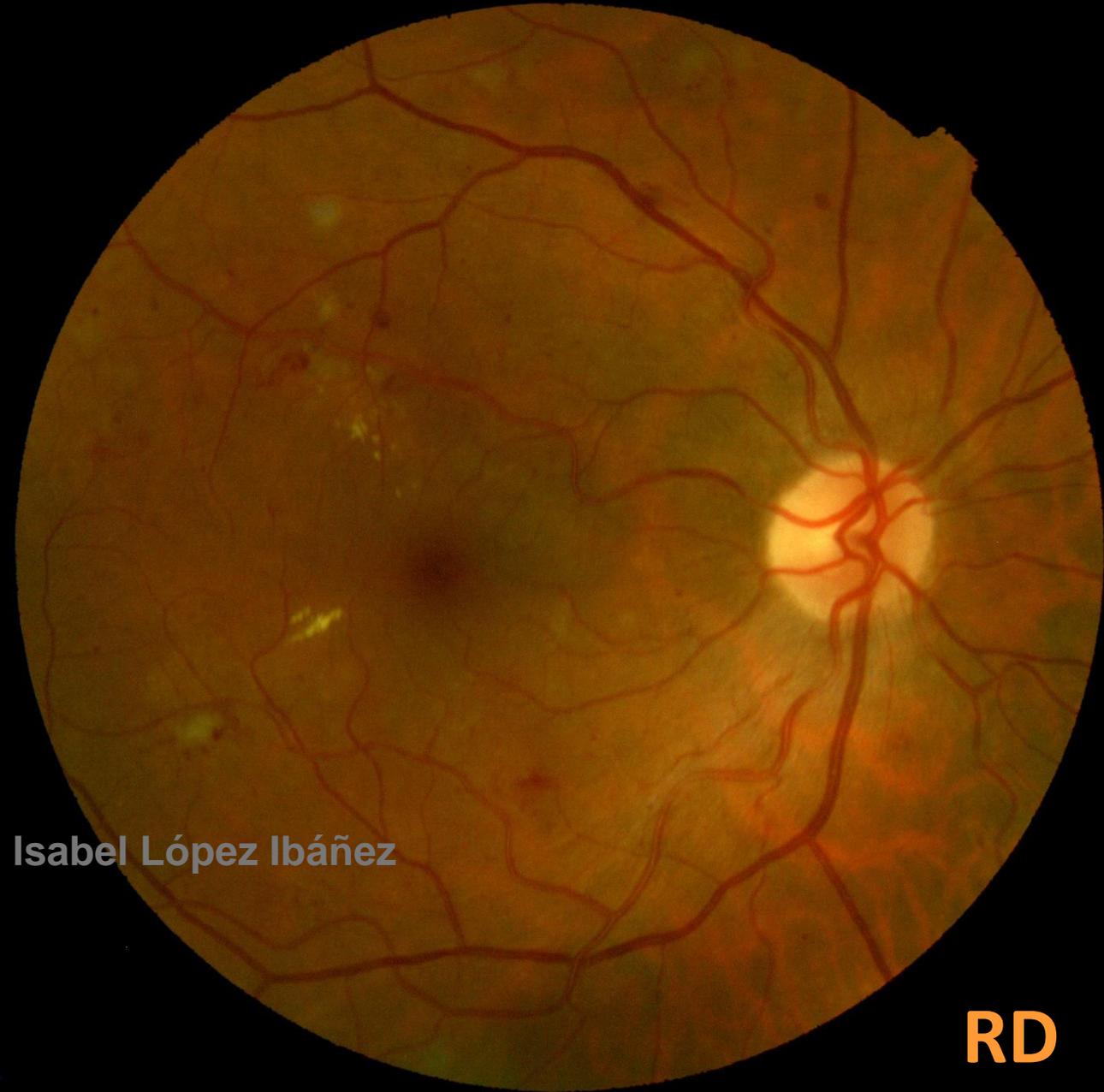
Isabel López Ibáñez

Maculopatía



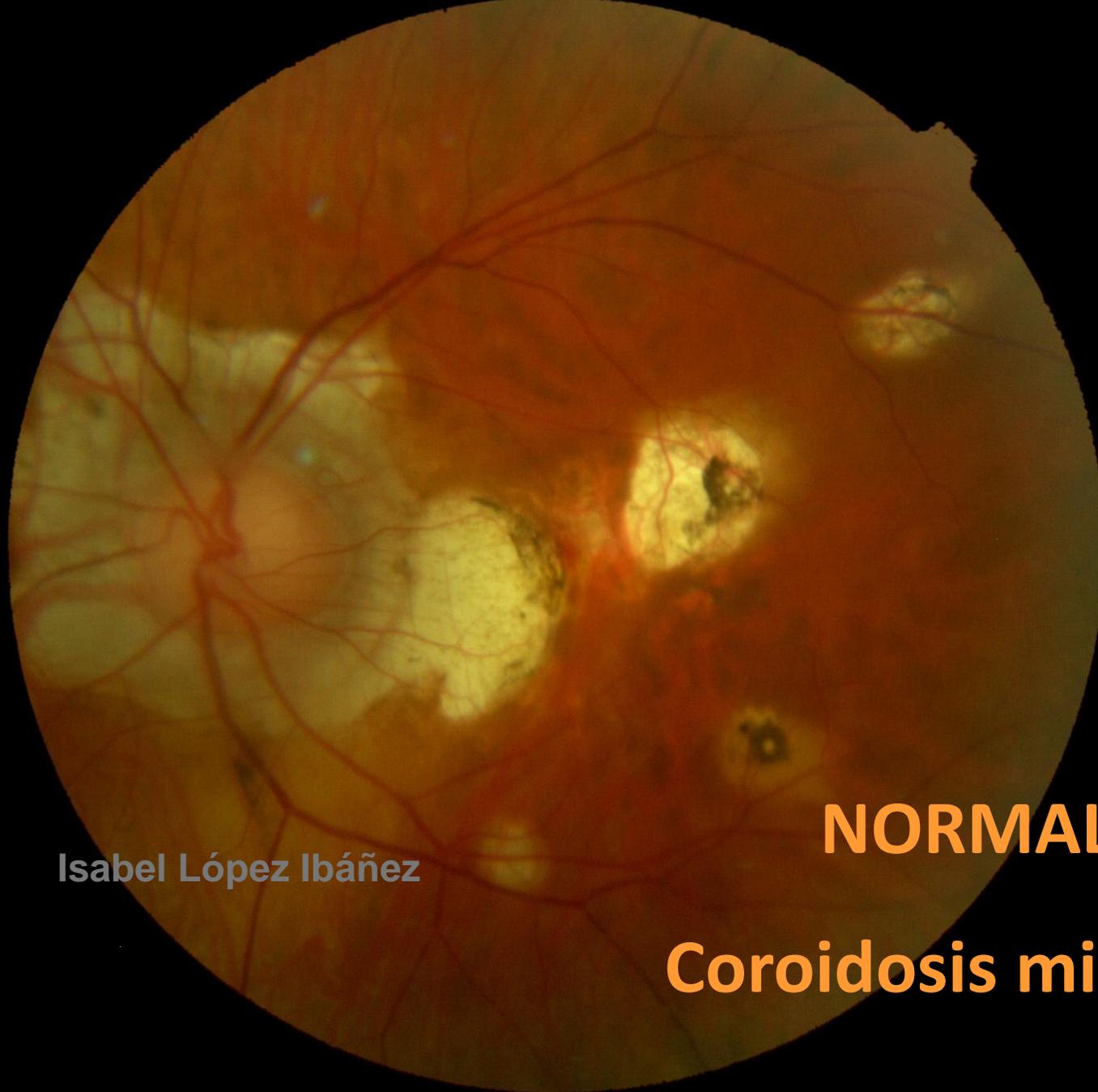
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

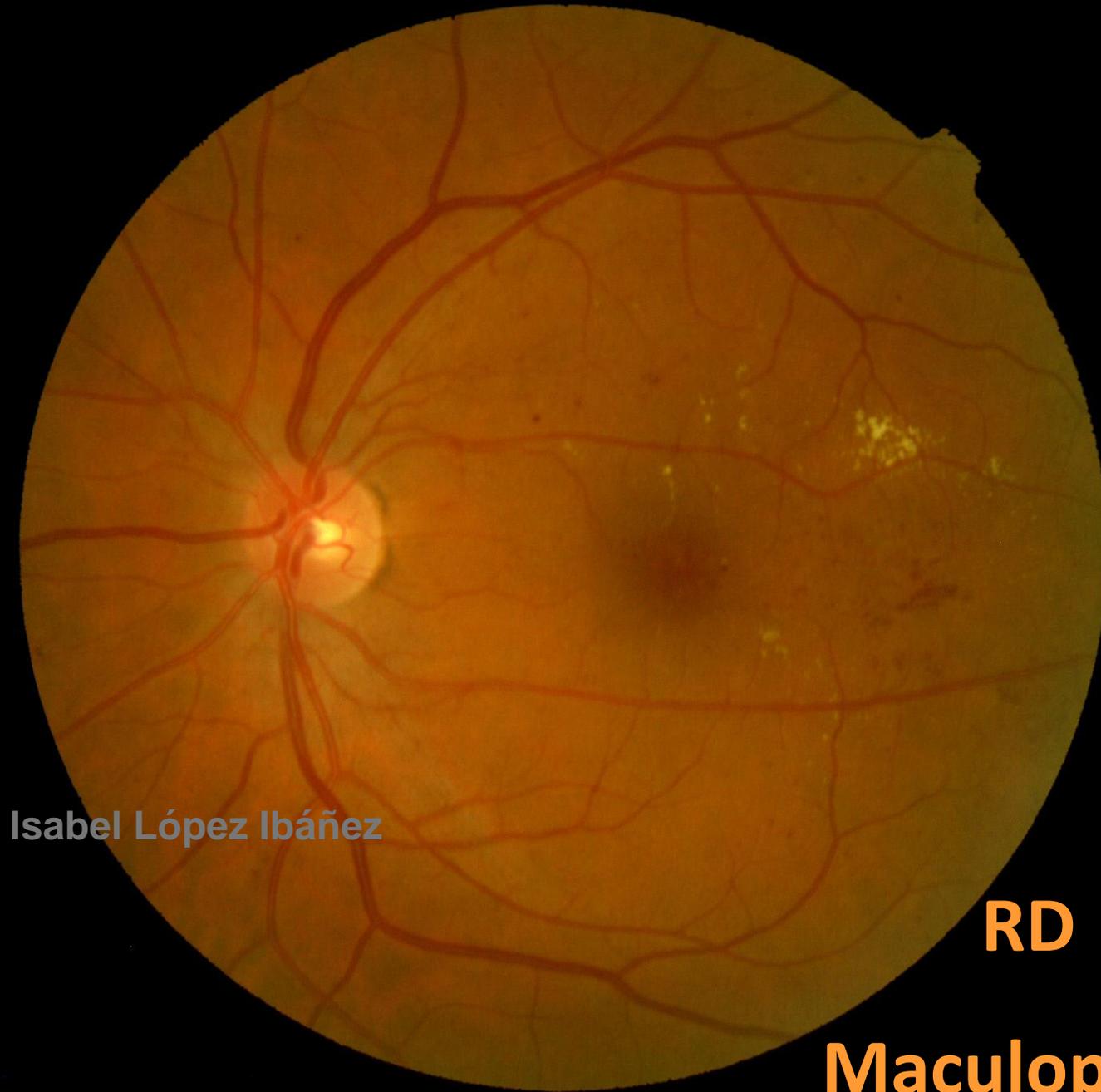
RD



Isabel López Ibáñez

NORMAL

Coroidosis miópica



Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

RHTA

El signo de Gunn:

refleja la disminución de la columna sanguínea venosa a nivel del cruce con éstasis vascular distalmente al mismo. Puede gradarse de I a IV según la intensidad de dicha interrupción.



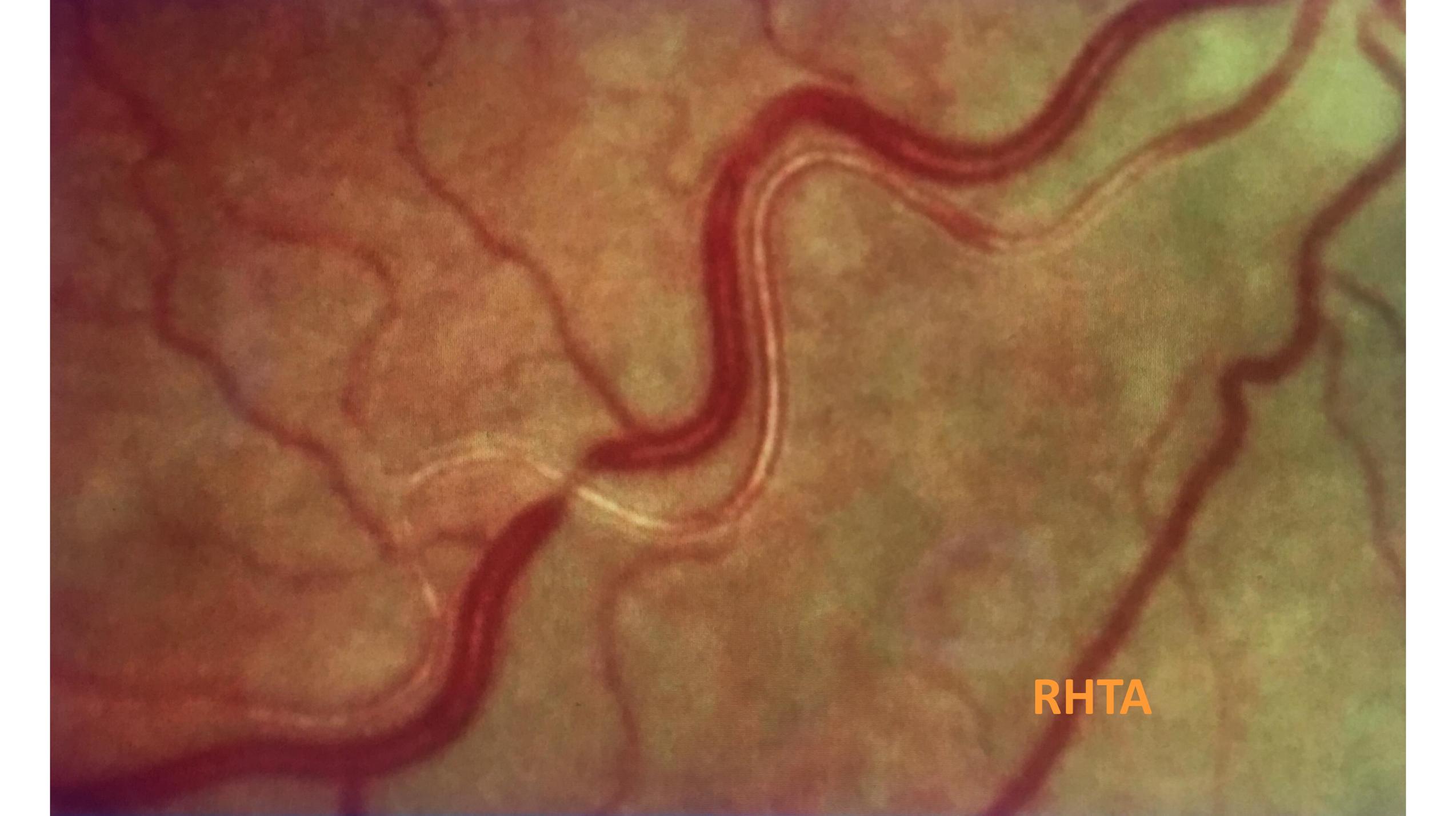
Signo Salus:

consiste en una deflexión lateral o vertical de la vena al ser cruzada por la arteriola, con lo que aquella adopta la forma de bayoneta. También puede gradarse de I a IV.

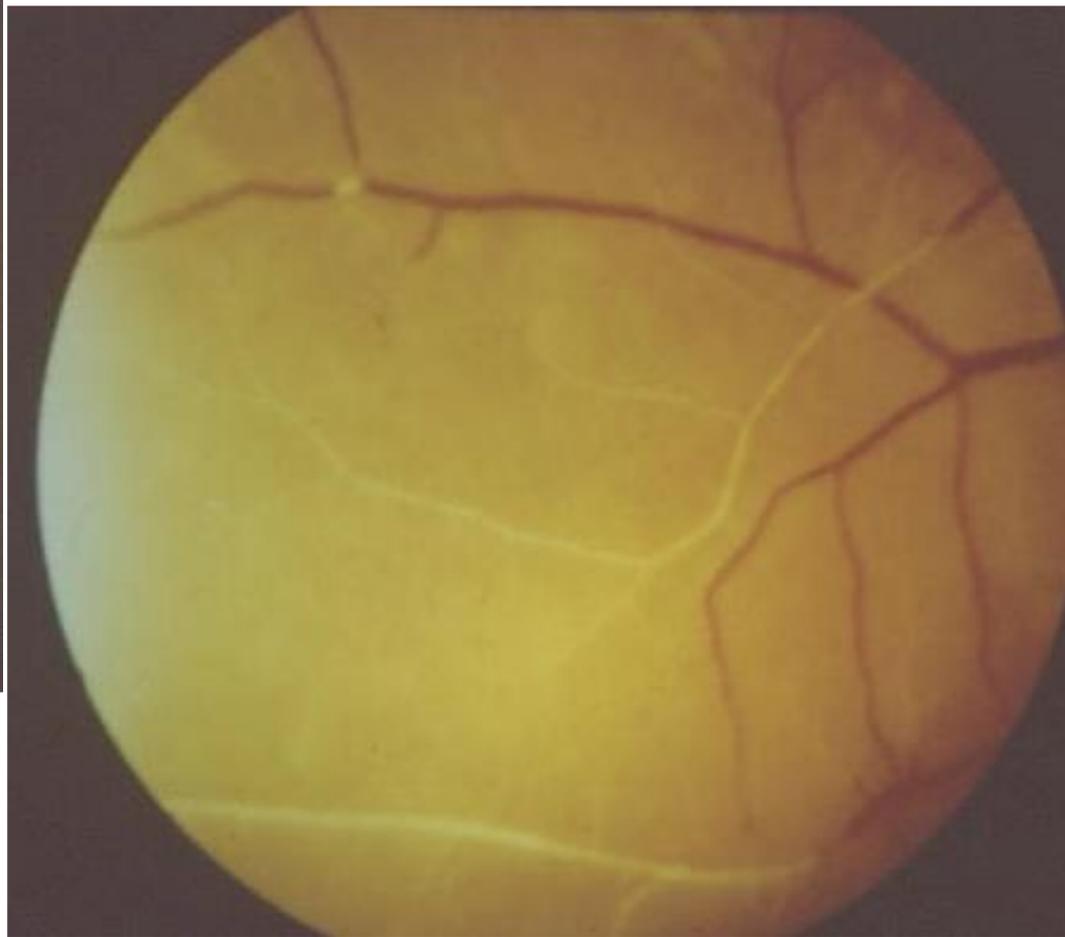


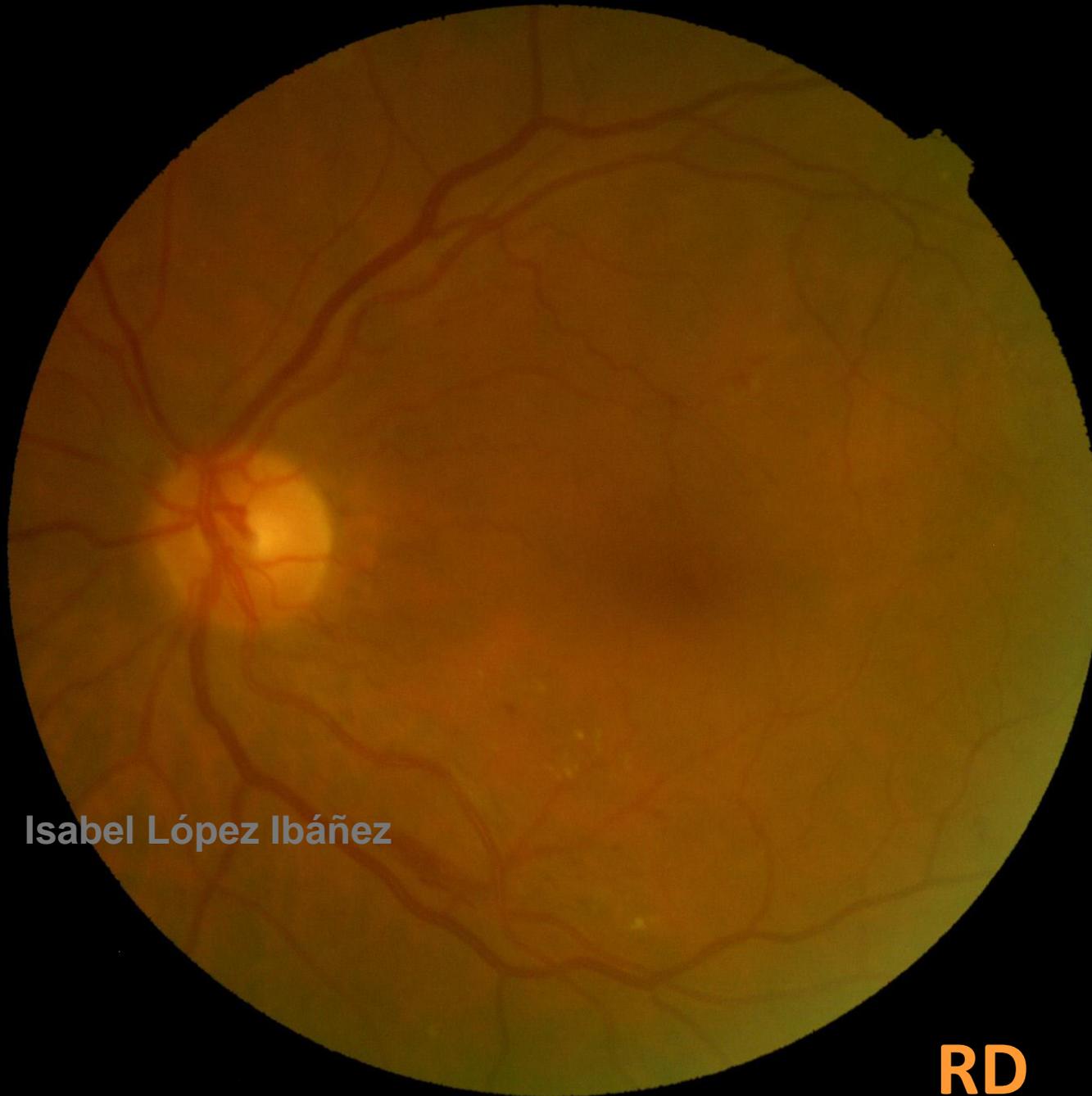


RHTA



RHTA





www

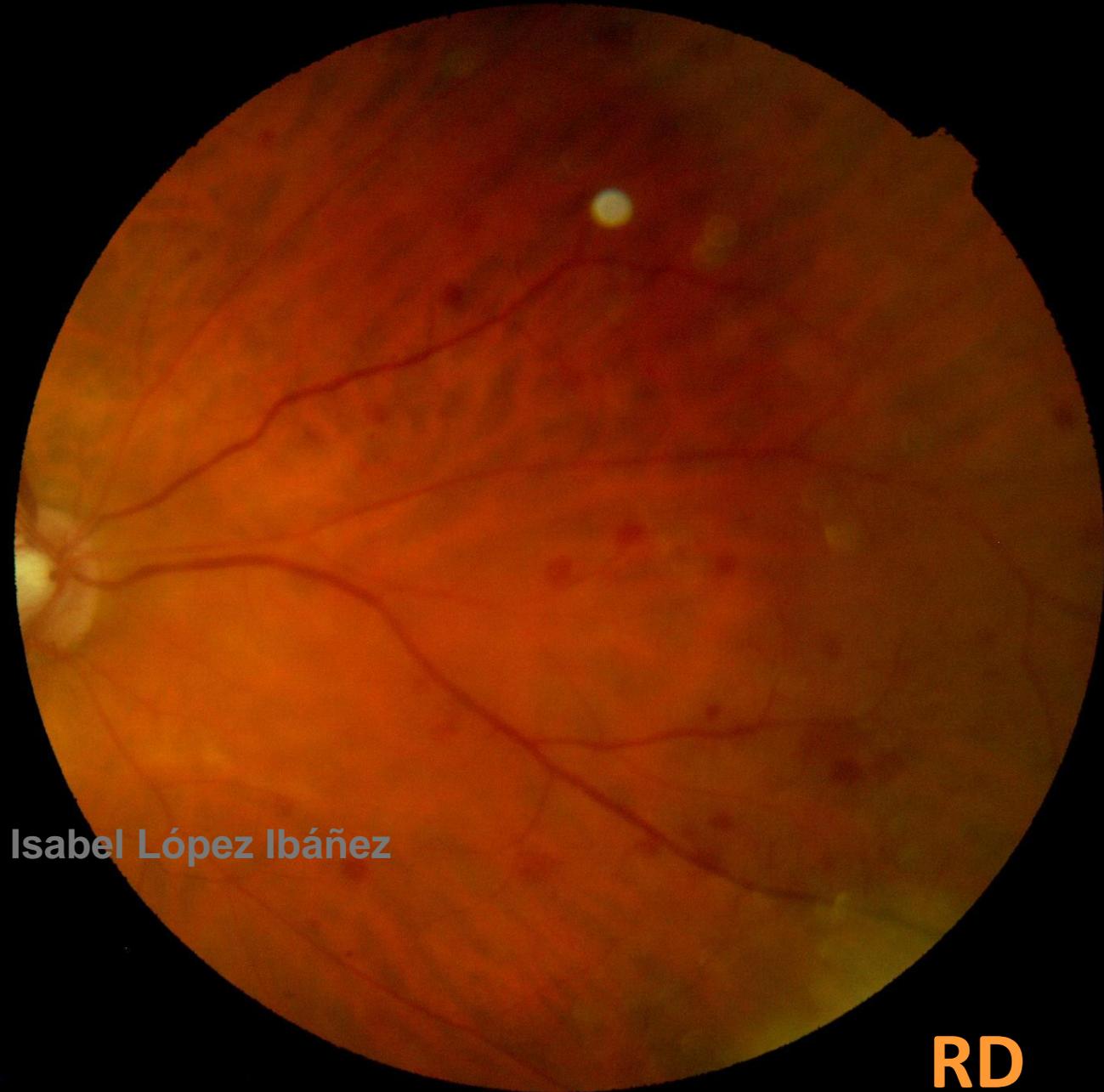
Isabel López Ibáñez

RD



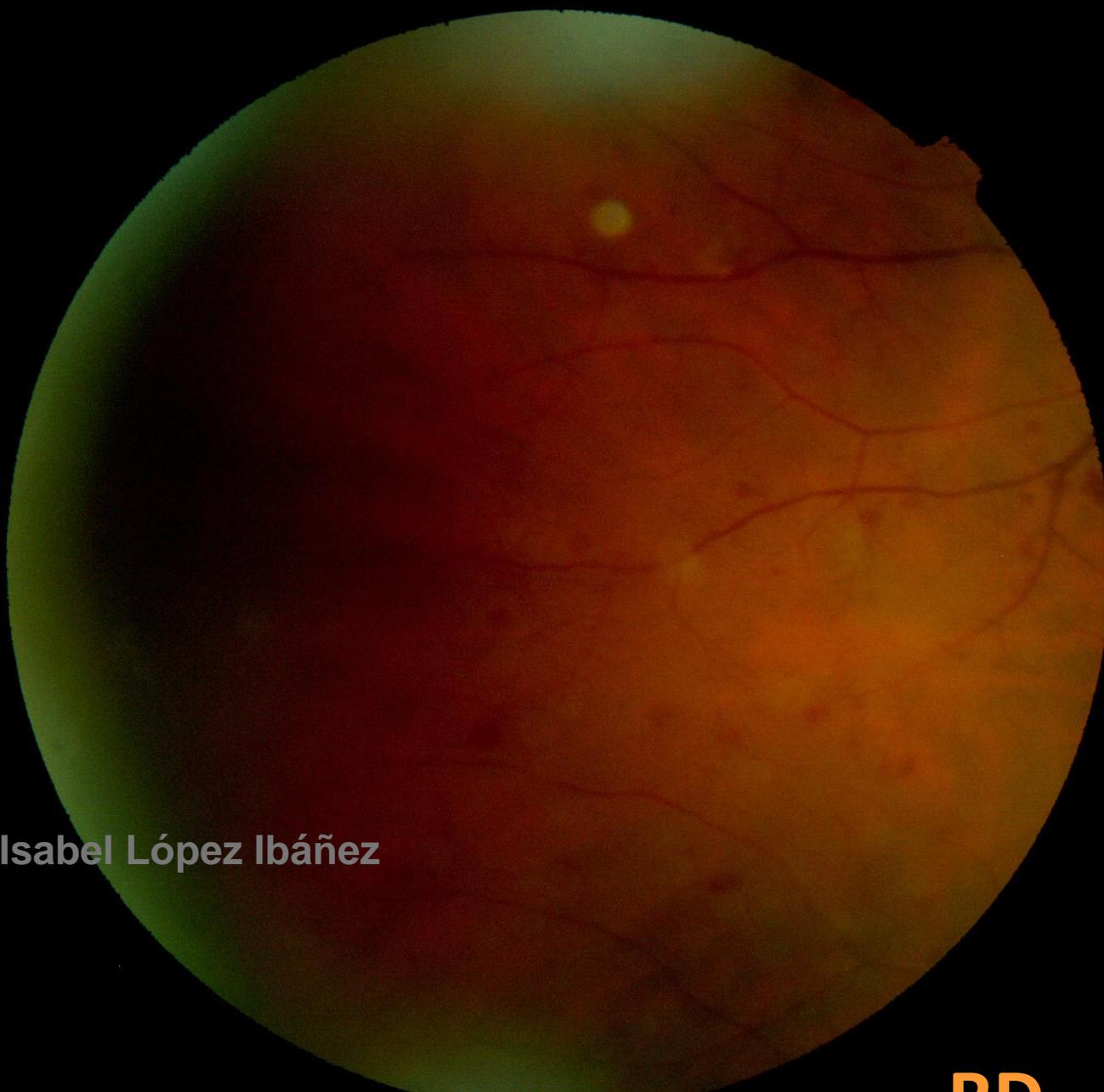
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

RD



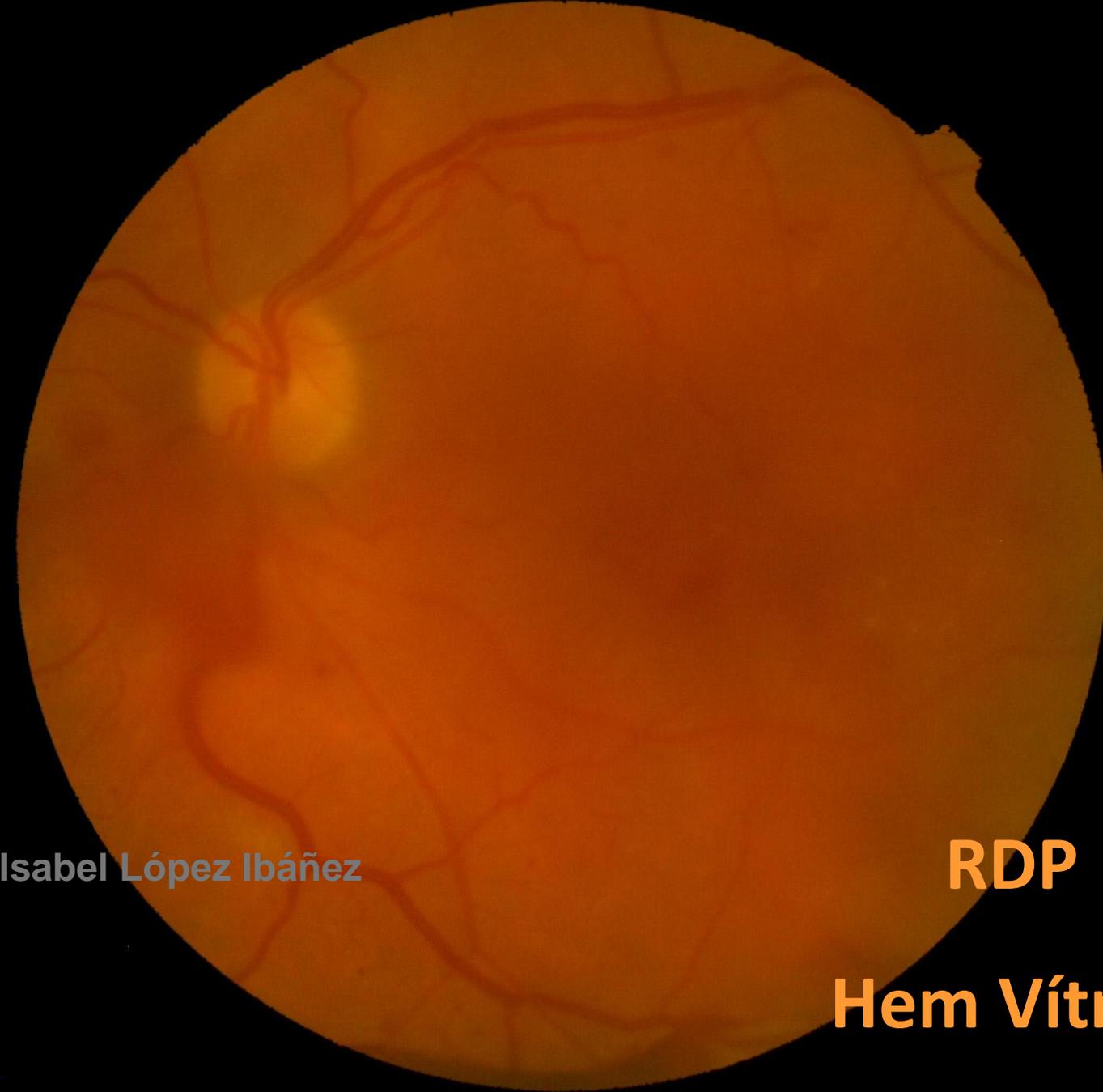
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

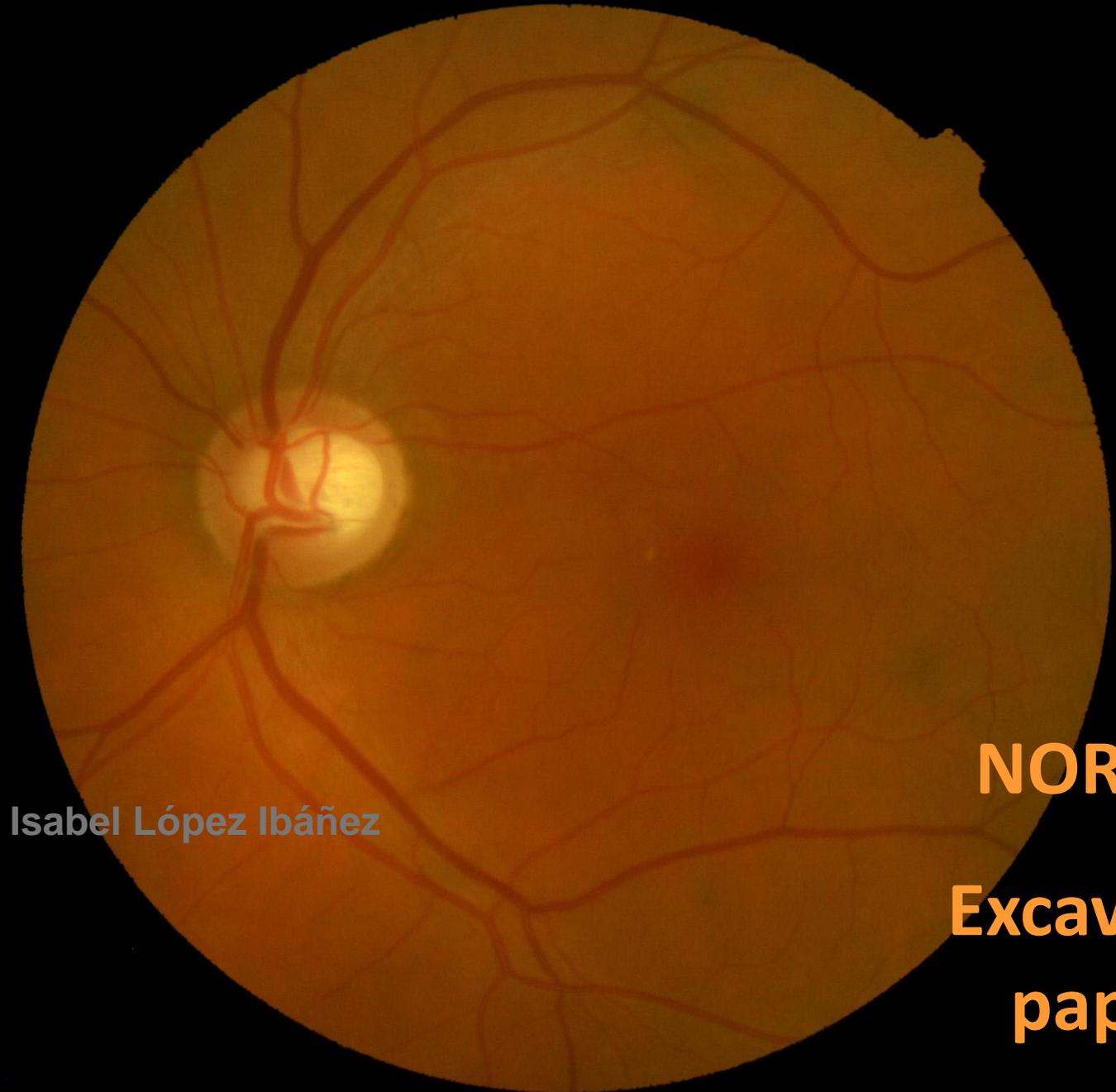
RDP

Hem Vítrea



Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

NORMAL
Excavación
papilar



Isabel López Ibáñez

This fundus photograph shows the retina with several dark red hemorrhages. The most prominent hemorrhage is a large, elongated, dark red lesion in the lower right quadrant. There are also smaller, more diffuse hemorrhages in the upper left and central areas. The retinal vessels are visible as thin, branching lines across the field.

RD



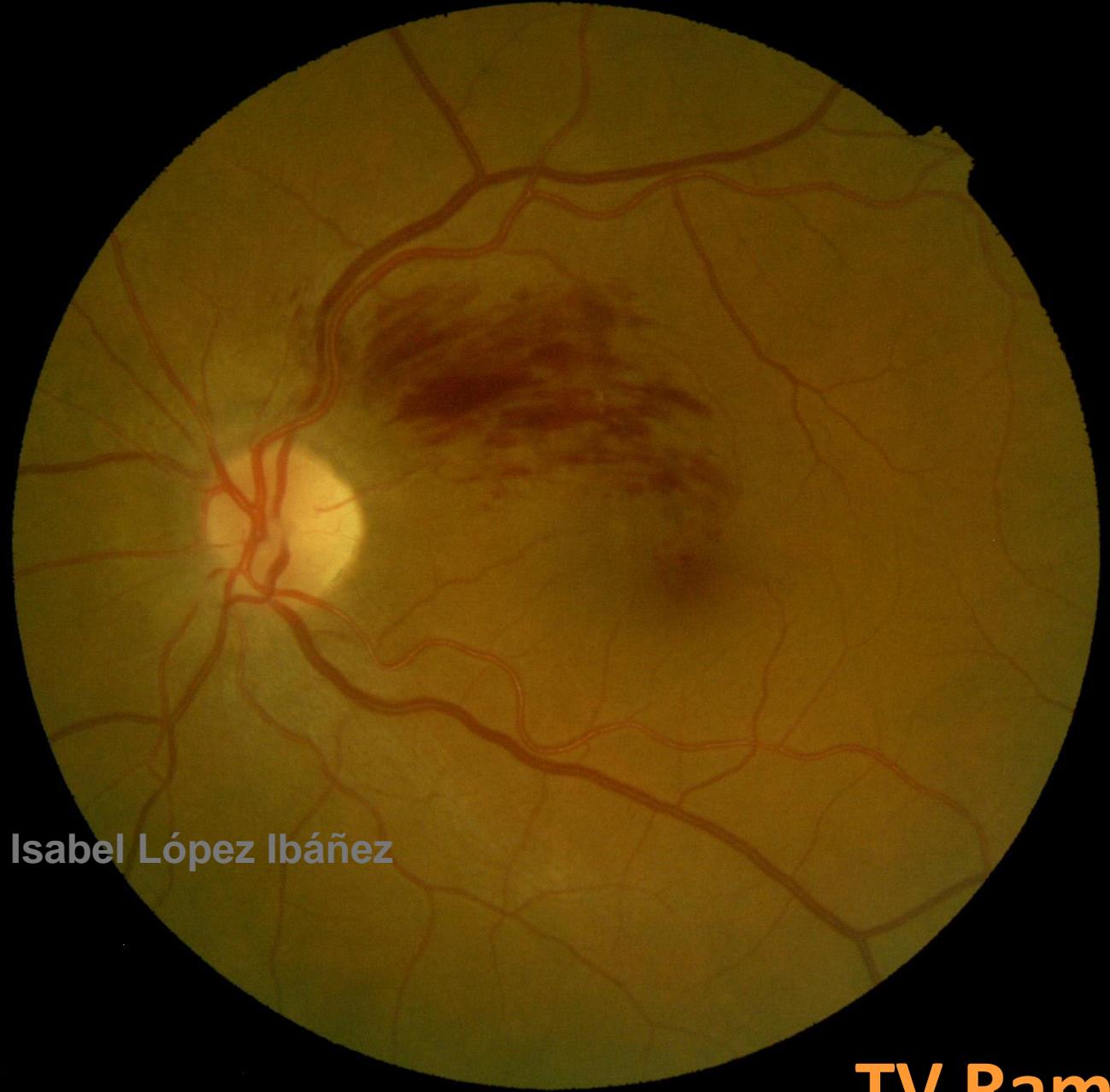
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

TV



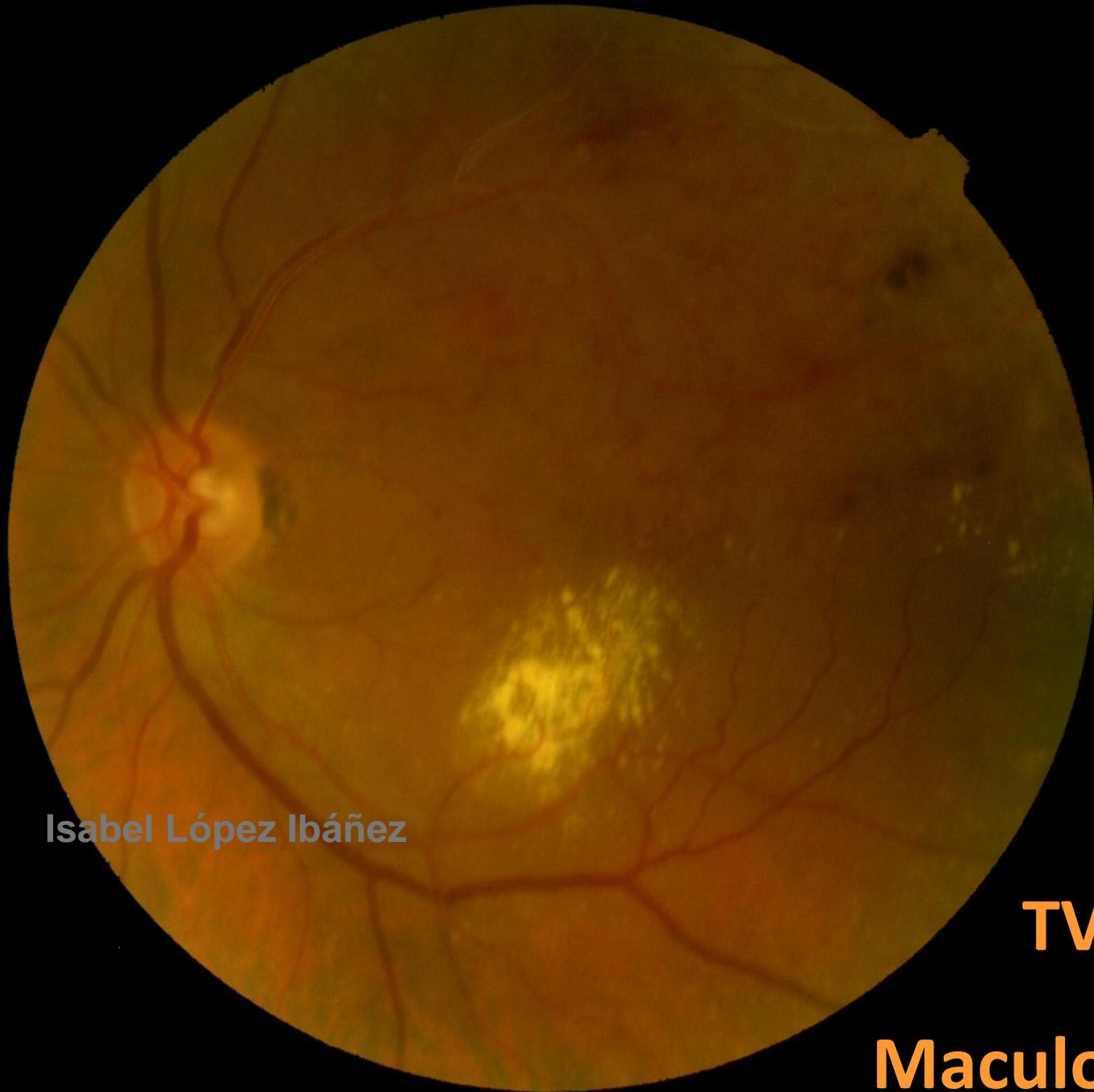
Isabel López Ibáñez

TV Rama



Isabel López Ibáñez

TV Pama



Isabel López Ibáñez

TV

Maculopatía



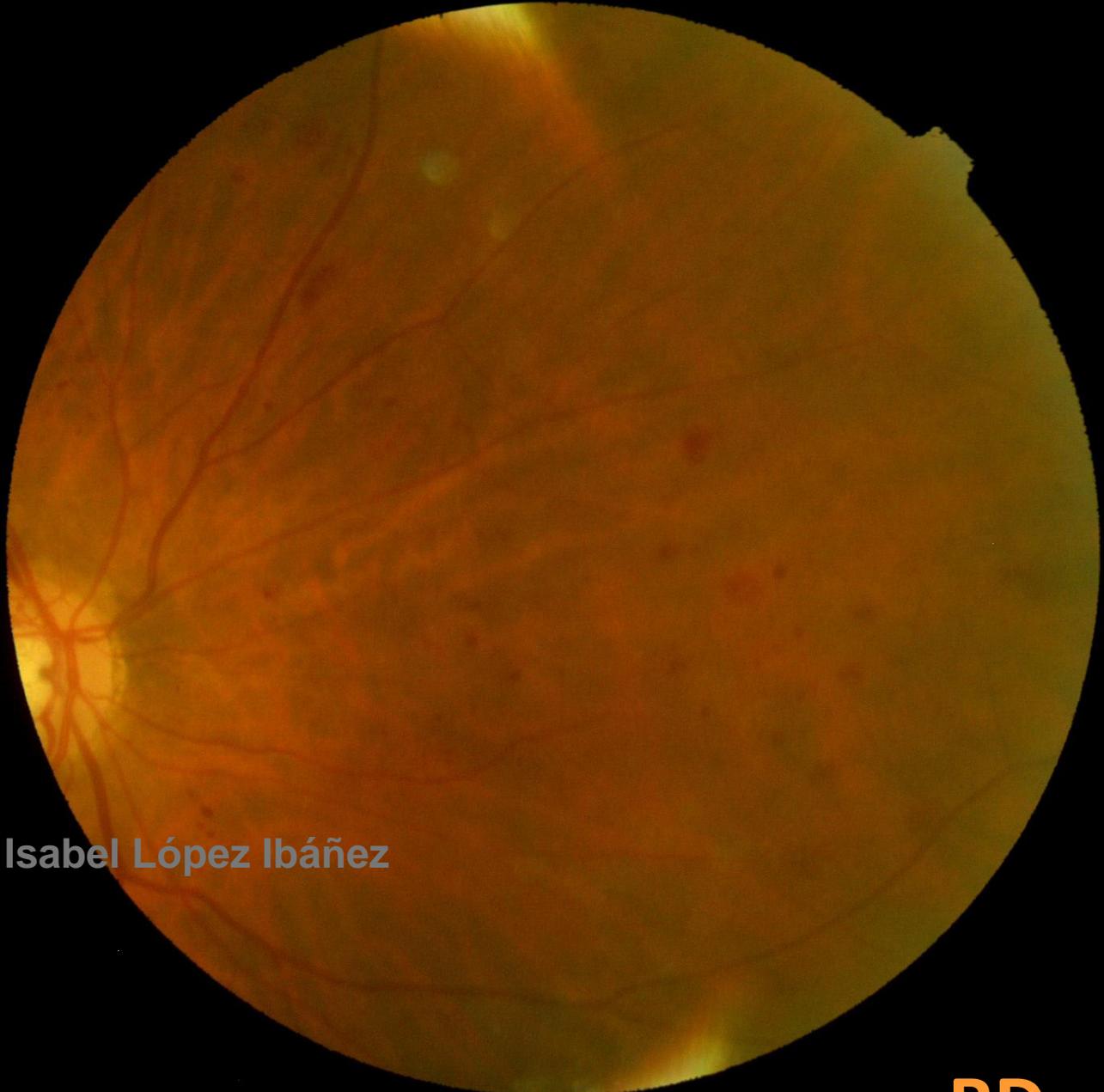
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

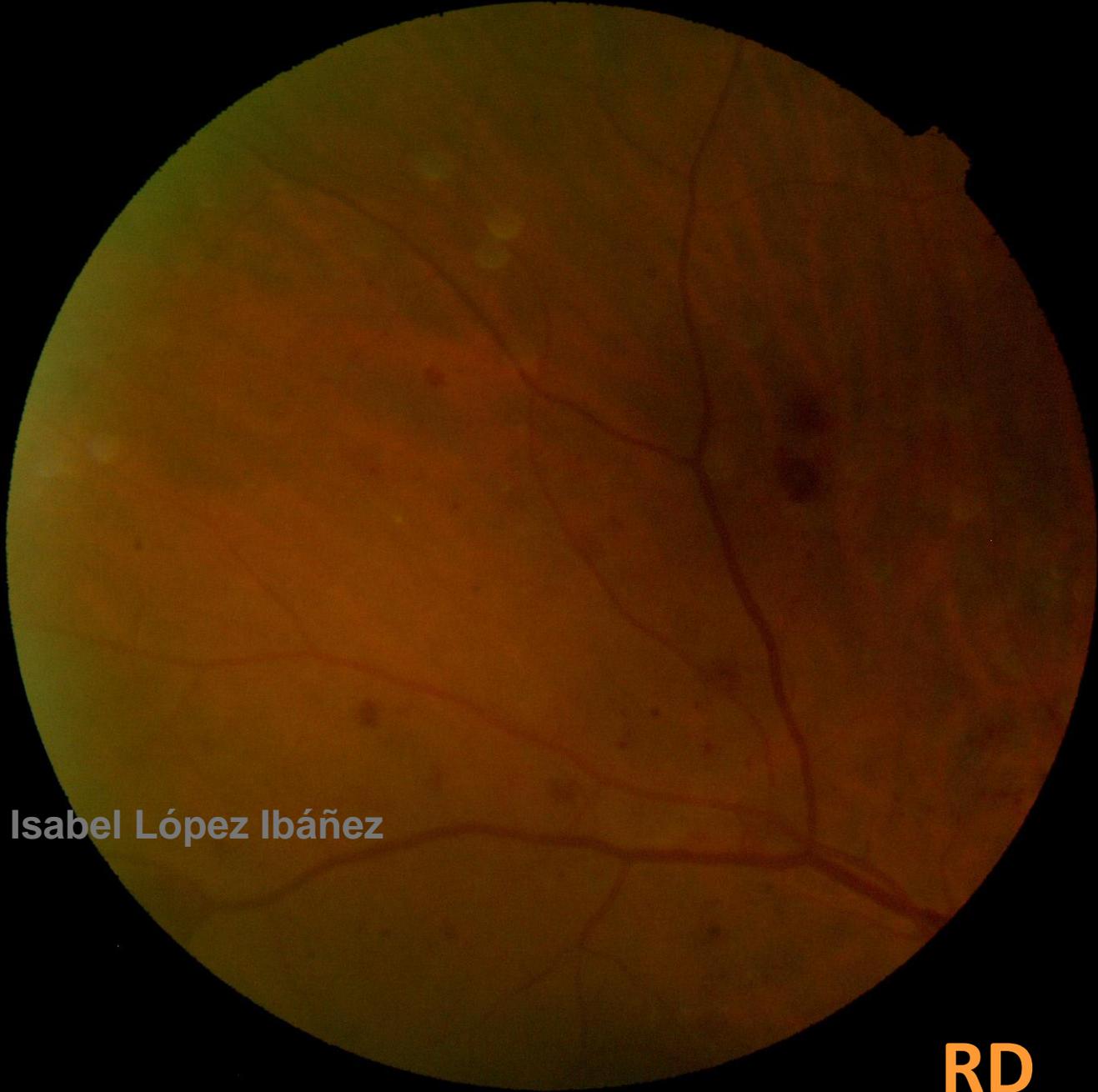
RD



Isabel López Ibáñez

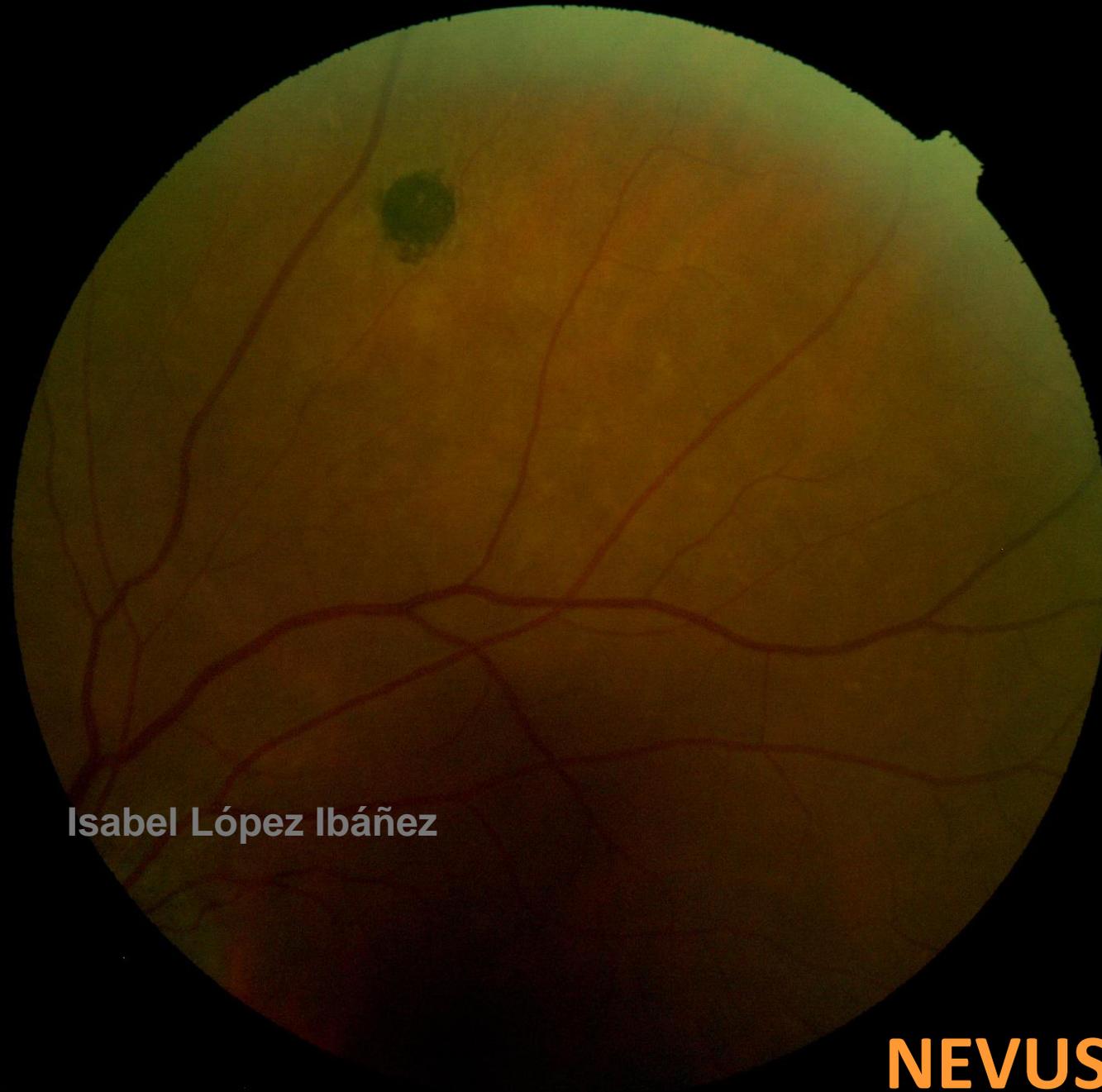
RD

Maculopatía



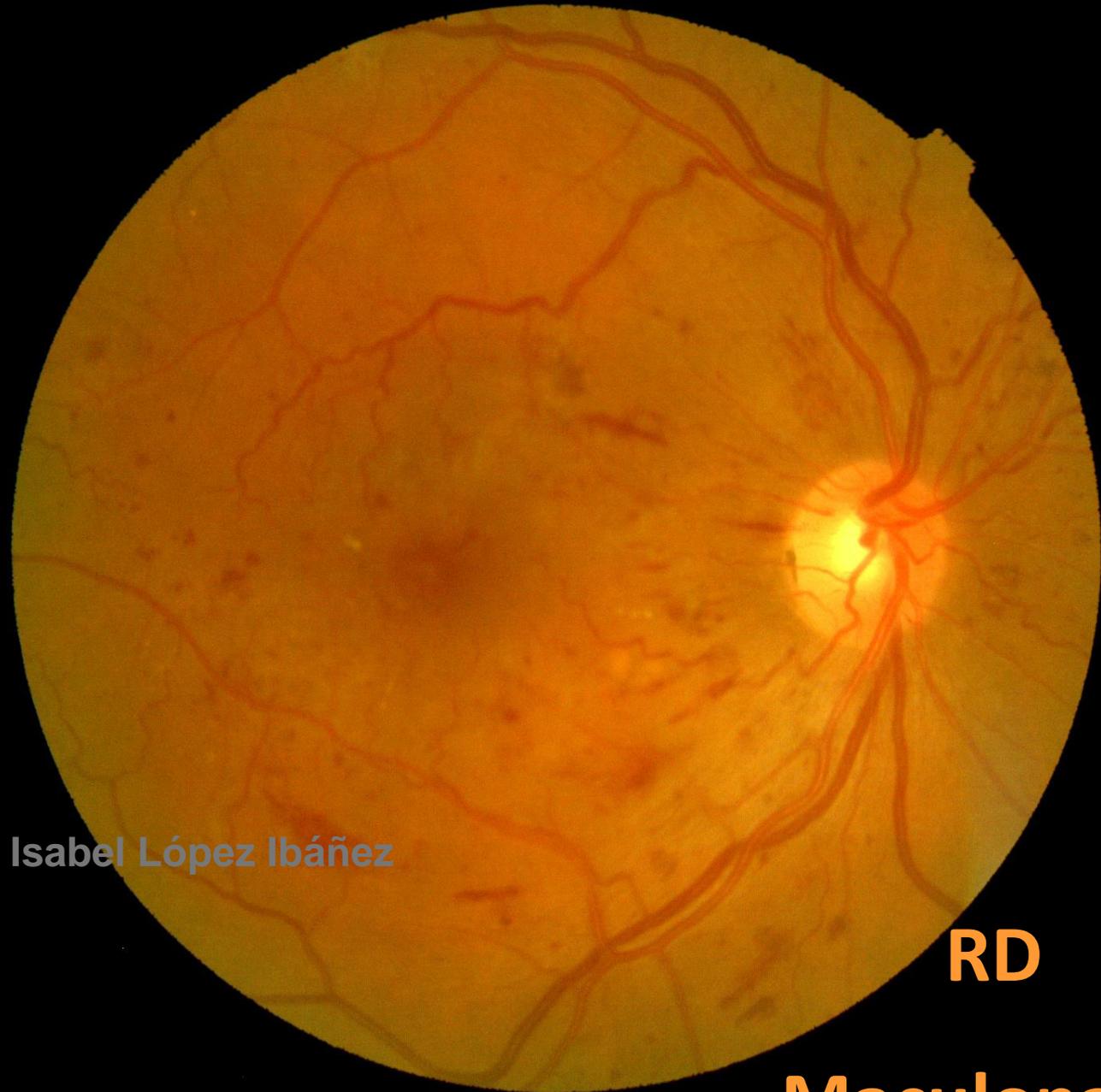
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

NEVUS



Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

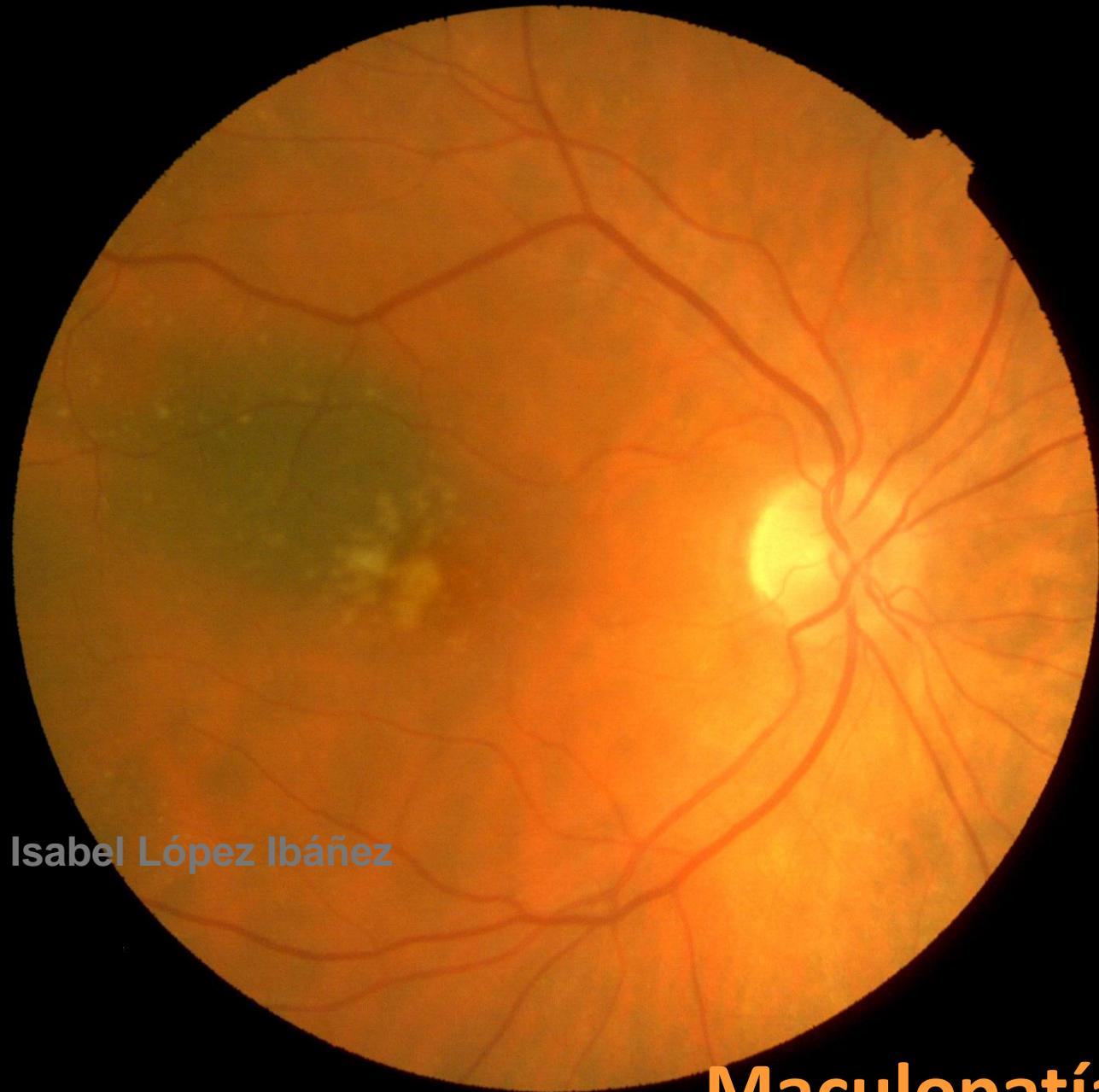
RD

Maculopatía



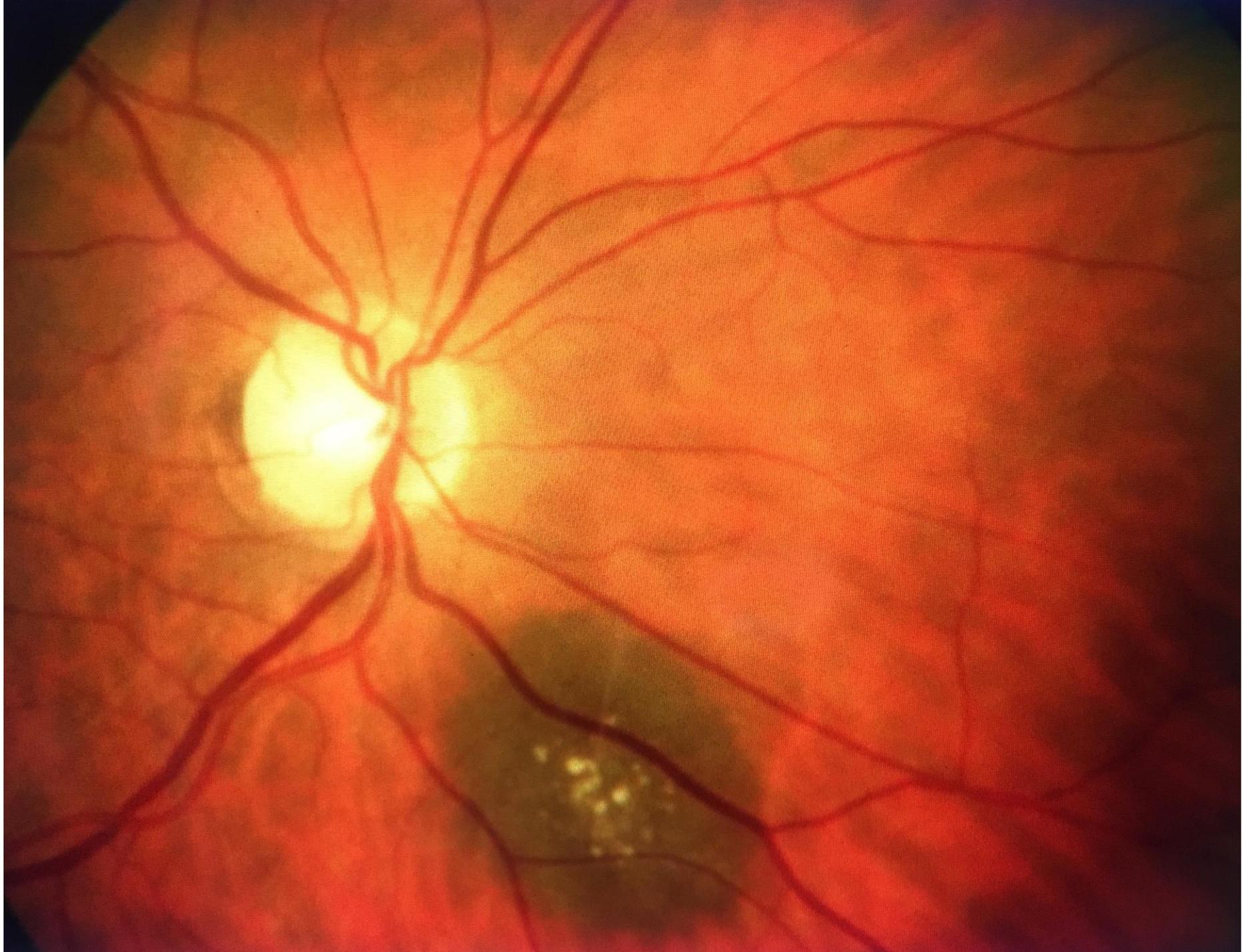
Isabel López Ibáñez

RD

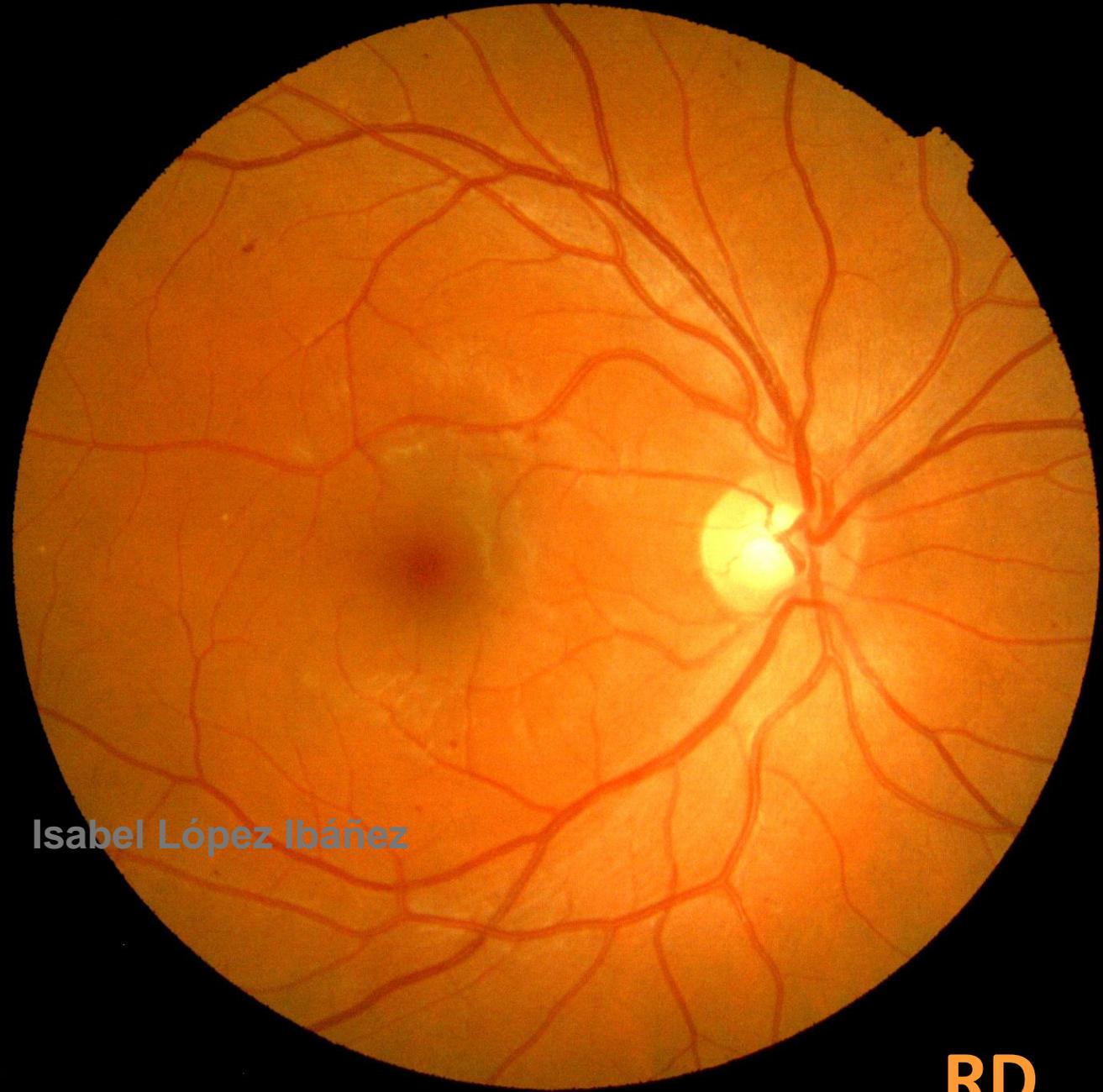


Isabel López Ibáñez

Maculopatía

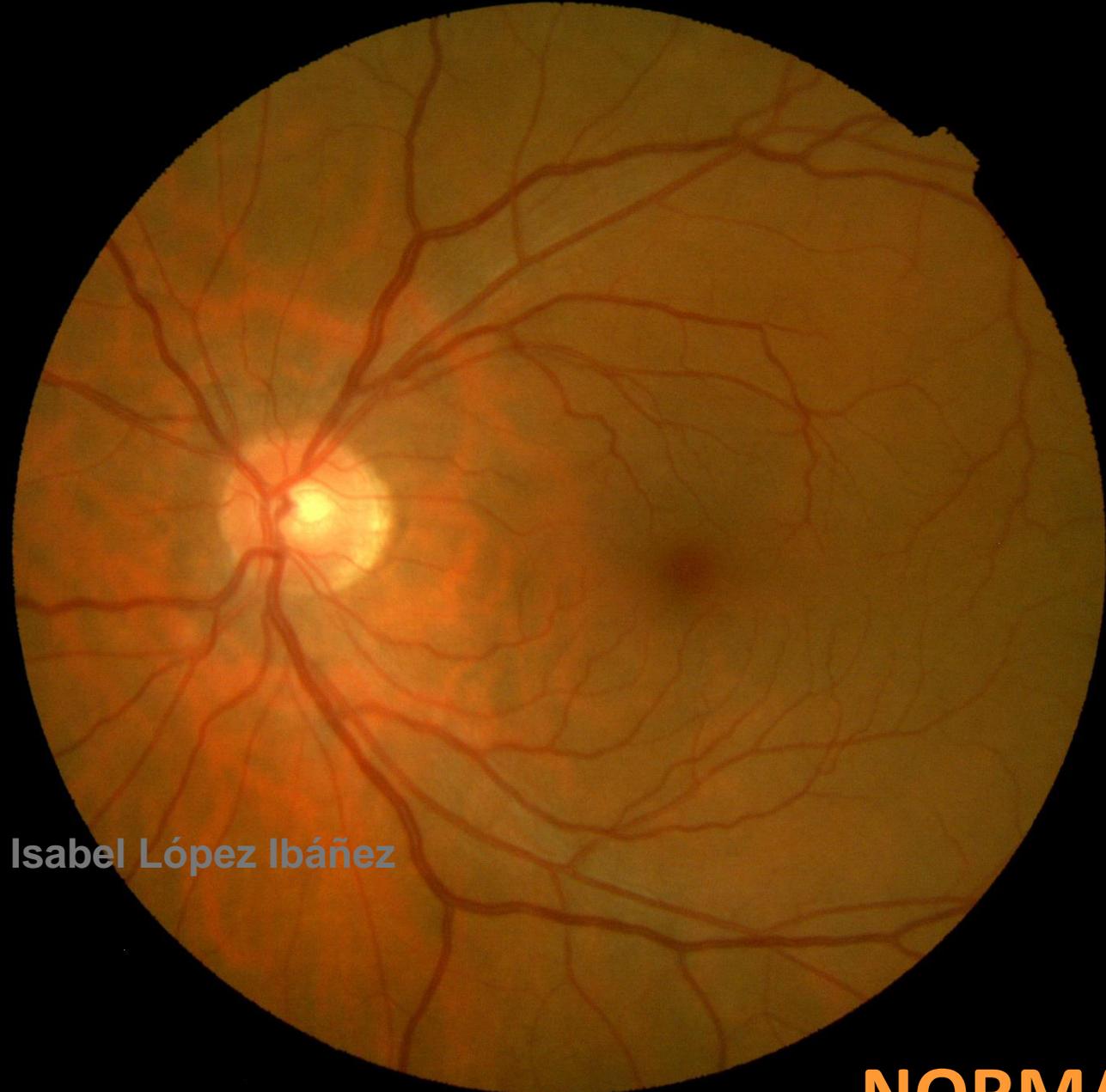






Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

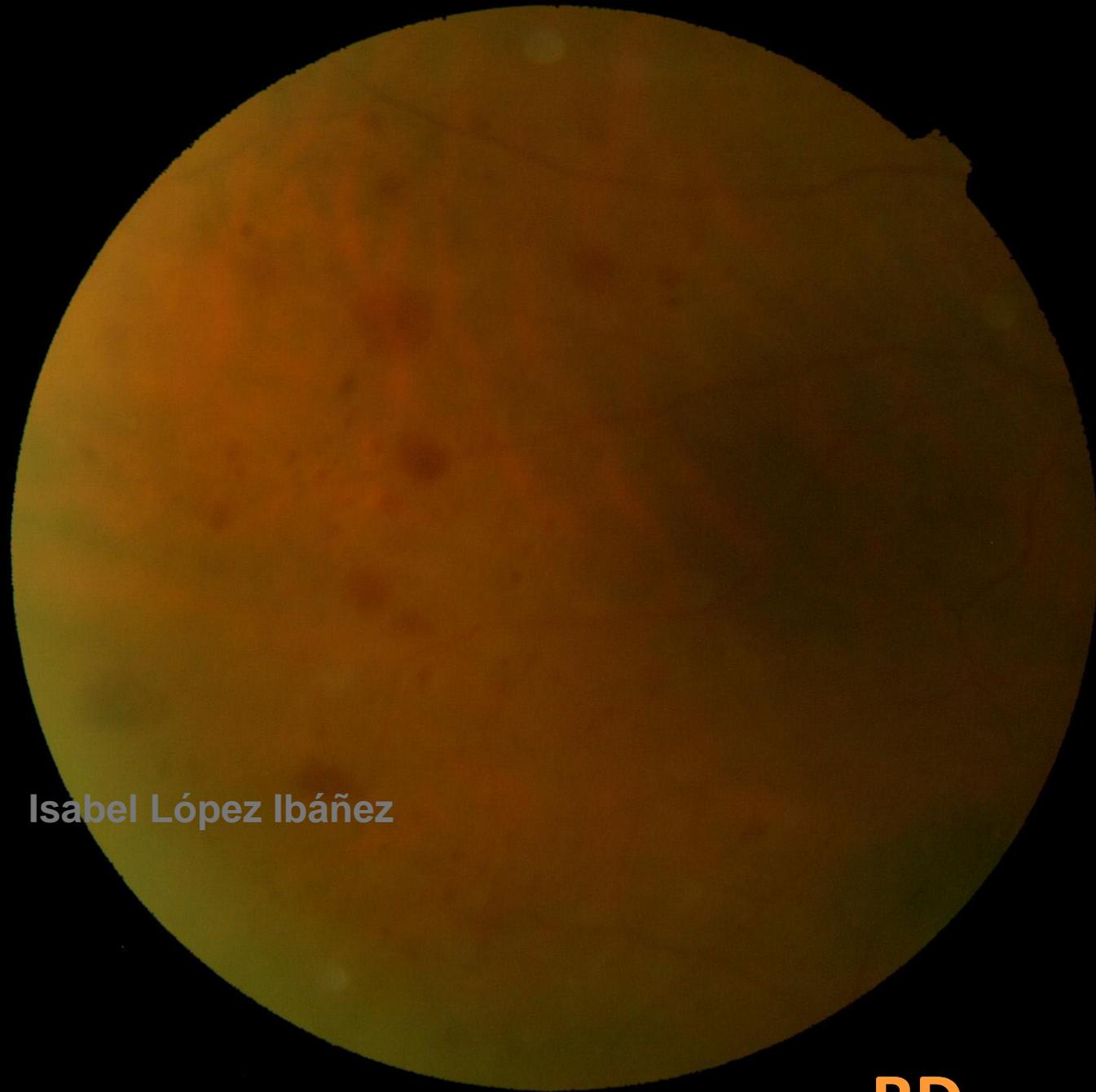
NORMAL



Isabel López Ibáñez

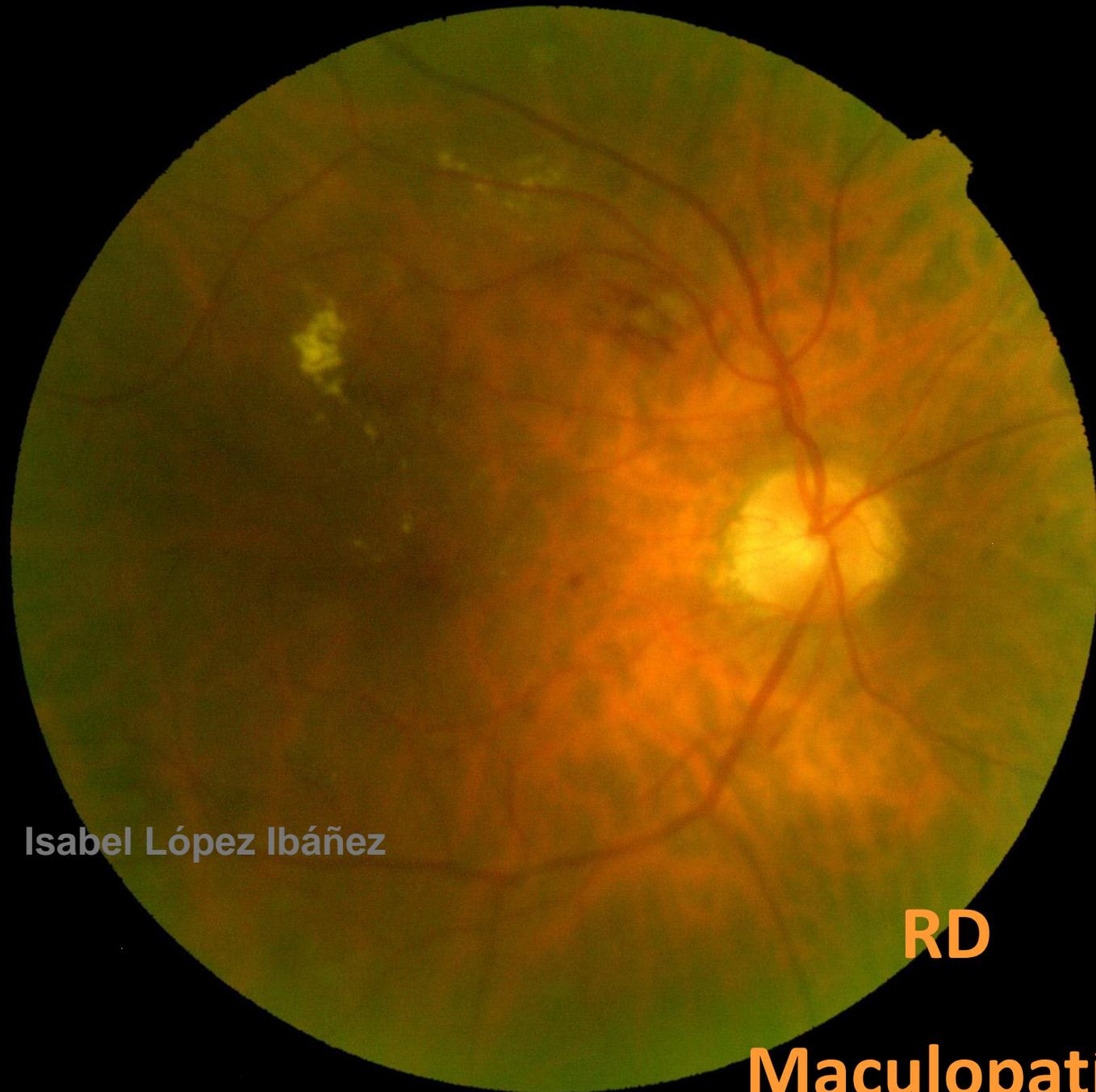
RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

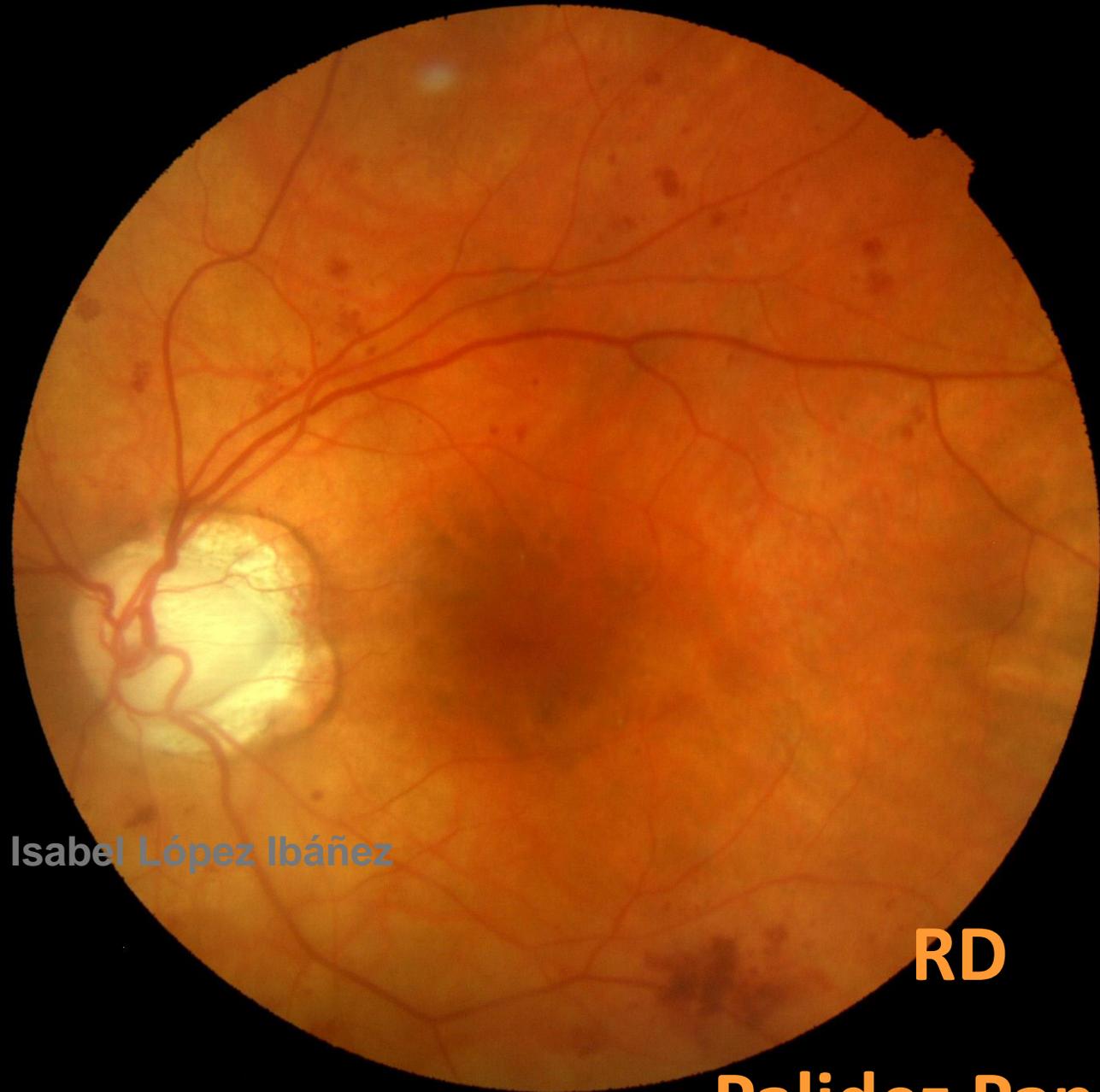
RD



Isabel López Ibáñez

RD

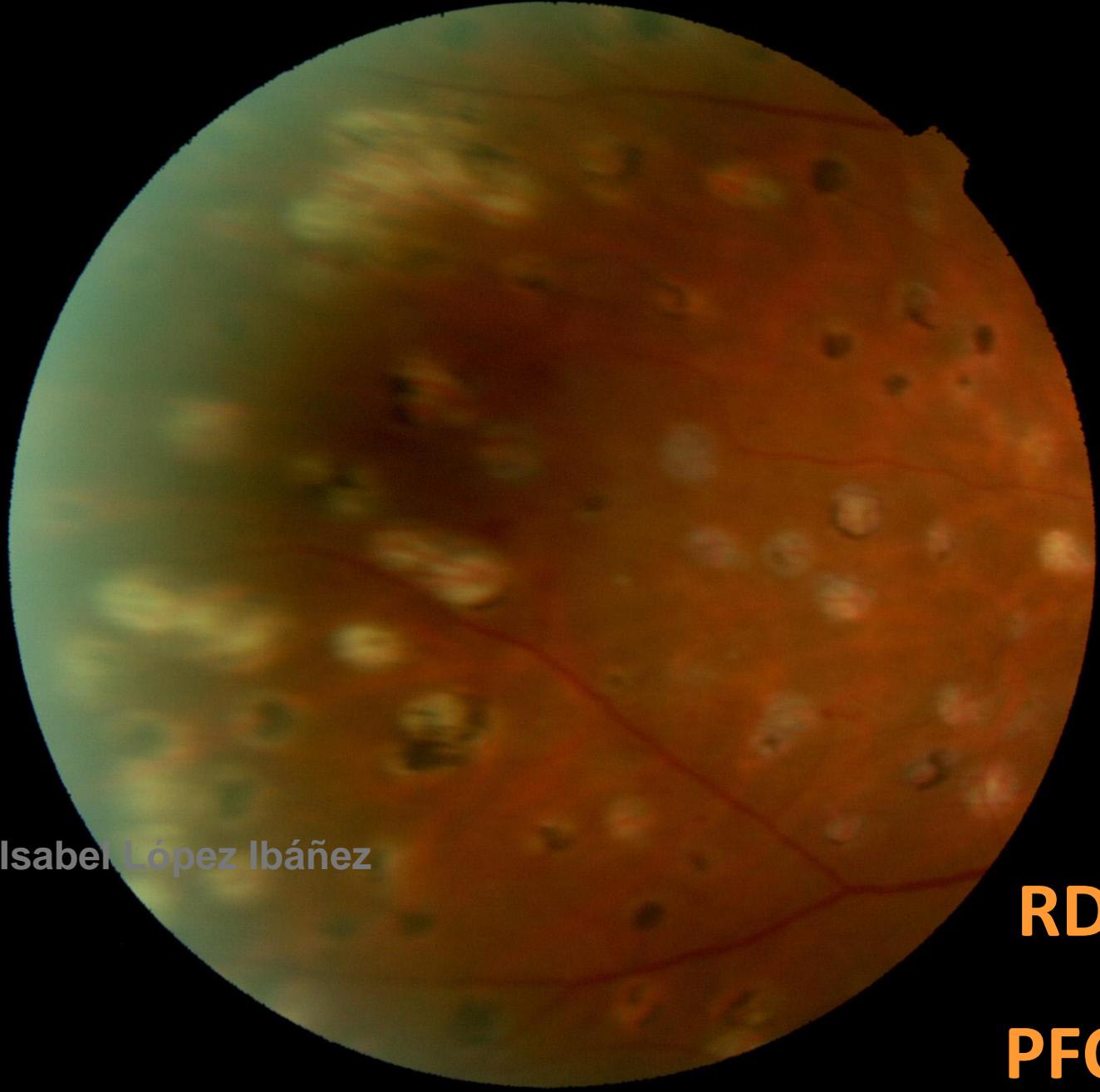
Maculopatía



Isabel López Ibáñez

RD

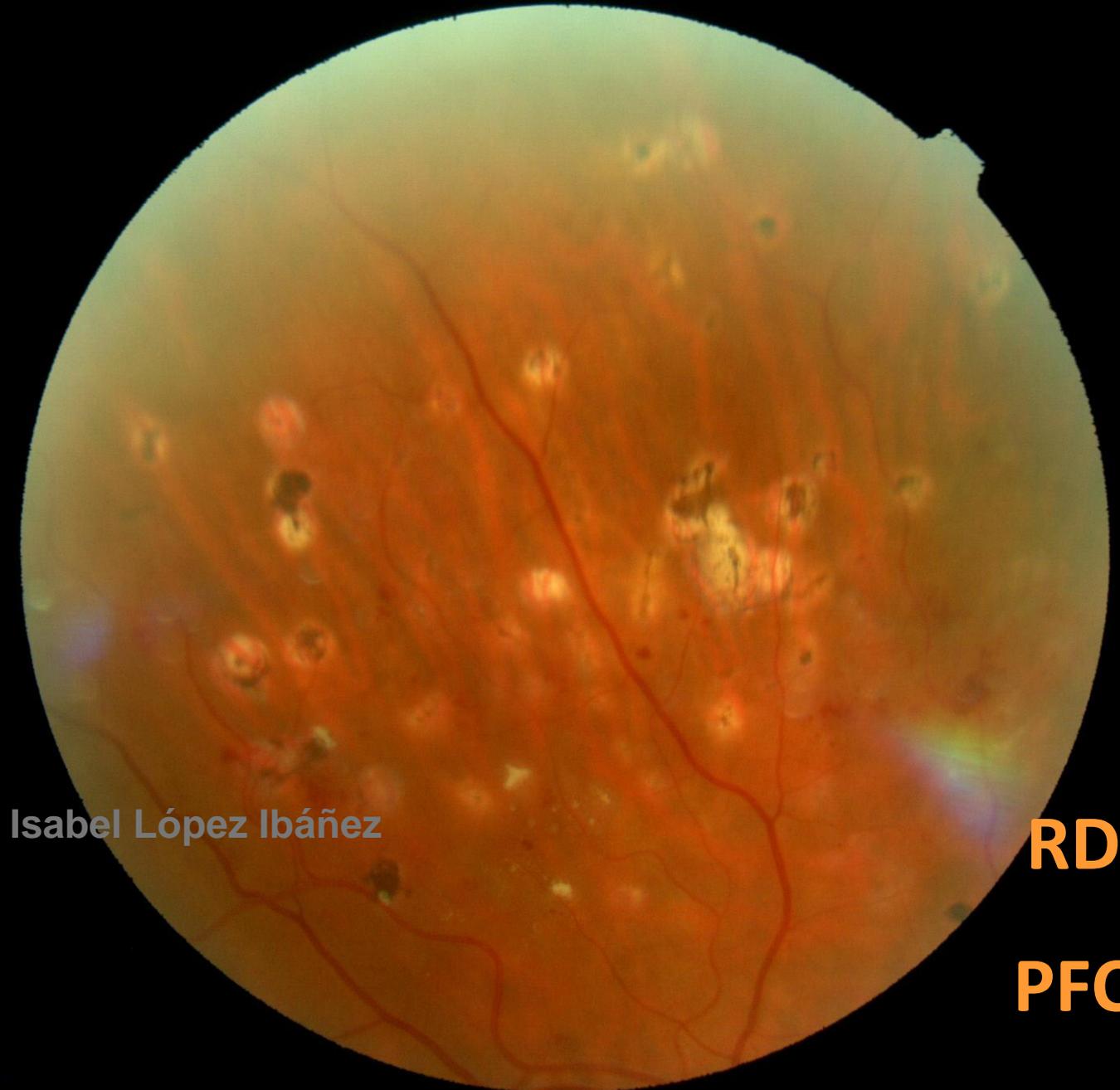
Palidez Papilar



Isabel López Ibáñez

RD

PFC



Isabel López Ibáñez

RD

PFC



Isabel López Ibáñez

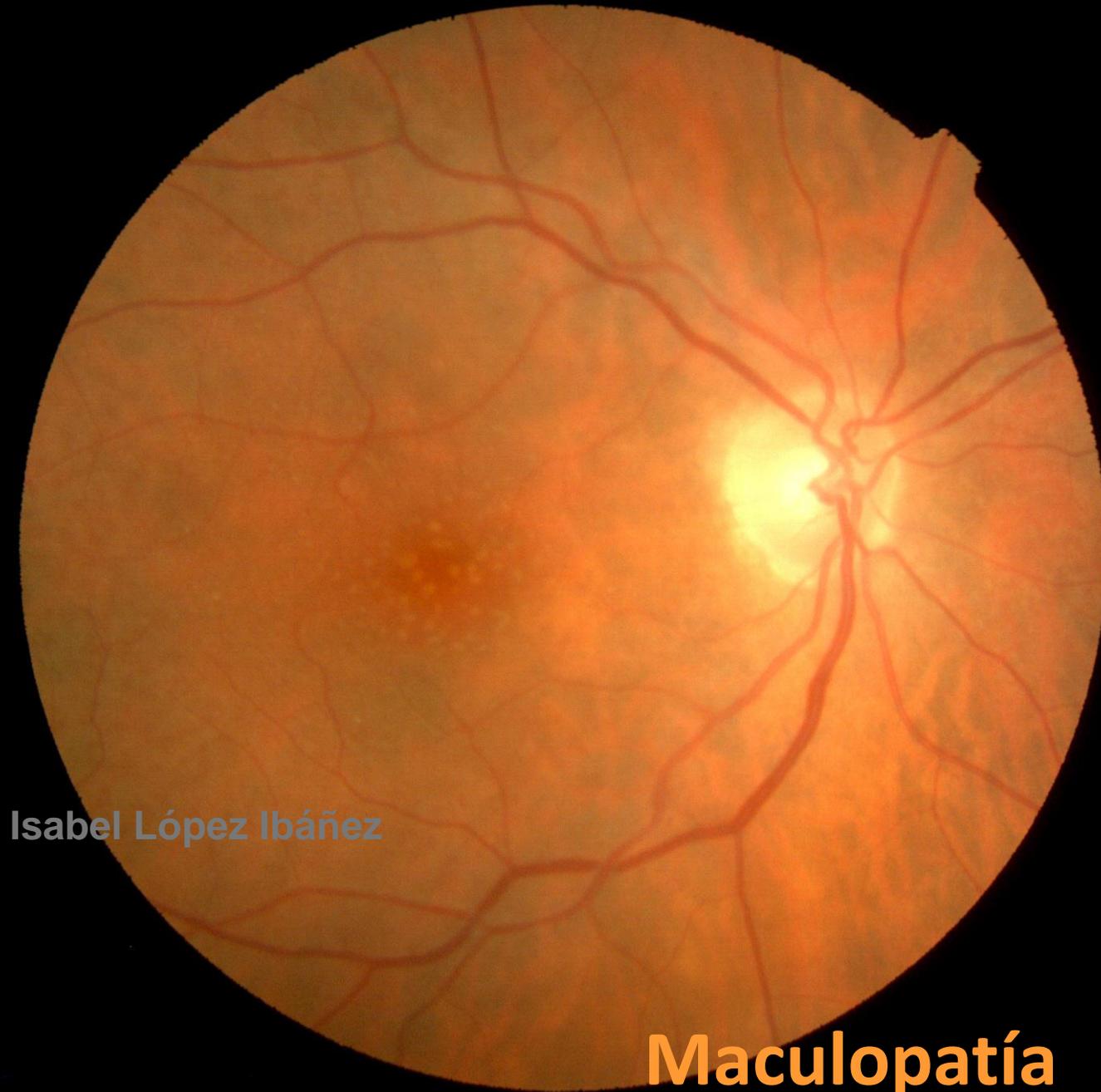
RD

Maculopatía



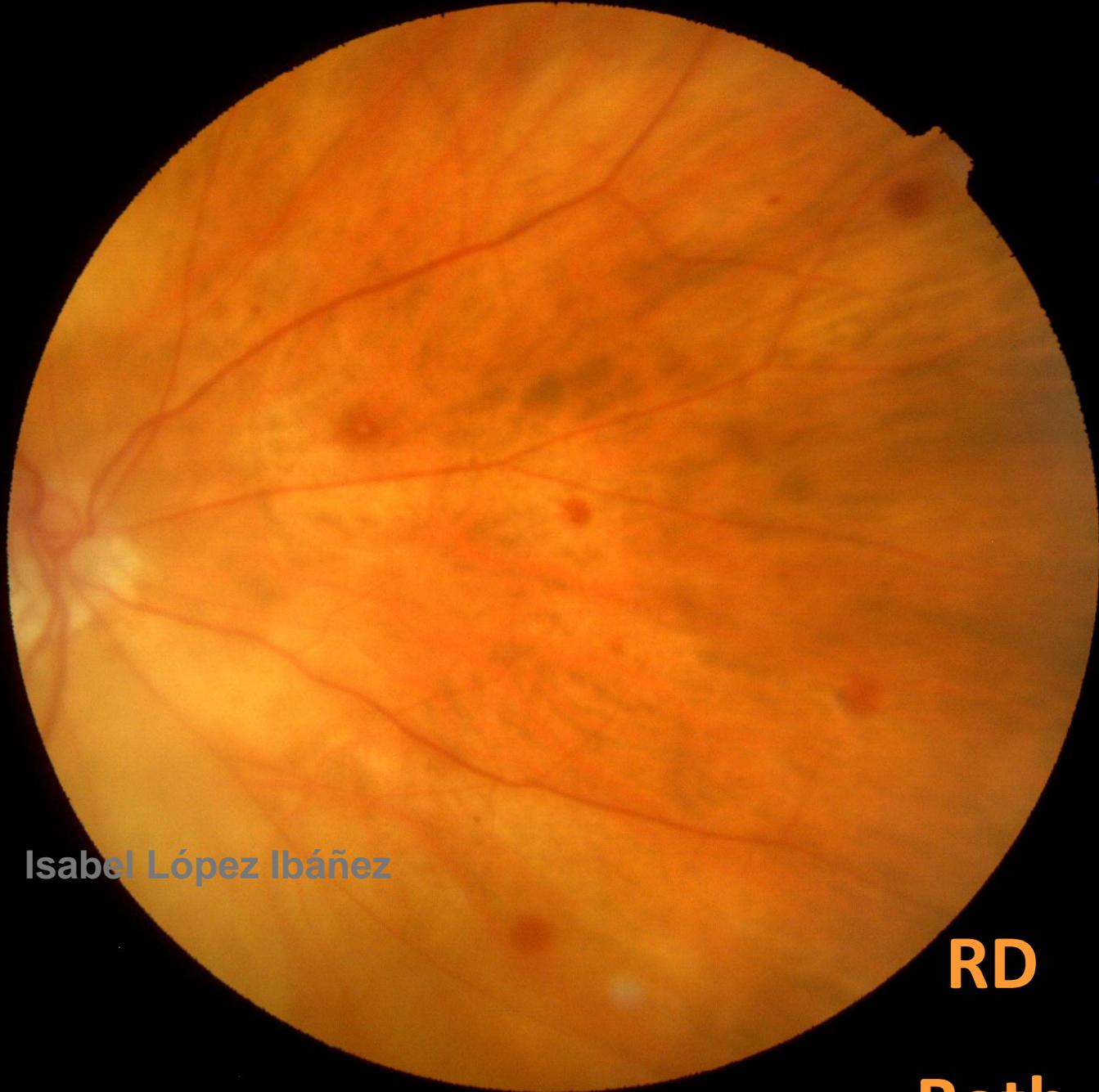
Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

Maculopatía

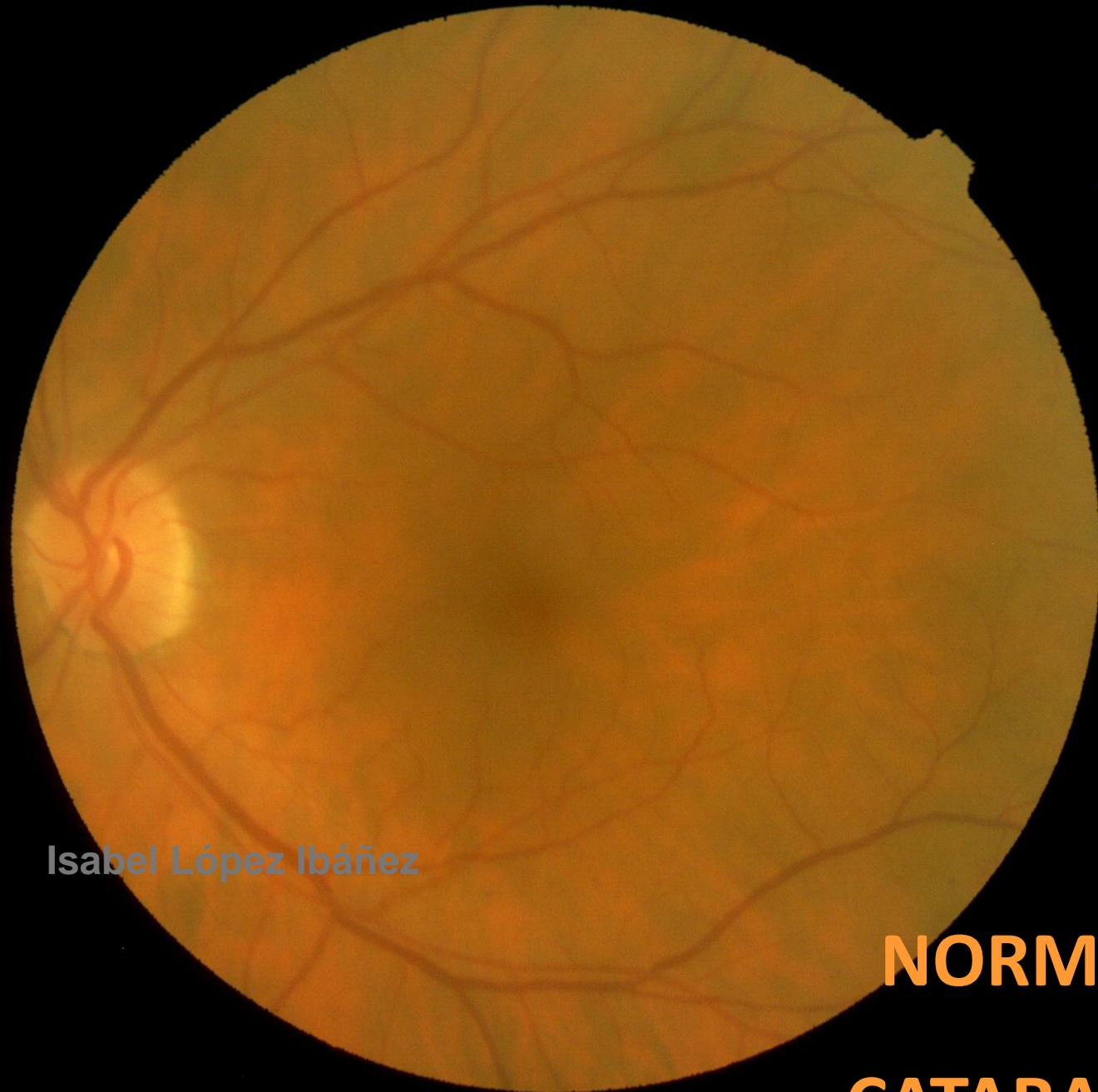


Isabel López Ibáñez

RD

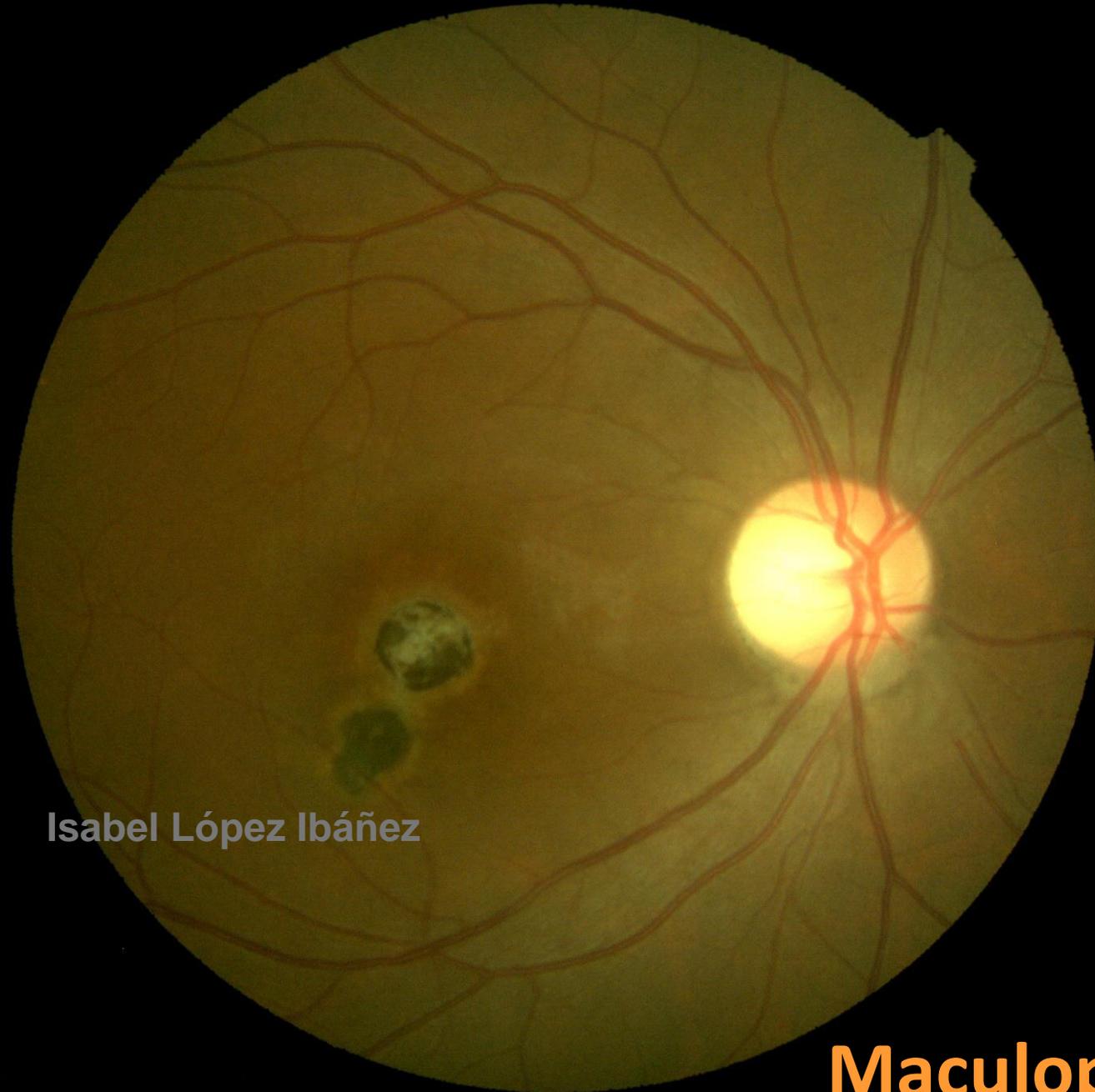
Roth





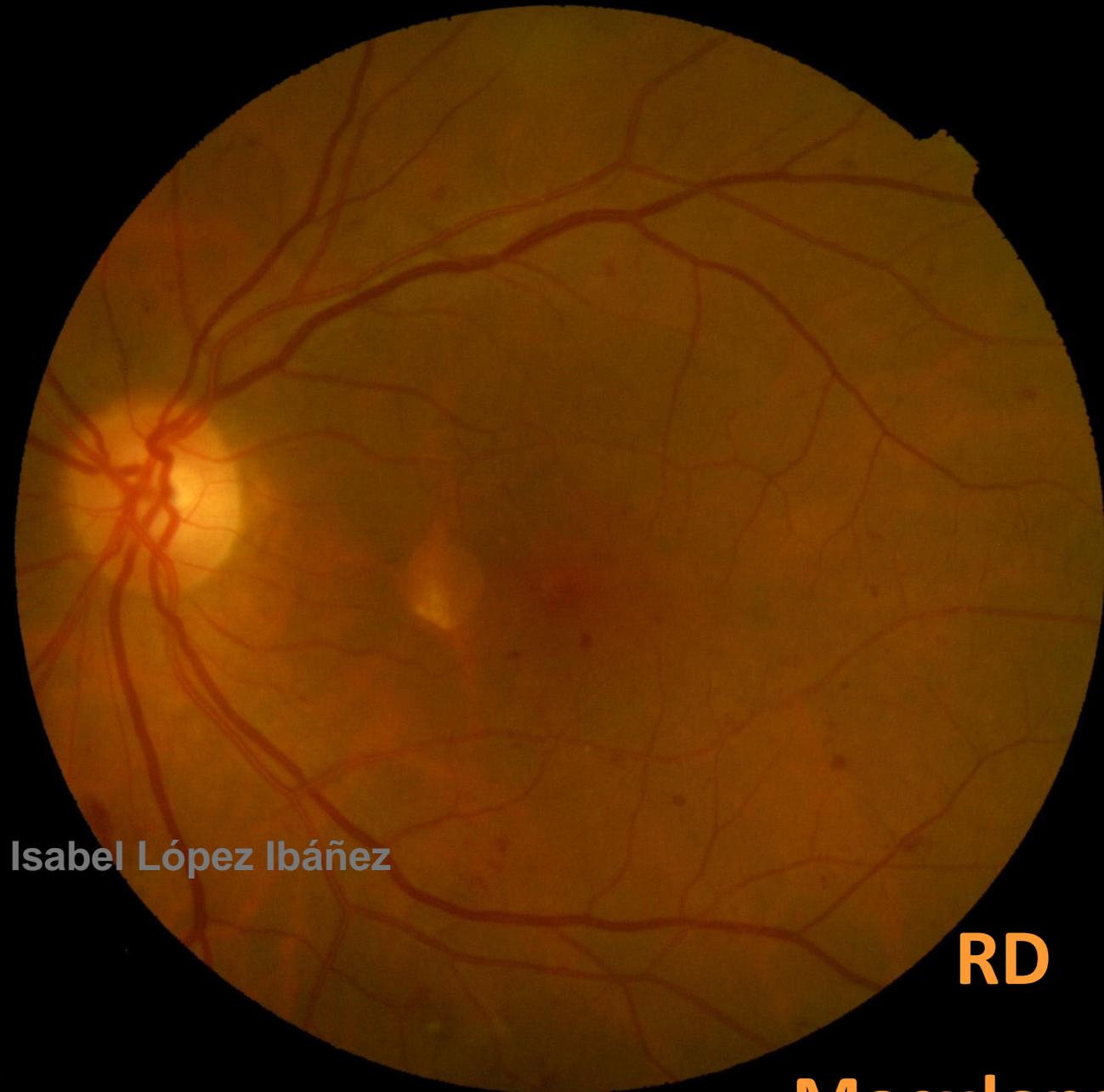
Isabel López Ibáñez

NORMAL
CATARATAS



Isabel López Ibáñez

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

RD

Maculopatía



Isabel López Ibáñez

RD

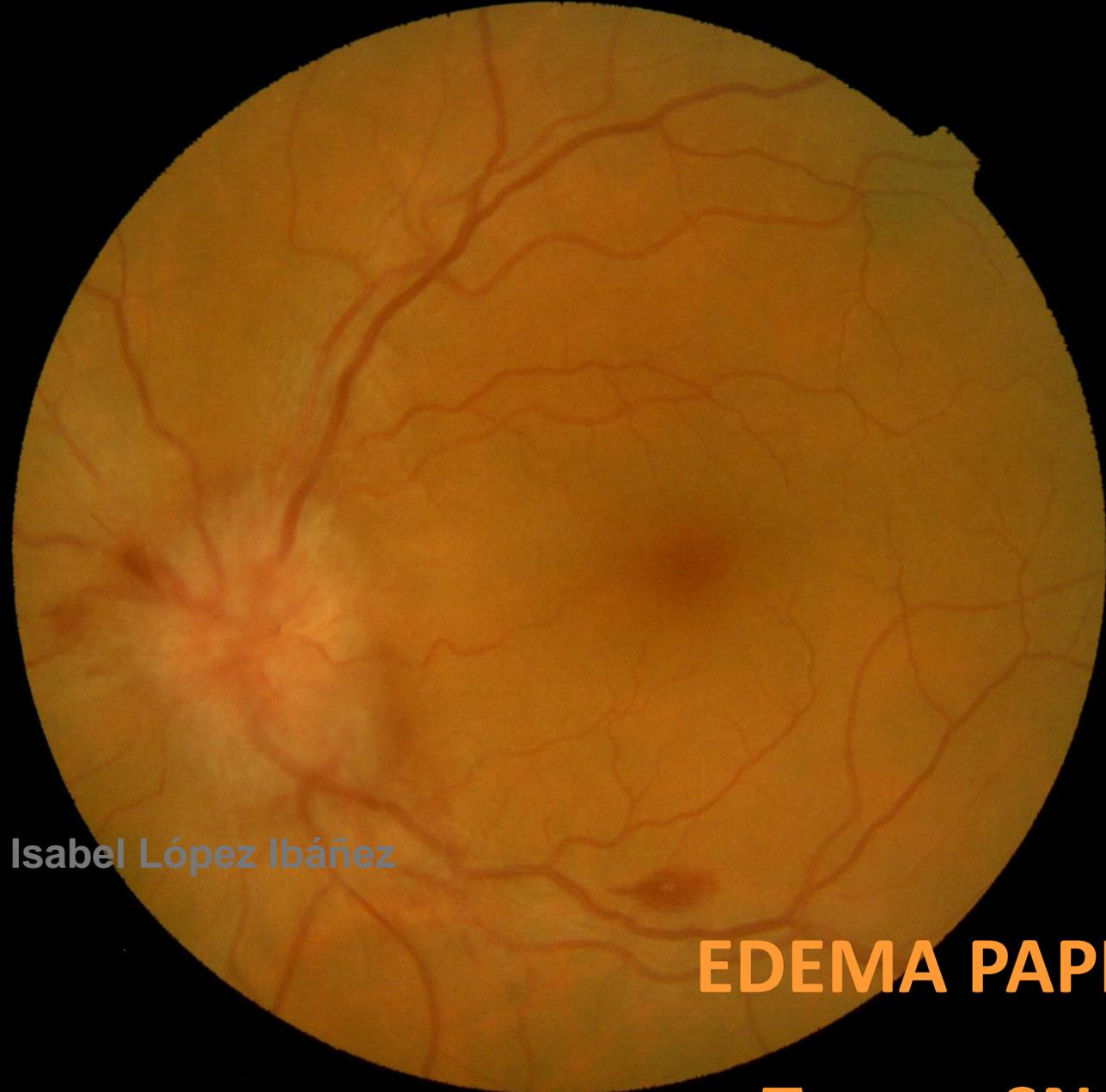
Maculopatía



Isabel López Ibáñez

Edema Macular

MNVSR



Isabel López Ibáñez

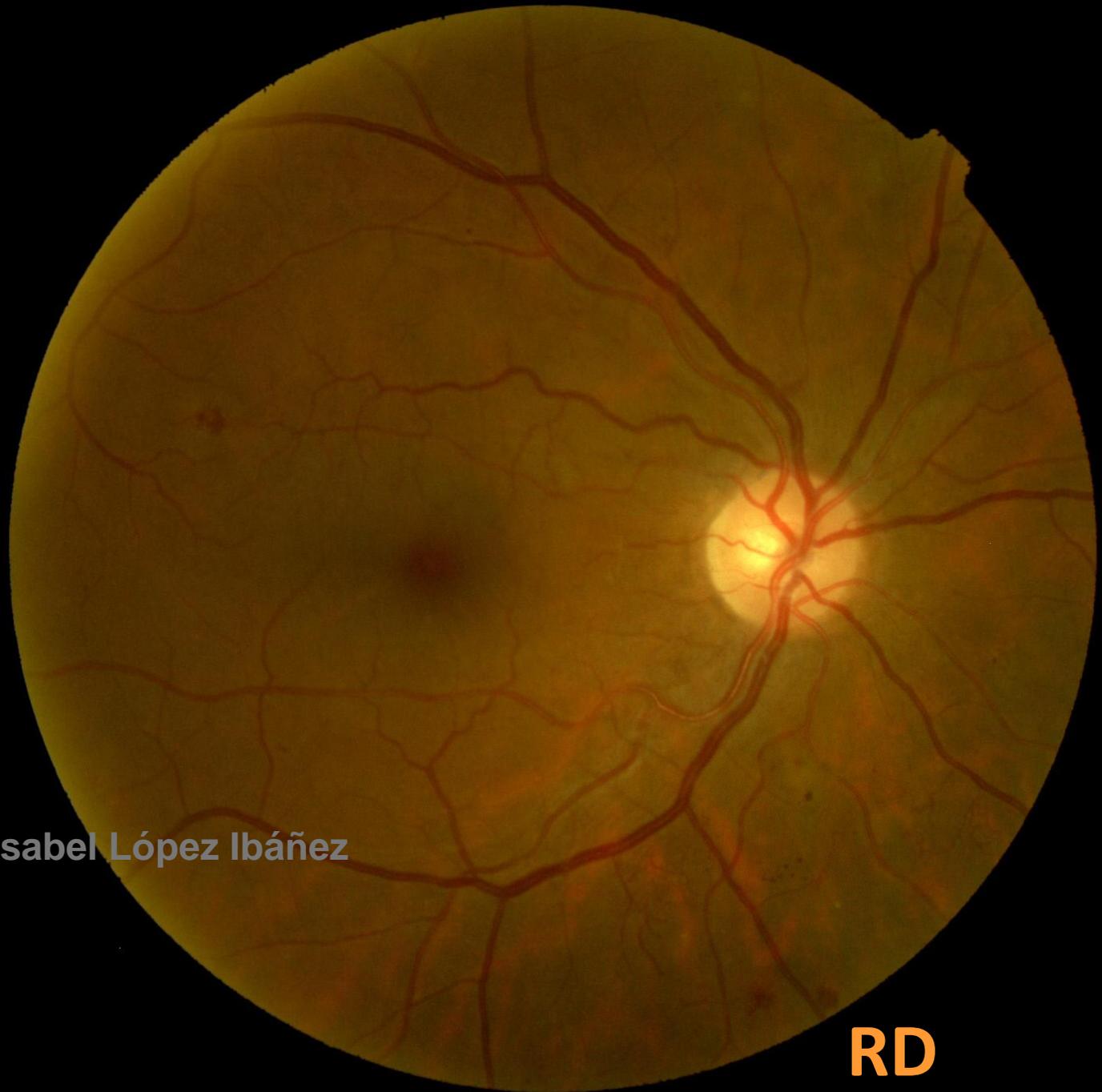
EDEMA PAPILA

Tumor SNC



Isabel López Ibáñez

RD



Isabel López Ibáñez

RD

- **INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA**
- **RETINOPATIA Y CONTROL GLUCEMICO. ESTUDIOS RETINOPATIA DIABETICA**
- **PATOGENIA**
- **FONDO DE OJO Y LESIONES TIPICAS RD**
- **CLASIFICACION RD y EDEMA MACULAR**
- **CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABETICA**
- **IMÁGENES DE FONDO DE OJO**
- **TRATAMIENTO**

Tratamiento de la diabetes

Control Glucémico:

- Dieta/modificación del estilo de vida
- Ejercicio
- Fármacos

Tratamiento de las enfermedades asociadas

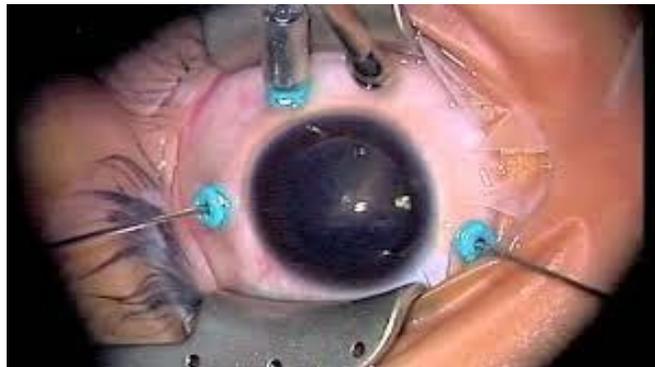
- HTA
- Dislipemia
- Obesidad
- Enfermedades cardiovasculares

Detección y tratamiento de las complicaciones de la diabetes

- **Retinopatía**
- Nefropatía
- Enfermedad cardiovascular
- Neuropatía
- Otras complicaciones

TRATAMIENTO DE LA RETINOPATIA DIABETICA

- Fotocoagulación con Láser
- Corticoides intravítreos
- Antiangiogénicos (AntiVegf)
- Vitrectomía
- Crioterapia



Prevención Primaria :

Actuar sobre los factores de riesgo.

Prevención Secundaria :

Detectar en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz.

Objetivos:

- Implicar a los MAP en la realización y sobre todo gestión del screening de la Retinopatía Diabética (RD).
- Invertir en la prevención y control de factores de riesgo asociados.
- Retrasar aparición y progresión de la RD y disminuir sus complicaciones.

Manejo de la RD desde AP

- Remitir al Oftalmólogo si:

Si hay pérdida inexplicable de AV o sospecha de EM o RDP

- Control intensivo de la glucemia más eficaz en la prevención primaria.
- Optimizar el Control de la presión arterial.
- Necesidad de Ejercicio Físico ya que se asocia a una severidad menor de RD.
- Un buen manejo de la RD implica además un abordaje multidisciplinar médico de familia/endocrinólogo y oftalmólogo.



MUCHAS GRACIAS