



En la imagen, (de izda a dcha) Félix Armadá, Luis Fernández-Vega, Enrique Cervera, Monserrat Roura y Julián García Feijoo



Patologías de la retina

RETINOPATÍA DIABÉTICA Y DEGENERACIÓN MACULAR

REPORTAJE GRÁFICO: GONZALO PÉREZ



La rejilla de Amsler es una prueba muy útil para valorar la visión central

El abordaje de las principales enfermedades de la visión fue el centro de debate del último encuentro Novartis-A Tu Salud de LA RAZÓN

B. MUÑOZ / P. PÉREZ ■ MADRID

Nadie da valor a los ojos hasta que éstos fallan y se funde en negro. Entonces, la vida deja de tener sentido para los pacientes, «en algunas de las encuestas que hemos hecho a pacientes con patologías de la retina éstos tienen una percepción mucho más terrible de su situación que los enfermos terminales», apuntó Julián García Feijoo, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos y coordinador de la Estrategia de Oftalmología en la Comunidad de Madrid, durante el Encuentro Novartis-A Tu Salud en LA RAZÓN.

La visión es tan importante, «que a través de ella llega el 80 por ciento de la información del entorno», subrayó Enrique Cerve-

ra, jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital General de Valencia. La importancia de prevenir las patologías de la retina es tal que «muchas veces con tan sólo mantener la hemoglobina glicosilada por debajo de siete, conseguimos mantener a raya a la retinopatía diabética», explicó Félix Armadá, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de la Paz (Madrid). Por ello, las campañas de prevención y detección precoz de los primeros signos del edema macular diabético (EMD) y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) resultan claves. Luis Fernández-Vega, presidente de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO) y director médico del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, manifestó que «hay que conseguir el control metabólico de estos pacientes, sólo de esta manera podemos disminuir la aparición y progresión de la retinopatía diabética».

CONTROL DEL PACIENTE

El manejo de pacientes es uno de los retos que apuntaron los expertos en la mesa: quién debe realizar los controles de los pacientes sin problemas, cómo y cuándo deben hacerse las revisiones, más campañas de concienciación... En este sentido, Monserrat Roura, médica del área de Oftalmología de Novartis, apuntó que «apoyamos iniciativas para la difusión del conocimiento de las patologías retinianas, no sólo hacia los pacientes, sino en foros científicos como Retinova –celebrado recientemente–. Hoy la población es más sensible a este tipo de informaciones».

Uno de los puntos que más discusión generó fue quién y cómo debe seguirse al paciente diabético. «Muchos pacientes van y viene de Atención Primaria (AP) a Especializada y viceversa. No se trata de que nosotros no los veamos, sólo que en algunas ocasiones se colapsan nuestras consultas con revisiones de pacientes sanos y controlados y esas listas de espera perjudican a los que están en peor situación», apuntó Armadá. Al hilo de lo cual, García Feijoo añadió que «habría que establecer una red de asistencia a los enfermos diabéticos, que pudiera ser de alguna manera que fueran atendidos en AP y luego remitidos sólo aquellos que tuvieran patología grave».

Además, subrayaron otros factores importantes de riesgo menos conocidos como el consumo de tabaco, «nadie tiene la percepción de lo nocivo que es el tabaco en estas patologías. Hay que hacer hincapié en ello junto a los riesgos metabólicos e inculcar conductas dietéticas sanas», subrayó Cervera. A estos obstáculos se suma uno, más o tan importante, como es la adherencia terapéutica en una enfermedad crónica «con la que convives años, ya sea del tipo 1 o 2, mínimo vas a vivir con ella unos 30 años. Los pacientes se cansan de los pinchazos, de la rigurosidad de las dietas... ¡Todos somos humanos! Pero, esto supone poner en peligro su salud», explicó Armadá. «Por ello resulta básico diseñar estrategias que puedan abordar y saltar todos estos obstáculos», añadió García Feijoo.

FÉLIX ARMADÁ

JEFE DE SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PAZ (MADRID)

«Primera causa de ceguera legal en el mundo»

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) afecta a un porcentaje muy elevado de la población, un 1,5 por ciento en nuestro país, es decir, a más de 700.000 personas mayores de 50 años. La prevalencia va aumentando en función de la década de la vida, de tal forma que por encima de los 75 años puede llegar al 25 por ciento de la población. Dentro de la patología hay una variedad, la forma húmeda, que afecta al 15 por ciento, es muy lesiva para la visión, genera grandes problemas para la movilidad y requiere un gran número de



«La prevalencia aumenta en función de la década de la vida y, partir de los 75 años, la DMAE puede llegar al 25 por ciento de la población»

exploraciones, por lo que colapsa nuestras consultas y nos supone un gran esfuerzo. La otra enfermedad es la retinopatía diabética y dentro de ésta se encuentra el edema macular diabético, que también es muy lesivo para la visión y, por tanto, del desarrollo de la vida normal. El grupo de edad afectado es más bajo, está entre los 20 y los 75 años, y se estima que es la primera causa de ceguera en el mundo occidental. Dentro de estos pacientes, uno de cada diez va a tener un edema macular diabético que exige un número de revisiones y tratamientos muy elevados y un seguimiento muy cercano porque muchos de ellos son gente joven y con una expectativa de vida larga.

LUIS FERNÁNDEZ-VEGA

PRESIDENTE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
OFTALMOLOGÍA

«El ojo del diabético es muy complicado»

El paciente diabético puede tener múltiples complicaciones oculares si no está perfectamente controlado desde el punto de vista metabólico e, incluso, puede tener alguna repercusión. Esas complicaciones van desde la aparición de una catarata en fases más tempranas de lo habitual, cambios en la graduación porque se produce un incremento del volumen del cristalino por acúmulos de alcohol y azúcar. En personas jóvenes se puede producir la catarata hiperragada del diabético de forma brusca. También puede padecer un glaucoma en fases iniciales. Lo que es más habitual es la



«Es imprescindible estar muy encima de estos pacientes, tanto desde el punto de vista metabólico como ocular, para evitar que se produzcan alteraciones»

aparición de la retinopatía diabética y de la que existen muchas fases: desde iniciales que repercuten en la visión en la aparición del edema macular diabético y que requiere tratamiento. Si la enfermedad sigue avanzando pueden aparecer el neovaso y producir hemorragias grandes y que si no se tratan pueden acabar en un desprendimiento de retina e, incluso, en la ceguera. El ojo del diabético es complicado y hay que estar muy encima de él, tanto desde el punto de vista metabólico como ocular para evitar que se produzcan este tipo de alteraciones. El control de la diabetes es fundamental para que se minimicen este tipo de trastornos. Un paciente bien controlado tiene menos posibilidades de padecer una retinopatía diabética.

ENRIQUE CERVERA

JEFE DE SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

«Dificulta las actividades cotidianas»

No tenemos que olvidar que la mácula es la parte central de la retina que es la encargada de la visión central. Estamos hablando de personas que van a presentar dificultades en actividades tan cotidianas como leer, coger el teléfono, labores manuales... lo que conduce a que el paciente tiene menos control sobre lo que hace y necesita más ayuda de los demás. Por tanto, sale menos de casa, se aísla más, hay una pérdida de autoestima, ansiedad y depresión que establece un círculo vicioso que provoca que el paciente todavía tenga una percepción de peor calidad de



«Tenemos que actuar no sólo a nivel de tratamiento sino en la fase de prevención, porque ahí es donde se puede reducir la incidencia de la enfermedad»

vida. En los estudios que se han hecho sobre la percepción que tiene el paciente en la pérdida de calidad de vida, especialmente en la DMAE es superior a la de determinados pacientes con otras patologías. Al final, se produce un aumento del gasto de recursos sanitarios, económicos y no sólo es el coste directo médico que supone, sino el indirecto como gente que deja de producir y el coste humano que supone que una persona no pueda valerse por sí misma y requiera de ayudas que, a veces, tiene. Tenemos que actuar no sólo a nivel de tratamiento sino en la fase de prevención porque ahí es donde la gente tiene que saber qué cosas se pueden prevenir y controlar para reducir la incidencia de la enfermedad.

JULIÁN GARCÍA FEIJOO

JEFE DE SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

«El sistema debe ser resolutivo»

El motivo por el que los pacientes con degeneración ocular y edema macular diabético acuden a consulta está un poco enmascarado. Lo que refieren es que van porque tienen una alteración en la agudeza visual, el 40 por ciento, o por un procedimiento diagnóstico preventivo, el 20 por ciento. El 90 por ciento de las personas que tiene una enfermedad oftalmológica el médico de familia lo va a derivar al especialista. Ni la dotación es buena ni los médicos de familia se sienten a veces muy seguros ante el fondo de ojo de un diabético o de una pérdida de visión



«Se deben hacer protocolos de derivación muy claros y trabajar en conjunto con los médicos de atención primaria para evitar una carga en el SNS»

por una DMAE. Se deben hacer protocolos de derivación muy claros y trabajar en conjunto con los médicos de atención primaria y darles mucho soporte para evitar, en cierto modo, la carga que producen al sistema patologías crónicas como éstas. Y es que sólo el 20 por ciento de los médicos de familia de la Comunidad de Madrid realmente tienen un protocolo conjunto con oftalmología. De lo que se trata es de que el sistema sea resolutivo. La continuidad asistencial es importante porque sino el paciente se pierde de tal manera que van saltando de un sitio a otro. Sería importante en estas enfermedades asegurar el seguimiento a lo largo del tiempo y sería mejor que lo llevara el oftalmólogo.