Ojos bajo control

CONVIENE HACERSE REVISIONES COMPLETAS DE FORMA PERIÓDICA: NO HAY QUE ESPERAR A QUE SE MANIFIESTEN LOS SÍNTOMAS DE UNA RETINOPATÍA DIABÉTICA. UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO FAVORECE EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO.

TEXTO MANEL TORREJÓN

La retinopatía diabética es una complicación de la enfermedad y es una de las principales causas de ceguera. Se presenta cuando la diabetes daña a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, que es el tejido sensible a la luz situado en la parte de atrás del ojo. Y es que, para ver bien, la retina debe estar bien.

Al principio, la retinopatía diabética no lanza avisos. El paciente no nota ningún cambio en su visión. Ahora bien, con el paso del tiempo, esta patología puede empeorar y causar una pérdida en la visión. De ahí la importancia de visitar al oculista con frecuencia. Y de ahí la importancia de asegurarse un buen control de la diabetes. Y es que la retinopatía diabética es una cosa muy seria: como hemos dicho, puede desembocar en ceguera y, además, suele afectar a ambos ojos. Corren el riesgo de desarrollar esta enfermedad todas las personas con diabetes, tanto del tipo 1 como del tipo 2. Por ese motivo, todas las personas con diabetes deben hacerse un examen completo de la vista con dilatación de las pupilas, por lo menos una vez al año. En Estados Unidos hay estadísticas disponibles, según las cuales entre el 40% y el 45% de los estadounidenses diagnosticados con diabetes tienen algún nivel de retinopatía diabética. La retinopatía se puede prevenir y, una vez se ha desarrollado, se puede impedir su progreso. Para ello, nos debemos poner en manos del oculista.

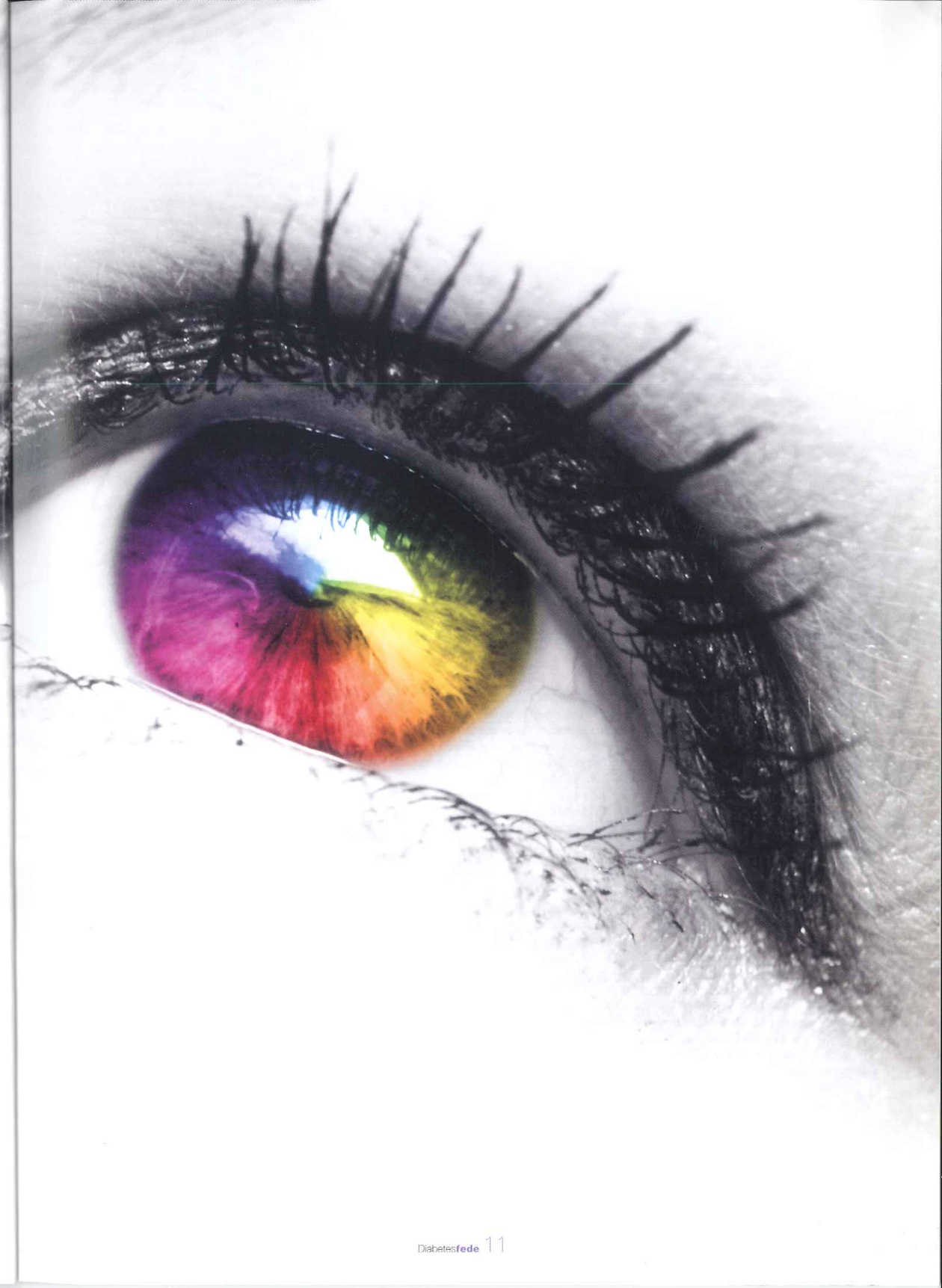
La retinopatía diabética también puede ser un problema para las mujeres embarazadas con diabetes. Para proteger su visión, toda mujer embarazada que tiene diabetes debe hacerse un examen completo de la vista con dilatación de las pupilas lo antes posible. El oculista puede prescribir exámenes adicionales durante el embarazo.

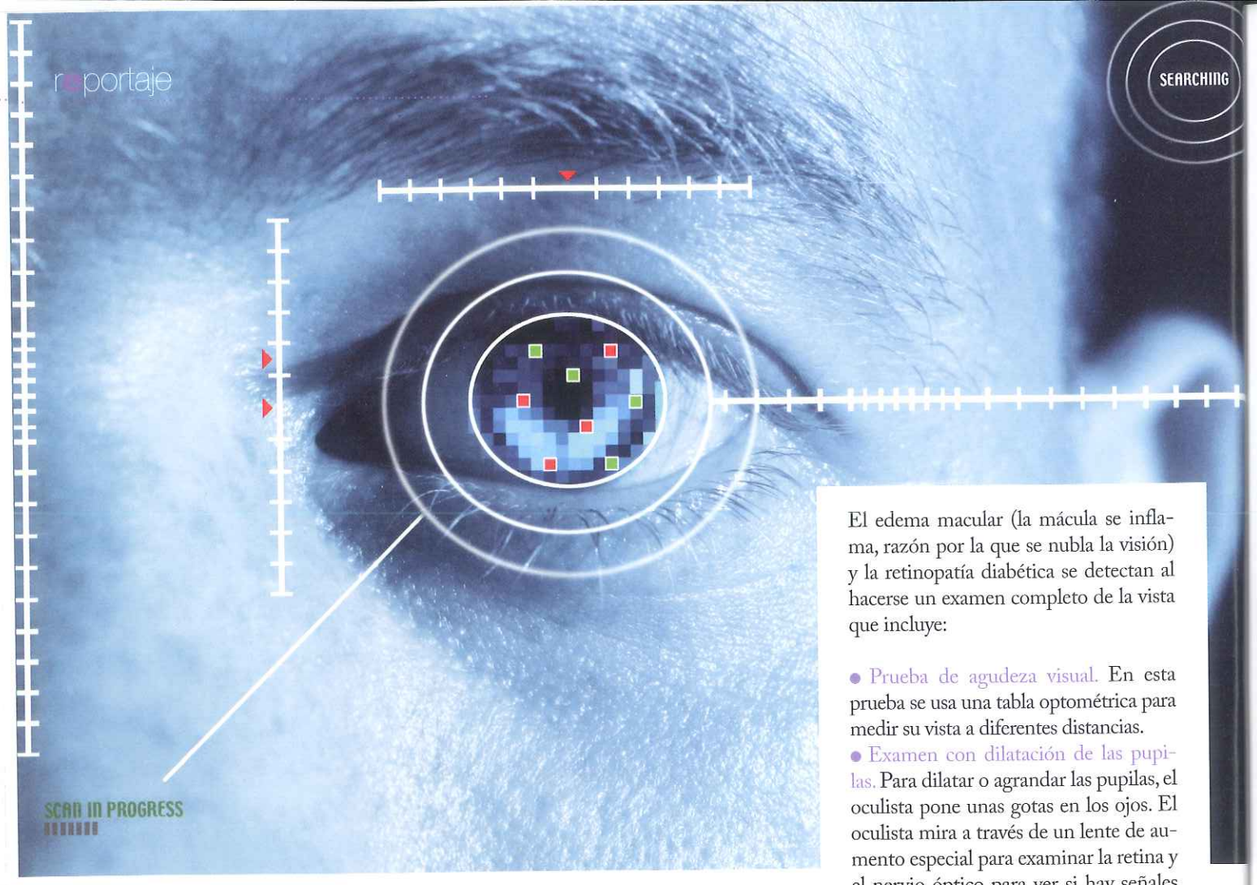
Sin síntomas

La retinopatía diabética no suele ofrecer ninguna señal de advertencia temprana. Así que no hay que esperar a tener síntomas. Por eso hay que hacerse una revisión, como mínimo, una vez al año.

Si tiene lugar una hemorragia, la retinopatía proliferativa se aprecia porque sólo se ven unas manchitas de sangre que flotan en la visión. Entonces hay que ir al oftalmólogo lo antes posible para evitar una hemorragia más seria. Las hemorragias suelen ocurrir más de una vez y, sobre todo, cuando uno está dormido.

Algunas veces, las manchas desaparecen sin tratamiento, y se recupera la visión. Sin embargo, la hemorragia puede ocurrir de nuevo y nublar la vista de forma severa. De ahí la urgencia de hacer una visita al oculista. Cuanto antes se reciba tratamiento, más probabilidades hay de que éste sea eficaz.





ETAPAS

1. Retinopatía no proliferativa ligera. **Esta es la etapa más temprana de la enfermedad, en la que aparecen los microaneurismas. Éstas son pequeñas áreas de inflamación, que parecen ampollas, en los pequeños vasos sanguíneos de la retina.**
2. Retinopatía no proliferativa moderada. **Según avanza la enfermedad, algunos vasos sanguíneos que alimentan la retina se obstruyen.**
3. Retinopatía no proliferativa severa. **En esta etapa muchos más vasos sanguíneos se bloquean, haciendo que varias partes de la retina dejen de recibir sangre. Entonces estas áreas de la retina envían señales al cuerpo para que haga crecer nuevos vasos sanguíneos.**
4. Retinopatía proliferativa. **En esta etapa avanzada, las señales enviadas por la retina para alimentarse causan el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. Esto se llama la retinopatía proliferativa. Estos nuevos vasos sanguíneos son anormales y frágiles. Crecen a lo largo de la retina y de la superficie del gel vítreo, el gel incoloro que llena el interior del ojo. Por sí mismos, estos vasos sanguíneos no causan ningún síntoma o pérdida de la visión. Sin embargo, tienen paredes muy delgadas y frágiles. Si llegaran a gotear sangre, podría haber una pérdida severa en la visión o incluso resultar en la ceguera.**

¿CÓMO CAUSA LA RETINOPATÍA DIABÉTICA UNA PÉRDIDA EN LA VISIÓN?

Los vasos sanguíneos dañados por la retinopatía diabética pueden causar una pérdida en la visión de dos maneras:
1. Se pueden desarrollar vasos sanguíneos anormales y frágiles que pueden gotear sangre en el centro del ojo, haciendo opaca la visión. Esto es la retinopatía proliferativa, y es la cuarta y la más avanzada etapa de la enfermedad.
2. Un líquido puede gotear dentro del centro de la mácula, la parte del ojo que provee la visión central clara. Este líquido también hace que la mácula se inflame, nublando la visión. Esta condición se llama edema macular. Puede ocurrir en cualquier etapa de la retinopatía diabética, aunque es más probable que tenga lugar al progresar la enfermedad. La mitad de las personas que tienen retinopatía proliferativa también padecen de edema macular.

El edema macular (la mácula se inflama, razón por la que se nubla la visión) y la retinopatía diabética se detectan al hacerse un examen completo de la vista que incluye:

- Prueba de agudeza visual. En esta prueba se usa una tabla optométrica para medir su vista a diferentes distancias.
- Examen con dilatación de las pupilas. Para dilatar o agrandar las pupilas, el oculista pone unas gotas en los ojos. El oculista mira a través de un lente de aumento especial para examinar la retina y el nervio óptico para ver si hay señales de daño u otros problemas de los ojos. Después del examen, la visión de cerca podrá permanecer borrosa durante varias horas.
- Tonometría. Se utiliza un instrumento para medir la presión del ojo. Para esta prueba, el oculista puede poner unas gotas para adormecer los ojos.

Si el oculista cree necesario un tratamiento para el edema macular, puede sugerir una angiografía fluoresceínica. En este examen, al paciente se le inyecta un colorante especial en el brazo y se le toman unas fotografías cuando el tinte está pasando por los vasos sanguíneos de la retina. Este examen permite al oculista identificar cualquier goteo de los vasos sanguíneos y recomendar un tratamiento.

Edema macular

El edema macular se trata con cirugía láser: tratamiento focal con láser. El oculista hace varios centenares de quemaduras pequeñitas con láser en la parte de la retina que gotea alrededor de

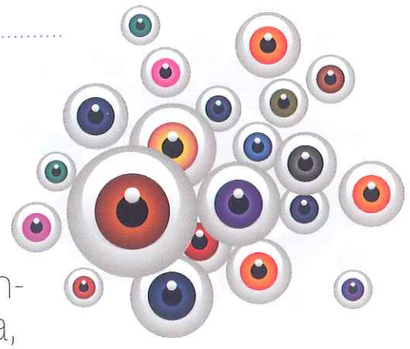
La tranquilidad de una correcta elección

32G Sensitive

Diámetro 0,23 mm
El mejor resultado de la tecnologiá PIC.
Aun más fina, aun más eficaz.

PIC indolor

www.picindolor.com



En un futuro podría haber medicamentos que ayuden a controlar la retinopatía, lo que reducirá la necesidad de la cirugía láser

la mácula. Estas quemaduras retrasan el goteo del líquido y reducen la cantidad del líquido en la retina. La cirugía generalmente se hace en una sola sesión, pero a veces se requiere tratamiento adicional. Un paciente puede necesitar la cirugía focal con láser más de una vez para controlar el líquido que gotea. Si el paciente tiene edema macular en ambos ojos y requiere cirugía láser, le tratarán primero un ojo y, con una diferencia de varias semanas, el otro.

Gracias al láser se reduce el riesgo de una pérdida de visión en un 50%. En pocos casos, si la visión se ha perdido, se puede mejorar.

Con láser y, cuanto antes, mejor

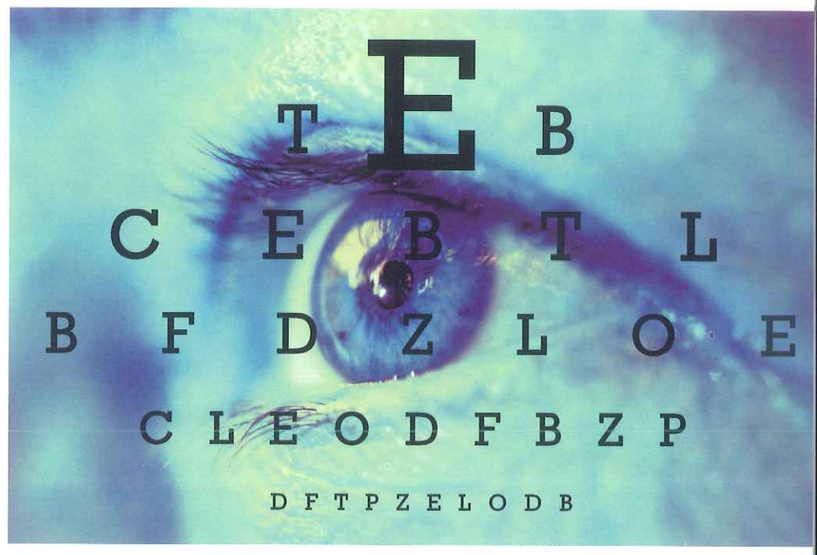
Pero, ¿cómo tratamos la retinopatía diabética? Durante las primeras etapas de la retinopatía diabética (ver artículo complementario en la página 12 en que hablamos de las etapas) no se necesita un tratamiento, a menos que haya un edema macular. Para prevenir el progreso de la retinopatía diabética, las personas con diabetes deben controlar los niveles de azúcar en la sangre, la presión arterial y el colesterol. Sobra decir que fumar está estrictamente prohibido.

La retinopatía proliferativa se trata con cirugía láser: fotocoagulación retiniana. Este tratamiento ayuda a reducir los vasos sanguíneos anormales. El oculista hará entre 1.000 y 2.000 quemaduras con láser en las áreas de la retina lejos de la mácula, haciendo que se achiquen los vasos sanguíneos anormales. Como se requieren muchas quemaduras con láser, se suelen necesitar dos sesiones o más para completar el tratamiento. Aunque se puede notar cierta pérdida de visión lateral, la fotocoagulación retiniana puede preservar el resto de la visión. El tratamiento puede reducir un poco la visión de los colores y la visión nocturna. El tratamiento de fotocoagulación retiniana funciona mejor antes de que los nuevos y frágiles vasos sanguíneos empiecen a sangrar. Por eso es básico hacerse regularmente un examen completo de la vista con dilatación de las pupilas. Si la hemorragia es severa, se impone la vitrectomía, que quita la sangre del centro del ojo.

Futuro

En los laboratorios se están buscando las mejores maneras para detectar, tratar y prevenir la pérdida de la visión en las personas con diabetes. Así, los científicos están poniendo las bases de medicamentos que detengan las señales que la retina envía al cuerpo para hacer crecer nuevos vasos sanguíneos: es así como se da el paso hacia la retinopatía proliferativa. Algún día, estos medicamentos podrían ayudar a las personas a controlar su retinopatía diabética y reducirían la necesidad de la cirugía láser.

En abril supimos de los ensayos con éxito de un nuevo fármaco que podría liderar un muy potente nuevo tratamiento para el edema macular. El principio activo es la mecamilamina. Se han hecho pruebas, todavía en una fase muy temprana, con humanos, en el Wilmer Eye Institute de la facultad de medicina de la Johns Hopkins University, en Maryland. Los pacientes con este problema se han aplicado gotas de mecamilamina en los ojos dos veces al día durante 16 semanas. Los pacientes del ensayo se fueron reuniendo con los investigadores cada cuatro semanas para hacer una evaluación de los resultados y del progreso. Al cabo de esas 16 semanas, el 40% de los participantes mostraron "una mejora significativa" en el grosor de sus retinas y/o en su visión en general. Un 40% no experimentaron cambios, y un 20% vieron como su condición empeoraba. Lo que anima a los investigadores es que se han logrado ciertos resultados con la sola aplicación tópica del principio activo. Este año también se supo de un estudio de la Universidad del estado de Kansas, en Estados Unidos,



CUANDO EL TIPO DE TRABAJO LLEVA A COMPLICACIONES

Andrés Ortega (52 años) ha vivido las complicaciones que causan a la salud una mala gestión de la glucosa en sangre. Él ha trabajado de médico en urgencias y en quirófano, dos de las responsabilidades en su oficio que peor se llevan con un óptimo control de la diabetes. Como consecuencia, ha tenido retinopatía en sus ojos. Salvó la vista gracias a la cirugía. "No hace tanto tiempo estas soluciones no estaban al alcance de las personas con diabetes, y por eso tantas personas perdían la vista", comenta Andrés.

"En casa de herrero, cuchara de palo", dice este médico para aludir a su dificultad para apreciar lo que significaban los síntomas que, finalmente, demostraron ser de diabetes. "Tenía unos 30 años. Durante la noche, me levantaba muchas veces a orinar, pero no lo achacaba a la diabetes. Al final me hice unas pruebas, y salió que tenía glucosa. Fui al endocrino: tenía que administrarme insulina". En una primera etapa, le invadieron los sentimientos de negación. "Durante 20 días no quise tomar insulina. Tomé antidiabéticos orales, como si mi diabetes fuera de tipo 2. Pero, estaba claro, aquéllo era un error". El debut de Andrés en la diabetes nos ilustra sobre lo difícil que es aceptar a veces la enfermedad, incluso cuando quien la padece tiene formación en medicina.

Andrés, original de Melilla, era médico de urgencias en el Hospital Comarcal de esta ciudad autónoma. "Cada cuatro días hacía un turno de 24 horas. Entraba a las ocho de la mañana y, a partir de ahí, no había ningún orden en horarios de comidas. Había días en que eran las 17 horas, y no había comido todavía". Estuvo ejerciendo durante 10 años pero, mientras tanto, "la diabetes iba pasando factura", según su propia expresión.

A todo este estrés y caos de horarios, había que sumar que no visitaba con la frecuencia necesaria a los especialistas. "Así, no iba al oftalmólogo habitualmente, y cuando iba, me miraban la vista de forma más o menos superficial". Hasta que, 10 años después de debutar en la diabetes, le descubrieron un microaneurisma. "Seguí con mi vida, hasta que al cabo de seis meses me lo volví a mirar, y me dijeron que estaba fatal".

En Melilla no había el equipamiento necesario para corregir el problema, así que Andrés se hizo las sesiones láser en la provincia de Málaga. Se tuvo que tratar los dos ojos: lo más habitual es que, si hay problemas en un ojo, los haya también en el otro. "La retina quedó bien, pero a partir de entonces me quedó claro que era imprescindible una buena gestión de la diabetes".

Los cimientos sobre los que debía apoyarse a partir de entonces Andrés eran los siguientes: autocontrol, insulina, dieta y deporte. Ha hecho los deberes, y hoy se encuentra mucho mejor que en el pasado. Eso sí, ha tenido que pagarlo caro, y se tuvo que jubilar antes de tiempo. "Llegó un momento en que tenía que elegir entre mi salud y mi profesión".

Difícil conciliación

No era nada fácil combinar los cuidados que exige la diabetes con las responsabilidades y exigencias de su profesión. Antes de descubrir el microaneurisma en la consulta del oftalmólogo, Andrés ya había tomado conciencia de que el ajetreo de urgencias no era lo que más le convenía para tener la diabetes bajo control. "Pedí que me pasasen a traumatología, pero resultó que tampoco era muy compatible: una intervención se podía alargar hasta dos horas y, por supuesto, no valen excusas cuando estás realizando una labor tan delicada".

Andrés reconoce que pasó miedo. Temió perder la vista. "Sufres un bajón total. Tuve una depresión y me hizo tratamiento un psicólogo". El problema se solucionó, pero sabía que si seguía con el frenesí laboral de siempre, surgirían nuevas complicaciones. Estuvo un año y medio de baja, hasta que llegó un punto en que debía elegir: o se incorporaba de nuevo, o se jubilaba. Tuvo que dejar el trabajo a los 40 años. "Si hubiese hecho un trabajo de oficina, todo hubiese sido mucho más sencillo".

Le preguntamos a Andrés si echa de menos su trabajo. "Sí que lo echo de menos. Y en el último año estuve en quirófano, una dedicación que me encantaba". Ahora está lejos del mundo médico, pero sigue documentándose sobre la materia. Se nos ocurre preguntarle por la fiebre de series de ficción que tienen lugar en un hospital: "Me gusta la serie *House*. Hay mucha fantasía, pero es entretenido". ¿Te has encontrado algún *House* en tu carrera como médico, o sea, a médicos tan maniáticos, deslenguados y temerarios? "Pues no", contesta sin pensárselo un segundo.

Dice Andrés que la vocación por la medicina la descubrió cuando hacía la carrera. No fue un amor a primera vista, pero enseguida se entusiasmó con esa profesión.

Buen autocontrol

Con la jubilación, Andrés sentó raíces en Granada, en la población de Atarfe. Granadina es su mujer, a quien conoció cuando estudiaba medicina en la ciudad de la Alhambra. Ahora llevar un buen autocontrol es más sencillo.

¿Cómo es un día cualquiera de Andrés? "Me levanto hacia las 8,30-9. A lo largo del día me voy controlando la glucosa, y me pincho insulina a demanda, unas cuatro o cinco veces al día. Lo ideal es hacerlo a demanda, porque es lo más cercano al funcionamiento del páncreas". A las 13,30 hace una sesión de pesas y corre en una máquina andadora. Y a eso de las 18,30 sale a andar con su mujer durante una hora. El ejercicio, explica, le ha ayudado mucho.

El autocontrol es fundamental. "La propia persona con diabetes debe saber gestionarse el control de su glucosa". Andrés echa a faltar más educación diabetológica a nivel de atención primaria. Y habla tanto de ATS como de médicos de cabecera. Algunos no saben de la materia, y otros sí que saben, pero no tienen suficiente tiempo para dedicarlo a ese menester, tan importante". El ATS, en su opinión, debe hacer labores de educación y de prevención. "Y, al margen de eso, se debe hacer una visita al endocrino cada pocos meses, y también al oftalmólogo y a otros especialistas. Pero la educación diabetológica ha de ser constante".

En opinión de Andrés, el autocontrol es la mejor herramienta disponible: "El endocrino sabe mucho de diabetes, pero uno mismo es quien más sabe de su diabetes". ●

según el cual comer moras de goji (*wolfberries*) de forma habitual podría reducir el estrés oxidativo que sufre a menudo el ojo de los pacientes con diabetes tipo 2. Estas moras han sido empleadas durante mucho tiempo como un remedio alternativo para dar más energía al sistema inmune.

A día de hoy, lo único cierto es que vamos a garantizar la salud de los ojos si tenemos un buen control de la diabetes y si hacemos un examen completo de la vista, con dilatación de las pupilas, como mínimo una vez al año. Por supuesto, si el paciente ya tiene retinopatía, los exámenes deben ser más frecuentes.

Las personas con retinopatía proliferativa pueden reducir el riesgo de ceguera en un 95% con un tratamiento oportuno y con un seguimiento adecuado. Los estudios que se han hecho han probado que si se mantienen estables los niveles de glucosa en la sangre, se puede retrasar el inicio y el progreso de la retinopatía diabética. El mensaje de optimismo es que la mayoría de las pérdidas de visión por diabetes pueden ser prevenidas.

Lo importante es hacer el diagnóstico a tiempo. Aunque es cierto que las personas con diabetes son más propensas a los problemas de vista, también es verdad que la mayoría de personas con diabetes tenen poca cosa más que algunos problemas menores en sus ojos. Y, como ya hemos subrayado, si la situación se agrava, hay tratamientos que suelen funcionar si se ponen en marcha tras haber hecho un diagnóstico temprano. ●

RETINOPATÍA EN UNA PERSONA OCTOGENARIA

El gallego Antonio González (cumplió 84 años el 7 de mayo), residente en Ourense, vivió en un mar de dudas hace un par de años. Tenía que decidir si se operaba en uno de sus ojos, a una edad en que los riesgos de una intervención son muy grandes.

Antonio, simpático, optimista, buen conversador, comparte con nosotros su historia.

"Hará cosa de dos años, un domingo, me levanté sin ver de un ojo: era como si tuviese un borrón de tinta encima del ojo. Me dí manzanilla, pero nada. Fui al hospital, con la gran suerte de que estaba la oculista que me trataba. Me dijeron que esperase unos días, porque pasado mañana quizá aquello pasase a ser un derrame. Hablé con amigos y me dijeron que me iba a tener que operar. Se trataba de una operación complicada, porque también tengo cardiopatía, así que había que tener mucho cuidado con la anestesia".

Antonio, que padece diabetes desde hace más de 30 años, vivió instalado en la duda. ¿Me opero? ¿No me opero? Llegó a tener día y hora para la operación: quería recuperar la visión. Además, tenía miedo a que le pasase lo mismo en el otro ojo. Decidió arriesgarse: tenías dos retinopatías, y hacía falta dar el paso. En cualquier caso, ningún médico, por prestigioso que fuese, le aseguraba que fuese a recuperar la visión gracias a la operación, o le garantizaban un porcentaje de visión tras pasar por quirófano. Se trataba de una operación de microcirugía nada fácil. Por otro lado, el postoperatorio era difícil: debía estar entre dos y tres meses con la cabeza levantada. Y por si todo eso no fuese poco, resultaba que la operación no le protegía de otro derrame en el futuro.

Desistió de la operación

Si en un primer momento todo eran ventajas, en la balanza al final pesaron más los inconvenientes. Decidió que no se iba a operar. Y enseguida se ratificó en esa opinión: su oculista de confianza, que le había tratado con láser las retinopatías, compartió con él que dudaba que lo que le había pasado fuese un derrame, y se inclinó porque hubiese sufrido una trombosis. "Un derrame enseguida suele comunicarse al otro ojo", nos explica Antonio.

De hecho, Antonio ha recuperado algo de visión. Su oculista le dijo que ya le veía algo la retina. "Ahora veo luz con ese ojo, sin apreciar detalles, pero ha habido mejora".

Antonio lleva administrándose insulina desde hace unos 40 años. "Me inyecto insulina antes del desayuno y antes de la cena". En los últimos años el episodio más relevante ha sido una hipoglucemia, que sufrió a raíz de una gastroenteritis. Dice que fue "de caballo": se sintió muy débil, y sufrió frío, sudores y temblores.

Sale a caminar cada día. Y hasta no hace mucho ha estado conduciendo: "Averigüé que con la visión de un solo ojo podía seguirlo haciendo con algunos acondicionamientos en el coche. Pero mis hijos me presionaron para que no siguiese conduciendo".

Antonio, que fue empleado de banca, nació en Lugo. Tiene dos hijos, Yago y Jorge. Nos llama la atención cómo pronuncia la palabra *diabetes*: dice *diabetis*, y no *diabetes*, como resultado de haber vivido varios años en Cataluña. En catalán, la palabra es *diabetes*.

La energía de este lucense, y su perseverancia, le han sido de mucha ayuda. Antonio se muestra con cierto optimismo, que comparte con todos nosotros. ●