



ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COLEGIO DE OFTALMÓLOGOS DE JALISCO
MES DE FEBRERO DE 2022

FECHA Y HORA: JUEVES 03 DE FEBRERO 20:30 HRS

MODALIDAD: VIRTUAL

TEMA: AVANCES EN RETINOPATÍA DIABÉTICA PARA LA PRÁCTICA DIARIA

PONENTES: DR. JOSÉ ROBERTO BARRIENTOS AVALOS, DRA. XIMENA MIRA LORENZO Y DR. GERARDO GARCÍA AGUIRRE.

COORDINADOR: DR. HUMBERTO RUÍZ GARCÍA

El presidente del colegio de médicos oftalmólogos de Jalisco Dr. Axel Orozco Hernández quien da la bienvenida a la sesión ordinaria presenta a los integrantes de la mesa, el Dr. Humberto Ruíz García coordinador de la sesión y a la Dra. Nadia Vaal secretaria del colegio.

Inicia mencionando los asuntos varios como son: los cambios de la administración del colegio, se hace mención de los incrementos en las cuotas por tema de inflación y se invita a los socios a realizar sus pagos y a regularizarse con las mismas; menciona el Dr. Humberto Ruíz que el pago de las cuotas reflejan el orden y compromiso del colegio. Así mismo se recuerda a los socios que quieran disfrutar del beneficio de la cuota preferencial del curso de la sociedad mexicana de oftalmología deben estar al corriente con sus cuotas.

Se muestra el poster promocional para el curso anual del colegio de médicos oftalmólogos de Jalisco en septiembre de 2022 y por último comenta acerca de los talleres que se impartirán en la casa del oftalmólogo con fechas pendientes por definir, con los temas de aplicación de toxina botulínica y adaptación de lentes esclerales.

El Dr. Axel Orozco, comenta que el acta de la sesión del mes de enero ya está aprobada y que está disponible en la página del colegio en formato digital para quien desee consultarla.

El Dr. Axel Orozco cede la palabra al coordinador de la sesión del día de hoy, Dr. Humberto Ruíz García, quien presenta a los ponentes: Dr. José Roberto Barrientos Ávalos endocrinólogo del hospital civil de guadalajara, Dra. Ximena Mira Lorenzo y el Dr. Gerardo García Aguirre ambos, etimólogos.

El Dr. José Roberto Barrientos Ávalos agradece la invitación a participar en la sesión, y comenta que a pesar de la pandemia por COVID, la diabetes junto con las enfermedades cardiovasculares continúan representando las principales causas de muerte a nivel mundial.

Comenta que en el 2016 72.5% de la población en México tiene obesidad y menciona a la diabetes como su principal complicación.

Comenta que la diabetes es una enfermedad sistémica en la cual hasta el 70% pueden tener retinopatía diabética y que las complicaciones de la diabetes de manera global genera un alto costo acorde a datos del IMSS, ocasionando un problema de salud pública importante. Menciona que en el control de la diabetes, el disminuir la cifra de hemoglobina glucosilada disminuye hasta un 37% el riesgo de desarrollar retinopatía diabética.

Indica que la expectativa de vida se disminuye cuando el paciente desarrolla nefropatía diabética, siendo ésta la principal causa de mortalidad.

Menciona que en estadísticas del 2016 tres de cada diez mexicanos entre 50 y 69 años de edad son diabéticos, que somos el país con mayor obesidad infantil.



Menciona que la diabetes es la principal causa de gasto público. Comenta a la insuficiencia renal como la principal causa de mortalidad en pacientes diabéticos; explica el pronóstico de los pacientes acorde las tasas de filtración glomerular y albuminuria por kdigo 2012 recalcando la importancia de que con el sólo hecho de solicitar al paciente un examen general de orina y de detección de micro albuminuria podemos predecir el riesgo de complicaciones a mediano y largo plazo por diabetes.

Comenta las guías para la toma de decisiones en el manejo de la diabetes mellitus centrado en el paciente de manera individual, acordando revisar y acordar un plan de tratamiento con metas a corto plazo mediante las decisiones compartidas en el plan de manejo.

Menciona la tabla de terapia de estilo de vida en donde comenta los puntos que contiene: hábitos nutricionales, actividad física, sueño, ambiente de soporte y dejar de fumar.

Recalca el efecto de la higiene del sueño en el cortisol y su efecto en el control de la diabetes.

Comenta que actualmente para la toma de decisiones se evalúa primero el riesgo cardiovascular; comenta la importancia del control de lípidos e hipertensión arterial sistémica, la cual desde hace algunos años la meta es por debajo de 130/80 mmhg.

Comenta el algoritmo en el manejo de dm tipo 2: lo primero establecer si está dentro de meta la hemoglobina glucosilada por debajo de 6.5 y si se encuentra por encima de 9 requiere insulina.

Comenta que la metformina después de 60 años constituye la piedra angular en el tratamiento de la diabetes.

Comenta los nuevos fármacos los glucosúricos disminuyen la proteinuria.

Análogos de receptores de lg1 generan mayor producción de insulina por el páncreas y son capaces de disminuir la velocidad del vaciamiento gástrico. Ambos fármacos disminuyen el riesgo cardiovascular.

Menciona otro algoritmo de tratamiento en el cual con hemoglobina glucosilada por debajo de 7.5 se requiere uso de un solo fármaco, mayor a 7.5 y menor de 9 dos fármacos, tomando en cuenta también el índice de masa corporal.

Menciona que en cuanto a eficacia farmacológica, los análogos de receptores de lg1 son los más potentes para control metabólico. comenta las causas de descontrol metabólico en México : no llevar un plan de alimentación, el carácter progresivo de la enfermedad y la falta de intensificación del paciente, término referido a que se agreguen fármacos y no aumentar las dosis porque eso no genera una disminución de la hemoglobina glucosilada. Explica el esquema de insulina que se puede utilizar para el control glucémico previo a una cirugía de manera práctica acorde a las cifras de glucosa de la siguiente forma: 111- 140 2u, 141-180 4u, mayor a 180 6u, concluye su participación dejando perlas de su plática resaltando la importancia de la vigilancia de las comorbilidades, la vigilancia del apego del tratamiento, que se evite la inercia clínica y en que en caso que así se requiera, enviar al especialista.

El Dr. Axel Orozco pregunta que en el caso de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cómo se puede aplicar la insulina y el Dr. Barrientos indica que disminuyendo la dosis de la insulina nocturna al cincuenta por ciento.

el Dr. Gerardo García pregunta acerca del dispositivo freestyle para toma electrónica de las glucemia y su utilidad por el costo beneficio a lo que el Dr. Barrientos comenta que es muy útil porque es seguro, de fácil colocación y medición, que tiene la desventaja que en el primer día de su colocación no es tan confiable por motivos que aún hasta el fabricante desconoce, que es un implante tipo parche del tamaño de una moneda que está enviando una señal de toma de glucosas cada cierto tiempo a un dispositivo durante 24 hrs y que su único inconveniente es el precio y eso lo hace no estar al alcance de todos .

Dr. Dr. Humberto Ruíz García agradece la participación del Dr. Barrientos en la sesión y comenta la existencia o diseño en marcha de un dispositivo electrónico tipo lente de contacto que medirá la glicemia de la lágrima y enviará las señales a un dispositivo por radiofrecuencia.



Presenta la Dra. Ximena Mira Lorenzo con el tema: imagen y manejo médico en la retinopatía diabética

La Dra. Ximena mira inicia comentando la importancia de las imágenes en fondo de ojo para la visualización clínica, comentando que iniciaron de 30 grados, y que su evolución hasta llegar a las imágenes de campo ultra amplio que nos dan 200 grados, recalcando su importancia de ésta última en el diagnóstico y estadificación de la retinopatía diabética porque nos proporciona 13% más de imágenes de micro aneurismas y de cierres capilares, así como también nos muestra aquellos espacios de retina libres para aplicar láser.

Recuerda la lesión básica de la retinopatía diabética son los micro aneurismas, dilataciones focales venosas y arteriales que en la FAG aparecerán como hiperfluorescencias puntiformes.

Menciona los tipos de hemorragias retinianas que pueden aparecer en la enfermedad, y que independientemente de las mismas, pueden aparecer asociadas o no a edema macular.

Menciona la importancia de la imagenología en la toma de decisiones de un paciente con retinopatía diabética, desde la vigilancia u ofrecerle tratamiento oportuno para evitar, en caso de que no haya, la formación de neovasos.

Comenta que el arrostramiento venoso es el indicador de progresión inminente de retinopatía no proliferativa a proliferativa. En retinopatía proliferativa la imagen de campo amplio nos muestra la neo vascularización y en el resto de los grados, mas lesiones, nos sirve para valorar el tratamiento quirúrgico, el paciente puede ser más consciente de la gravedad de su enfermedad.

Comenta que la fluorangiografía es uno de los pilares de imagen en la retinopatía diabética, menciona su utilidad para la detección de neo vascularización y para determinar la presencia de los mismos vs anomalías micro vasculares intrarretinianas que en ocasiones en la práctica clínica es difícil; nos permite valorar las áreas de isquemia periférica como causa de edemas maculares refractarios, para detectar actividad de la enfermedad. Comenta la utilidad de la oct estructural para el diagnóstico de edema macular diabético, recalcando la importancia de hacer múltiples cortes para obtener mayor información de factores de buen o mejor pronóstico, como los marcadores de edema macular, recalcando que los puntos hiperreflécticos como mal pronóstico para la agudeza visual.

En cuanto a la ANGIO OCT comenta que está indicada en el caso de edemas maculares quísticos grandes observados mediante oct estructural debido a que puede tener enmascarado un aumento de la zona a vascular foveal y valorar tratamiento.

comenta que la oct nos permite valorar la integridad y estructura de las capas internas y externas de la retina, que en caso de haber una alteración mayor a 1 mm, se puede considerar un factor productivo para tratamiento y están asociados a mal pronóstico de agudeza visual.

Menciona que en base a los hallazgos tomográficos se pueden predecir a los buenos y malos respondedores a tratamiento mediante antiangiogénico, referido al número de letras ganadas tras el tratamiento.

por último comenta los hallazgos que se pueden encontrar en la ANGIO OCT como las alteraciones en el plexo vascular superficial y profundo y un aumento de la zona a vascular foveal, que no pueden ser observados en la oct estructural, así como también que las alteraciones en el plexo vascular profundo hay menor respuesta a los antiangiogénicos.

Concluye que la imagenología nos ayuda a que el paciente entienda su enfermedad, a que como médicos nos provea información para valorar factores de riesgo y posibilidades de respuesta a tratamiento y poder personalizar el manejo de los pacientes. Comenta los diferentes tipos de tratamiento disponibles para la enfermedad; recalca la importancia del control metabólico. menciona a la fotocoagulación con láser como gold estándar para el manejo de la retinopatía diabética proliferativa ya que éste elimina la progresión de la



enfermedad y previene la pérdida visual, su objetivo es estabilizar la retinopatía diabética, prevenir la pérdida de visual y que nunca es para mejorar agudeza visual.

Recuerda sus indicaciones: retinopatía diabética proliferativa, neo vascularización en iris o en ángulo iridocorneal y la presencia de hemorragia vítrea o pre retiniana.

Comenta el uso de antiangiogénicos como tratamiento para el edema macular.

Comenta las diferentes técnicas utilizadas para la aplicación de medicamento intravítreas, recalando que entre todas las variantes en México y el mundo, el uso de yodopovidona es la constante. Indica que no importa el control metabólico del paciente para iniciar el tratamiento para retinopatía diabética, debe iniciarse tempranamente.

Comenta el implante de dexametasona intravítreo como opción de tratamiento de edema macular diabético en forma temprana.

Indica que la vitrectomía está indicada en formas avanzadas en donde existe hemorragia vítrea grado 4, la presencia de membranas con tracción.

Concluye su participación. El Dr. Humberto Ruíz García coordinador de la sesión agradece su participación y presenta al Dr. Gerardo García con el tema de manejo quirúrgico en retinopatía diabética.

el Dr. Gerardo García agradece la invitación a participar en la sesión e inicia mencionando cuándo debe realizarse un manejo quirúrgico en retinopatía diabética; menciona que cuando hay opacidad vítreas importantes, persistentes o que sean recientes en un paciente con ojo único o alguna afección bilateral; cuando queramos aplicar laser y las mismas opacidad vítreas no lo permitan, así como también cuando hay desprendimiento de retina traccional, sobre todo cuando amenace o involucre en centro de la fóvea. Menciona el estudio de drcr. net en el que se comparó el tratamiento con aflibercept de los pacientes con hemorragia vítrea vs vitrectomía y sus resultados a largo plazo, mostrando que a dos años ambos grupos tuvieron agudeza visual similar.

Sin embargo al inicio hay mejoría visual en el grupo de vitrectomía; así como también una tercera parte del grupo con tratamiento intravítreo requirió vitrectomía y viceversa; sin embargo el número de inyecciones promedio fue menor en el grupo de vitrectomía. Comenta que actualmente hay tendencia por las inyecciones intravítreas en ciertos grupos, pero que sin embargo no es un efecto duradero porque no disminuye la producción de factor de crecimiento vascular endotelial y al perderse de seguimiento al regresar a sus consultas los que solo se inyectan y no se les aplica laser regresan con formas más activas de la enfermedad.

comenta la importancia de preparar al paciente para la cirugía de vitrectomía, estableciendo las expectativas del procedimiento, y siendo muy claros en cuanto a que la cirugía es para evitar un desenlace de pérdida visual, la necesidad de re operaciones o malos resultados independientemente de la técnica quirúrgica. Menciona la importancia de aplicar laser preoperatoriamente si las condiciones lo permiten; comenta que previo al procedimiento para reducir el riesgo de sangrado transquirúrgico, el riesgo de re sangrado o el de desarrollar glaucoma neo vascular les aplica inyecciones de antiangiogénico. Comenta que durante la cirugía es muy importante la presurización y presión intraocular, limpiar opacidad de medios y liberar tracción anteroposterior y tangencial, aplicar laser y controlar la hemorragia.

Muestra varios videos en los que explica cada una de estos puntos y concluye su participación, mencionando que no hay que esperar tanto para someter a un paciente a cirugía, mejor una cirugía temprana, recalando que la vitrectomía es actualmente un procedimiento seguro con todas las herramientas con las que se dispone actualmente.

se abre el panel de preguntas y el Dr. Humberto Ruíz García pide a los integrantes de la mesa de la sesión y a los ponentes comentar cual es el protocolo de manejo de un paciente diabético en la práctica diaria, concluyéndose el manejo integral con los exámenes de laboratorio de control sistémica básico, el apoyo interdisciplinario con otras especialidades médicas, así como también el apoyo multimodal de imágenes , se



recalca la importancia de la fluorangiografía por parte del Dr. Gerardo García , haciendo hincapié en que continúa siendo un estudio imprescindible en el manejo de todo paciente diabético por todos los datos que aporta y que desde su punto de vista no puede ser sustituido por el estudio de ANGIO OCT. Mencionan nuevamente la importancia de la vitrectomía como un procedimiento seguro. Se agradece la asistencia a la sesión y se da por terminada la misma.

Fin de la sesión.

Dr. Axel Orozco Hernández
Presidente

Dra. Nadia Vaal Gil
Secretario anual