

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN DMAE (DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD)

Pharmaceutical Care in ARMD (Age-Related Macular Degeneration)

Lucía FERNÁNDEZ; Javier MUÑOZ

Farmacia Muñoz Gonzalez, Bembibre (León)

Teléfono: 637114352

Correo-e: luciafb@usal.es

RESUMEN: La Degeneración Macular Asociada a la Edad es una maculopatía que actualmente supone la principal causa de pérdida visual irreversible en el mundo occidental. Se trata de un proceso degenerativo que afecta a varias estructuras oculares como la membrana de Brunch, el epitelio pigmentario de la retina y los fotorreceptores de la mácula. El único factor de riesgo universalmente aceptado para esta patología es la edad, aunque diversos estudios apuntan a una posible relación con otros factores de riesgo. Su detección no es sencilla debido al desconocimiento de la población respecto a esta patología y a la facilidad para confundir sus síntomas con los de otras patologías oculares. En este trabajo se ha realizado un estudio de detección de DMAE sobre una muestra de la población con los objetivos de estimar su incidencia y relacionarla con determinados factores de riesgo. Para ello se ha realizado previamente una revisión bibliográfica sobre el tema y se ha utilizado material como encuestas, rejillas de Amsler y folletos informativos. En los resultados cabe destacar la elevada prevalencia de los factores de riesgo posiblemente relacionados en la muestra utilizada. Además, se detectó un caso de DMAE, de modo que el estudio ha contribuido a la mejora de la calidad de vida de un paciente.

Palabras clave: DMAE; mácula; rejilla de Amsler.

ABSTRACT: Age related macular degeneration is a maculopathy that nowadays represents the main cause for the irreversible loss of eyesight in the occidental world. It is a degenerative process that affects several ocular structures as Brunch's membrane, the retinal pigment epithelium and the macula photoreceptors. There is only one risk that is worldwide accepted that is the age. Even though different studies indicate a possible relation with other risk factors. The detection is not easy because of the unawareness of the population, as well as the facility to mix up the symptoms with the ones characteristic of other ocular pathologies. This paper shows a study about the detection of age related macular degeneration in a population sample with the aims of estimating the incidence and trying to link it with other risky factors. For this purposes, a previous bibliography review about the topic has been made and different materials have been used such as surveys, Amsler's charts and information pamphlets. In the results, it is important to highlight the high prevalence of the risky factors, possibly related to the sample used. Furthermore, a case of ARMD was detected, so that this study has contributed to the improvement of the life quality of a patient.

Key words: ARMD; Macula; Amsler grind.

INTRODUCCIÓN

Definición. Sintomatología e incidencia

La Degeneración Macular Asociada a la Edad es una maculopatía que actualmente supone la principal causa de pérdida visual irreversible en el mundo occidental. Ciertamente es que la mayoría de las pérdidas de visión se deben a las cataratas, pero actualmente existe solución a este problema.

Se trata de un proceso degenerativo que afecta a la coroides, la membrana de Brunch, el epitelio pigmentario de la retina y los fotorreceptores de la mácula.

El EPR desempeña un papel fundamental en el funcionamiento normal de la retina. Se encarga de las funciones metabólicas, físicas y químicas, así como del mantenimiento de la barrera hematorretinal y de la formación de rodopsina. En definitiva, el buen estado del EPR es indispensable para la correcta función celular desde la coroides a la retina. La alteración de estas funciones provocaría cambios en la mácula, los cuales podrían conducir a la degeneración macular.

Los desechos procedentes del metabolismo de la retina son fagocitados por el EPR y eliminados a través de la membrana de Brunch. Con la edad, esta capacidad de eliminar los desechos puede ir perdiéndose, de modo que estos no consiguen degradarse y se acumulan en la membrana de Brunch.

Ya desde la adolescencia, esta membrana va engrosándose debido al depósito de sustancias, pero es a partir de los 50 años cuando este acumulo aumenta, especialmente el de lípidos. Esto interfiere en el transporte normal del agua y metabolitos en la membrana de Brunch, lo que modifica la actividad celular de la mácula, favoreciendo su desintegración.

Estos depósitos de material extracelular en la EPR y la membrana de Brunch constituyen las denominadas drusas, primeros signos histológicos del envejecimiento macular.

Las drusas duras, que suelen tener un tamaño pequeño y límites definidos, no son suficientes para el diagnóstico de la DMAE, ya que no suelen progresar y no condicionan la pérdida de agudeza visual. Sin embargo, las drusas blandas, de mayor tamaño y límites mal definidos, pueden confluir unas con otras y están directamente relacionadas con un aumento en el riesgo de desarrollar alteraciones maculares.

Al principio, la sintomatología de esta enfermedad puede confundirse fácilmente con otras patologías oculares, ya que se caracteriza por una disminución de la agudeza visual y una disminución de la sensibilidad al contraste. Sin embargo, también cuenta con otros síntomas que la hacen fácilmente distinguible, como las metamorfopsias o los escotomas, zonas de ceguera parcial, temporales o permanentes.

La DMAE constituye la primera causa de pérdida visual irreversible en el mundo occidental. Ciertamente es que las cataratas afectan a un mayor porcentaje de la población, pero para esta patología sí que existe una solución eficaz.

En occidente es la principal causa de ceguera irreversible en el grupo comprendido entre los 65 y 74 años de edad, y la segunda en la población de 45 a 69 años. Además, es la tercera causa de ceguera mundial.

Se estima que entre un 55 y un 85% de los pacientes con DMAE presentarán ceguera legal a los 70 años de edad.

Factores de riesgo

Actualmente, el único factor de riesgo establecido para la DMAE es la edad. Por definición, aparece en personas mayores de 50 años, aunque normalmente predomina en mayores de 65.

Respecto al resto de factores de riesgo existe cierta controversia, aunque generalmente se asocia a:

- Antecedentes familiares: existe una mayor frecuencia de la enfermedad en familiares de primer grado de pacientes con DMAE.
- Otros factores oculares: iris claros, hipermetropía y/o cataratas.

- Enfermedades cardiovasculares y otras patologías: hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes y arterosclerosis.
- Tabaco: relacionado con un aumento de la frecuencia de la DMAE exudativa por alteración del flujo coroideo.
- Obesidad, dieta y alcohol.

Clasificación

- MAE: drusas de límites definidos o poco definidos asociadas a hiper o hipopigmentación del EPR.
- DMAE no exudativa, geográfica, seca o atrófica: zona bien definida en la que aparece ausencia de EPR o hipopigmentación. Representa cambios degenerativos de forma gradual en el EPR, fotorreceptores, membrana de Brunch y coroides, provocando un área circular de atrofia macular. Esta forma de degeneración macular es la que se observa en la mayoría de los pacientes.
- DMAE exudativa, húmeda, disciforme o neovascular: se caracteriza por la aparición de nuevos vasos que invaden la mácula por debajo del EPR. Se conoce como neovascularización subretinal o membrana neovascular coroidea. Estos vasos provocan un escape de líquido y hemorragia en el espacio subretinal, lo que conduce al desprendimiento del EPR, la membrana de Brunch y el tejido macular colindante.

Hay que tener en cuenta que si no se detecta a tiempo y no se realiza el tratamiento adecuado, la DMAE seca puede degenerar en una DMAE neovascular.

Tratamiento

En los estadios iniciales de la enfermedad no es necesario hacer un tratamiento específico, pero sí existen unas pautas a seguir para evitar la evolución de la degeneración macular. Se aconseja una dieta rica en zeaxantina y luteína. Estos aumentan la pigmentación del EPR, de modo que hacen que la mácula sea más resistente ante la presencia de radicales libres y minimizan los daño oxidativos. La luteína y la zeaxantina están presentes en general en frutas y verduras, sobre todo en las espinacas, el maíz y las naranjas, así como en la yema del huevo. También existen suplementos vitamínicos que contienen estos pigmentos. También se han recomendado dietas con alto contenido en omega-3, suplementos minerales con zinc y antioxidantes como los beta carotenos, aunque los estudios AREDS y AREDS 2 no han concluido que estos sean realmente eficaces. Además los beta carotenos aumentan el riesgo de cáncer de pulmón, especialmente en fumadores.

En conclusión, actualmente no existe ningún tratamiento que haya demostrado una eficacia clínica importante con capacidad de mejoría o de detener la progresión de la enfermedad en esta modalidad de DMAE.

Respecto a la DMAE exudativa, el tratamiento más eficaz son los fármacos anti-factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF). Actualmente se encuentran disponibles tres: ranibizumab, bevacizumab y pegaptanib sódico. Estos fármacos se administran por vía intravítrea, mediante inyecciones realizadas de forma periódica debido a su corta semivida.

Otras opciones de tratamiento para esta forma de la enfermedad son la foto-coagulación con láser o la terapia fotodinámica.

OBJETIVOS

- Realizar una estimación de la incidencia de posible maculopatía en la población.
- Determinar la posible relación de dichos daños con la edad y otros factores de riesgo.
- Informar y concienciar sobre la importancia de la prevención y detección precoz de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en una farmacia de Sama de Langreo, donde la mayoría de los pacientes son adultos o personas de edad avanzada, lo que ha facilitado la recogida de datos, ya que el único criterio de inclusión es que sean mayores de 50 años.

Antes de comenzar el estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica para tener un conocimiento más profundo sobre la DMAE, los factores de riesgo predisponentes, como detectarla y los tratamientos disponibles.

A continuación, se elaboró un cuestionario personal para realizar a los pacientes, principalmente basado en la información adquirida sobre los factores que predisponen a sufrir DMAE (Anexo I).

Tras informar al paciente de que estos datos serán anónimos y utilizados para la realización de este trabajo, se les realiza dicho cuestionario.

Se les proporciona una rejilla de Amsler, se les explica cómo utilizarla, y se les realizan unas sencillas preguntas sobre cómo ven la rejilla (Anexo II). Para realizar el test de Amsler se colocará la rejilla a 30 cm del paciente en un lugar con buena iluminación. Si el paciente utiliza gafas o lentillas habitualmente deberá ponerse-las para realizar la prueba. Una vez preparado, se tapaná un ojo con una mano y mirará al punto central de la rejilla. Al mismo tiempo se le pregunta al paciente

si ve alguna línea torcida o discontinua, así como manchas centrales borrosas. Si alguna de las respuestas es afirmativa, recomendamos al paciente una consulta con su médico de cabecera u oftalmólogo.

Una vez finalizado el test, se les entrega un folleto informativo y una rejilla de Amsler para que ellos mismos puedan revisar su vista en casa periódicamente.

RESULTADOS

Se realizaron 50 encuestas a pacientes que acudían a la oficina de farmacia, concretamente a 24 hombres y 26 mujeres. Además de clasificarles en función del sexo, dividimos a los encuestados en tres grupos de edad: entre 50 y 64 años, entre 65 y 74, y mayores de 74 años.

Respecto al conocimiento de la población sobre la DMAE, observamos que tan solo un 12% de los encuestados conocen, al menos mínimamente, esta patología.

A continuación, analizamos los resultados referentes a los factores de riesgo que pueden predisponer a la DMAE. Evidentemente todos los pacientes cuentan con el único factor de riesgo universalmente aceptado, la edad.

- Hábito tabáquico.

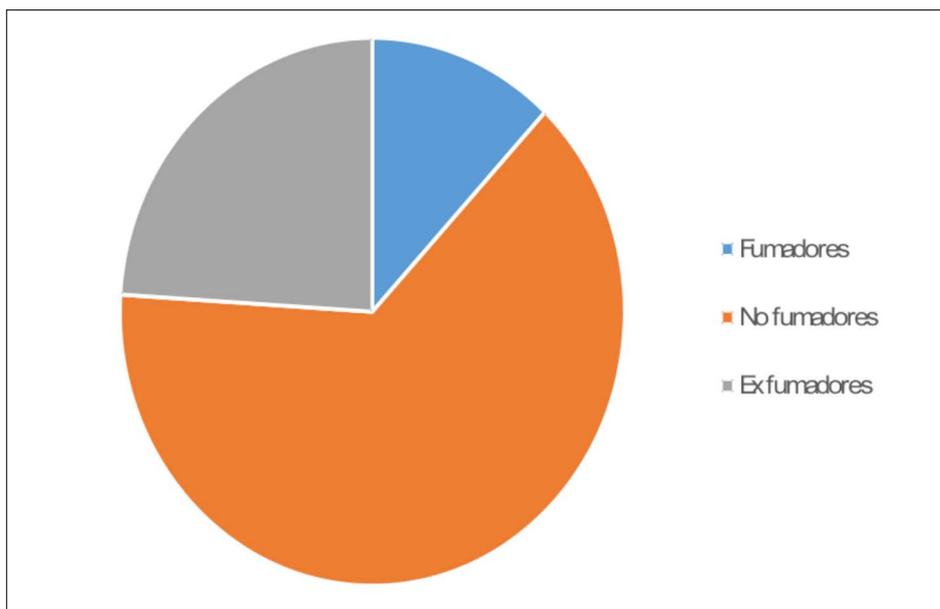


GRÁFICO 1. Hábito tabáquico de los encuestados.

- Otras patologías.

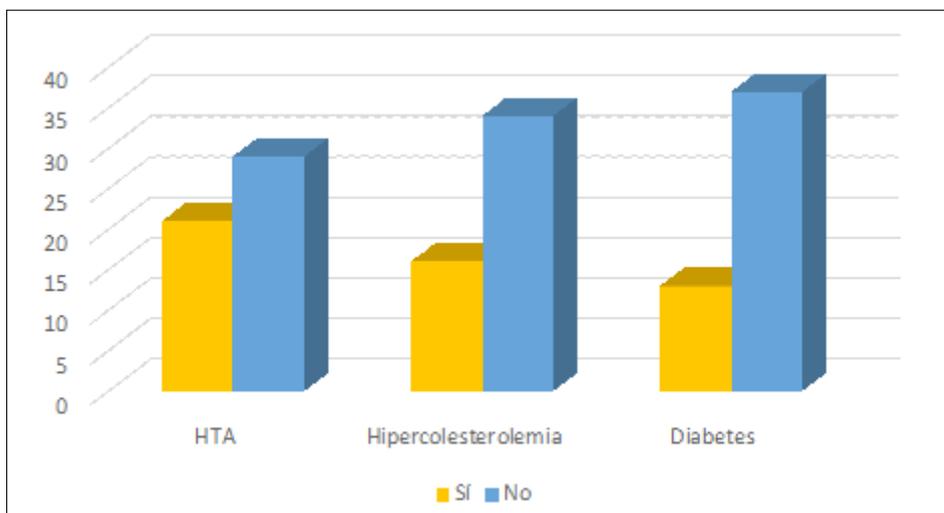


GRÁFICO 2. Incidencia de otras patologías posiblemente relacionadas.

Respecto a las patologías cardiovasculares, de forma más general, hemos observado que una gran parte de los pacientes están diagnosticados y medicados para tratar alguna de estas enfermedades, concretamente un 72% de los encuestados siguen un tratamiento activo.

- Antecedentes familiares de pérdida de visión.

Un 50% de los encuestados refirió tener antecedentes familiares de pérdida de visión. La mayoría de estos casos debidos a cataratas, problema bastante común en personas de edad avanzada.

Si analizamos estos datos en conjunto, observamos que la mayoría de la población encuestada tiene dos o más factores de riesgo además de la edad.

Por último, analizamos los resultados derivados de la prueba de detección. Tras realizar el test de la rejilla de Amsler, solo dos personas refirieron una visión inadecuada de la misma.

En ambos casos se trata de dos pacientes incluidos en el grupo de edad de mayores de 75 años. Además, los dos están diagnosticados de al menos una patología cardiovascular y están operados de cataratas.

Ante esta situación, y ante la posible presencia de una maculopatía, se deriva a ambos pacientes a su médico de cabecera.

Uno de los pacientes fue derivado por su médico al oftalmólogo, donde se confirmó, tras la realización de varias pruebas, un diagnóstico positivo de DMAE.

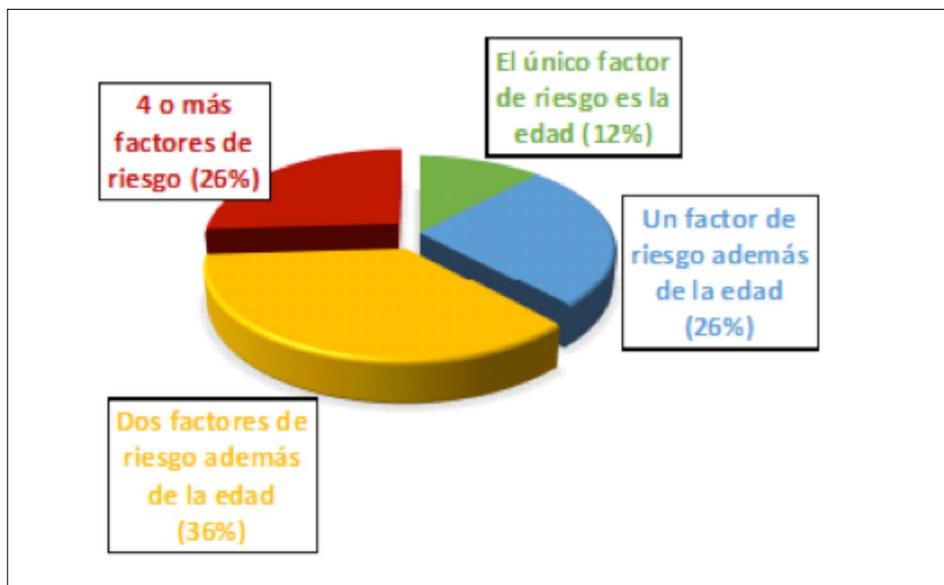


GRÁFICO 3. Factores de riesgo asociados.

CONCLUSIONES

En general, existe bastante desconocimiento en la población sobre esta patología y las consecuencias que conlleva la misma.

A pesar de que el único factor de riesgo universalmente aceptado es la edad, podemos concluir que la mayoría de las personas cuentan con varios factores asociados a la aparición de DMAE, como son el tabaquismo, enfermedades cardiovasculares, antecedentes familiares de pérdida de visión...

La detección temprana de esta patología es muy importante, ya que, aunque no existe un tratamiento específico para curarla, cuanto antes se detecte, antes se podrá ralentizar su evolución, evitando que derive en una DMAE neovascular o incluso en ceguera legal.

BIBLIOGRAFÍA

- CRUZ GONZÁLEZ, Fernando: *Estudio clínico y genético de la degeneración macular asociada a la edad*. Colección Vitor. 1ª edición. Salamanca (España): Ediciones Universidad de Salamanca, 2012.
- EMILIO ABAD, Luis: *La mácula, cambios degenerativos*. 1ª edición. Barcelona: Editorial Glosa, 2007.
- GARRIDO HERMOSILLA, Antonio Manuel: *Terapia fotodinámica y degeneración macular asociada a la edad*. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla: Editorial Punto Rojo Libros, 2014.
- Material informativo de VYOFAR. *DMAE y otras patologías oculares de la edad avanzada*. Curso del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2011.
- Serv.es [Internet] Barcelona: Profármaco2. Formación continuada. Comunicación Científico - Médica ;2009 [actualizado 2011; citado 23 de mayo de 2015] Disponible en: <https://www.serv.es/pdf/Guia_SERV_01.pdf>.

ANEXO I

DATOS GENERALES

Sexo: Varón Mujer

Edad: 50-64 años 65-74 años 75 o más

¿Conoce la DMAE? Sí No

FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo: Fumador Ex fumador No fumador

Antecedentes familiares de pérdida de visión: Sí No

Hipercolesterolemia*: Sí No

Hipertensión arterial*: Sí No

Diabetes*: Sí No

* Se considerará respuesta afirmativa si la patología está diagnosticada por un médico y actualmente se sigue un tratamiento activo.

ANEXO II

REJILLA DE AMSLER

Visión de ondulaciones:

- Ojo derecho: Sí No
- Ojo izquierdo: Sí No

Visión de discontinuidades:

- Ojo derecho: Sí No
- Ojo izquierdo: Sí No

Visión borrosa con mancha central:

- Ojo derecho: Sí No
- Ojo izquierdo: Sí No

*Derivación médica: Sí No

