

Análise de 400 pacientes diabéticos portadores de retinopatia

Alaide Cristina Barbosa Ulson * & Suel Abujamra **

A classificação mais aceita de retinopatia diabética (RD) divide-a em 2 formas: RD Simples ou não proliferativa (RDS) e RD Proliferativa (RDP)¹.

A literatura brasileira apresenta poucos estudos epidemiológicos sobre RD² e praticamente são poucos os programas de prevenção da cegueira causada pelo diabetes.

No arquivo de nossa clínica, temos cerca de 3.000 prontuários de diabéticos com retinopatia. Temos observado por ocasião da primeira consulta que a distribuição percentual de RDS e RDP não são semelhantes à literatura estrangeira. Há grande contingente de pacientes que se apresentam para exame ocular já em fase de RDP avançada.

Baseados nessas observações, realizamos estudo retrospectivo para avaliar as condições da RD na primeira consulta, em populações diabéticas consideradas de baixa renda (pacientes previdenciários) e em populações com maiores recursos (pacientes particulares).

MATERIAL E MÉTODO

Foram selecionados aleatoriamente de nosso arquivo 400 prontuários de pacientes comprovadamente portadores de diabetes mellitus sendo, 200 pacientes encaminhados pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) — (Grupo I) e 200 pacientes de clínica privada — (Grupo II).

Na pesquisa dos prontuários dos pacientes, foram considerados para análise na primeira consulta os seguintes dados: idade, sexo, cor, procedência do encaminhamento, motivo da consulta, duração da queixa, tempo do diagnóstico do diabetes, tempo decorrido da última glicemia, medicação usada, comprometimento de outros órgãos, pressão arterial, acuidade visual com ou sem correção e exame fundoscópico.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou entre 18 e 82 anos com idade média de 55,47 anos. Procedeu-se o agrupamento dos pacientes em três faixas etárias, conforme Tabela I.

TABELA I

Distribuição das faixas etárias de 400 pacientes portadores de retinopatia na primeira consulta

Faixa Etária	0 — 30 anos		31 — 60 anos		+ 60 anos		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
INAMPS Grupo I	17	8,50	108	54,00	75	37,50	200
Particulares Grupo II	16	8,00	101	50,50	83	41,50	200
Total	33	8,25	209	52,25	158	39,50	400

Quanto ao sexo, 194 (48,5%) eram do sexo masculino e 206 (51,5%) eram do sexo feminino.

Quanto ao grupo étnico 375 (93,75%) eram brancos; 8 (2%) amarelos; 6 (1,5%) pardos e 11 (2,75%) negros.

Em relação a procedência, agrupamos os pacientes de acordo com a origem de seus encaminhamentos ao especialista em retina, conforme a Tabela II.

Quanto ao motivo da consulta; 368 (92%) pacientes apresentavam queixa de baixa acuidade visual; 11 (2,75%) de dor ocular; 3 (0,75%) diplopia; 2 (0,50%) de lacrimejamento; 16 (4%) sem queixas apresentavam-se somente para exame preventivo.

O tempo de duração da queixa até a primeira consulta variou segundo o agrupamento demonstrado na Tabela III.

O tempo de duração do diabetes (informado pelos pacientes) variou de 1 a 39 anos, conforme o agrupamento a seguir:

0 — 5 anos = 81 (20,25%) pacientes
 6 — 10 anos = 86 (21,50%) pacientes
 10 — 20 anos = 182 (45,50%) pacientes
 + de 20 anos = 51 (12,75%) pacientes

Quanto ao controle glicêmico, consideramos o tempo decorrido entre a última glicemia e a primeira consulta.

0 — 1 mês = 260 (65%) pacientes
 2 — 5 meses = 105 (26,25%) pacientes
 6 — 9 meses = 23 (5,75%) pacientes
 + de 9 meses = 12 (3%) pacientes

* Médica.

** Professor Livre-Docente da Disciplina de Clínica Oftalmológica do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TABELA II
Procedência de encaminhamentos de diabéticos para estudo do fundo de olho

Referência *	Oftalmol.		Cl. Geral		Endocr.		Neurol.		Outros espec.		Outras fontes		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
INAMPS Grupo I	160	80,00	21	10,50	10	5,00	1	0,50	1	0,50	7	3,5	200
Particul. Grupo II	130	65,00	14	7,00	24	12,0	3	1,50	6	3,00	23	11,5	200
Total	290	72,50	35	8,75	34	8,50	4	1,00	7	1,75	30	7,5	400

* Oftalmol. = Oftalmologista
Cl. Geral = Clínico Geral
Endocr. = Endocrinologista
Neurol. = Neurologista
Outros espec. = Outros especialistas

TABELA III
Tempo decorrido entre a queixa e a primeira consulta.

Tempo de duração da queixa	Sem queixas (Exame preventivo)		0-3 meses		4-11 meses		1-5 anos		+ 5 anos		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
FREQUENCIA											
INAMPS Grupo I	—	—	65	32,5	56	28,0	69	34,5	10	5,00	200
PARTICUL. Grupo II	16	8,00	58	29,0	39	19,5	72	36,0	15	7,50	200
TOTAL	16	4,00	123	30,75	95	23,75	141	35,25	25	6,25	400

Em relação ao uso de insulina, os pacientes foram divididos em 2 grupos: os insulino-dependentes 156 (39%) e os não insulino-dependentes 244 (61%).

Quanto ao comprometimento de outros órgãos (coração, rins, etc.) 271 (67,75%) pacientes não referiam lesões e 129 (32,25%) restantes referiam lesões várias associadas de outros órgãos.

A associação do diabete com hipertensão arterial foi referida em 189 (47,25%) pacientes e 211 (52,75%) pacientes não informavam hipertensão arterial.

Quanto a acuidade visual foram considerados somente os pacientes que apresentavam acuidade visual corrigida 238 (59,50%) pacientes. O comportamento da mesma, está apresentado na Tabela IV.

TABELA IV

Comportamento da acuidade visual corrigida na primeira consulta em 476 olhos portadores de retinopatia diabética.

ACUIDADE VISUAL	AMAUROSE		< 0,1 — 0,1		0,1 — 0,5		0,5 — 1,0		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
FREQUENCIA									
INAMPS Grupo I	—	—	57	25,44	93	41,51	74	33,05	224
PARTICUL. Grupo II	4	1,58	64	25,39	81	32,14	103	40,39	252
TOTAL	4	0,34	121	25,42	174	36,55	177	37,19	476

No exame fundoscópico dos 800 olhos estudados, foram consideradas as seguintes lesões: Retinopatia Diabética Simples (RDS), Retinopatia Diabética Proliferativa (RDP), Proliferação Fibrosa (PF), Descolamento tractional da retina (DTR), Hemorragia parcial

de vítreo (H₁), Hemorragia total de vítreo (H₂), Neovascularização da íris (NV íris) e Glaucoma neovascular (GL NV).

A Tabela V mostra a incidência dos vários tipos de lesões.

TABELA V

Frequência de tipos de lesões encontradas em 800 olhos de pacientes portadores de retinopatia diabética na primeira consulta.

Lesões diagnósticas	Sem Lesões		RDS		RDP		PF		DTR		H ₁		H ₂		NV íris		GLNV		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Inamps	—	—	140	35,00	260	65,00	65	16,25	31	7,75	69	17,25	16	4,00	4	1,00	7	1,75	400
Particul. Grupo II	2	0,50	194	48,50	204	51,50	66	16,50	35	8,75	45	11,25	15	3,75	4	1,00	8	2,00	400
Total	2	0,25	336	42,00	464	58,00	131	16,37	66	8,25	114	14,25	31	3,87	8	1,00	15	1,87	800

COMENTÁRIOS

Verificamos em nossos estudos, que a faixa etária mais acometida de RD foi a de 31 a 60 anos, onde se observou mais de 50% dos pacientes diabéticos, sendo semelhante portanto, aos resultados encontrados em outros trabalhos³.

Notamos também proporções semelhantes de pacientes com RD em ambos os sexos, sendo respectivamente 48,50% do sexo masculino e 51,5% do sexo feminino. Na literatura alguns autores, referem uma proporção de 3:4 respectivamente para os sexos masculino e feminino⁴.

Observou-se mais incidência nos pacientes brancos sendo praticamente equivalente as porcentagens de amostra encontrada nos dois grupos de estudos. A hipótese para justificar essa distribuição seria que a maior parte da população brasileira é de cor branca.

A Tabela II mostra que a grande maioria dos pacientes foram encaminhados por oftalmologistas (72,50%) significando uma maior conscientização desses especialistas na prevenção da cegueira pelo diabetes.

A baixa acuidade visual foi a queixa mais freqüente (92%). Esse dado não nos causa estranheza uma vez que tanto a literatura médica quanto a prática, tem demonstrado que a diminuição da acuidade visual é geralmente o primeiro e o mais importante sintoma.

A Tabela III demonstra que grande parte dos pacientes procuraram o retinólogo tardiamente, sendo o tempo de duração da queixa de 1 a 5 anos o mais freqüente (35,25%).

A maior incidência de RD constatou-se nos pacientes portadores de diabetes por mais de 10 anos (58,25%).

Na população estudada, ficou demonstrado que o controle do diabetes por meio da última glicemia foi adequado (0 a 1 mês) na maioria dos pacientes (65%).

Quanto a acuidade visual corrigida, verificamos semelhança entre os grupos de 0,1 a 0,5 e os de 0,5 a 1,0 (cerca de 37% cada).

Fato preocupante é o demonstrado na Tabela V, onde se observou que a RDP foi mais freqüente na primeira consulta (65% nos clientes do INAMPS e 51,5% nos particulares — média 58,2%) em comparação à freqüência referida por alguns autores estrangeiros^{5,6} que variam de 5 a 15%. Essa realidade é profundamente lamentável pois traduz o profundo grau de desatenção à RD como causa de cegueira em nosso país.

Outros fatos que merecem destaque são as elevadas freqüências de complicações encontradas, decorrentes da RD: proliferação fibrosa (16,5%), descolamentos tracionais da retina (8,25%), hemorragia parcial de vítreo (14,25%), hemorragia total de vítreo (3,87%), neovascularização da íris (4%) e glaucoma neovascular (1,8%). Esses números demonstram que os pacientes procuram nossos serviços já em fase avançada da doença.

Se confrontarmos os dois grupos de pacientes, previdenciários e particulares, os primeiros apresentam maior freqüência de complicações decorrentes da fase proliferativa da doença. Esse fato é compreensível, considerando os poucos recursos econômicos e de instrução da população brasileira mais pobre.

É necessário maior conscientização da RD pelos médicos de diferentes especialidades, no propósito dos diabéticos serem examinados periodicamente pelos oftalmologistas, afim de assegurar o diagnóstico precoce da doença e o tratamento pela fotocoagulação quando necessário.

RESUMO

Foram avaliadas as condições de estadiamento da retinopatia diabética, por ocasião da primeira consulta em 400 prontuários de clínica privada especializada em retina.

O resultado do exame fundoscópico dos 800 olhos foi o seguinte:

— Ausência de lesões de retinopatia diabética	0,25%
— Retinopatia diabética simples	42%
— Retinopatia diabética proliferativa	58%
— Proliferação fibrosa	16,37%
— Descolamento tracional da retina	8,25%
— Hemorragia parcial de vitreo	14,25%
— Hemorragia total de vitreo	3,87%
— Neovascularização de íris	1,0%
— Glaucoma neovascular	1,87%

Concluimos que em nosso meio, a maioria dos pacientes procuram tratamento de sua retinopatia diabética já em fase avançada da doença em comparação a outros países.

É necessário maior conscientização da doença por parte dos oftalmologistas, endocrinologistas, clínicos, autoridades públicas e dos próprios pacientes diabéticos, que a precocidade do diagnóstico e tratamento pela fotocoagulação, oferecem melhores resultados.

SUMMARY

It was evaluated the stay conditions of the diabetic retinopathy, in the occasion of his first examination by a retina specialist, in four hundred promptuaries randomly selected of a private clinic.

The results of the fundoscopic exams of eight hundred eyes was the following:

— No lesions of diabetic retinopathy	0,25%
— Background retinopathy	42%
— Proliferative diabetic retinopathy	58%
— Fibrous proliferation	16,37%
— Tractional detachment of the retina	8,25%
— Partial hemorrhage of the vitreous	14,25%
— Total hemorrhage of the vitreous	3,87%
— Iris neovascularization	1,0%
— Neovascular glaucoma	1,87%

We concluded that in our environment most of patients look for their diabetic retinopathy treatment in an advanced phase of the disease in comparison of other countries.

It's necessary greater consciousness of the disease concerning ophthalmologists, internists, public authorities and the own diabetic patients that the precocity of diagnosis and treatment trough photocoagulation offers better results.

BIBLIOGRAFIA

1. GOLDBERG, M. F. and FINE, S. L. — Symposium on the Treatment of Diabetic Retinopathy. U.S. Dep. of Health, Education and Welfare, 1968.
2. BARROS, O.M.; MARQUES, J.P.F.; GATTI, B.A. e PEREIRA, C.A.B. — Analyse de la frequence de retinopathie diabétique quant au sexe, age et temps de dureé de la maladie. Etude de 563 cas. In: XXII. Concilium Ophtalmologicum. Masson, Paris. p. 530-538, 1974.
3. CAIRD, F.I. — Epidemiology of diabetic retinopathy. In: LYNN, J.R.; SNYDER, W.B. and VAISER, A., Editors. Diabetic Retinopathy. Grune e Stratton, Inc., New York, 1974.
4. DUKE-ELDER, S. — System of Ophthalmology. Henry Kimpton, London, vol. X. p. 410-488, 1967.
5. LARSEN, H.W. — General comparison of xenon arc and argon laser photocoagulation. In: L'ESPERANCE, JR, F.A. Edit. — Current Diagnosis and Management of Chorioretinal Diseases. The C.V. Mosby Co. Saint Louis, p. 209-218. 1977.
6. L'ESPERANCE, JR, F.A. and JAMES JR., W.A. — Diabetic Retinopathy — Clinical Evaluation and Management. The C.V. Mosby Co. Saint Louis, p. 20-37, 1981.
7. ZWENG, H.C.; LITTLE, H.L. and VASSILLIADIS, A. — Argon Laser Photocoagulation. The C.V. Mosby Co. Saint Louis. p. 180-217, 1977.