Cribado de la retinopatía diabética. Técnica. ¿Quién debe hacer el cribado? Importancia del médico de familia en el cribado

Joan Barrot de la Puente
Médico de familia. Centro de Atención Primaria Jordi Nadal. Salt (Girona)

Recientemente se ha publicado la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, que aconseja facilitar la detección precoz de la RD y favorecer la accesibilidad a CNM digitales en los servicios sanitarios asistenciales para la detección de la RD y la prevención de la ceguera[1].

Debido al mejor control metabólico de nuestros pacientes diabéticos, la reducción de sus complicaciones y el lento desarrollo de la RD, diferentes estudios avalan modificar la frecuencia de la realización del cribado de RD.

El estudio de Jones et al.[2] muestra que las personas con DM2 sin RD en el momento de su primer examen de la retina estaban en bajo riesgo de progresión a RD preproliferativa y muy bajo riesgo de progresión a RDP o bien maculopatía, incluso después de cinco años de seguimiento. Por el contrario, los pacientes con RDNP al inicio del estudio tenían cinco veces más probabilidades de desarrollar RD pre-proliferativa, RDP o maculopatía que aquellos sin RD al inicio del estudio[2].

El estudio de Olafsdóttir y Stefánsson[3] y el de Chalk et al.[4] demuestran que el intervalo de cribado de dos años, en lugar de anualmente, es seguro y efectivo para los pacientes con DM2 a los que se les ha diagnosticado RD. Por otra parte, esta política podría reducir el coste del cribado de la RD en un 25 %, mitigando así la mayor demanda ante la creciente prevalencia de la DM en el mundo.

Por tanto, podemos concluir que las evidencias avalan la realización del cribado mediante CNM cada dos años en pacientes sin lesiones de RD tal como proponen las guías de Atención Primaria de nuestro medio. Sin embargo, parece razonable mantener la frecuencia anual en pacientes con un mal control de la DM (HbA_{1c} > 8 %) o de larga duración de la enfermedad (más de 10 años).

A pesar de la recomendación bienal en pacientes sin RD previa y buen control metabólico, la mitad de los diabéticos no tiene registrada en su historia clínica ninguna exploración del fondo de ojo. Existen diferencias importantes entre las distintas comunidades autónomas de nuestro país.

MATERIAL DE USO EN LA CONSULTA DE RETINOGRAFÍA[5,6]

Con la **CNM de 45º** centrales obtenemos unas fotografías estereoscópicas con una sensibilidad y especificidad notables que nos permite detectar la RD e identificar precozmente no solo los primeros signos de la RD y del EM, sino también evitar los nuevos casos de ceguera en el diabético.

- **Una retinografía** por ojo, centrada en la mácula, es suficiente para el cribado de RD, según la ADA y la AAO.
- La realización de **dos retinografías**, una centrada en la mácula y la segunda en el lado nasal de la papila, aumenta la sensibilidad y especificidad. Se ha de tener en cuenta si los equipos lo consideran oportuno.
- La cámara estereoscópica de 30° de **7 campos** se considera el patrón de oro y el referente que se ha de seguir en los ensayos clínicos.

Debemos determinar la **agudeza visual** del paciente diabético con tablas optométricas del tipo test de Snellen o ETDRS y valorar la corrección con estenopeico en caso de su disminución para determinar si la pérdida de agudeza visual puede tener un origen refractario. Uno de los problemas más importantes en la obtención de las imágenes del fondo de ojo es la calidad de estas para poder distinguir correctamente los detalles de la retina. Tenemos pacientes diabéticos, habitualmente de larga evolución, que presentan miosis pupilar refractaria a la oscuridad. Esto se debe a la neuropatía autonómica y la pérdida de reflejos pupilares. Puede ser necesario dilatar con una gota de tropicamida (midriático débil, rápido y duración corta) en cada ojo. La

midriasis aumenta tanto la sensibilidad como la especificidad de la prueba. El riesgo de provocar glaucoma o un aumento de presión intraocular es mínimo. La implantación de los colirios midriáticos en las consultas de CNM evitarán un retraso en su interpretación y sobrecargar las consultas oftalmológicas sin sentido.

PERIODICIDAD DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO

Comienzo del cribado

- En la DM1, a los cinco años del diagnóstico de la enfermedad o en mayores de 15 años.
- En la DM2, en el momento del diagnóstico o cercano a este.

Periodicidad del cribado

- Anual en la DM1.
- En la DM2 sin signos de RD, con buen control metabólico y corta duración de la DM, se recomienda un control bienal.
- En la DM2 sin signos de RD, con mal control metabólico o con más de 10 años de evolución de la enfermedad, se recomienda la revisión anual.
- En la DM2 y la RDNP leve, control anual.

¿QUIÉN REALIZA EL CRIBADO?

Es importante una formación reglada para todos los profesionales sanitarios que participan en la realización y en la lectura de las imágenes de la retina. Los profesionales que efectúan las retinografías son: personal de enfermería, optometristas, médicos de familia o médicos oftalmólogos. Cada región sanitaria debería elegir al profesional que le convenga en función de sus características. Los circuitos deben ser claros y consensuados para usar la telemedicina y registrar las imágenes en la historia clínica del paciente. Tras la obtención de las imágenes, estas se han de enviar telemáticamente al médico que ha hecho la derivación a la CNM o al profesional encargado[7].

En la mayoría de las comunidades autónomas tanto la realización como la interpretación de las retinografías recaen en la Atención Primaria, y solo se derivan al oftalmólogo (por vía telemática) aquellas retinografías dudosas para el médico de familia o claramente patológicas, lo que aumenta mucho más la eficacia/eficiencia del cribado. Lo ideal sería que el médico de familia interpretara las imágenes de la retina de sus pacientes. El estudio de Rodríguez et al.[8] en Atención Primaria determinó que el tiempo empleado en cada retinografía fue de unos 10 minutos, más 1 minuto para que el oftalmólogo interpretara los resultados; en cambio, si el mismo especialista tuviese que interpretar la prueba mediante el fondo de ojo con dilatación pupilar necesitaría 15 minutos; el coste se calculó en torno a 13 € por retinografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud: actualización. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. NIPO: 680-12-047-5. Disponible en: URL: http://publicacionesoficiales.boe.es.
2. Jones CD, Greenwood RH, Misra A, Bachmann MO. Incidence and progression of diabetic retinopaty during 17 years of a population-based screening program in England. Diabetes Care 2012;35:592-6.
3. Olafsdóttir E, Stefánsson E. Biennial eye screening in patients with diabetes without retinopathy: 10-year experience. Br J Ophthalmol 2007;91:1599-601.
4. Chalk D, Pitt M, Vaidya B, Stein K. Can the retinal screening interval be safely increased to 2 years for type 2 diabetic patients without retinopathy? Diabetes Care 2012;35(8):1663-8.
5. Hernecki J. Atlas de retinopatía diabética en la cámara no midriática. Badalona: Euromedice; 2008.
6. Bonafonte S, García CA. Retinopatía diabética. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
7. Barrot J, Franch J. Cribado oftalmológico y derivación del paciente diabético en Atención Primaria. Annals d'Oftalmologia 2013;21(Supl 1):s4-8.
8. Rodríguez LC, Gómez de Cádiz A, Pérez J, Muñoz JJ, García G, Alonso Salazar MT. Implantación del cribado de retinopatía diabética mediante retinografía digital en Atención Primaria. Aten Primaria 2013;45(3):149-56.