Comunicación oral

ATENCIÓN PRIMARIA / SALUD PÚBLICA | Viernes, 4 de abril | ▶ 09:20 h | ▶ Sala N-112 | ▶ ID-00263

EL TELEDIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES RETINIANAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE ÓPTICA

Autores:

Alicia Gómez Martínez[1], María Isabel Soro Martínez[1], Lisseth Yvette Casasbuenas Anaya[1], Rocío Egido Campoy[1]

Instituciones: [1]*Ópticlínica*

OBJETIVO

Conocer la eficacia del servicio de telediagnóstico para la detección precoz de alteraciones retinianas en pacientes con y sin enfermedad sistémica en un establecimiento de óptica, y su correlación con la agudeza visual.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal en 53 pacientes sin alteración retiniana previa que acudieron a consulta optométrica (desde el 26 de febrero hasta el 28 de agosto de 2013, con edades comprendidas entre 5 y 76 años). Los pacientes se dividieron en dos grupos: sin enfermedad sistémica (n=28) y con enfermedad sistémica (n=25); pacientes con diabetes (DB) y/o hipertensión (HTA) y/o hipercolesterolemia (HCOL). En los pacientes se determinó la mejor agudeza visual corregida (MAVC) y se realizaron tres retinografías de 45º de cada ojo mediante cámara no midriática. Las imágenes fueron enviadas al servicio de telediagnóstico donde se valoraron por oftalmólogos, que emitieron un informe. La MAVC media se ha obtenido teniendo en cuenta el número total de ojos evaluados (50 ojos del grupo con enfermedad sistémica y 56 ojos del grupo sin enfermedad sistémica). Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS 19®.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes con enfermedad sistémica (ES) fue de 56,48±9,61 y 41,36±18,69 años para el grupo sin enfermedad sistémica (NES). La MAVC media para el grupo ES fue de 1,08±0,24, y de 1.10±0.25 para el grupo NES, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0.040; test *Wilcoxon*). De los pacientes ES el 11,10% presentaban diabetes, el 33.33% hipertensión, el 16.67% hipercolesterolemia, el 16,67% diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia (DBHTAHCOL), el 5,56% diabetes e hipercolesterolemia (DBHCOL) y el 16,67% hipertensión e hipercolesterolemia (HTAHCOL). Los pacientes remitidos a su oftalmólogo de zona para el grupo ES fueron 8, que representaban el 28%, y el mayor porcentaje estaba afectado por DBHCOL (**Tabla 1**); Los pacientes remitidos a su oftalmólogo de zona para el grupo NES fueron 7, que representaban el 28,57%. Del 28% de pacientes ES remitidos al oftalmólogo, el 48% (3 pacientes) presentaban una MAVC por debajo de 1 en alguno de los dos ojos. Del 28,79% de pacientes NES remitidos al oftalmólogo, el 50% (4 pacientes) presentaban MAVC por debajo de 1 en alguno de los dos ojos. La MAVC fue significativamente menor para los pacientes del grupo NES remitidos al oftalmólogo de zona, mientras que no existieron diferencias estadísticamente significativas en la MAVC para los pacientes

del grupo ES remitidos y no remitidos al oftalmólogo de zona (**Tabla 2**). No existió una correlación significativa entre los pacientes remitidos al oftalmólogo de zona y la edad (*r*=0,258).

	DIINTÁCOL	DIHCOL	HTANCOL
Pacientes con ES y remitidos al oftalmólogo de zona	14.28%	42.88%	42.86%

Tabla 1: Porcentaje de pacientes remitidos al oftalmólogo de zona según su enfermedad sistémica

	Con ES y remitidos al oftalmólogo (Media ± SD)	Con ES y no remitidos al oftalmólogo (Media ± SD)	Wilcoxon
MAVC (DD+DI)	1,04±0,31	1,06±0,19	P=0.676
	Sin ES y remitidos al oftalmólogo (Media ± SD)	**Sin ES y no remitidos al oftalmólogo (Media ± SD)**	**Wilcoxon**
MAVC (DD+DI)	0,95±0,23	1,13±0,26	P= 0.025

Tabla 2: Mejor agudeza visual corregida media de los diferentes grupos de pacientes y test de Wilcoxon

CONCLUSIÓN

El telediagnóstico es un método eficaz para la detección precoz de alteraciones retinianas en pacientes con y sin enfermedad sistémica. La MAVC disminuida puede ser indicativo en el cribado de alteraciones en pacientes sin enfermedad sistémica.

Causas de remisión al oftalmólogo en pacientes sin enfermedad sistémica	• Mínimo foco blanquecino yuxtafoveolar aparentemente inactivo. • Ambas zonas maculares con aspecto de "ojo de buey" y pérdida de reflejo foveal. • Papilas inclinadas con atrofia peripapilar sin implicaciones patológicas. • Ojo izquierdo, se intuye una leve elevación de la retina y coroides temporal con pigmento tenue (posible nevus) • Se aprecia excavación 8/10 en ambos ojos con escotadura inferior en ojo derecho. • Inflamación papila OI y Tortuosidad vascular y rectificación de vasos nasales en ambos ojos que puede ser normal dado el cuadro de prematuridad.
Causas de remisión al oftalmólogo en pacientes con enfermedad sistémica	• Adelgazamiento vascular con algún signo de cruce arteriovenoso probablemente en el contexto de la HTA y algún microaneurisma. • Se objetiva algún microaneurisma aislado en ambos ojos, sin evidencia de otras lesiones. • Leve alteración pigmentaria inferotemporal a fóvea en ojo derecho, sin que se objetiven otras lesiones y sin que se evidencien signos patológicos. • Ojo izquierdo, alteración del epitelio pigmentario central. • Opacidad en OI • Se aprecian 3 lesiones microaneurismáticas en polo posterior de ambos ojos • Recomendamos acudir a su oftalmólogo de forma rutinaria para revisión del segmento anterior del ojo. Opacificación cápsula posterior. • Fondo Tigroide

Tabla 3: Causas de remisión a oftalmólogo de zona