

Concordancia entre el médico de familia y el oftalmólogo en la interpretación de retinografías en las que el primero ha descartado retinopatía diabética

Agreement between the family doctor and the ophthalmologist in the evaluation of retinographies, when the former has ruled out diabetic retinopathy

Sr. Director:

La retinopatía diabética (RD) es la complicación microvascular más frecuente de los diabéticos y la primera causa de ceguera en menores de 60 años; no obstante, el riesgo de pérdida visual y ceguera puede reducirse mediante programas que combinen métodos para la detección precoz con el tratamiento efectivo de esta enfermedad^{1,2}.

En Andalucía, el Plan Integral de Diabetes³, mediante la dotación de retinógrafos no midriáticos^{4,5} a los distritos sanitarios, pretende hacer accesible este servicio a la totalidad de la población diabética tipo 2 y que lleguen al oftalmólogo sólo aquellas retinografías que tengan anomalías o que no sean valorables por calidad insuficiente de la imagen.

Con el objetivo de verificar la inexistencia de lesiones de RD en las retinografías clasificadas como normales por el médico de familia, se planteó el siguiente estudio.

Se trata de un estudio observacional descriptivo llevado a cabo en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Molino de la Vega en Huelva.

La población estaba constituida por retinografías de pacientes diabéticos tipo 2 que se encontraban dentro del Plan Integral de Diabetes y que fueron realizadas en los años 2007 y 2008. Dichas retinografías estaban clasificadas previamente como normales, es decir, en ellas el médico que había realizado la lectura había descartado lesiones de RD.

Calculamos la muestra para una proporción de desacuerdo del 15%, precisión del 5% y confianza del 95%, obteniendo un tamaño muestral mínimo para realizar la estimación de 196 retinografías. Para obtenerlas, se han extraído aleatoriamente 98 sujetos de nuestra población.

Posteriormente estas retinografías han sido valoradas por un oftalmólogo que desconocía el diagnóstico dado por el médico de familia.

De los pacientes estudiados un 51% fueron mujeres, con una edad media de 60 años (DE 0,81) y un índice de masa corporal de 29,17 (DE 0,42). No eran fumadores un 84,8%. La media de hemoglobina glucosilada era de 6,89 (DE 0,13) y el tiempo medio de evolución de la diabetes 9,68 años (DE 0,69). La mayoría no presentaban nefropatía (95,2%) y se encontraban en tratamiento con antidiabéticos orales (58,2%).

En cuanto a la lectura realizada por el oftalmólogo, éste determinó que 8 de las retinografías no eran valorables por calidad insuficiente de la imagen (4,1%) y que en 2 existían

lesiones de retinopatía diabética leve (1,1%), estimándose un acuerdo porcentual entre la lectura realizada por el oftalmólogo y el médico de familia del 98,9% con un intervalo de confianza al 95% (95,78-99,81).

No hemos encontrado en la literatura médica criterios para definir una retinografía como no valorable y tampoco tenemos constancia de que haya un consenso entre médicos de familia y oftalmólogos. Creemos, por tanto, que deberíamos insistir sobre este punto debido a las diferencias que hemos encontrado en nuestro estudio.

Al realizar el cálculo de concordancia entre ambas lecturas, hemos valorado la ausencia o no de RD, es decir, las retinografías no valorables no han sido incluidas dentro del grupo en el que se han encontrado lesiones (ya que efectivamente no se han encontrado lesiones en ellas) sino en el grupo con ausencia de lesiones. A pesar de esto, según el acuerdo existente, las retinografías no valorables deben ser enviadas al oftalmólogo, por lo que podríamos incluirlas en el grupo en el que se han encontrado lesiones ya que también tenían que haber sido enviadas (podemos considerarlas como discordancias). Realizando el cálculo de esta otra forma, el acuerdo porcentual ha resultado del 94,87% (IC 90,5-97,37).

De todos modos, la concordancia encontrada en ambas situaciones ha sido muy alta, por lo que consideramos el Plan Integral de Diabetes una herramienta muy válida para la detección precoz de RD.

Bibliografía

1. Arumugam G, Kumari S, Indira G, Nivedita N, Samad I, Ramli Z, et al. Screening for diabetic retinopathy. Health technology assessment unit medical development division Ministry of Health Malaysia. 2002. Disponible en: www.moh.gov.my/MohPortal/DownloadServlet?id=754&type=2.
2. Brechner RJ, Cowie CC, Howie LJ, Herman WH, Will JC, Harris MI. Ophthalmic examination among adults with diagnosed diabetes mellitus. JAMA. 1993;270:1714-8.
3. Consejería de Sanidad de Andalucía. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Disponible en: <http://www.feaed.org/biblioteca/pdf/diabetesfin.pdf>.
4. Harper CA, Livingston PM, Wood C, Jin C, Lee SJ, Keeffe JE, et al. Screening for diabetic retinopathy using a non-mydratic retinal camera in rural Victoria. Aust N Z J Ophthalmol. 1998;26:117-21.
5. Lin DY, Blumenkranz MS, Brothers RJ, Grosvenor DM. The sensitivity and specificity of single-field nonmydratic monochromatic digital fundus photography with remote image interpretation for diabetic retinopathy screening: a comparison with ophthalmoscopy and standardized mydratic color photography. Am J Ophthalmol. 2002;134:204-13.

Antonia Mora Jurado^{a,*}, María del Carmen González Gallego^a, María Virginia Gamarra Santacruz^a, María Pilar Román Torres^b, Miguel Pedregal González^c y José Calvo Lozano^d

^a Residente de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Molino de la Vega, Huelva, España

^b Residente de Oftalmología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Docente de Huelva, Huelva, España

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Molino de la Vega, Huelva, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tonhy_66@hotmail.com
(A. Mora Jurado).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.016

Antes y después del filtrado glomerular

Before and after glomerular filtration

Sr. Director:

La enfermedad renal crónica, especialmente en fases iniciales, es muy desconocida¹. Hasta hace pocos años solamente se identificaba e intervenía en las fases más avanzadas¹. Recientemente disponemos de estudios que relacionan la insuficiencia renal crónica (IRC) con un aumento de la morbilidad cardiovascular¹⁻⁴, por lo que es necesaria una intervención precoz y un control estricto de estos pacientes^{2,5}.

La prevalencia de la IRC en la población española adulta es de 6,8% (EPIRCE) y entre los pacientes que acuden a consulta en Atención Primaria (EROCAP) del 21%¹. Si además tienen factores de riesgo cardiovascular (FRCV) la cifra llega al 35-40%².

Para el cálculo del filtrado glomerular (FG) se utilizan mayoritariamente dos ecuaciones: *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD-4) y la fórmula de Cockcroft-Gault^{1,3,6}.

La MDRD-4 es la fórmula más utilizada³, no requiere del peso del paciente pero no distingue los estadios 1-2³. La segunda fórmula requiere de edad, peso, creatinina sérica y sexo^{2,3}.

El objetivo principal de este trabajo es, después de un año de disponer del FG de los pacientes, conocer el grado de control de la función renal y de los FRCV de los pacientes con IRC.

Realizamos un estudio retrospectivo en el Centro de Salud de Santa Eugènia de Berga (Barcelona). Incluimos a todos los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de IRC en la historia clínica informatizada y/o con dos FG inferiores de 60 ml/min/1,73m² o con un solo FG alterado con una creatinina superior a 1,3 mg/dl en mujeres y superior a 1,4 mg/dl en hombres. Se excluyeron los pacientes no visitados o sin analítica y/o exploración física en el último año, pacientes desplazados o que habían sido exitus. Se recogieron datos epidemiológicos: edad, sexo, índice de masa corporal, FRCV: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo; enfermedades cardiovasculares y enfermedades reno-prostáticas. Se revisaron analíticas y ecografías realizadas en el Centro de Salud y/o en el Hospital de referencia de los pacientes.

En una población de 13.784 habitantes se detectaron 340 casos con un FG < 60 ml/min hasta el 31 de diciembre de 2008; de estos 110 solo tenían 1 FG, 17 de los cuales, el siguiente FG era > 60 ml/min/m² y 93 no tenían calculado otro FG. Cumplían criterios de inclusión 191.

La prevalencia global de IRC fue de 1,39%, la relación H/M: 1/1,02, y la edad media 76,08 (DE: 12,02) años.

En la distribución por estadios los pacientes mayoritariamente pertenecen al estadio 3 (86,9%), al 4 (8,4%), al 5 (3,1%) y no catalogables (1,6%).

Presentan mal control de la hipertensión arterial (presión arterial > 130/80 mmHg o 125/75 mmHg si el cociente albuminuria/creatinina es > 500 mg/g) el 78,1%; de la diabetes mellitus tipo 2 (Hb1Ac > 7%) el 52% y de su hipercolesterolemia (cLDL > 100 mg/dl) el 47,9% de los casos².

El 49,7% de los pacientes disponían de ecografía renal, el 36,8% de las cuales eran normales y el 63,2% patológicas; en el 38% de estas se detectó un parénquima reducido.

La prevalencia de nuestra población con IRC es muy baja comparada con el estudio EPIRCE. Esto indica que muy probablemente existen muchos pacientes infradiagnosticados y por tanto se debe solicitar de forma sistemática el FG a todos los pacientes con FRCV².

Además, el bajo grado de control de los FRCV indica el trabajo que hay por delante y la importancia de la IRC en Atención Primaria, desconocida u olvidada hasta el momento¹. La identificación temprana de la IRC y el buen control de los FRCV son esenciales también para retardar y modificar la progresión de la enfermedad renal⁵.

Agradecimientos

Al Dr. J. Espinàs, tutor docente de nuestra ABS y a la Dra. Teresa Masat, técnica de salud de la SAP Osona del ICS.

Bibliografía

1. Martín de Francisco AL, Aguilera L, Fuster V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2009;29:6-9.
2. Alcazar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Para E, Álvarez Guisasaola F, et al. Documento de consenso semFYC-SEN sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;273-282.
3. Gracia S, Montañés R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, Martín de Francisco AL, et al. Documento de consenso: Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. *Nefrología*. 2006;26:658-65.
4. Alcazar R, Orte L, Otero A. Enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;3-6.
5. Gorritiz JL. Enfermedad renal crónica (ERC): detección, prevención y remisión adecuada a nefrología. *Nefrología extra-hospitalaria*. 2004;11:11-3.
6. de Francisco ALM, Otero A. Insuficiencia renal oculta: estudio EPIRCE. *Nefrología*. 2005;25:66-71.

Mercè Cervera*, Maria Callís, Núria Calonge, Mireia Zurita, Laia Franquesa y Silvia Galan

ABS Santa Eugènia de Berga, Unidad Docente de MFyC Centro, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 39593mcl@comb.cat (M. Cervera).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.028