



Estrategia de despistaje o tamizaje de glaucoma en la atención primaria: manejo del paciente con sospecha de glaucoma.



Barria von-Bischoffshausen, Fernando

Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente. Comité Prevención de ceguera de la Asociación Panamericana de Oftalmología, Consultor OPS, Comité Ceguera de Programa Visión 2020LA.

Santamaría Carvallo Francisco

Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente. Subespecialista en Glaucoma .

Rivas F. María José

Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente. Residente de Oftalmología de la Universidad de Concepción.

Caselli M. Bruno

Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente. Residente de Oftalmología de la Universidad de Concepción.

Se estima que el glaucoma produce el 12,3% de la ceguera a nivel mundial (1,2) siendo la principal causa de ceguera irreversible y a pesar de todos los avances de los últimos 20 años su prevalencia de ceguera no ha disminuido, lo cual se explicaría por el envejecimiento de la población y por los casos sin diagnóstico. La mayor dificultad del glaucoma es detectarlo en forma precoz debido fundamentalmente a que no existe un método único de diagnóstico, estimándose que en Latinoamérica pudieran existir 2 a 3 casos sin diagnóstico por cada caso en tratamiento (3,4) y que de los casos con tratamiento médico el 30% al 50% de los pacientes no usan su tratamiento (5). Al incrementar la cobertura de la población en atención oftalmológica en Chile, se desarrollaron unidades de atención primaria (6,7,8,9,10) lo que aumenta la derivación de "sospecha de glaucoma" al nivel terciarios y al no existir ninguna estrategia para realizar un tamizaje a nivel primario siendo la derivación sin pertinencia. Por lo anterior se desarrolló una estrategia para detectar a la población con daño moderado o avanzado sugerente de glaucoma en forma oportuna, realizando un tamizaje a nivel primaria con una evaluación de papila y perimetría de doble frecuencia (PDF) para clasificar y priorizar la derivación al nivel terciario.

Se describe un estudio prospectivo de 65 pacientes derivados desde la atención primaria con el diagnóstico de sospecha de Glaucoma ya sea por antecedentes familiares de glaucoma, aumento de la

Presión Intraocular (>24 mm Hg) en toma única o derivación por el oftalmólogo del nivel primario. El estudio incluyó una encuesta inicial y la evaluación de la papila óptica (patológica es caso de excavación vertical mayor de 0.5, pérdida del anillo neural o palidez papilar) junto con un estudio de Perimetría de Doble Frecuencia (PDF) en modo screening C-20-1 (anormal es la presencia de 4 o más campos alterados) para definir el estado del paciente. Los pacientes se clasifican en: Grupo A con pacientes con alto riesgo de glaucoma, al presentar una excavación patológica asociado a un PDF alterado, descartándose en examen clínico otras patologías, y son derivados al nivel terciario; Grupo B con moderado riesgo de glaucoma, definido como papila alterada con un PDF normal y se solicita una Tomografía de Coherencia Óptica del nervio óptico (OCT); el Grupo C con bajo riesgo de glaucoma, en donde existe una papila y un PDF normal siendo citados a un control posterior y el grupo D, asociados a otra patología por presentar una papila normal con un PFD alterado. Además se realizó un examen clínico completo por un especialista en Glaucoma para clasificar al paciente en forma independiente.

Finalmente se evaluaron 48 pacientes (73.8%), siendo 36 (75%) mujeres y 27 casos (56,3%) mayores de 60 años. La derivación en 12 casos (25%) fue realizada por un oftalmólogo y el resto por un asistente Oftálmico. 15 casos (31.2%) refieren ser portadores o estar en tratamiento por glaucoma y 43 pacientes (91.4%) tuvieron una presión intraocular menor de 21 mm Hg al ingreso. Luego de realizar la evaluación 10 pacientes (20,8%) fueron catalogados con alto riesgo de glaucoma (Grupo A), 9 pacientes (18,8%) con moderado riesgo de glaucoma (Grupo B) mientras que 27 pacientes (56,3%) se catalogó como bajo riesgo de glaucoma (Grupo C). Dos casos (4,2%) eran otras

patologías (trombosis venosa de rama y leucoma corneal) (grafico N 1). Todos los pacientes fueron evaluados y clasificados por un especialista en Glaucoma.

A pesar de lo reducido de la muestra logramos algunas variables: 4 casos del grupo A (40%), así como 7 casos del grupo C (24,1%) tenían un diagnóstico previo de glaucoma realizado por oftalmólogo de atención primario (grafico N 2). La distribución según antecedente familiar fue similar en todos los grupos. Todos los pacientes con alto riesgo glaucoma (10 casos) tenían 60 años o más, así como 20 casos (68.9%) del grupo con bajo riesgo de glaucoma. Al analizar la Presión Intraocular, 1 paciente del grupo A tiene PIO mayor que 21 mm Hg (10%), así como 2 del grupo C (6.9%).

Al realizar un análisis de los grupos se constató que en los 10 pacientes (20,8%) del grupo A con alto riesgo de glaucoma, derivados al departamento de glaucoma, se confirmó el diagnóstico con el sub especialista. De los 9 pacientes (18,8%) clasificados en el grupo B con moderado riesgo de glaucoma (Grupo B), se les indicó un examen de OCT de papila y Campo Visual Computarizado siendo 6 casos (66,6%) clasificados como normales y 3 casos sospechosos continuaran sus controles en el nivel terciario. De los 27 pacientes clasificados en grupo C con bajo riesgo de glaucoma, en 11 casos (40,7%) se les indicó campo visual computarizado y OCT presentando alteraciones sospechosas de glaucoma en 2 de los casos (7,4%).

DISCUSIÓN:

No hay recomendación en salud pública para realizar un tamizaje comunitario de glaucoma y por ser asintomático la población se considera sana lo cual pudiera explicar que sólo un 73,8% de los casos acudió a su cita aunque fueron derivados por personal

Continúa en la página siguiente ➤

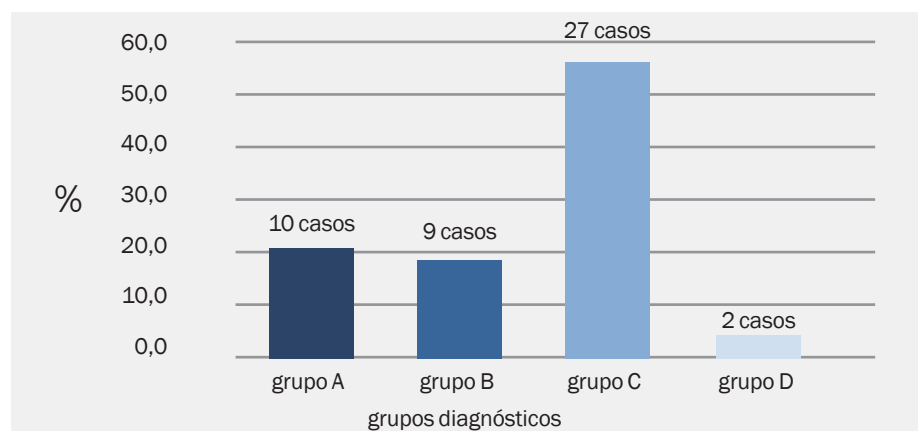


Gráfico n° 1: Distribución de pacientes evaluados por sospecha de glaucoma

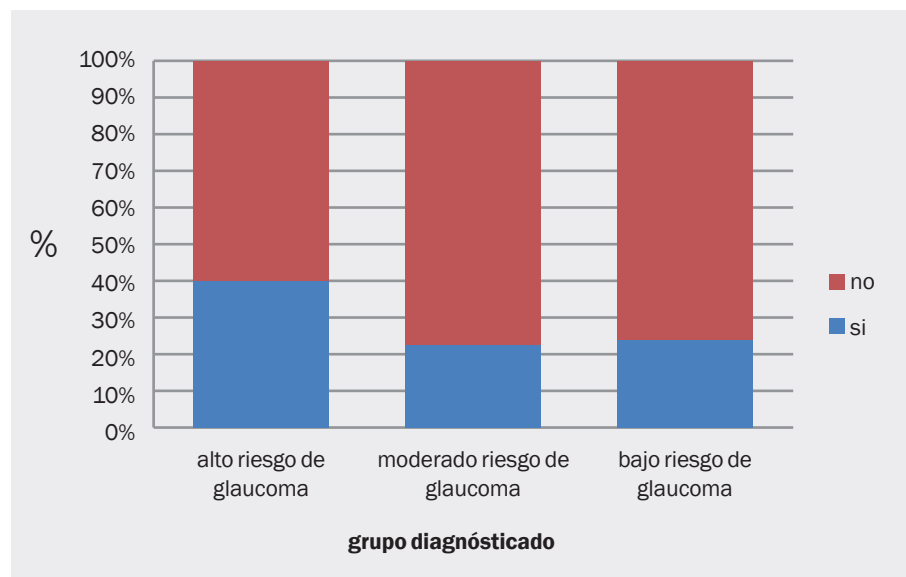


Gráfico n° 2: Distribución de los pacientes con sospecha de glaucoma de acuerdo al diagnóstico y al antecedente previo de diagnóstico de glaucoma.

de salud. Lo recomendado es aumentar la cobertura de oftalmología a nivel primario, lo que ha sucedido en Chile, para detectar caso a caso los casos con factores de riesgo de glaucoma, para someterlos a un examen más completo que permita descartar un daño moderado o avanzado de glaucoma. Debido al aumento de la cobertura a nivel primario consideramos necesario plantear esta estrategia para detectar un daño moderado o avanzado de glaucoma y definir grupos con alta, moderada o baja probabilidad de ser portador de un Glaucoma en población de alto riesgo. Todos los casos fueron examinados por dos médicos, uno de ellos sub especialista para definir si el paciente es portador o no de un Glaucoma. Del grupo con alto riesgo todos presentaban daño que fue asociado a glaucoma a diferencia del grupo con bajo riesgo donde solo se sospecha daño asociado a un glaucoma en un 7,4% de los casos. En caso de detectar una papila alterada con un perimetro de doble frecuencia normal, se realizó un OCT siendo 7 de 9 casos normales (77,8%), lo cual apoya que, un PDF normal permite descartar, en casi todos los casos, un daño moderado o avanzado por glaucoma en un alto porcentaje de casos. Llama la atención, encontrar 6 pacientes con diagnóstico e incluso con tratamiento de glaucoma, los cuales al ser examinados, presentaban papila óptica, PDF y tonometrías normales, por lo que fueron clasificados como de muy bajo riesgo de glaucoma, lo cual refuerza el argumento de capacitar al oftalmólogo del nivel primario para evitar un sobre diagnóstico y un mal uso de los medicamentos, mejorando la pertinencia de la derivación al nivel terciario. En la encuesta realizada sólo 1 caso (10%) con diagnóstico de glaucoma estaba con tratamiento médico, lo cual podría ser sugerente de la baja adherencia al tratamiento, aun sabiendo el diagnóstico, lo cual requiere mayor educación. El antecedente familiar de Glaucoma, la presión

intraocular y la paquimetría, fueron similares en los tres grupos y nos confirma el poco valor que tienen en el tamizaje del glaucoma aunque la muestra es muy pequeña. La única variable detectada como factor de riesgo fue la edad, consignándose que el 100% de los casos de glaucoma tenían más de 60 años y la mayoría de los casos de bajo riesgo tenían menos de 60 años.

No existe un examen único para diagnosticar un glaucoma. Existe un estudio a nivel nacional que demostró la utilidad de realizar una perimetría de doble frecuencia (PDF) en tamizaje de población de riesgo (11), por lo cual se eligió como examen considerando además que no requiere de corrección óptica ni de oscuridad y tiene una curva de aprendizaje rápida lo cual es importante en estudios masivos. Un estudio del PDF en modo screening PDF C-20-1 (12), definió como probable daño por glaucoma cuando existen más de dos campos alterados, presentando una alta especificidad (92%) aunque una baja sensibilidad (56%). Varios estudios (13,14,15) también logran una alta especificidad pero concluye que no sirve como examen único en tamizaje poblacional y un metanálisis (16) muestra que el PDF tiene una mayor sensibilidad para el tamizaje de un daño por glaucoma que el fondo de ojo o la presión intraocular aplanática de Goldmann en forma aislada pero concluye que ningún examen sirve para tamizaje de glaucoma en forma única. Otro estudio (17) demostró en casos normales, hipertensos y con glaucoma su utilidad para detectar todos los casos con daño campimétrico, aunque sugiere repetir un examen alterado. Por todas estas características se resuelve usar este examen para diseñar y probar una estrategia que permita detectar un daño moderado o avanzado de glaucoma y junto a una evaluación de la papila para clasificar al paciente y referirlo con pertinencia al nivel secundario y/o terciario.

CONCLUSIÓN:

Este trabajo permite proponer una estrategia frente a los casos de sospecha de glaucoma, considerando los medios técnicos y humanos con que cuentan actualmente las unidades de atención primaria en oftalmología en Chile. El objetivo final es detectar a un paciente con daño moderado o avanzado de glaucoma para ser derivado con prioridad y pertinencia al nivel terciario evitando el diagnóstico tardío y con ello el riesgo de ceguera. Usando un protocolo adecuado, se puede clasificar a los pacientes sospechosos de glaucoma en 3 grupos, lo cual permite orientar el manejo para cada grupo específico. Esto permitiría evitar que un alto número de pacientes con un bajo riesgo de glaucoma sean tratados con medicamentos o derivado al nivel terciario y pueda ser controlado en el nivel primario, de modo que al nivel terciario lleguen solamente aquellos pacientes, cuyas alteraciones tengan una alta probabilidad de corresponder a un daño por glaucoma. Lo único que falta es validar esta estrategia, realizando algún estudio con mayor número de casos.

Bibliografía

1. OMS. Ceguera y discapacidad visual 2012. Disponible en: www.who.int/es/
2. Resnikoff S et al. Bull WHO 2004; 82: 844.
3. Harry A. Quigley, MD; Sheila K. West, MD; Jorge Rodríguez, MD; Beatriz Muñoz, MD; Ronald Klein, MD; Robert Snyder, MD, The Prevalence of Glaucoma in a Population-Based Study of Hispanic Subjects Proyecto; Arch Ophthalmol. 2001; 119(12): 1819-1826.
4. Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, Nguyen BB, Deneen J, Wilson MR, Azen SP; Los Angeles Latino Eye Study Group: Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latin o Eye Study, Ophthalmology. 2004 Jun; 111(6): 1141-9.
5. Chen P, Christiansson; how frequently does blindness develop among patient with primary open-angle glaucoma? With ocular hypertension? ARVO 2003, Ophthalmology; 110:726.
6. Grant V, Barría vB F, Loosli G. A, Abarzúa E. Atención oftalmológica en nivel de atención primaria en Centro de Salud Dr. Víctor Manuel Fernández de Concepción. Arch. Chil. Oftalmol. 2004; 61(2): 45-50.
7. Barría von-B, F., Programa de salud ocular en Chile. Solución integral a la atención oftalmológica propuesta por la Sociedad Chilena de Oftalmología en el año 2003. Arch. Chil. Oftalmol. 2005; 62(1-2): 15-20.
8. Barría von-B F, Villarroel DF, Brito D, Maldonado C, Rubque MI. Planes pilotos de atención oftalmológicas en el nivel primario: validación del programa nacional de salud ocular de la Sociedad

Chilena de Oftalmología. Arch. Chil. Oftalmol. 2005; 62(1-2): 125-132.

9. Barría von-B F: Desafío en oftalmología: ¿Cómo reducir la ceguera evitable? Arch. Chil. Oftalmol. 2008; 64(1-2): 33-38.

10. Barría von-B, F: Reporte de las actividades de prevención de la ceguera en Chile. Arch. Chil. Oftalmol. 2005; 62(1-2): 9-14.

11. Barría von-B F: Análisis del perímetro de doble frecuencia como método diagnóstico en la pesquisa de glaucoma. Arch. Chil. Oftalmol. 2001. 58 (1): 47-56.

12. Iwase A, Tomidokoro A, Araie M, Shirato S, Shimizu H, Kitazawa Y; Tajimi Study Group., Performance of frequency-doubling technology perimetry in a population-based prevalence survey of

glaucoma: the Tajimi study, Ophthalmology. 2007 Jan; 114(1): 27-32.

13. Nehmad L, Madonna RJ., Optimizing the use of frequency doubling technology perimetry in community vision screenings. Optom Vis Sci. 2008 Jul; 85(7): 559-65.

14. Xiang Fan, MD Ling-Ling Wu, MD, PhD Zhi-Zhong Ma, MD Ge-Ge Xiao, MD Feng Liu Jr, Usefulness of Frequency-Doubling Technology for Perimetrically Normal Eyes of Open-Angle Glaucoma Patients with Unilateral Field Loss, BS Optom Vis Sci. 2008 Jul; 85(7): 559-65.

15. Kamdeu Fansi AA, Li G, Harasymowycz PJ; The validity of screening for open-angle glaucoma in high-risk

populations with single-test screening mode frequency doubling technology perimetry (FDT). J Glaucoma. 2011 Aug; 20(6): 366-70.

16. Mowatt G, Burr JM, Cook JA, Siddiqui MA, Ramsay C, Fraser C, Azuara-Blanco A, Deeks JJ; Screening tests for detecting open-angle glaucoma: systematic review and meta-analysis. OAG Screening Project. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011 Sep 21; 52(10): 7325-31.

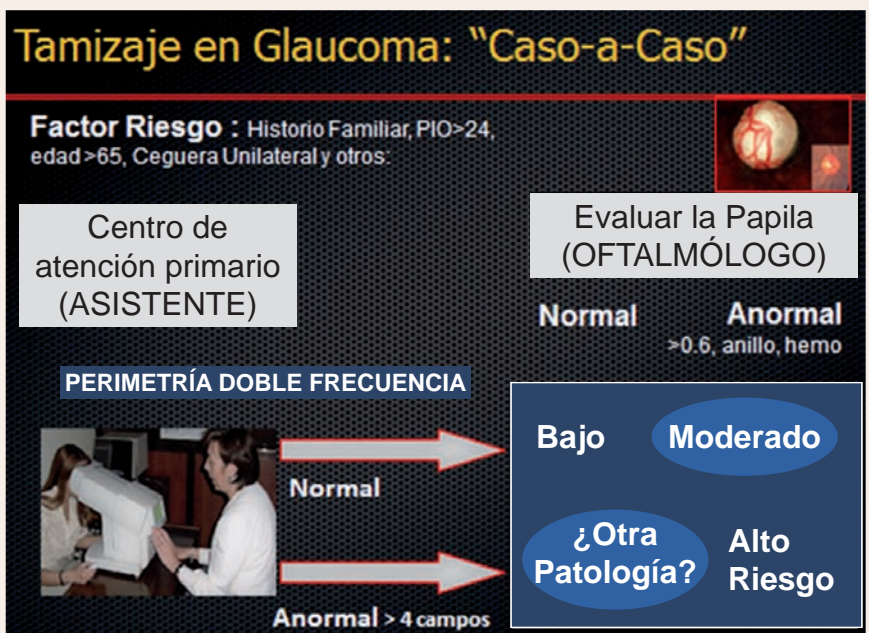
17. Horn FK, Wakili N, Jünemann AM, Korth M Testing for glaucoma with frequency-doubling perimetry in normals, ocular hypertensives, and glaucoma patients. Ophthalmology. 2007 Jan; 114(1): 27-32.

Anexo N 1:

Estrategia de manejo en un caso con sospecha de glaucoma a nivel primario:
DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:
 Familiar directo con glaucoma, Presión Intraocular mayor 24 en toma única, ceguera unilateral, defecto pupilar aferente, Diagnóstico previo de glaucoma o no realiza tratamiento y edad mayor de 65 años.

Flujograma:

Alto riesgo de glaucoma: derivar a nivel terciario para su manejo
Moerado riesgo de glaucoma: se considera examen de oct y derivación
Bajo riesgo de glaucoma: se mantiene en control a nivel primario



Anexo N 2:

Esquema actual de manejo de una sospecha de Glaucoma a nivel primario

