

Guía de Práctica Clínica

Actualizaciones de cuidados preventivos de la USPSTF (3ra edición, 2000-2003)

La Fuerza de tareas Preventivas de los EE.UU. (sigla en inglés: USPSTF) actualizó desde el año 2001 algunas recomendaciones de la 2da edición de la guía de cuidados preventivos publicada en 1996¹ y evaluó nuevas recomendaciones. A medida que esto sucede se va constituyendo la 3ra edición, a la cual también se puede acceder gratuita y completamente en el sitio: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>. Ofrecemos aquí un resumen de las prácticas preventivas y su justificación clínica consideradas en esta 3ra edición. Las modificaciones en clasificación de la evidencia y el tipo de recomendaciones así como las primeras cuatro recomendaciones ya han sido comentadas previamente en esta revista.² Recordamos brevemente la metodología actual y se ejemplifica el procedimiento en esas primeras recomendaciones del 2001.

Nuevos Grados de Evidencia

Buena: se dispone de evidencia consistente obtenida de estudios bien diseñados y conducidos en poblaciones representativas con valoración directa de resultados

Aceptable: la evidencia es suficiente pero limitada en cuanto al número, validez interna, externa o consistencia de los estudios; o bien valoración indirecta de resultados

Pobre: la evidencia es insuficiente en cuanto al número, validez interna de los estudios, brechas en la cadena de evidencia o falta de información sobre importantes resultados en salud

Nuevas Recomendaciones USPSTF

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
A	Recomienda fuertemente	Buena	Mejoran	++
B	Recomienda hacer	Aceptable	Mejoran	+
C	No Recomienda (opcional)	Aceptable	Pueden mejorar	± 0
D	Recomienda no hacer	Aceptable	No mejoran	0 ó -
I	No puede recomendar	Insuficiente	Indeterminados	?



Tabla: Resumen de Recomendaciones

	Práctica Preventiva		Recomendación		
CONSEJO	de Dieta Saludable	de intensidad media en pacientes no seleccionados en atención primaria	I ¹	2/1/03	
		de media-alta intensidad en adultos con hiperlipemia y riesgo de enfermedades cardiovasculares o relacionadas a la dieta	B ²		
	de Actividad Física	en atención primaria	I ³	2002	
RASTREO	DBT II, intolerancia la glucosa, o hiperglucemia en ayunas en adultos asintomáticos		I ⁴	3/2/03	
	DBT en adultos con HTA o hiperlipemia		B ⁵		
	Diabetes gestacional		I ⁶	3/2/03	
	Cáncer cervical	mulieres sexualmente activas o	21 años con cérvix	A ⁷	22/1/03
			mulieres >65 años	D ⁸	
			mulieres con histerectomía total por enfermedad benigna	D ⁹	
			mediante nuevas tecnologías	I ¹⁰	
			mediante detección de HPV	I ¹¹	
	Cáncer de mama	mamográfico, con o sin examen mamario, cada 1-2 años en mujeres	40 años	B ¹²	2002
			con examen mamario exclusivo	I ¹³	
			con autoexamen mamario	I ¹⁴	
	Cáncer prostático	con antígeno prostático específico (PSA) el tacto rectal (TR)	I ¹⁵	2002	
	Cáncer colorectal	hombres y mujeres	50 años	A ¹⁶	2002
	Vaginosis Bacteriana (VB) en embarazadas	con antecedentes de parto pretérmino		I ¹⁷	4/2001
		sin síntomas de VB o sin antecedentes de parto pretérmino		D ¹⁸	
	Infección por Clamidia trachomatis (IC)	mulieres sexualmente activas	25 años o	Nueva	4/2001
			mulieres asintomáticas con riesgo aumentados de IC	A ¹⁹	
		mulieres asintomáticas	25 años u otras embarazadas con riesgo aumentados de IC	B ²⁰	
		mulieres >25 años asintomáticas y de bajo riesgo (aún estando embarazadas)	C ²¹		
	hombres asintomáticos		I ²²		
Dislipidemias	hombres	35 y mujeres	45 años	A ²³	4/2001
		hombres de 20 a 35 y mujeres entre 20 y 45 años con/ sin factores de riesgo coronario (FRC)		B / C ²⁴	
		dosar el HDL-C / Triglicéridos (TG)		B / I ²⁵	
Auditivo	recién nacidos durante la internación del postparto		I ²⁶	Nueva	2002
Cáncer de Piel	mediante el examen de la piel de todo el cuerpo		I ²⁷		4/2001
Osteoporosis	mulieres	65 años y	60 años si riesgo para fracturas osteoporóticas	B ²⁸	2002
		mulieres < 60 años y de 60 -64 años sin riesgo para fracturas osteoporóticas		C ²⁹	2002
Depresión	en sitios de atención primaria que puedan asegurar medios de diagnóstico exacto, tratamiento eficaz y seguimiento		B ³⁰	2002	
	niños o de adolescentes		I ³¹		
QUIMIOPROFILAXIS	Áspirina	para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con riesgo	A ³²	2002	
	Tamoxifeno o Raloxifeno	prevención primaria de cáncer de mama en mujeres de riesgo bajo-medio de cáncer de mama	D ³³	Nueva	2002
		Discutir riesgos y beneficios de la quimioprolifaxis en mujeres de alto riesgo de cáncer de mama	B ³⁴	Nueva	
	Estrógenos y Progesterona	para la prevención de enfermedades crónicas en mujeres postmenopáusicas	D ³⁵		2002
Estrógenos	para la prevención de enfermedades crónicas en mujeres postmenopáusicas histerectomizadas		I ³⁶		

ACLARACIONES DE LA TABLA PRECEDENTE CONSEJO

1- De dieta saludable de intensidad media (I)

Se encontró aceptable evidencia de que en ámbitos de atención primaria el consejo dietético breve, de intensidad media puede producir de pequeños a moderados cambios en el consumo promedio diario de los componentes básicos de una dieta saludable (especialmente grasas saturadas, frutas y vegetales). La fuerza de esta evidencia, sin embargo, es limitada pues confía en auto-reportes de dieta, en limitado uso de medidas que corroboren cambios de dieta, en seguimientos limitados (no más allá de 6 a 12 meses), y en participantes de estudios que podrían no ser completamente representativos de pacientes de atención primaria.

Además, hay evidencia limitada como para determinar posibles daños. Se concluyó que hay escasa evidencia para determinar la significancia y magnitud de los beneficios del consejo para promover una dieta sana en adultos. Aunque hay estudios basados en la comunidad que han evaluado medidas para reducir el consumo de grasas en niños, no se identificaron ensayos controlados del consejo dietético en niños o adolescentes en atención primaria.

2- De Dieta Saludable de intensidad media a alta en adultos en riesgo (B).

Se encontró buena evidencia de que el consejo de media a alta intensidad puede producir cambios moderados a grandes en el consumo promedio diario de los componentes básicos de una dieta sana (incluyendo grasas saturadas, fibras, frutas y vegetales) en adultos en riesgo para enfermedades crónicas relacionadas a la dieta.

Las intervenciones de consejo intensivo que examinadas en ensayos controlados en pacientes adultos de riesgo han combinado la educación nutricional con el consejo sobre comportamiento dietético proporcionado por nutricionistas, dietistas, o profesionales de atención primaria entrenados (Ej., médicos o enfermeras).

Se concluyó que el consejo es probable que mejore importantes resultados de salud y que los beneficios compensan los daños potenciales. No se identificaron ensayos controlados de consejo dietético intensivo en niños o adolescentes.

3- De Actividad Física (I)

Se revisó solamente la literatura en la eficacia del consejo para promover actividad física en atención primaria. No revisó la evidencia de eficacia de la actividad física para reducir la morbilidad de enfermedades crónicas, que ya ha sido bien documentada en otras revisiones recientes. Tampoco revisó la evidencia del consejo en ámbitos distintos de la atención primaria.

Se encontró escasa evidencia como para determinar si en ámbitos de atención primaria el consejo que promueva actividad física en pacientes adultos conduce a aumentos sostenidos en actividad física. Los ensayos controlados que lo evaluaron eran de calidad variable y de resultados divergentes. No hubo ensayos terminados con niños o adolescentes que compararan el consejo con prácticas de cuidado usual.

Los datos sobre la viabilidad y daño potencial del consejo de actividad física rutinaria en atención primaria son limitados. No se pudo determinar el balance entre potenciales beneficios y daños del consejo.

SCREENING o RASTREO

4- DBT II, intolerancia la glucosa, o hiperglucemia en ayunas en adultos asintomáticos (I)

Se encontró buena evidencia de que las pruebas disponibles pueden detectar con exactitud la diabetes tipo 2 en una fase temprana, asintomática. También hay buena evidencia de que el control glucémico intensivo en pacientes con DBT (clínicamente detectada) puede reducir la progresión de la enfermedad microvascular.

Sin embargo, los beneficios del control glucémico estrecho toman años para llegar a resultados microvasculares clínicos evidentes. No se ha demostrado que el control temprano de la diabetes que comienza como resultado del rastreo proporcione un beneficio adicional comparado con iniciar el tratamiento después del diagnóstico clínico.

Los estudios existentes no han demostrado que el control glucémico estricto reduzca perceptiblemente las complicaciones macrovasculares incluyendo el infarto del miocardio y el ACV. Se encontró pobre evidencia como para determinar daños potenciales del rastreo. No se puede determinar el balance entre beneficios y daños del rastreo rutinario para la DBT tipo 2.

5- DBT en adultos con HTA o hiperlipemia (B)

Se encontró buena evidencia de que, en los adultos con hipertensión (HTA) y DBT clínicamente detectada, bajar la presión arterial debajo de valores blanco convencionales de la presión arterial reduce la incidencia de eventos cardiovasculares y la mortalidad cardiovascular; esta evidencia se considera aceptable cuando está extrapolada a los casos de DBT detectados por rastreo. Entre pacientes con hiperlipemia, hay buena evidencia de que la detección de la diabetes mejora sustancialmente las estimaciones del riesgo individual para la enfermedad coronaria, que es una parte integral de decisiones sobre terapia hipolipemiente.

6- Diabetes gestacional (I)

Se encontró de aceptable a buena evidencia de que el rastreo, luego seguido de dieta e insulino terapia puede reducir el índice del macrosomía fetal en mujeres con diabetes gestacional (DG).

Se encontró escasa evidencia, sin embargo, de que el rastreo para DG reduzca sustancialmente los resultados adversos en las madres o sus hijos (por ejemplo, cesárea, lesiones del nacimiento, o morbilidad neonatal).

El rastreo produce frecuentes resultados falso-positivos, y el diagnóstico de DG puede asociarse a otros daños, como por ejemplo afectar negativamente la opinión de una mujer sobre su salud, aunque los datos son limitados. Por lo tanto, no puede determinarse el balance entre beneficios y daños del rastreo para DG.

7- Cáncer cervical en mujeres sexualmente activas o ≥ 21 años con cérvix (A)

Se encontró buena evidencia proveniente de múltiples estudios observacionales de que el rastreo mediante la citología cervical (Pap con espátula y cepillo) reduce la incidencia y mortalidad del cáncer cervical.

Es limitada la evidencia directa como para determinar el intervalo y la edad óptima de comienzo y fin del rastreo. La evidencia indirecta sugiere que la mayoría de la ventajas pueden obtenerse comenzando el rastreo dentro de los tres años del inicio de la actividad sexual o a la edad de 21 años (cualquiera que sea primero y dependiendo de la precocidad del debut sexual poblacional la edad podría ser menor) a intervalos de por lo menos cada tres años. Dado que la sensibilidad de un solo Pap para lesiones de alto grado es de 60-80%, la mayoría de las organizaciones recomiendan el Pap anual hasta que al menos dos o tres Paps hayan sido normales antes de prolongar el intervalo. Los factores de riesgo que justifican el rastreo anual, incluyen historia de neoplasia cervical, de infección por HPV o de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) o comportamiento sexual de riesgo, pero los datos son limitados como para determinar los beneficios de esta estrategia.

Se concluye que los beneficios de rastrear compensan substancialmente los daños potenciales.

8- Cáncer cervical en mujeres mayores de 65 años (D)

Se recomienda no rastrear rutinariamente para el cáncer cervical a mujeres mayores de 65 años si han tenido Paps recientes adecuados normales y no están en el alto riesgo de cáncer cervical por otras causas. Para la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) "Pap reciente adecuado" significa 3 Paps, consecutivos técnicamente satisfacto-

rios y documentados como normales o negativos y sin Paps anormales/positivos en los últimos 10 años. Las nuevas recomendaciones de la ACS sugieren suspender el rastreo a los 70 años. El rastreo se recomienda en mujeres mayores si no han sido rastreadas previamente, cuando la información sobre el rastreo anterior es inasequible o cuando es poco probable que el rastreo haya ocurrido en el pasado (en sitios sin programas de rastreo).

Se encontró limitada evidencia como para determinar los beneficios de continuar el rastreo en mujeres mayores de 65 años. El rédito del rastreo es bajo en las mujeres mayores de 65 años previamente rastreadas debido a la incidencia declinante de lesiones cervicales de alto grado después de esta edad.

Hay buena evidencia de que rastrear a las mujeres > 65 años está asociado a un riesgo creciente de daño potencial, incluyendo resultados falso-positivos y procedimientos invasivos innecesarios.

Se concluye que el daño potencial del rastreo es probable que exceda a los beneficios entre las mujeres mayores de 65 años que han tenido previamente resultados normales y que no estén de otra manera en el alto riesgo de cáncer cervical.

9- Cáncer cervical en mujeres con histerectomía total por enfermedad benigna (D)

Se encontró buena evidencia de que el rédito del rastreo citológico es muy bajo en mujeres histerectomizadas y pobre evidencia de que el rastreo para detectar el cáncer vaginal mejore resultados de salud. Debe certificarse la ausencia de cervix mediante parte quirúrgico o por especuloscopia. Debería continuar el rastreo en mujeres con historia del cáncer cervical invasor o de la exposición al dietilestilbestrol debido al mayor riesgo de cáncer vaginal, pero son escasos los datos sobre el rédito de tal rastreo.

Se concluye que el daño potencial de continuar el rastreo después de la histerectomía es probable que exceda a los beneficios.

10- Cáncer cervical mediante nuevas tecnologías (I)

Se encontró pobre evidencia para determinarse si las nuevas tecnologías, tales como citología líquida, re-rastreo computarizado o rastreo basado en algoritmos sea más eficaz que el rastreo convencional del Pap en la reducción de incidencia o de la mortalidad del cáncer cervical invasor. La evidencia para determinar sensibilidad y la especificidad de las nuevas tecnologías de rastreo es limitada. Incluso si la sensibilidad mejorase, estudios modelando tales métodos sugieren que no serían costo-efectivos a menos que sean utilizados con intervalos > 3 años.

Consecuentemente, se concluye que no puede determinarse si los beneficios potenciales de las nuevas técnicas de rastreo en relación al Pap son suficientes como para justificarlos ante un aumento posible en daños o costos.

10- Cáncer cervical mediante detección de Papilomavirus Humano (HPV) (I)

Se encontró pobre evidencia como para determinar los beneficios y el daño potencial del rastreo de HPV adjunto o como alternativa al rastreo por Pap. Los ensayos en curso deberán clarificar pronto el papel de las pruebas de HPV en el rastreo del cáncer cervical.

11- Cáncer de mama con mamografía (B)

Se encontró aceptable evidencia de que la mamografía cada 12-33 meses reduce perceptiblemente la mortalidad por cáncer de mama. La evidencia es más fuerte para las mujeres de 50-69 años (categoría de edad incluida generalmente en ensayos de rastreo).

Para las mujeres de 40-49 años, la evidencia de reducción de la mortalidad por cáncer de mama es más débil, y el beneficio absoluto de la mamografía es más pequeño, que para mujeres mayores. La mayoría, pero no todos, los estudios indican una ventaja de la mortalidad para las mujeres con mamografías hechas entre los 40 y 49 años, pero el retraso en los beneficios hace difícil de determinar la ventaja adicional del rastreo comenzado a los 40 en lugar de los 50 años. El beneficio absoluto es más pequeño dada la menor inciden-

cia de cáncer de mama en este grupo etario.

Se concluyó que la evidencia es también extrapolable a las mujeres

70 años (mayor riesgo absoluto de cáncer de mama) si su esperanza de vida no está comprometida por comorbilidades. La probabilidad absoluta de beneficios de realizar mamografías aumenta con edad, mientras que la probabilidad de daños (resultados falso-positivos, ansiedad, biopsias, y costos innecesarios) disminuye entre los 40-70 años. El balance entre beneficios y daños potenciales, por lo tanto, se hace más favorable a medida que las mujeres envejecen. La edad exacta en la cual los beneficios potenciales de la mamografía justifican el daño posible es una opinión subjetiva. No se encontró evidencia suficiente como para especificar el intervalo óptimo del rastreo en mujeres de 40-49 años.

12- Cáncer de mama con examen mamario exclusivo (I)

Ningún ensayo examinó los beneficios del examen mamario exclusivo (sin mamografía) comparado a ningún rastreo. No se pudieron determinar los beneficios del examen mamario exclusivo o la ventaja incremental de agregar examen mamario exclusivo a la mamografía. Por lo tanto no puede determinarse si los beneficios potenciales del examen mamario compensan el daño potencial.

13- Cáncer de mama con autoexamen mamario (I)

Se encontró pobre evidencia como para determinarse si el autoexamen mamario reduce la mortalidad por cáncer de mama. Se encontró aceptable evidencia que el autoexamen mamario está asociado a un riesgo creciente de resultados falso-positivos y de biopsias. Debido a las limitaciones de diseño de los estudios publicados y en curso de autoexamen mamario no puede determinarse el balance entre beneficios y daños potenciales del autoexamen mamario.

14- Cáncer prostático (I)

Se encontró buena evidencia de que el rastreo con PSA puede detectar el cáncer prostático temprano pero evidencia inconsistente y poco concluyente de que la detección temprana mejore resultados de salud. El rastreo se asocia a daños importantes, incluyendo resultados falso-positivos, ansiedad innecesaria, biopsias frecuentes, y las complicaciones potenciales del tratamiento de algunos cánceres que pudieron nunca haber afectado la salud de un paciente. Se concluye que la evidencia es escasa para determinarse si los beneficios compensan los daños.

15- Cáncer colorectal (CCR) (A)

Se encontró moderada a buena evidencia de que varios métodos de rastreo son eficaces en la reducción de mortalidad por CCR. Se concluyó que los beneficios de rastrear compensan sustancialmente los daños potenciales, pero la calidad de la evidencia, la magnitud de los beneficios, y el daño potencial varían con cada método.

Se encontró buena evidencia de que la sangre oculta en materia fecal (SOMF) periódica reduce la mortalidad por CCR y moderada evidencia de que la sigmoidoscopia sola o conjuntamente con SOMF reduce mortalidad. No se encontró evidencia directa de que el rastreo con colonoscopia es eficaz en la reducción de mortalidad del CCR; la eficacia de la colonoscopia se sustenta por su papel integral en ensayos de SOMF, de la extrapolación de estudios de sigmoidoscopia, de limitada evidencia de estudios caso-control, y de la capacidad de la colonoscopia de examinar el colon proximal. El colon por doble contraste es una alternativa de examinar la totalidad del colon, pero es menos sensible que la colonoscopia, y no hay evidencia directa de su eficacia en la reducción de la mortalidad. Se encontró insuficiente evidencia de que nuevas tecnologías (por ejemplo, colografía tomográfica computada) sean eficaces en mejorar resultados de salud.

Hay datos insuficientes como para determinar qué estrategia es la mejor en términos del balance de riesgos, beneficios o costo-efectividad. Se indica que el rastreo del CCR es probablemente costo-efectivo en EE.UU. (menos de U\$S 30.000 por el año adicional de la vida ganado) sin importar la estrategia elegida.

Es confuso si la mayor exactitud de la colonoscopia comparada con

métodos alternativos (identificación de lesiones que SOMF y sigmoidoscopia flexible no detectarían) compensa las complicaciones adicionales, la inconveniencia, y los mayores costos del procedimiento.

17- Vaginosis Bacteriana (VB) en embarazadas con antecedentes de parto pretérmino (I)

La evidencia es insuficiente como para hacer una recomendación a favor o en contra en mujeres con antecedentes de parto pretérmino, pero queda a criterio clínico según la historia de partos pretérmino, otros factores de riesgo de parto pretérmino (los estudios que mostraron beneficios fueron en mujeres de alto riesgo de parto pretérmino [35-57%]) y etapa de embarazo en curso. El tiempo óptimo de rastreo y tipo de tratamiento no es claro. En los tres ensayos que hubo beneficio se realizó en el 2do trimestre y el tratamiento se realizó con metronidazol sólo o con eritromicina.

18- VB en embarazadas asintomáticas y sin antecedentes de parto pretérmino (D)

Se recomienda no rastrear a mujeres sin síntomas de VB ni a aquellas sin antecedentes de parto pretérmino.

Existen estudios en marcha que intentarán evaluar la eficacia de diferentes tratamientos o instaurados más tempranamente que en estudios previos

19- Infección por Clamidia trachomatis (IC) en mujeres sexualmente activas ≤ 25 años o asintomáticas con riesgo aumentados de IC (A)

Se recomienda fuertemente el rastreo de rutina de Infección por Clamidia trachomatis en:

- Toda mujer sexualmente activa ≤ 25 años.
- Otras mujeres asintomáticas con riesgo aumentados de IC.

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
A	Recomienda fuertemente	Buena	incidencia de EPI#	++
		Aceptable	Rastreo comunitario prevalencia de IC@	

Ensayo clínico Controlado Aleatorizado (ECCA) que redujo la incidencia de EPI de 28-13 % mujeres/año
 @ Dos estudios ecológicos europeos

El intervalo óptimo entre rastreo no ha sido determinado. En mujeres con test previo positivo (+) sería de 6-12 meses dada la alta tasa de reinfección. Si el test previo es negativo (-) y el riesgo es bajo no es necesario rastrear tan frecuentemente.

Las parejas de individuos infectados deben ser testeados, y tratados de ser (+), o tratados empíricamente.

Durante el examen pelviano de una mujer asintomática hay que estar alerta en relación a hallazgos sugestivos de IC (Ej: flujo, eritema o friabilidad cervical).

Los médicos deberíamos considerar los efectos potenciales de diagnosticar una ETS en una pareja.

Para prevenir falsos (+) sería apropiado un test confirmatorio en personas de bajo riesgo.

Se desconocen los efectos adversos del rastreo (examen pelviano, antibióticos, efecto en la pareja).

Estudios de costo-efectividad sugieren que el rastreo en mujeres de moderado a alto riesgo ahorra dinero y que test más sensibles (ADN, ARN) mejorarían la costo-efectividad del cultivo, pero la evidencia es insuficiente como para recomendar un test específico.

20- IC en mujeres asintomáticas ≤ 25 años o embarazadas con riesgo de IC (B)

Se recomienda el rastreo de rutina en mujeres embarazadas:

- Asintomática ≤ 25 años.
- Otras embarazadas con riesgo aumentados de IC

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
B	Recomienda hacer	Alguna	Niños de bajo peso y parto prematuro	+

El momento óptimo de hacerlo no ha sido determinado. Al comienzo del embarazo mejoran los resultados, pero rastrear en el 3er trimestre puede ser más efectivo en prevenir el contagio al niño durante el parto. Se desconoce el beneficio incremental de repetir el rastreo.

21- IC en mujeres >25 años asintomáticas y de bajo riesgo (C)

No se recomienda ni a favor ni en contra del rastreo en mujeres >25 años asintomáticas y de bajo riesgo (aún estando embarazadas).

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
C	No recomienda nada	Alguna	Podrían detectarse algunos casos extra de IC en población de bajo riesgo	0 (B vs posibles R)

22- IC en hombres asintomáticos (I)

Hay insuficiente evidencia como para hacer una recomendación a favor o en contra del rastreo en hombres asintomáticos.

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
I	No puede recomendar	Ninguna directa	Indeterminados	? #

#La magnitud del beneficio podría ser enorme si se demostrara la efectividad del rastreo en hombres, dado que son un importante reservorio y por la mayor facilidad de erradicación.

23- Dislipidemias en hombres ≥ 35 y mujeres ≥ 45 años (A)

Se recomienda fuertemente el rastreo en hombres ≥ 35 y mujeres ≥ 45 años. Esto extiende las recomendaciones anteriores de la USPSTF, en las que el rastreo terminaba a los 65 años.

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
A	Recomienda fuertemente	Buena	Identificar pacientes en riesgo de EC Hipolipemiantes incidencia de EC	++

24- Dislipidemias en hombres de 20 a 35 y mujeres entre 20 y 45 años con / sin FRC (B/C)

En hombres de 20 a 35 y mujeres entre 20 y 45 años se recomienda el rastreo si existen otros factores de riesgo coronario (FRC) (B) y no hace recomendación (C) si no hay FRC. Los FRC son: tabaquismo, diabetes, historia en familiares de 1er grado de EC precoz (hombres <50 y mujeres <60 años), hipercolesterolemia e HTA.

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
B	Recomienda hacer	Buena	Identificar adultos jóvenes en riesgo de EC Hipolipemiantes si tienen FRC la EC	+
C	No recomienda (Opcional)	Buena	Identificar algunos adultos jóvenes en riesgo de EC si no tienen FRC Escasa absoluta de la EC#	0

Existe aceptable evidencia de que los mayores beneficios se dan dentro de los 5 años de iniciada la terapia

25- Dislipidemias dosando Colesterol Total + HDL-C / Triglicéridos (TG) (B/I)

Además del CT se recomienda dosar el HDL-C (B) y hay insuficiente evidencia como para recomendar a favor o en contra de dosar TG (I). Además el CT y el HDL-C pueden realizarse aún sin ayuno previo, en cambio para los TG se necesitan 12-14 hs de ayuno.

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
B	Recomienda dosar CT + HDL-C	Buena	Identificar adultos jóvenes en riesgo de EC Pacientes sin CT alto y con bajo HDL-C se benefician del tratamiento	+
I	No recomienda dosar TG	Conflictiva	Que los TG son un FRC independiente#	?

Faltan datos prospectivos que evalúen si incluir los TG es más efectivo para

La tabla siguiente, que incorpora el moderno concepto de riesgo global de EC, contiene los elementos necesarios para el manejo de las dislipidemias en Prevención Primaria según el NCEP.³

Tratamiento hipolipemiante y metas terapéuticas en Prevención Primaria

Categoría de Riesgo	Riesgo a 10 años de EC por score de Framingham##	LDL-c	
		Meta terapéutica y cambios de estilo de vida si se superan	Considerar drogas hipolipemiantes
2 Factores de riesgo#	>20% (o Equivalentes de riesgo de EC *)	<100 mg % <130 mg % <130 mg %	>100 mg %† 130 mg %‡ 160 mg %
0-1 Factor de riesgo	<10%	<160 mg %	190 mg %¥ (opcional entre 160-189 mg %)

Factores de riesgo: edad, sexo, colesterol total (240mg %), HDLc (<40 mg%), hipertensión arterial, antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz (en adultos jóvenes), y fumar (al menos 1 cigarrillo en el último mes). Hay herramientas que proporcionan una valoración más exacta del riesgo cardiovascular:## <http://www.intmed.mcw.edu/clinical/heartrisk.html>

* Pacientes con formas no coronarias de aterosclerosis clínica: diabetes, arteriopatía periférica, enfermedad arterial carotídea, aneurisma de aorta abdominal.

† Con LDL 130 mg % deben iniciarse a cambios de estilo de vida junto a drogas hipolipemiantes. Con LDL de 100-129 mg %, las drogas hipolipemiantes son opcionales.

‡ Con LDL entre 130-159 mg % se consideran drogas hipolipemiantes luego de un ensayo adecuado de cambios de estilo de vida.

¥ Con LDL entre 160-189 mg %, consideran drogas hipolipemiantes dependiendo de la respuesta a los cambios de estilo de vida.

26- Auditivo (I)

Se encontró la buena evidencia de que el rastreo auditivo en recién nacidos conduce a la temprana identificación y tratamiento de infantes con pérdida de la audición. Sin embargo, la evidencia para determinarse si el tratamiento temprano que resulta del rastreo conduce a mejorías clínicamente importantes en el habla y el lenguaje en 3 años es poco concluyente, debido las limitaciones de diseño de los estudios existentes. Aunque la identificación y la intervención tempranas pueden mejorar la calidad de la vida del infante y la familia durante el primer año de vida, y previenen remordimientos de la familia por un diagnóstico retrasado de la pérdida de la audición, se encontraron pocos elementos que orienten sobre beneficios. No puede determinar si los beneficios potenciales compensan el potencial daño de las pruebas falso-positivas que muchos infantes de bajo riesgo experimentarían al someterse al rastreo universal. Se encontró buena evidencia de que la prevalencia de la pérdida auditiva en infantes en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o con otros factores de riesgo específicos (internación en UCIN 2 días; síndromes que incluyen pérdida auditiva [síndrome de Usher o de Waardenburg], antecedentes familiares de trastornos auditivos de la niñez; infecciones congénitas [toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, sarampión, citomegalovirus, herpes] y anomalías craneofaciales) son 10 a 20 veces mayores que en la población general de recién nacidos. Los rendimientos del rastreo y la proporción de resultados verdadero-positivos serán sustancialmente más altos cuando el rastreo se apunta a estos infantes de riesgo elevado, aunque debe reconocerse que los programas de rastreo selectivos clásicamente no identifican a todos los infantes con fac-

tores de riesgo. También son limitadas las evidencias de que la identificación y la intervención tempranas de la pérdida auditiva mejora el discurso, el lenguaje o los resultados auditivos en poblaciones de riesgo elevado. En todo caso debe usarse un protocolo validado, requiriendo generalmente dos pruebas de rastreo y un adecuado seguimiento y tratamiento post-rastreo.

27- Cáncer de Piel (I)

Se concluyó que la evidencia es insuficiente como para hacer una recomendación a favor o en contra de rastrear el cáncer de piel (melanoma, carcinoma basocelular o espinocelular) mediante el examen de la piel de todo el cuerpo (la prevención del cáncer de piel y el autoexamen cutáneo se consideran en una recomendación aparte).

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
I	No puede recomendar	Faltante	¿ morbimortalidad por cáncer de piel?	?

Los beneficios del rastreo no están probados ni siquiera en pacientes de alto riesgo, pero no se examinó los resultados de la vigilancia sobre pacientes con síndromes familiares como los de nevos atípicos o melanoma.

28- Osteoporosis mujeres ≥ 65 años y 60 años de riesgo para fracturas osteoporóticas (B)

Se encontró buena evidencia de que el riesgo para osteoporosis y fracturas aumenta con la edad (65 años), el bajo peso corporal (< 70 kg), no usar actualmente estrógenos o con factores de menor evidencia como tabaquismo, pérdida de peso, historia familiar, sedentarismo, consumo de alcohol o cafeína y bajo consumo de calcio o vitamina D. También halló que las medidas de la densidad ósea predicen con precisión el riesgo de fracturas a corto plazo. Tratar a mujeres asintomáticas con osteoporosis reduce su riesgo de fractura. Hay pocos datos en cuanto a la suspensión del rastreo (hay pocos estudios en mujeres > 85 años).

Se concluye que los beneficios del rastreo y del tratamiento son por lo menos de moderada magnitud en las mujeres de riesgo por su edad o la presencia de otros factores de riesgo.

29- Osteoporosis mujeres < 60 años y de 60 -64 años sin riesgo para fracturas osteoporóticas (C)

Se encontró aceptable evidencia que el rastreo puede identificar a mujeres elegibles para el tratamiento de osteoporosis, pero prevendría un número pequeño de fracturas.

Se concluye que el balance entre beneficios y daños del rastreo y del tratamiento está muy equilibrado como para hacer una recomendación general en este grupo etario.

30- Depresión en adultos (B)

Se encontró buena evidencia de que el rastreo mejora la identificación de pacientes deprimidos en atención primaria y que el tratamiento de éstos disminuye la morbilidad. Los ensayos que han evaluado directamente el efecto del rastreo en resultados clínicos han demostrado resultados divergentes. Se han observado pequeñas mejoras en los estudios que simplemente informan a los clínicos los resultados del rastreo y beneficios más grandes en los estudios en los cuales la comunicación de los resultados del rastreo se coordina con seguimiento y tratamiento eficaces.

Se concluyó que los beneficios del rastreo probablemente compensen cualquier daño potencial.

31- Depresión en niños o adolescentes (I)

Se encontró limitada evidencia sobre la exactitud y la confiabilidad del rastreo en niños y adolescentes y limitada evidencia de la eficacia de la terapia en los niños y los adolescentes identificados en atención primaria.

QUIMIOPROFILAXIS

32- Aspirina en prevención primaria de eventos cardiovasculares (A)

Se encontró buena evidencia de que la aspirina disminuye la incidencia de la enfermedad coronaria en adultos de riesgo de enfermedad cardiovascular. También encontraron buena evidencia de que la aspirina aumenta la incidencia de sangrados gastrointestinales y aceptable evidencia de que la aspirina aumenta la incidencia de eventos hemorrágicos.

Se concluyó que el balance entre beneficios y daños es favorable en pacientes de alto riesgo de enfermedad coronaria (riesgo a 5 años 3%) pero también depende de las preferencias de los pacientes.

Las decisiones sobre terapia de la aspirina deben considerar el riesgo global para la enfermedad coronaria. La valoración de riesgo debe investigar la presencia y severidad de los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, diabetes, colesterol total ($>200\text{mg\%}$), HDLc ($<50\text{mg\%}$), presión arterial ($>130/85$), antecedentes familiares (en adultos jóvenes), y fumar (al menos 1 cigarrillo en el último mes).

Las herramientas que incorporan la información específica sobre factores de riesgo múltiples proporcionan una valoración más exacta del riesgo cardiovascular que las clasificaciones basadas simplemente en la suma de números de los factores de riesgo (<http://www.intmed.mcw.edu/clinical/heartrisk.html>).

Los hombres >40 años, las mujeres postmenopáusicas, y gente más joven pero con factores de riesgo para enfermedad coronaria (Ej, hipertensión, diabetes, o el fumar) podrían considerar terapia con aspirina. Se desconoce la dosis óptima de la aspirina en quimioprofilaxis. Los ensayos de prevención primaria y secundaria han demostrado beneficios con una variedad de regímenes, incluyendo 75 y 100 mg por día, y 325 mg día por medio. Las dosis de 75 mg por día parecen tan eficaces como dosis más altas. No se ha establecido aun si las dosis <75 mg por día son eficaces. Las preparaciones con cubierta entérica no reducen claramente los efectos adversos gastrointestinales de la aspirina. La hipertensión no controlada y el uso concomitante de antiinflamatorios no esteroides o anticoagulantes aumentan el riesgo de sangrados serios.

33- Tamoxifeno o Raloxifeno para prevención primaria de cáncer de mama en mujeres de riesgo bajo-medio de cáncer de mama (D)

Se encontró aceptable evidencia de que el tamoxifeno y el raloxifeno pueden prevenir algunos cánceres de mama en mujeres de riesgo bajo-medio de cáncer de mama, basado en la extrapolación de estudios de mujeres de riesgo más alto.

Se concluyó, sin embargo, que el daño potencial de la quimioprofilaxis puede superar los beneficios potenciales en las mujeres que no son de alto riesgo de cáncer de mama.

34- Tamoxifeno o Raloxifeno en mujeres de alto riesgo de cáncer de mama (B)

Se encontró aceptable evidencia de que el tratamiento con tamoxifeno puede reducir perceptiblemente el riesgo para el cáncer de mama invasivo con receptores estrogénicos + en mujeres en el grupo de alto riesgo de cáncer de mama y que la probabilidad de los beneficios aumenta proporcionalmente con el riesgo para el cáncer de mama.

Se encontró evidencia consistente pero menos abundante sobre los beneficios del raloxifeno. Se encontró buena evidencia de que el tamoxifeno y el raloxifeno aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos (como tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda) y efectos secundarios sintomáticos (sofocos) y que el tamoxifeno, pero no raloxifeno, aumenta el riesgo de cáncer endometrial.

Se concluyó que el balance entre beneficios y daños puede ser favorable para algunas mujeres de riesgo elevado pero dependerá de riesgo del cáncer de mama, del riesgo de daños potenciales, y las preferencias de los pacientes individuales.

35- Estrógenos y Progesterona para la prevención de enfermedades crónicas en mujeres postmenopáusicas (D)

Se del encontró de aceptable a buena evidencia de que la combinación de estrógenos y progesterona tiene tanto beneficios y como daños. Los beneficios incluyen una mayor densidad mineral ósea (buena evidencia), menor riesgo de fracturas (aceptable a buena evidencia), y menor riesgo de cáncer colorectal (aceptable evidencia). Los daños incluyen el mayor riesgo de cáncer de mama (buena evidencia), de tromboembolismo venoso (buena evidencia), de enfermedad coronaria (aceptable a buena evidencia), de accidente cerebrovascular (aceptable evidencia), y de colecistitis (aceptable evidencia). La evidencia era escasa como para determinar los efectos de la TRH en otros resultados importantes, tales como demencia y función cognitiva, cáncer ovárico, mortalidad por cáncer de mama, por enfermedad cardiovascular, o mortalidad total.

Se concluyó de que los efectos perjudiciales de estrógenos y progesterona probablemente excedan los beneficios en la prevención de enfermedades crónicas en la mayoría de las mujeres. No se evaluó la TRH para tratar síntomas menopáusicos, vasomotores (sofocos) o síntomas urogenitales. El balance de beneficios y daños para una mujer individual dependerá de sus preferencias personales, riesgos individuales para las enfermedades crónicas específicas, y la presencia de síntomas menopáusicos.

36- Estrógenos para la prevención de enfermedades crónicas en mujeres postmenopáusicas histerectomizadas (I)

Se encontró de aceptable a buena evidencia de que el uso de estrógenos sin oposición tiene tanto beneficios como daños. Aunque la mayoría de los datos actuales provienen de estudios observacionales, los beneficios probables incluyen mayor densidad mineral ósea, menor riesgo de fracturas y de cáncer colorectal. Los daños probables incluyen mayor riesgo de tromboembolismo venoso, colecistitis, y accidente cerebrovascular. En mujeres sin histerectomía, los estrógenos sin oposición aumentan el riesgo de cáncer endometrial. La evidencia es escasa como para determinar los efectos de los estrógenos sin oposición en el riesgo de cáncer de mama y ovárico, enfermedad coronaria, la demencia y la función cognitiva, o la mortalidad. Consecuentemente, no se puede determinar si los beneficios de los estrógenos sin oposición compensan los daños en mujeres histerectomizadas.

Datos mejores sobre beneficios y daños se esperan de ensayos aleatorizados en curso, incluyendo el estudio Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI) de estrógenos sin oposición en las mujeres histerectomizadas.

Dr. Agustín Ciapponi [Responsable del Area de Prevención. Unidad de Medicina Familiar. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Referencias

1. Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition, 1996; Report of the U.S. Preventive Services Task Force.
2. Ciapponi A. Guía de práctica clínica: Tercer reporte de la USPSTF. Evidencia en atención primaria 2001 Septiembre - Octubre Vol 4 Nro 5:153-8.
3. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>