

Guía de Práctica Clínica

Tercer reporte de la USPSTF

En 1996 fueron publicadas las últimas recomendaciones preventivas de la Fuerza de tareas Preventivas de los EEUU (sigla en inglés: USPSTF).¹

Este año el American Journal of Preventive Medicine² ha publicado una modificación en la forma de graduar la evidencia y la fuerza de las recomendaciones preventivas. Utilizando estas innovaciones metodológicas se publicaron nuevas recomendaciones sobre rastreo de vaginosis bacteriana en la embarazada (por primera vez considerada en la USPSTF) y se actualizó el rastreo de infección por *Clamidia trachomatis*, de dislipidemia en adultos y de cáncer de piel. La estrategia implementada consiste en ir publicando las actualizaciones a medida que se produzcan, de esta manera se irá constituyendo la tercera edición de recomendaciones preventivas, a la cual también se puede acceder gratuitamente en el sitio: www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm

Grados de Evidencia y Recomendaciones Preventivas

Hasta que se complete la renovación de todas las recomendaciones, por el momento convivirán la clasificación anterior y la nueva. Se detallan ambas destacando las modificaciones:

Grados de Evidencia

Además de la validez interna* (diseño), la nueva clasificación incorpora la validez externa, consistencia* entre estudios y el tipo de valoración de resultados*, que pueden modificar la calidad de la evidencia.

Evidencia grado I: obtenidas de ensayos correctamente aleatorizados y controlados.

Evidencia grado II. 1 a partir de estudios controlados bien diseñados, pero sin aleatorización.

Evidencia grado II. 2 estudios de cohortes o caso-control diseñados, preferentemente como estudios multicéntricos.

Evidencia grado II. 3 Comparación entre diferentes lugares o tiempos y estudios no controlados.

Evidencia grado III: Opinión de expertos basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité

Nuevos Grados de Evidencia

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

Alguna: 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

Una evidencia que previamente se clasificaba como **grado I** por su validez interna, podría clasificarse ahora como **Buena** pero también como **Alguna evidencia** si no hubo consistencia entre estudios, si no pertenecen poblaciones representativas o si no hubo valoración directa de resultados. Del mismo modo una evidencia **grado II** podría reclasificarse en **Alguna evidencia**, pero también en **Pobre** si la evidencia es insuficiente en cuanto al número, brechas en la cadena de evidencia o falta de información sobre importantes resultados en salud.

Una evidencia **grado III** siempre será una **Pobre** simplemente por su limitada validez interna.

Recomendaciones

La nueva clasificación además del grado de evidencia incorpora el concepto de beneficio neto o balance entre el beneficio y el riesgo cuyo resultado puede ser positivo (+), neutro (0), negativo (-) o desconocido (?)

Antiguas (Ex-grado de Evidencia) → Nuevas [Beneficio – Riesgo = beneficio neto]

A: Fuerte evidencia (Ex-G^o I, II-1) que avala la recomendación → **A: [B - R = ++]**

B: Alguna evidencia (Ex-G^o II-1, II-2) para avalar la recomendación → **B: [B - R = +]**

C: Insuficiente evidencia (Ex-G^o III) a favor o en contra de efectuar la recomendación → **I: [B - R = ?]**

C: Al menos alguna evidencia de mejoría pero el balance es neutro [B - R = 0]

D: Moderada evidencia (Ex-G^o II-1, II-2) en contra de efectuar la recomendación → **[B - R = 0 ó -]**

E: Hay fuerte evidencia (Ex-G^o I, II-1) en contra de efectuar la recomendación → **eliminada**

Nuevas Recomendaciones

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
A	Recomienda fuertemente	Buena	Mejoran	++
B	Recomienda hacer	Al menos alguna	Mejoran	+
C	No recomienda nada	Al menos alguna	Pueden mejorar	° 0
D	Recomienda no hacer	Al menos alguna	No mejoran	0 ó -
I	No puede recomendar	Insuficiente	Indeterminados	?

Las nuevas recomendaciones también incluyen, siempre que esté disponible, información sobre la costo-efectividad de las prácticas preventivas desde la perspectiva de la sociedad*, la cual es incorporada en la definición del tipo de recomendación.³

Las recomendaciones tipo **A**⁴ reducen el riesgo o carga de enfermedad en la población por lo que deberían promoverse en la población mediante esfuerzos de alcance externo más allá de los contactos espontáneos de las personas con el sistema de salud (recordatorios por correo, teléfono, e-mail). El cumplimiento de las mismas constituye un excelente parámetro de calidad de atención médica.

Las recomendaciones tipo **B** podrían ser implementadas con una estrategia de "búsqueda de caso", es decir, ofrecer la práctica preventiva cuando la persona contacta el sistema de salud tanto por controles preventivos o por problemas agudos o crónicos. Pueden estimularse por esfuerzos de alcance interno como los recordatorios a médicos y pacientes, los cuales también pueden utilizarse para recomendaciones **A**.

Las recomendaciones **C** e **I** son las más problemáticas y quizás la tendencia más apropiada en la práctica sea mantener un diálogo abierto acerca de los beneficios y riesgos para el paciente en particular, seguida del apoyo a la decisión del paciente: "estrategia de toma de decisión compartida".

Las recomendaciones **D** tanto por razones éticas como económicas no deberían ofrecerse a la población. Sin embargo de solicitarlo el paciente también sería conveniente la "toma de decisión compartida".

Los médicos deberíamos desarrollar y manejar un conjunto de frases en relación al tipo de recomendación, por ejemplo:

A: ... "Le recomiendo que se realice el test para *Clamidia*" o "Es muy probable el test para *Clamidia* sea beneficioso para su salud"

B: ... "Dados sus factores de riesgo cardíaco Ud. debería medir su colesterol"

C: ... "Existiría cierto beneficio de rastrear *Clamidia* durante su em-

barazo, pero dado su bajo riesgo los beneficios son pocos y pueden no justificar los riesgos potenciales del tratamiento"

D:... "Dado su nivel de riesgo, es improbable que rastrear vaginosis bacteriana le reduzca el parto prematuro" o "Según lo que sabemos hoy en día, no le recomiendo rastrear vaginosis bacteriana"

I:... "Desconocemos si rastrear el cáncer de piel es beneficioso. No tengo inconvenientes en hacerlo, pero es importante considerar que puede conducir a tratamientos innecesarios que pueden no beneficiarlo o incluso alterar su calidad de vida"

Rastreo de Vaginosis Bacteriana (VB) en la mujer embarazada⁵

¿Qué es la Vaginosis Bacteriana?

Es una causa frecuente de flujo vaginal en mujeres de edad fértil. También puede provocar prurito u olor pero muchas mujeres no perciben la infección.

Es ocasionado por un desequilibrio (sin causa bien establecida) entre los distintos tipos de bacterias de la flora vaginal normal (disminución de *Lactobacilli* y aumento de *Gardenella* y *anaerobios*). La presencia de 3 de 4 criterios clínicos lleva al diagnóstico de VB: PH vaginal > 4.5, olor amoniacal a la aplicación del hidróxido de potasio (KOH), aspecto homogéneo del flujo vaginal y presencia de células clue en el examen microscópico de la secreción vaginal. Los criterios tienen una sensibilidad de 62-97% y una especificidad de 66-95% comparado con la tinción de Gram del flujo vaginal que es habitualmente el test más empleado en los estudios. En las mujeres embarazadas la VB sintomática tiene tratamiento eficaz (vía oral: metronidazol 2g repetido a las 48hs; metronidazol 400mg/12hs x 2 días; metronidazol 250mg/8hs x 7 días sólo ó + eritromicina 333mg/8hs x 14 días).

¿Cuántas mujeres padecen Vaginosis Bacteriana?

Entre 9-23% en estudios realizados en centros académicos y hospitales públicos, siendo más común entre mujeres negras que en las blancas.

¿Qué problemas se asocian a la Vaginosis Bacteriana?

Las embarazadas con VB tienen mayor riesgo de partos prematuros (RR de 1.4 a 6.9), ruptura prematura de membranas (RR 2 a 7.3), aborto espontáneo (RR 1.3 a 2) y trabajo pretérmino (RR 2 a 2.6). Estos niños pueden tener afectación pulmonar o del sistema nervioso, trastornos del desarrollo, discapacidad a largo plazo o muerte.

¿Cuáles son los beneficios y riesgos de tratar la Vaginosis Bacteriana?

El tratamiento con antibióticos puede aliviar los síntomas, pero no siempre cura la VB, y las recurrencias son frecuentes. Algunos estudios hallaron que en mujeres con antecedentes de parto pretérmino, el tratamiento de la VB reduce el número de partos prematuros, pero no se encontró beneficio en el más grande y reciente de los estudios. Las diferencias en el riesgo de parto pretérmino, o en los regímenes terapéuticos podrían explicar en parte los resultados conflictivos.

En mujeres con riesgo habitual de parto prematuro el tratamiento de la VB no pareció mejorar la salud de los bebés. Dado lo común de la VB, el rastreo y el tratamiento antibiótico durante el embarazo expone a un gran número de mujeres a efectos adversos menores (especialmente náuseas). Además algunos estudios sugieren que los antibióticos hasta podrían incrementar el parto pretérmino en algunas mujeres y en un estudio de tratamiento con clindamicina intravaginal aumentó la incidencia de sepsis neonatal (hallazgos que requieren confirmación).

¿En quienes y cómo se debería rastrear la Vaginosis Bacteriana?

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

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
I	No puede recomendar	Buena pero conflictiva	Indeterminados	

La tercera USPSTF recomienda no rastrear mujeres sin síntomas de VB y aquellas sin antecedentes de parto pretérmino (**recomendación D**).

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

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
D	Recomienda no hacer	Buena	No mejora el parto prematuro	0 ó -

¿Qué opinan otras entidades en relación a la VB?

Son consistentes con la USPSTF. El CDC (Centro de Prevención y Control de enfermedades) concluyó en 1998 (se actualizará en 2001) que en mujeres de riesgo (Ej: con antecedentes de parto pretérmino) se podría hacer el test al comienzo del 2do trimestre, pero no recomienda rastreo universal. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia arribó a similares conclusiones y una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane concluyó que no hay evidencia de rastrear a todas las embarazadas pero habría alguna evidencia en mujeres con antecedentes de parto pretérmino.

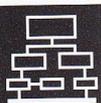
Para llevar al consultorio

- La VB es una patología frecuente en la embarazada asociada al parto pretérmino y a considerables problemas en los recién nacidos.
- El tratamiento de la VB puede aliviar síntomas pero no siempre curarla.
- Sin embargo no existe evidencia de que el tratamiento de la VB mejore la salud de los bebés.
- Aunque la 3er USPSTF no recomienda ni a favor ni en contra del rastreo en mujeres de riesgo, en los casos de riesgo muy alto podría ser beneficioso.

Rastreo de Infección por *Clamidia trachomatis* (IC)⁶

¿Qué es la Infección por *Clamidia*?

La infección por *Clamidia Trachomatis* es la enfermedad de transmisión sexual bacteriana más frecuente en EEUU. Afecta tanto a hombres como a mujeres, la mayoría de las veces (70-90%) en forma asintomática. La prevalencia de la IC asintomática varía mucho dependiendo de la población (2-12%) pero ha disminuido



significativamente en las áreas donde se implementaron programas de rastreo.

En las mujeres puede causar cervicitis, uretritis, enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico. En los hombres uretritis, estenosis uretral, epididimitis aguda, prostatitis crónica y artritis reactivas. En la embarazada parto prematuro, endometritis postparto y mediante transmisión perinatal, conjuntivitis o neumonía neonatal.

El tratamiento es fácil y barato, pero si no es detectada puede causar los serios problemas mencionados incluyendo un riesgo aumentado de infección por HIV.

¿Cómo se detecta y cómo trata la infección por Clamidia?

Existen numerosos tests disponibles (antigénicos, ADN y ARN) que utilizan muestras de orina (promisoria por ser no invasiva) o de hisopados uretrales, endocervicales e inclusive vaginales (autoadministrados que pueden enviarse por correo).

La elección del test dependerá de los costos, la conveniencia y disponibilidad. La especificidad es alta para la mayoría de los test aprobados, pero en especial con el cultivo, aunque requiere de un laboratorio especializado para su realización. El CDC está desarrollando guías que estarán disponibles durante el 2001 en www.cdc.gov

Un curso terapéutico de 7 días con tetraciclina (250mg/6hs) o doxiciclina (100mg/12 hs) resulta en una cura a corto plazo de 92-100% de las mujeres y 97-100% de los hombres. La monodosis de 1 gramo de azitromicina es tan efectiva como la doxiciclina y puede ser de elección cuando se sospechan problemas de adherencia. El 26-39% de las mujeres tratadas se reinfectan a los 2-5 años.

¿Quiénes se infectan con Clamidia?

Son susceptibles los hombres y mujeres a través de la vía sexual. Las tasas reportadas de IC son mayores en mujeres pues entre otros motivos es posible que los hombres no acudan a controles de salud tan frecuentemente como las mujeres y por ende no sean testeados regularmente. El marcador de riesgo más importante es la edad. Las mujeres sexualmente activas ≤ 25 años son las de mayor riesgo de complicaciones por IC. Según el CDC las mujeres de 15-19 años suman la mitad de los casos femeninos y las de 20-24 años un 33% adicional. La prevalencia de IC es cercana al 10%, pero varía en las diferentes comunidades. Los factores que aumentan el riesgo de IC son:

- Antecedente de ETS
- No usar preservativos correcta y consistentemente.
- Múltiples parejas sexuales
- Ectopía cervical

El riesgo individual depende, además del número de marcadores de riesgo, de la prevalencia local de la IC.

¿En quienes y cómo se debería rastrear la Infección por Clamidia?

La 3er. USPSTF recomienda fuertemente (**recomendación A**) el rastreo de rutina 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*	++
		Alguna	Rastreo comunitario ↓ prevalencia de IC*	

Ensayo clínico Controlado Aleatorizado (ECCA) que redujo la incidencia de EPI de 28 a 13 % mujeres/año

@ Dos estudios ecológicos europeos

El intervalo óptimo entre rastreos 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 los individuos infectados deben ser testeados y tratados de ser (+), o tratados empíricamente.

Durante el examen pélvico 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 confirmatorios en personas de bajo riesgo.

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

Estudios de costo-efectividad⁽⁸⁾ 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.

Se recomienda (**recomendación B**) 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.

No se recomienda ni a favor ni en contra (**recomendación C**) 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)

Hay insuficiente evidencia (**recomendación I**) 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.

¿Qué opinan otras entidades en relación a la IC?

Son consistentes con la USPSTF. La CTF recomienda testear grupos de alto riesgo. El CDC recomienda rastreo anual en mujeres sexualmente activas < 20 años; entre 20 y 24 años si no usan preservativos correcta y consistentemente o tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 3 meses; o en > 24 años si cumplen ambos criterios. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda rastreo a las adolescentes sexualmente activas o en otras mujeres de alto riesgo.

El rastreo de Clamidia desde el 2000 constituye uno de los parámetros de calidad de buena atención de los planes de los seguros de salud (HEDIS).

Para llevar al consultorio

- La mayoría de las personas infectadas con clamidia son asintomáticas.
- El mayor riesgo para las mujeres es desconocer que tienen IC
- Debería rastrearse IC en embarazadas y mujeres sexualmente activas ≤ 25 años o con riesgo aumentados de IC (antecedente de ETS, no usar preservativos, múltiples parejas sexuales)
- Con test previo (+) rastrear cada 6-12 meses y si es (-) y el riesgo es bajo menos frecuentemente.
- Las parejas de los infectados deben ser testeados, y tratados de ser (+), o tratados empíricamente (considerar los efectos potenciales de diagnosticar una ETS en una pareja)

Rastreo de Dislipidemias⁷

¿Qué es y quiénes tienen Dislipidemia?

Se llama dislipidemia a niveles anormales de colesterol, que ponen a hombres y mujeres en riesgo de Enfermedad Coronaria (EC). Se considera anormal un Colesterol Total (CT) $>240\text{mg}\%$ o un colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) menor de $35\text{mg}\%$. La mayor parte del colesterol es transportado por la lipoproteína de baja densidad (LDL-C) y un nivel elevado hace que el colesterol se deposite en los vasos sanguíneos, ocluyéndolos. El HDL-C, en cambio, ayuda a removerlo previniendo el daño vascular.

El 17% de los hombres y el 20% de las mujeres de 20-74 años en EEUU tienen CT $>240\text{mg}\%$

¿Por qué rastrear la Dislipidemia?

La EC puede ser el primer signo de una dislipidemia. El rastreo puede detectar los trastornos lipídicos antes de que se desarrolle o empeore una EC.

El mayor beneficio del rastreo sería identificar pacientes cuyo riesgo coronario justifique el tratamiento con hipolipemiantes u otras intervenciones intensivas sobre el estilo de vida. Esto sucede desde mediana edad o ante la presencia de factores de riesgo coronario. En los pacientes más jóvenes la principal intervención es dar recomendaciones saludables del estilo de vida, para lo cual no es necesario realizar rastreo.

En cuanto a los efectos adversos del rastreo los estudios son limitados. No se hallaron daños psicológicos como el de "etiquetamiento", pero podría someter a individuos con bajo riesgo de EC a los inconvenientes y costos de tratamientos que sólo producirían beneficios mínimos.

¿Es efectivo el tratamiento de la Dislipidemia?

En cuatro grandes estudios de prevención primaria se demostró que los pacientes con hipercolesterolemia o bajo nivel de HDL-C que realizan tratamiento con hipolipemiantes durante 5-7 años reducen el riesgo de eventos coronarios un 30% (IC95% 20-38%). En el único ensayo que incluyó mujeres, el tratamiento pareció ser tan eficaz como en hombres, aunque con menor beneficio absoluto por la menor tasa de EC en mujeres.

En poblaciones cuyo incidencia de EC es de 1% anual (hombres ≥ 35 y mujeres ≥ 45 años) sería necesario tratar a 67 pacientes (NNT) durante 5 años para prevenir 1 evento coronario. Aunque hay pocos ensayos que hayan enrolado personas menores de 45 ó mayores de 65 años, la USPSTF concluye que los beneficios podrían ser extrapolables si el riesgo de EC es mayor o igual al de los sujetos incluidos en los estudios (incidencia anual de EC de 0,6-1,5%).

Las drogas son habitualmente más efectivas que los cambios dietarios para reducir el colesterol y frecuentemente son necesarias para alcanzar las metas terapéuticas, especialmente en pacientes de alto riesgo de EC. Aunque la dieta baja en grasas saturadas es un tratamiento inicial apropiado para la mayoría de los pacientes, sólo una minoría logra reducciones sustanciales del CT y el LDL-C de hasta 10-20%. La mayor parte sólo logra reducciones del 2-6% luego de cambios en el estilo de vida (sin disminución significativa de los eventos coronarios). Por otro lado, el rastreo de dislipidemia no mejora claramente la efectividad de las intervenciones dietarias de rutina.

Existen guías de tratamiento de dislipidemias del Programa Nacional de Educación del Colesterol de EEUU (NCEP) disponibles (www.nhlbi.nih.gov/about/ncap).

Debemos aconsejar cambios en el estilo de vida (reducir las grasas saturadas, hacer actividad física y mantener el peso normal) para manejar el perfil lipídico pero también para reducir el riesgo global de EC.

¿En quiénes y cómo deberíamos rastrear la Dislipidemia?

- La 3er USPSTF recomienda fuertemente (**recomendación A**) el rastreo de rutina en hombres ≥ 35 y mujeres ≥ 45 años. Esto extiende las recomendaciones de la 2da 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	++

- En hombres de 20 a 35 y mujeres entre 20 y 45 años se recomienda el rastreo (**recomendación B**) si existen otros factores de riesgo coronario (FRC) y no hace recomendación (**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) o de hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

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	Buena	Identificar algunos adultos jóvenes en riesgo de EC si no tienen FRC Escasa ↓ absoluta de la EC*	=0 (insuficiente para recomendar)

Existe alguna evidencia de que los mayores beneficios se producen dentro de los 5 años de iniciada la terapia

- Además del CT se recomienda dosar el HDL-C (recomendación B) y hay insuficiente evidencia como para recomendar a favor o en contra de dosar Triglicéridos (TG) (recomendación 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	Buena CT + HDL-C	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 el rastreo que sólo el CT y HDL-C.

En primer lugar, los resultados anormales (CT $\geq 240\text{mg}\%$ ó HDL-C $< 35\text{mg}\%$) deben repetirse. Si el promedio de las dos determi-

naciones supera estos valores deben solicitarse además TG. El valor del CT y LDL-C provee información comparable pero el último es más costoso y requiere ayuno. Recordar que se puede calcular el LDL-C = CT - [(TG/ 5) + HDL-C], siempre que los TG sean < 400 mg%. La relación CT/HDL-C clasifica mejor el riesgo que el CT sólo.

Se desconoce el intervalo óptimo de rastreo. En base a otras guías y opiniones de expertos parecen razonable 5 años (menor intervalo con niveles próximos a justificar tratamiento y mayor intervalo con niveles bajos de CT o repetidamente normales).

No se ha establecido una edad de suspensión del rastreo. Es apropiado hacerlo en mayores de 65 años que nunca fueron controlados, pero el rastreo repetido en este grupo es menos importante puesto que es improbable que el CT comience a aumentar luego de los 65 años.

¿Qué opinan otras entidades en relación al rastreo de la Dislipidemia?

El II Panel de Tratamiento de Adultos (ATP II) del NCEP recomienda el dosaje de CT y HDL-C cada 5 años si el CT < 200mg%; cada 1-2 años con CT entre 200 y 239mg%, HDL-C \geq 35mg % y menos de 2 FRC (más cambios de estilo de vida); y con CT \geq 240mg%, HDL-C < 35mg % ó \geq 2 FRC dosar CT, HDL-C y TG.

A esto suscriben la Sociedad Americana de Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. El Colegio Americano de Médicos y Academia Americana de Médicos de Familia sugieren el control periódico de colesterol en hombres de 35 a 65 años y mujeres de 45 a 65 años. La CTF recomendó en 1994 (actualmente en revisión) la búsqueda selectiva de casos en hombres de 30 a 59 años, más que el rastreo de rutina. El Toronto Working Group (de 1998) recomienda dosar CT, TG y HDL-C en:

Hombres de 40 a 70 años y mujeres de 50 a 70 años cada 5 años. A pacientes con EC, enfermedad arterial carótida o vascular periférica en forma anual.

A pacientes con xantomas o una historia familiar de EC precoz o hipercolesterolemia una vez durante la juventud, repetir a los 30 años y si no hay dislipidemia repetir cada 5 años desde los 40 años en hombres y 50 en mujeres.

Adultos diabéticos cada 1 a 3 años según indicación clínica.

• Aplicar el juicio clínico para recomendar el test a personas de alto riesgo, de diferente edad o sexo, que se aproximan a estas edades. En lo referente al manejo terapéutico puede consultarse la Actualización del manejo de dislipidemias publicada en esta revista.

Para llevar al consultorio

- La dislipidemia es un factor de riesgo mayor de EC, que constituye la principal causa de muerte en EEUU.
- El rastreo puede detectar los trastornos lipídicos antes de que se desarrollen o empeoren una EC.
- El tratamiento a hombres \geq 35 y mujeres \geq 45 años sin EC durante 5-7 años les reduce un 30% los eventos coronarios.
- Las personas más jóvenes sólo deben hacer el rastreo si tienen otros FRC.
- Los médicos debemos considerar no solamente el nivel lipídico, sino el riesgo global de EC y aconsejar cambios saludables en el estilo de vida.
- Rastrear dislipidemias no mejora la efectividad del consejo dietario de rutina.
- Muchos hombres y mujeres, especialmente de alto riesgo de EC, necesitarán hipolipemiantes para controlar mejor su dislipidemia.

Rastreo de Cáncer de Piel¹¹

¿Quiénes padecen cáncer de piel?

En los EEUU, el riesgo de morir por melanoma en la vida es 0,36% en hombres y 0,21% en mujeres. Desde 1973 a 1995 la incidencia de melanoma aumentó de 5,7 a 13,3/100.000. Aunque los esfuerzos en prevención primaria se han focalizado en los jóvenes, entre los ancianos existe una desproporcionada carga de morbilidad por cáncer de piel en general. En los ancianos el melanoma tiende a ser diagnosticado en estadios más tardíos y es más probable que sea letal que en la población general. Además es improbable que los ancianos se beneficien de los esfuerzos preventivos como la educación pública o médica para reducir la exposición y aumentar la protección solar.

A diferencia del melanoma, el carcinoma basocelular y escamoso son muy comunes, especialmente en ancianos. Sin embargo provocan limitada morbimortalidad aún en ausencia de un rastreo formal.

¿Cuáles y qué rédito tienen los tests de rastreo?

El test de rastreo más comúnmente propuesto es el examen médico de la piel de todo el cuerpo. Aunque los datos son escasos y basados enteramente en estudios a voluntarios, la sensibilidad y especificidad del examen realizado por un dermatólogo en el diagnóstico de cáncer de piel es alta: 94 y 98% respectivamente. Los datos sobre exámenes realizados por no especialistas son pocos pero sugieren una sensibilidad algo menor y una especificidad mucho menor que el realizado por dermatólogos. Se desconoce la capacidad de los médicos de atención primaria para realizar un examen adecuado en el contexto de la práctica usual. Otra estrategia es el uso de cuestionarios o entrevistas para valorar factores de riesgo como historia familiar o de exposición al sol y sólo realizar el examen cutáneo de todo el cuerpo en los de alto riesgo. Sin embargo la validez de las herramientas de valoración de riesgo no han sido determinadas.

El rédito del rastreo depende de la población rastreada. La tasa de melanoma sospechado oscila en 1-3/100 pacientes rastreados, de melanoma confirmado en 1-4/1000 rastreados y de cáncer de piel no-melanoma 1-5/100 pacientes rastreados.

¿Cuál es la efectividad de la detección temprana?

No hay ECCA ni estudios caso-control que examinen directamente si el rastreo se asocia a una reducción de la morbimortalidad por cáncer de piel. La posibilidad de mejoría en resultados de salud descansa en evidencias indirectas. El rastreo identifica consistentemente melanomas más delgados (estadios más tempranos) que durante el cuidado usual. Pero se desconoce si esto reduce la morbimortalidad. En un estudio caso-control el autoexamen cutáneo se asoció a una menor incidencia de melanoma letal. Aún sin programas formales de rastreo el carcinoma basocelular y el escamoso son de baja mortalidad en relación al melanoma, pero la detección temprana puede disminuir la morbilidad y desfiguración generada por estos cánceres. Sin embargo no hay estudios que hayan evaluado la eficacia de rastrearlos.

Aunque no hay riesgos serios por un examen de la piel puede resultar incómoda para algunos pacientes e inapropiada en algunos ámbitos. El rastreo puede resultar en tratamientos innecesarios por errores diagnósticos o por la detección de lesiones que podrían no haber causado consecuencias. El rastreo también detecta gran cantidad de lesiones benignas, muy comunes en los ancianos, pudiendo aumentar las biopsias innecesarias o procedimientos costosos.

¿Deberíamos rastrear el cáncer de piel?

La 3er USPSTF concluyó que la evidencia es insuficiente

(recomendación I) 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 la USPSTF no examinó los resultados de la vigilancia sobre pacientes con síndromes familiares como los de nevos atípicos o melanoma (FAM-M).

Los médicos debemos estar alertas con pacientes > 65 años de piel clara, con nevos atípicos o con más de 50 nevos por el mayor riesgo de melanoma.

También deben alertar las lesiones de características malignas descubiertas durante el examen físico realizado por otras razones: asimetría, irregularidad de bordes, variabilidad de color, diámetro > 6mm ("A", "B", "C", "D"), o rápidamente cambiantes. Las lesiones sospechosas deberían biopsiarse.

Mientras el rastreo de cáncer de piel continúe sin probarse, la valoración de riesgo y el examen o la derivación de los pacientes de alto riesgo parece la estrategia más promisoría para reducir el exceso de carga de enfermedad en ancianos. Dado que la mayoría de los ancianos consultan al menos anualmente, la búsqueda de caso enfocada al anciano podría alcanzar al grupo que menos se beneficia de otras estrategias preventivas.

¿Qué opinan otras entidades en relación al rastreo de cáncer de piel?

La CTF concluyó que la evidencia es insuficiente como para hacer una recomendación a favor o en contra de rastrear el cáncer de piel en la población general, pero que podría ser prudente el examen de toda la piel en los pacientes de muy alto riesgo. La Sociedad Americana de Cáncer recomienda examen de piel cada 3 años en

pacientes de 20-40 años y anualmente en > de 40 años. El Colegio Americano de Medicina Preventiva recomienda el examen de toda la piel sólo en los pacientes de alto riesgo (historia familiar o personal de cáncer de piel, fenotipos característicos, alta exposición solar o lesiones precursoras como nevos displásicos o congénitos). El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda examinar anualmente (o cuando corresponda) la piel en mujeres ≥ 13 años de riego (exposición solar excesiva, historia familiar o personal de cáncer de piel o lesiones precursoras). Un consenso del Instituto Nacional de Salud (NIH) recomendó el rastreo de melanoma como parte de control de salud. El consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia no recomienda ni el rastreo masivo ni en pacientes de alto riesgo de melanoma. Todas estas organizaciones promueven la educación pública o al paciente de conductas preventivas como evitar la exposición y aumentar la protección solar además del autoexamen de la piel.

Para llevar al consultorio

- El riesgo en la vida de morir por melanoma es 0,36% en hombres y 0,21% en mujeres
- Los ancianos padecen más frecuentemente cáncer de piel y la morbimortalidad asociada y se les diagnostica el melanoma más tardíamente, que es más letal que en la población general.
- El examen de la piel de todo el cuerpo identificaría melanomas en estadios más tempranos pero se desconoce si esto reduce la morbimortalidad.
- La evidencia es insuficiente como para recomendar o no el rastreo el cáncer de piel.
- La estrategia más promisoría parece la búsqueda de casos, (especialmente en ancianos, valorados como de alto riesgo) selectivamente a éstos realizarles el examen de la piel.

*Ver glosario

Dr. Agustín Ciapponi [Unidad de Medicina Familiar. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Bibliografía

- 1- Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition, 1996; Report of the U.S. Preventive Services Task Force.
- 2- Recommendations from the Third U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). American Journal of Preventive Medicine Volume 20 Issue 3, April 2001. Para acceder al N° completo, que incluye 16 artículos, vaya a www.ahrq.gov/clinic/uspstf.htm, luego a the American Journal of Preventive Medicine Online. En la barra de navegación del costado izquierdo seleccione "AJPM Online," luego "Previous Issues" y "Volume 20 Issue 3 (Supplement 1)."
- 3- The art and science of incorporating cost effectiveness into evidence-based recommendations for clinical preventive services. Somnath Saha, Thomas J. Hoerger, Michael P. Pignone, Steven M. Teutsch, Mark Helfand, Jeanne S. Mandelblatt Cost Work Group of the Third U.S. Preventive Services Task Force American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 36-43 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 153 Kb)
- 4- New USPSTF guidelines: Integrating into clinical practice. Ned Calonge. American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 7-9 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 99 Kb)
- 5- Screening for Bacterial Vaginosis in Pregnancy. What's New from the Third USPSTF. AHRQ Publication No. APPIP01-0012, April 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/prev/bvwh.htm>
- Screening for bacterial vaginosis in pregnancy: Recommendations and rationale Alfred O. Berg U.S. Preventive Services Task Force. American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 59-61 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 127 Kb)
- Screening for bacterial vaginosis in pregnancy Jeanne-Marie Guise, Susan M. Mahon, Mikel Aickin, Mark Helfand, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westhoff. American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 62-72 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 362 Kb)
- Screening for Chlamydial Infection. What's New from the Third USPSTF. AHRQ Publication No. APPIP01-0010, March 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/prev/chlamwh.htm>
- Screening for chlamydial infection: Recommendations and rationale Alfred O. Berg U.S. Preventive Services Task Force American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 90-94 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 131 Kb)
- Screening for chlamydial infection Heidi D. Nelson, Mark Helfand American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 95-107 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 260 Kb) 64AC
- Screening Adults for Lipid Disorders. What's New from the Third USPSTF. AHRQ Publication No. APPIP01-0011, March 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/prev/lipidwh.htm>
- Screening adults for lipid disorders: Recommendations and rationale Alfred O. Berg U.S. Preventive Services Task Force American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 73-76 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 131 Kb)
- Screening and treating adults for lipid disorders Michael P. Pignone, Christopher J. Phillips, David Atkins, Steven M. Teutsch, Cynthia D. Mulrow, Kathleen N. Lohr American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 77-89 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 345 Kb)
- 8- Summary of the Second Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA 1993; 269: 3015-23
- 9- Frohlich J, Fodor G, Mc Pherson R et al. Rationale for and outline of the recommendations of the Working group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias: Interim Reoprt. Can J Cardiol 1998; 14, Suppl A, 17A-21A.
- 10- Botargues M. Actualización: Evidencia en Atención primaria: Nuevos horizontes en el manejo de la dislipidemia. 1998 Septiembre-Octubre Vol 1 Nro 5. USPSTF recommendations and articles: reviewing the evidence Screening for skin cancer: Recommendations and rationale. Alfred O. Berg U.S. Preventive Services Task Force American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 44-46 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 129 Kb)
- 11- Screening for skin cancer. Mark Helfand, Susan M. Mahon, Karen B. Eden, Paul S. Frame, C. Tracy Orleans American Journal of Preventive Medicine, 20:3 (Supplement 1) : 47-58 Abstract, Full Text, Printable Format (PDF 210 Kb).