

# Guía de Práctica Clínica: Actualización y combinación de las guías de cuidados preventivos de la fuerza de tareas de EE.UU. y Canadá (Séptima parte)

Combination and update of preventive care guidelines of the U.S. and Canadian task forces

Agustín Ciapponi\*, Gabriel Villalón\*\*

## Resumen

La Fuerza de Tareas Preventiva de los EE.UU. (sigla en inglés: USPSTF) y la Fuerza de Tareas Canadiense de Cuidados Preventivos de la Salud (sigla en inglés: CTFPHC) son las dos instituciones más importantes del mundo en la evaluación de cuidados preventivos. Ambas emiten y actualizan constantemente recomendaciones preventivas; y las mismas pueden accederse en forma completa y gratuita a través de sus sitios Web (<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>, y <http://www.ctfphc.org>). En esta séptima entrega continuamos con la actualización de prácticas referidas al rastreo de entidades propias de la niñez y la adolescencia y su justificación clínica emitida por ambas entidades, respecto de aquellas previamente resumidas en el 2003 y en el 2005/6, en Evidencia. Estas habían alcanzado las recomendaciones generadas hasta septiembre de 2005; lo cual implica la actualización o incorporación de aquellas recomendaciones aquí publicadas con fecha posterior. Muchas recomendaciones emitidas hace varios años se encuentran bajo revisión pero las mantenemos a título informativo hasta que los cambios sean confirmados.

## Abstract

The US Preventive Services Task Force (USPSTF) and the Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) are the two most important institutions in the world in the evaluation of preventive care. Both released and updated preventive recommendations, which can be accessed in full and free through its Web sites (<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm> and <http://www.ctfphc.org>). In this seventh issue we continue to update on preventive screening of child and adolescent related conditions and its clinical justification issued by both entities. Many recommendations made several years ago are under review but we keep them until the changes are confirmed.

**Palabras clave:** guía de práctica clínica, rastreo preventivo. **Key words:** clinical practice guideline, preventive screening.

Ciapponi A, Villalón G. Actualización y combinación de las guías de cuidados preventivos de las fuerzas de tareas de EE.UU. y Canadá (septima parte). Evid. Act. Pract. Ambul. 13(4). 154-157. Oct-Dic. 2010.

**Tabla 1:** Recomendaciones para la prevención de algunas entidades no agrupadas en entregas previas, según la USPSTF y con aportes complementarios de la CTFPHC

Problema	Población diana	Estrategia de rastreo	Recomendación		Publicación
Osteoporosis <sup>CTF</sup>	Mujeres 65 años con riesgo habitual y 60 años con riesgo aumentado de fracturas osteoporóticas	Densitometría	B	II ⊕⊕⊕○	2002
	Mujeres < 65 años con riesgo habitual para fracturas osteoporóticas		C*	-⊕⊕#○○	2002
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Población general adulta	Espirometría	D	I ⊕⊕⊕⊕ <sup>§</sup>	3/2008
Glaucoma	Población general adulta	Medición de la presión intraocular	I	-⊕⊕#○○	3/2005
Enfermedad tiroidea	Población general adulta	Tirotrófina sérica	I	-⊕⊕#○○	1/2004
Hemocromatosis	Población general	Rastreo genético	D	I ⊕⊕⊕⊕ <sup>§</sup>	8/2006
Demencia <sup>CTF</sup>	Población general adulta	Estudios neuropsicológicos	I*	-⊕⊕#○○	6/2003
Auditivo	Adolescentes y adultos asintomáticos	Audioscopia	I	-⊕⊕#○○	2002
	Ancianos		B	II ⊕⊕⊕○	1996
TBC <sup>CTF</sup>	Personas con riesgo elevado	PPD	A	I ⊕⊕⊕⊕	1996
Intoxicación por plomo <sup>CTF</sup>	Niños de uno a cinco años asintomáticos y con riesgo incrementado de intoxicación	Determinación de plomo en sangre venosa	I*	II ⊕⊕⊕○	1996
	Niños de uno a cinco años asintomáticos con riesgo habitual y mujeres embarazadas asintomáticas		D*	-⊕⊕#○○	

Los aportes complementarios de la CTFPHC a la USPSTF se identificaron con CTF en superíndice sobre la recomendación. Un \* sobre el grado de recomendación indica que ésta puede modificarse bajo ciertas circunstancias explicadas en el apartado correspondiente o por observaciones hechas por la CTFPHC. Grados de Evidencia: Buena (GRADE Alta ⊕⊕⊕⊕), Aceptable (GRADE Moderada ⊕⊕⊕○) e Insuficiente (GRADE Baja ⊕⊕○○/ Muy Baja ⊕○○○). El # indica que algunos componentes de la recomendación están basados también en un nivel inferior de evidencia. Por ejemplo ⊕⊕#○○ significa que una recomendación está basada en niveles ⊕○○○y ⊕⊕○○. Nivel de recomendación: A Recomienda fuertemente el servicio (GRADE I: Fuerte); B: Recomienda el servicio (GRADE II: Débil); C Recomienda no proveer el servicio de manera rutinaria (GRADE no se expide); D: Recomienda no proveer el servicio (GRADE I: Fuerte); I: No puede hacerse una recomendación por evidencia insuficiente (GRADE no se expide).

**Osteoporosis, en mujeres ≥ 65 años con riesgo habitual y ≥ 60 años con riesgo aumentado de 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), y el no uso de terapia de reemplazo hormonal; así como también con factores de menor evidencia como ser tabaquismo, pérdida de peso, historia familiar de fracturas, sedentarismo, consumo de alcohol o caféina y bajo consumo de calcio o vitamina D. También se halló evidencia que la deter-

minación de la densidad mineral ósea predice con precisión el riesgo de fracturas a corto plazo, y que 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.**

<sup>§</sup>El instrumento de valoración del riesgo de osteoporosis (ORAI, por su sigla en inglés) fue desarrollado en Toronto, y puede ser utilizado para seleccionar a las mujeres que deben someterse a una densitometría. Está destinado a mujeres ≥ 45 años sin diagnóstico de osteoporosis y sin tratamiento activo para tal condición. Tiene en cuenta la edad, el peso y el uso actual de terapia de reemplazo hormonal.

\*\*Por su parte, el instrumento de cálculo simple para la estimación de riesgo de osteoporosis (SCORE, por su sigla en inglés) tiene en cuenta la edad, la raza, el peso y los antecedentes de artritis reumatoide, fractura por fragilidad, y uso de terapia de reemplazo hormonal.

\* Agustín Ciapponi. Centro Cochrane Argentino, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. [agustin.ciapponi@hospitalitaliano.org.ar](mailto:agustin.ciapponi@hospitalitaliano.org.ar)

\*\* Gabriel Villalón. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. [gabriel.villalon@hospitalitaliano.org.ar](mailto:gabriel.villalon@hospitalitaliano.org.ar)

La CTFPHC concluyó (en 2004) que existe evidencia suficiente para recomendar el rastreo de osteoporosis en mujeres con antecedentes de fractura previa, edad mayor a 65 años, o con puntajes de ORA<sup>15</sup> < 9 o puntajes SCORE ≥ 6\*\*\*, mediante el uso de densitometría (B). En aquellas mujeres con rastreo positivo, existe suficiente evidencia para recomendar el tratamiento con alendronato, risendronato o raloxifeno. También existe evidencia suficiente para recomendar el tratamiento con etidronato, pamidronato o tratamientos de corta duración con parathormona en mujeres con osteoporosis severa. Si ninguna de estas drogas es tolerada, puede considerarse el uso de terapia de reemplazo hormonal o calcitonina.

#### **Osteoporosis, en mujeres < 65 años con riesgo habitual 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.**

#### **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en población general adulta (D)**

La EPOC se caracteriza por la obstrucción, generalmente progresiva y no reversible, del flujo aéreo y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones en respuesta a la acción nociva crónica de partículas o gases. El diagnóstico se basa en un cociente VEF1/CVF < 0,70 con reversibilidad < 12%, en presencia de un paciente con factores de riesgo (tales como historia de fumador) y/o síntomas crónicos (como la producción y/o presencia habitual de esputo, sibilancias o disnea).

Evidencia de buena calidad indica que la historia y el examen clínico no son predictores exactos del grado de obstrucción del flujo aéreo y evidencia de calidad regular indica que la mayoría de los individuos con EPOC no reconocen o reportan los síntomas relacionados. Por otro lado, menos del 10% de los individuos identificados por rastreo con espirometría tienen EPOC severa o muy severa.

Todos los individuos con EPOC, incluyendo aquellos con enfermedad leve o moderada, se beneficiarían del abandono del hábito de fumar y la vacunación anual contra la gripe. Sin embargo, los estudios no han examinado si la realización de la espirometría aumenta las tasas de vacunación contra la influenza. Buena evidencia sugiere que el tratamiento farmacológico previene las exacerbaciones (empeoramiento de los síntomas), las cuales requieren atención médica, pero no afecta a las hospitalizaciones o mortalidad por todas las causas entre los individuos sintomáticos que han sido fumadores en el pasado, los de 40 años o más y los que tienen EPOC severa o muy severa (FEV<sub>1</sub> < 50% de la prevista).

Aceptable evidencia muestra que tanto el tratamiento farmacológico como la rehabilitación pulmonar mejoran el estado de salud respiratorio, pero la relación de estas medidas con resultados funcionales clínicamente significativos no está bien establecida. También hay aceptable evidencia que muestra que el oxígeno suplementario reduce la mortalidad en los individuos con hipoxia de reposo.

Se desconoce si las personas detectadas por rastreo se beneficiarían del tratamiento farmacológico en la misma medida que los individuos sintomáticos. La evidencia sugiere que el beneficio potencial, considerado pequeño, de la espirometría es la prevención o aplazamiento de la exacerbación mediante el tratamiento de pacientes con EPOC.

El costo de oportunidad (tiempo y esfuerzo requeridos por los pacientes y el sistema de atención de salud) asociados con la detección de la EPOC mediante la espirometría son grandes,

incluido en poblaciones de alto riesgo. La espirometría no se ha asociado con efectos adversos pero da lugar a un importante sobrediagnóstico de EPOC en "no fumadores" mayores de 70 años, y un menor número de resultados falsos positivos en otros adultos sanos. Buena evidencia sugiere que los tratamientos farmacológicos se asocian con efectos adversos, incluida la candidiasis orofaríngea, dolor, sequedad de boca, retención urinaria, y taquicardia sinusal. Estos daños se consideran no menos que pequeños.

**Por lo expuesto se concluye que existe al menos moderada certeza de que la detección de la EPOC mediante la espirometría no ofrece un beneficio neto.**

#### **Glaucoma, en población general adulta (I)**

Se encontró buena evidencia de que en adultos el rastreo de glaucoma puede detectar en forma temprana tanto el aumento de la presión intraocular (PIO) como el glaucoma primario de ángulo abierto (GPTAA). También se encontró buena evidencia de que el tratamiento en adultos con PIO elevada detectada por rastreo reduce el número de personas que desarrollan pequeños defectos del campo visual y que el tratamiento temprano del GPTAA asintomático reduce la progresión de los defectos visuales. Sin embargo la evidencia es insuficiente como para determinar en qué grado la detección temprana de PIO elevada y GPTAA podría reducir el deterioro de la función visual y la calidad de vida.

Hay buena evidencia de que el tratamiento de la PIO elevada y GPTAA produce daños como irritación ocular y aumento de riesgo de cataratas.

**Dada la incertidumbre de la magnitud de beneficio del tratamiento temprano y los conocidos daños del rastreo y tratamiento temprano, no se puede determinar el equilibrio entre los beneficios y daños de rastrear glaucoma.**

#### **Enfermedad tiroidea, en población general adulta (I)**

Existe evidencia aceptable de que la determinación mediante rastreo de niveles elevados de tirotrófina (TSH) puede detectar enfermedad tiroidea subclínica; sin embargo la evidencia resulta pobre en cuanto a que el tratamiento de estos casos produzca una mejoría clínicamente significativa, aun en ciertos grupos de riesgo (Ej. mujeres en el periodo posparto, pacientes con síndrome de Down y ancianos) donde el rédito del rastreo resulta mayor. Existen daños potenciales debido a resultados falso-positivos, pero la magnitud del mismo se desconoce. Si bien existe buena evidencia de que el sobre-tratamiento con levotiroxina es común, se desconocen sus efectos nocivos a largo plazo.

**Por lo expuesto, se concluye que no puede determinarse el equilibrio entre los beneficios y daños de rastrear enfermedad tiroidea subclínica en adultos.**

#### **Hemocromatosis, en población general asintomática (D)**

Existe evidencia aceptable de que una baja proporción de personas con un genotipo de alto riesgo (C282Y homocigótico en el locus HFE, una mutación común entre las poblaciones blancas que se presenta con síntomas clínicos) manifiestan la enfermedad. Por otro lado, la evidencia resulta pobre en cuanto a que la flebotomía terapéutica temprana mejore la morbilidad y mortalidad en las personas detectadas por rastreo en comparación de aquellas detectadas clínicamente.

El rastreo genético podría conducir a la identificación de un gran número de personas que poseen el genotipo de alto riesgo, pero nunca manifestarán la enfermedad clínica. Esto puede resultar en una vigilancia innecesaria, etiquetamiento, estudios invasivos, ansiedad y tratamientos potencialmente innecesarios.

**Por lo expuesto se concluye que los daños potenciales del rastreo genético de la hemocromatosis hereditaria superan los beneficios potenciales.**

### Demencia, en población general adulta (I)

Se encontró buena evidencia de que algunas pruebas tienen buena sensibilidad aunque solo moderada especificidad para la detección de deterioro cognitivo y demencia. Por otro lado existe de moderada a buena evidencia de que varias drogas pueden tener un efecto beneficioso sobre la función cognitiva (equivalente a retrasar la progresión de la enfermedad de Alzheimer entre dos a siete meses), pero la evidencia de efectos benéficos en actividades de la vida diaria, pequeños en el mejor de los casos, es contrapuesta.

Se encontró insuficiente evidencia como para determinar si los beneficios encontrados en los ensayos terapéuticos pueden ser extrapolables a pacientes detectados por rastreo en ámbitos de atención primaria. Se desconoce la precisión diagnóstica, la factibilidad del rastreo y del tratamiento en la práctica clínica, así como los daños potenciales del mismo (Ej. efecto de etiquetamiento).

**Por lo expuesto, no se puede determinar el balance entre beneficios y daños del rastreo rutinario para demencia.**

La CTFPHC concluyó (en 2001) que la evidencia resulta insuficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo de deterioro cognitivo en ausencia de demencia (C); y aclara que, la queja cognitiva de un paciente debe ser evaluada y seguida en el tiempo (B), prestando especial atención a la evaluación de deterioro cognitivo cuando la consulta surge de un cuidador o tercero a cargo (A).

### Hipoacusia, en niños, adolescentes y adultos asintomáticos (I)

La evidencia resulta insuficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo de adolescentes y adultos asintomáticos, salvo aquellos expuestos al ruido profesional excesivo. No se recomiendan el rastreo auditivo de niños asintomáticos mayores de tres años, sin embargo, los médicos examinadores de niños jóvenes deben permanecer alertas a síntomas o signos de deterioro auditivo.

### Hipoacusia en ancianos (B)

Se recomienda el rastreo de los adultos mayores a través de la prueba de la voz susurrada o audioscopia, e interrogar periódicamente sobre su audición, aconsejándolos sobre la disponibilidad de audífonos y derivándolos al detectar anomalías.

### Tuberculosis, en personas de riesgo mediante PPD (A)

La USPSTF reconoce la importancia del rastreo selectivo de la tuberculosis (TBC). Sin embargo esta institución no actualizó las recomendaciones publicadas en 1996 para no duplicar los esfuerzos realizados a este fin por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (sigla en inglés, CDC). De acuerdo a este organismo la detección de TBC puede realizarse a través de la prueba cutánea de Mantoux o mediante pruebas hematológicas específicas (ensayos por liberación de interferon gamma) a los individuos con alguna de las siguientes características: contactos de personas con sospecha o confirmación de TBC activa, HIV u otra inmunodeficiencia, presencia de síntomas de la enfermedad, inmigrantes de países donde la infección es prevalente (América Latina, el Caribe, África, Asia, Europa oriental o Rusia), residentes de EE.UU. en lugares donde la TBC puede ser más prevalente (refugios para indigentes, campos de exiliados, prisiones, algunas residencias para mayores), o en individuos adictos a drogas endovenosas.

Por su parte, la CTFPHC concluyó (en 1994) que existe buena evidencia para recomendar el rastreo a individuos de alto riesgo (procedentes de áreas endémicas (África, Asia, América central, ciertas áreas de América del Sur y el Caribe), pueblos originarios

de Canadá, contactos cercanos de casos con TBC activa, individuos con presuntas imágenes secuelas en radiografías de tórax, e individuos con mayor riesgo de reactivación de una TBC latente (silicosis, by pass ileo-yeyunal, hemodiálisis, gastrectomía, desnutrición, uso de drogas endovenosas, alcoholismo o infección por HIV)) (recomendación A), y también buena evidencia para no recomendar el rastreo a individuos de la población general (E). Intoxicación por plomo, en niños asintomáticos de uno a cinco años con riesgo aumentado (I), y en niños asintomáticos de uno a cinco años con riesgo habitual o en mujeres embarazadas asintomáticas (D).

Los niveles elevados de plomo en sangre pueden afectar varios sistemas (cardiovascular, renal, y hepático), ocurriendo la mayoría de los síntomas ante niveles  $>50$  mcg/dl. Sin embargo en los niños pequeños, niveles tan bajos como  $\geq 10$  mcg/dl se han asociado a alteraciones del neurodesarrollo. En las mujeres embarazadas, los niveles muy elevados de plomo en sangre, se han asociado a aborto, mortinatos, parto pretérmino, microcefalia, y bajo peso a al nacer; mientras que algunos estudios sugieren que niveles aun mas bajos pueden asociarse a aborto espontáneo, hipertensión gestacional, y trastornos del desarrollo fetal.

Si bien los niveles de plomo en sangre han disminuido en forma importante en las últimas dos décadas en los EE.UU., algunos segmentos de la población aún se encuentran en riesgo, como ser: los residentes de áreas urbanas, individuos o familias con bajo nivel socioeconómico, individuos expuestos a ciertos cosméticos, residentes en viviendas antiguas (construida antes de 1950), con antecedente de pica, inmigración reciente y con algunas ocupaciones específicas. Los niños pequeños constituyen una población particularmente vulnerable, relacionándose esto al hábito de llevarse objetos a la boca, a un incremento en la absorción intestinal de plomo y a una mayor predisposición a presentar efectos neurotóxicos.

Existe buena evidencia de que los niveles elevados de plomo pueden detectarse con precisión mediante muestras de sangre venosa, y evidencia aceptable de que algunos cuestionarios validados resultan moderadamente útiles en identificar niños con riesgo elevado de toxicidad. Se encontró además evidencia de buena calidad que indica que las intervenciones disponibles no reducen sustancialmente los niveles de plomo en sangre, mientras que no se encontró evidencia que valore la introducción de medidas de control ambiental contra dicho tóxico (ej, remoción de residuos o pintura con plomo) o intervenciones nutricionales para mejorar las alteraciones en el neurodesarrollo en niños con intoxicación leve a moderada. Tampoco se encontró evidencia suficiente sobre la utilidad del rastreo en mujeres embarazadas asintomáticas. Existe buena evidencia que indica que el tratamiento quelante en niños asintomáticos no frena las alteraciones en el neurodesarrollo y se asocia con una leve disminución del desempeño cognitivo. El tratamiento quelante podría resultar además en toxicidad hepática o renal transitoria, producir síntomas gastrointestinales leves, y reacciones de hipersensibilidad. Por otro lado la remoción inapropiada de residuos o pinturas que contienen plomo podrían acarrear el incremento agudo de los niveles de plomo en sangre en los individuos expuestos.

**Por lo expuesto se concluye que la evidencia resulta insuficiente para evaluar el balance entre los beneficios y los daños del rastreo de intoxicación por plomo en niños con riesgo incrementado (I). Dados los efectos nocivos potenciales del tratamiento y medidas de control ambiental y la falta de evidencia de beneficio del tratamiento específico se concluye que los daños del rastreo superan a los beneficios, en los niños de riesgo promedio y en las mujeres embarazadas asintomáticas (D).**

Por su parte, la CTFPHC concluyó (en 1994) que existe buena evi-

dencia para recomendar el rastreo selectivo a niños con alto riesgo de intoxicación (niños que viven o visitan periódicamente viviendas construidas con anterioridad a 1950 con deterioro de su pintura, o en las cuales se planea o realizó recientemente alguna refacción o remodelación; en aquellos con hermanos, convivientes

o afines con intoxicación por plomo; conviviente con un adulto cuya ocupación o hobby implique exposición sustancias con plomo; o residentes en las cercanías de industrias o autopistas con alto tránsito (B); y evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo en la población general (C).

Recibido el 20/05/2009 y aceptado el 20/06/2009

#### Referencias

1. Ciapponi A. Guía de Práctica Clínica Actualizaciones de cuidados preventivos de la USPSTF (3 ra edición, 2000-2003) Disponible en: [http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod\\_producto=956](http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=956)
2. Ciapponi A. Nueva guía de cuidados preventivos de la Fuerza de Tareas de Estados Unidos (primera entrega). Evid actual pract ambul 2005;8:179-182. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/nueva%20fuerza.pdf>
3. Adaptado por Ciapponi A de la. Nueva guía de cuidados preventivos de la Fuerza de Tareas de Estados Unidos (segunda entrega). Evid. actual. práct. ambul; 9(1): 26-30, Ene-Feb 2006. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/cuida%20preven%202%20parte.pdf>
4. Centers for disease control and prevention. Tuberculosis, Testing & dianosis (en línea). Última actualización 25/06/2010. Atlanta GA, EE.UU. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tb/topic/testing/default.htm>

## Noticiero Epidemiológico: Se retira del mercado medicamentos que contengan Sibutramina

Débora J. Szeinman

La sibutramina, un fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, fue aprobada en noviembre del 2007 para la pérdida de peso y el mantenimiento del mismo en personas obesas y en aquellas con sobrepeso y factores de riesgo para enfermedad cardiaca. Esta aprobación se basó en datos clínicos que mostraban que las personas que utilizaban sibutramina perdían un 5 % más de peso que aquellas que usaban placebo y basaban su tratamiento en dieta y actividad física solamente.

Como consecuencia de los reportes recibidos de eventos cardiovasculares, fundamentalmente aumento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardiaca, la sibutramina fue objeto de revisión por parte de distintas agencias regulatorias de medicamentos a nivel mundial<sup>1</sup>. Los resultados del estudio de seguridad SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcome trial), re-analizado en una población de pacientes con sobrepeso u obesidad y con antecedentes de enfermedad cardiovas-

cular preexistente y/o diabetes mellitus tipo II demostraron, en el grupo que recibió sibutramina (en comparación al que recibió placebo), un aumento del 16% del riesgo de eventos serios cardiovasculares, incluyendo: infarto agudo de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal, reanimación después de episodios de paro cardiaco, y muerte.

En base a estos resultados la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)<sup>2</sup> y la administración Estadounidense de medicamentos y alimentos (sigla en inglés, FDA)<sup>3</sup> han suspendido la comercialización y el uso de todas las especialidades medicinales que contengan en su formulación la droga sibutramina.

Por todo lo expuesto tanto la ANMAT como la FDA anuncian en Octubre de 2010 el retiro de la droga del mercado y recomiendan a los médicos dejar de prescribir sibutramina y a los pacientes dejar de tomar este medicamento.

#### Referencias

1. Villalón G. Noticiero epidemiológico: Advertencia sobre isotretinoína y sobre sibutramina. Evid. actual. práct. ambul; 13(1):10 ene-mar 2009.
2. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología. Comunicado de prensa. Suspensión de Sibutramina, 19 de octubre, 2010 (en línea). Disponible en URL: [http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Sibutramina\\_suspension\\_profesionales.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Sibutramina_suspension_profesionales.pdf) (último acceso 08/11/2010).
3. U.S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA Recommends Against the Continued Use of Meridia (sibutramine) (en línea). Disponible en URL: [http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm228746.htm#Safety\\_Announcement](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm228746.htm#Safety_Announcement)