

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

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

Agustín Ciapponi*

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.canadiantaskforce.ca/>). En esta quinta entrega continuamos con la actualización de prácticas referidas al rastreo de entidades relacionadas al embarazo y periodo perinatal y su justificación clínica emitida por ambas entidades, respecto de aquellas previamente resumidas en el 2003¹ y en el 2005/6^{2,3} 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.canadiantaskforce.ca/>). In this fifth issue we continue to update on preventive screening of pregnancy and perinatal 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. Actualización y combinación de las guías de cuidados preventivos de las fuerzas de tareas de EE.UU. y Canadá (Quinta parte). Evid. Act. Pract. Ambul. 13(2). 64-67. Abr-Jun. 2010

Las principales recomendaciones referidas a la prevención entidades relacionadas al embarazo y periodo perinatal se resumen en la tabla 1.

Tabla 1: Recomendaciones para la prevención de algunas entidades relacionadas al embarazo y periodo perinatal según la USPSTF, con aportes complementarios de la CTFPHC

Problema	Población diana	Estrategia de rastreo	Recomendación		Publicación
Bacteriuria asintomática	Embarazadas, entre las semanas 12 a 16	Urocultivo	A	I ⊕⊕⊕⊕	7/2008
Vaginosis bacteriana	Embarazadas asintomáticas con riesgo elevado de parto pretérmino	Criterios de Amsel Tinción de Gram	I	-⊕#⊕⊕⊕	2/2008
	Embarazadas asintomáticas con bajo riesgo de parto pretérmino		D	I ⊕⊕⊕⊕ [†]	
Incompatibilidad Rh	Embarazadas, en su primer control prenatal	Factor Rh y anticuerpos anti-Rh	A	I ⊕⊕⊕⊕	2/2004
	Embarazadas, repitiendo el rastreo a las 24 a 28 semanas		B	II⊕⊕⊕⊕	
Colonización por <i>Estreptococo grupo</i> ^β	Embarazadas, durante la semana 35 a 37	Cultivo de hisopado vaginal y anal	B*	II⊕⊕⊕⊕	2002
Problemas obstétricos ^{††}	Embarazadas, en el segundo trimestre	Ecografía obstétrica	I	-⊕#⊕⊕⊕	1996
	Embarazadas, en el tercer trimestre		D	I ⊕⊕⊕⊕ [†]	
Diabetes gestacional	Embarazadas	Prueba de tolerancia oral a la glucosa	I	-⊕#⊕⊕⊕	5/2008
Preeclampsia	Embarazadas	Control de tensión arterial	B	II⊕⊕⊕⊕	1996
Hemoglobinopatías	Neonatos	Electroforesis de la hemoglobina o cromatografía	A*	I ⊕⊕⊕⊕	1996
	Embarazadas en el primer control prenatal ^{††}	Hemograma, seguido de electroforesis de hemoglobina.	B	II⊕⊕⊕⊕	1994
	Adolescentes y adultos jóvenes de alto riesgo ^{††}		I	-⊕#⊕⊕⊕	
Rubéola	Mujeres en edad fértil	Serología o historia vacunal	B	II⊕⊕⊕⊕	1996
	Hombres jóvenes (congregados)		I	-⊕#⊕⊕⊕	
	Hombres jóvenes (no congregados), hombres mayores o mujeres postmenopáusicas		D	I ⊕⊕⊕⊕ [†]	
Anemia ferropénica	Embarazadas asintomáticas	Hemoglobina o hematocrito en sangre	B	II⊕⊕⊕⊕	5/2006
Defectos del tubo neural ^{††}	Embarazadas, entre las 16 a 18 semanas	Alfa-fetoproteína	B	II⊕⊕⊕⊕	1996
		Ecografía de alta resolución	I	-⊕#⊕⊕⊕	
Síndrome de Down ^{††}	Embarazadas	Amniocentesis, biopsia de las vellosidades coriónicas o marcadores séricos múltiples	B	II⊕⊕⊕⊕	1996
		Marcador sérico único o ecografía	I	-⊕#⊕⊕⊕	
Hipotiroidismo congénito	Neonatos, entre el segundo y cuarto día de vida	TSH y/o T4	A	I ⊕⊕⊕⊕	3/2008
Fenilcetonuria	Neonatos antes del alta hospitalaria	Fluorimetría o Espectrometría de masa en tandem	A	I ⊕⊕⊕⊕	3/2008

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).

Bacteriuria asintomática, en embarazadas entre las semanas 12 a 16 (A)

Hay buena evidencia de que el rastreo de la bacteriuria asintomática mediante urocultivo en embarazadas entre las semanas 12 a 16, o en la primera visita si ocurre luego de ese intervalo, reduce significativamente las infecciones urinarias asintomáticas, el bajo peso al nacer y los nacimientos pretérminos. **Se concluye que los beneficios del rastreo y tratamiento superan substancialmente cualquier daño potencial.**

Vaginosis Bacteriana (VB), en embarazadas asintomáticas con riesgo elevado de parto pretérmino (I)

Entre estos factores de riesgo de parto pretérmino se incluyen (aunque con asociaciones leves a moderadas): el antecedente de parto pretérmino, la enfermedad pélvica inflamatoria, la raza afro-americana y el índice de masa corporal menor a 20 Kg/m². Si bien hay buena evidencia que indica que las pruebas de rastreo utilizando los criterios clínicos de Amsel** o la tinción de Gram pueden detectar la VB, no hay evidencia directa de que el rastreo y tratamiento temprano de esta entidad mejoren algún resultado perinatal de interés en este grupo de mujeres. Sin embargo, tampoco existe evidencia de daños relacionados al rastreo. **Por lo expuesto se concluye que la evidencia es insuficiente como para hacer una recomendación a favor o en contra del rastreo de VB en mujeres con riesgo aumentado de parto pretérmino.**

Teniendo en cuenta esta incertidumbre, en caso de juzgar clínicamente conveniente el rastreo cabe remarcar que los estudios que mostraron beneficios fueron realizados en mujeres de alto riesgo de parto pretérmino (35 a 57%). Por otro lado, el momento óptimo del rastreo y el tipo de tratamiento a utilizar tampoco resulta claro. En los tres ensayos en los que se encontró beneficio, el rastreo se realizó en el segundo trimestre y el tratamiento incluyó metronidazol sólo o combinado con eritromicina.

VB, en embarazadas asintomáticas y sin riesgo de parto pretérmino (D)

Hay buena evidencia de que el rastreo y tratamiento temprano de la VB no mejora los resultados de salud en este grupo de embarazadas. Por el contrario si existe aceptable evidencia de daños secundarios a resultados falsos positivos. **Por lo expuesto, se recomienda no rastrear a las mujeres sin síntomas de VB ni a aquellas sin antecedentes de parto pretérmino.**

Incompatibilidad Rh, en embarazadas en su primer control prenatal (A)

Hay buena evidencia de que tipificar el factor Rh (D), dosar anticuerpos anti-Rh (D), y administrar la inmunoglobulina Rh (D), cuando corresponda, previene la sensibilización materna y mejora los resultados en neonatos. **Los beneficios superan substancialmente los daños.**

Incompatibilidad Rh, repitiendo el rastreo a las 24-28 semanas (B)

Hay evidencia aceptable de que repetir la determinación de anticuerpos anti-Rh en las mujeres Rh negativas no sensibilizadas (excepto con padre Rh negativo) y administrar la inmunoglobulina Rh (D), cuando corresponda, provee beneficios adicionales al primer rastreo en la sensibilización materna y los resultados en neonatos. **Se concluye que los beneficios**

de repetir la determinación de los anticuerpos anti-Rh superan substancialmente los daños potenciales.

Colonización por Estreptococo del grupo B, en embarazadas (B)

La infección temprana por Estreptococo del grupo B (EGB) ocurre por transmisión vertical en recién nacidos dentro de la primera semana de vida y se manifiesta clínicamente como sepsis, meningitis o neumonía. Su incidencia oscila entre un 1 a 3 casos por cada 1000 nacidos vivos y su tasa de mortalidad alcanza un 4,7 a 9%. La infección tardía ocurre luego de la primera semana de vida y ocurre tanto por transmisión vertical como horizontal. La meningitis es su manifestación más frecuente (85% de los casos), y su tasa de mortalidad alcanza un 2,8%. Los factores de riesgo de infección neonatal incluyen: el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas (≥ 18 hs), la presencia de fiebre materna ($\geq 38^\circ\text{C}$), la bacteriuria por EGB durante el embarazo y el antecedente de un recién nacido previo con enfermedad por EGB.

Según la CTF, existe evidencia suficiente de que el rastreo universal de la colonización por Estreptococo del Grupo B realizado en embarazadas entre las 35 a 37 semanas de gestación con o sin factores de riesgo y seguido de quimioprofilaxis intraparto en aquellas mujeres colonizadas, reduce la incidencia de colonización e infección temprana en neonatos (recomendación tipo B). En este escenario, se deberían tratar a seis mujeres colonizadas con factores de riesgo (IC95% 4 a 10) para prevenir un caso de infección temprana por EGB. Cuando no se tuvieron en cuenta los factores de riesgo para decidir el tratamiento de las mujeres colonizadas, los NNT (y sus IC95%) ascendieron a 16 (9 a 84) y 2.059 (1.062 a 32.968) en dos estudios realizados. Por otro lado, la evidencia resulta conflictiva para evaluar la efectividad de la quimioprofilaxis intraparto administrada a mujeres teniendo en cuenta solamente los factores de riesgo (recomendación tipo C).

La técnica de rastreo propuesta es el hisopado con posterior cultivo de la porción externa de la vagina y la región perianal. La estrategia recomendada de quimioprofilaxis consiste en la administración de una dosis endovenosa de penicilina (5.000.000 U) al menos cuatro horas antes del parto.

Problemas obstétricos, mediante ecografía obstétrica en el segundo trimestre del embarazo (I)

Actualmente hay insuficiente evidencia a favor o en contra de realizar una ecografía obstétrica de rutina en el segundo trimestre del embarazo en pacientes de bajo riesgo. Sin embargo esta práctica continúa siendo ampliamente difundida. La USPST ha decidido mantener inactiva la actualización de esta recomendación desde su generación en 1996.

Estas recomendaciones no se aplican al diagnóstico ecográfico de situaciones clínicas específicas (Ej. seguimiento de embarazadas con alfa-feto proteína sérica elevada). Las recomendaciones con respecto al rastreo de Síndrome de Down y de defectos del tubo neural complementan las indicaciones.

Por otro lado la CTF reconoce que si bien el rastreo mediante una única ecografía obstétrica en el segundo trimestre no produce un efecto significativo sobre la mortalidad neonatal o el puntaje de Apgar, su uso se asocia a un efecto beneficioso a favor del aumento de peso de los recién nacidos, la detección temprana de embarazos gemelares, la disminución de las tasas de inducción del trabajo de parto y el aumento de las

** Se considera presencia de Vaginosis bacteriana si se cumplen tres de cuatro criterios: pH vaginal $>4,7$, presencia de células clave (clue cells) en la preparación húmeda, flujo grisáceo homogéneo, y prueba de las aminas positiva (emoción de "olor a pescado" al agregar hidróxido de potasio a una muestra de flujo vaginal).

* Agustín Ciapponi. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Centro Cochrane Argentino, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. agustin.ciapponi@hospitalitaliano.org.ar

tasas de aborto por anomalías fetales. Concluyen entonces en incluir a esta práctica en el control prenatal (Recomendación de tipo B).

Problemas obstétricos, en embarazadas en el tercer trimestre (D)

No se recomienda la ecografía obstétrica en el tercer trimestre del embarazo, basado en múltiples ensayos y meta-análisis que no exhibieron beneficios para la embarazada o su feto. Según la CTF, la evidencia resulta conflictiva como para incorporar esta práctica en el control de los embarazos normales (Recomendación tipo C).

Diabetes gestacional (I)

Se encontró de aceptable a buena evidencia de que el rastreo combinado con dieta e insulino terapia puede reducir el índice del macrosomía fetal en mujeres con diabetes gestacional (DG). Sin embargo, se encontró escasa evidencia de que el rastreo de DG reduzca substancialmente los resultados adversos en las madres o sus hijos (ej. cesárea, lesiones traumáticas durante el parto, o la morbilidad neonatal). Hay aceptable evidencias de ansiedad a corto plazo en algunas mujeres con resultados positivos, siendo la mayoría estos, por otro lado, resultados falso-positivos. En consecuencia, es probable que el rastreo de DG genere muchas prácticas médicas innecesarias. **Se concluye que no puede determinarse el balance entre beneficios y daños del rastreo para DG.**

Preeclampsia (B, bajo revisión)

Esta recomendación se encuentra actualmente en proceso de actualización y podrían estar desactualizada. Según la recomendación de 1996, la USPSTF aconseja el rastreo de preeclampsia a toda embarazadas mediante control de tensión arterial en cada visita de control prenatal.

Hemoglobinopatías, en neonatos mediante electroforesis de la hemoglobina (A)

Se recomienda el rastreo neonatal de hemoglobinopatías para identificar a infantes con talasemia y/o enfermedad de células falciformes ya que los mismos pueden beneficiarse a través de la profilaxis antibiótica (para prevención de sepsis neonatal), inmunizaciones, control del crecimiento y del estado nutricional. Sus familias deben recibir el consejo genético y la evaluación de sus miembros, información sobre la enfermedad, educación sobre las señales de alerta de complicaciones serias y derivación a grupos de apoyo de pares y servicios de salud médicos y mentales.

El rastreo universal o selectivo a los grupos de alto riesgo dependerá de la proporción de individuos de alto riesgo en el área de rastreo (alta o baja respectivamente), la exactitud y eficacia con que puedan identificarse infantes en riesgo y las características del programa de rastreo. Se concluye con alta certeza de que los beneficios del rastreo son sustanciales.

Hemoglobinopatías, en embarazadas en el primer control prenatal (B)

Según la CTF Se recomienda rastrear en el primer control prenatal a las mujeres embarazadas con alto riesgo de hemoglobinopatías (aquellas con ancestros provenientes del Mediterráneo, África, este de India, Medio Oriente o Asia; o aquellas con historia familiar de hemoglobinopatías). La manobra propuesta es la realización de un hemograma para identificar hipocromia o microcitosis, seguidos de electroforesis de hemoglobina en los casos sugestivos. Debe instarse a los portadores identificados a que el otro progenitor también sea evaluado y deben recibir información sobre el diagnóstico prenatal si el padre es positivo y el feto está en riesgo de tener una

hemoglobinopatía clínicamente significativa. En los casos de familias con ambos padres portadores de una hemoglobinopatía, se recomienda ofrecer el rastreo prenatal mediante el análisis de ADN de muestras de tejido fetal (obtenido mediante amniocentesis o biopsia de vellosidades corionicas).

Hemoglobinopatías, en adolescentes y adultos jóvenes de alto riesgo (I)

Según la CTF la evidencia resulta insuficiente a favor o en contra del rastreo de hemoglobinopatías en adolescentes y adultos jóvenes de alto riesgo. Sin embargo, el rastreo puede recomendarse en base a otras razones, como el monto de sufrimiento o las preferencias del paciente.

Rubéola, en mujeres en edad fértil (B, bajo revisión)

Esta recomendación se encuentra actualmente en proceso de actualización y podrían estar desactualizada. Se recomienda rastrear la susceptibilidad a la rubéola por serología o historia vacunal a toda mujer en edad fértil en su primer encuentro clínico ofreciendo vacunación a las susceptibles no embarazadas. Las mujeres susceptibles embarazadas deben vacunarse inmediatamente después del parto. Una alternativa aceptable es la vacunación en sicut (sin rastreo de susceptibilidad) a toda mujer en edad fértil no embarazadas pero es más costo-efectivo el rastreo previo especialmente si la prevalencia de seropositividad es alta como en los países en desarrollo.

Rubéola, en hombres jóvenes congregados (I, bajo revisión)

Esta recomendación se encuentra actualmente en proceso de actualización y podrían estar desactualizada. Hay insuficiente evidencia a favor o en contra de rastreo o vacunación rutinaria de hombres jóvenes en ámbitos donde se congregan gran número de adultos jóvenes de ambos sexos susceptibles, como bases militares y universidades.

Rubéola, en hombres jóvenes no congregados, hombres mayores o mujeres postmenopáusicas (D, bajo revisión)

Esta recomendación se encuentra actualmente en proceso de actualización y podrían estar desactualizada. No se recomienda rastreo o vacunación de hombres jóvenes no congregados, hombres mayores o mujeres postmenopáusicas.

Anemia ferropénica, en embarazadas (B)

El déficit de hierro durante el embarazo se ha asociado con aumento de riesgo de recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional, parto pretérmino y mortalidad perinatal. Por otro lado, estudios recientes han relacionado esta condición con depresión postparto, y desempeño pobre en pruebas de coeficiente intelectual o desarrollo psicomotriz en la descendencia. Se encontró evidencia suficiente de que el tratamiento de las mujeres embarazadas con déficit de hierro reportan beneficios moderados en salud.

Hay insuficiente evidencia sobre la exactitud de los exámenes en mujeres embarazadas asintomáticas. No obstante, no hay evidencia de que detección de anemia ferropénica sea perjudicial. Los daños potenciales del rastreo incluyen los resultados falso-positivos, ansiedad y costos. Los pequeños daños potenciales del tratamiento con hierro por vía oral incluyen los síntomas gastrointestinales y la sobredosis involuntaria.

Se concluye que los beneficios del rastreo de anemia ferropénica en las mujeres embarazadas asintomáticas superan los daños potenciales.

Defectos del tubo neural, en embarazadas entre las semanas 16 a 18 (B)

La detección de defectos del tubo neural durante el embarazo se considera actualmente un estándar de cuidado de la atención prenatal. La USPSTF no consideró necesario actualizar su recomendación de 1996, que se comenta a continuación, con la salvedad de que pueden estar desactualizadas:

La USPSTF recomienda ofrecer a las embarazadas el rastreo de defectos del tubo neural mediante el dosaje de alfa-feto proteína en el suero materno (AFPSM) entre las semanas 16 a 18 de gestación siempre y cuando se cuente con servicios adecuados de consejería prenatal, ecografía de alta resolución, profesionales con experiencia en la realización de amniocentesis y laboratorios confiables.

Las mujeres con niveles elevados de AFPSM deben someterse a una segunda prueba confirmatoria y a una ecografía de alta resolución antes de realizar la amniocentesis. El rastreo con AFPSM puede ofrecerse como parte de un conjunto de marcadores de otros trastornos congénitos. El uso periconcepcional de multivitaminas con ácido fólico no obvia la necesidad de ofrecer el rastreo de defectos del tubo neural, dado que no todos los defectos se prevendrían mediante la profilaxis.

Se concluye que los beneficios del rastreo de defectos del tubo neural en las mujeres embarazadas superan los daños potenciales.

Según la CTF el rastreo de esta condición, mediante la estrategia previamente mencionada, puede ofrecerse a toda mujer embarazada que pueda considerar la interrupción del embarazo ante este diagnóstico (B).

Por otro lado, actualmente la evidencia resulta insuficiente para expedirse a favor o en contra del rastreo rutinario de defectos del tubo neural mediante ecografía en el segundo trimestre del embarazo. Las mujeres embarazadas con alto riesgo de defectos del tubo neural (embarazo previo afectado) deben derivarse a centros especializados para un diagnóstico apropiado, incluyendo ecografía de alta resolución y amniocentesis.

Síndrome de Down (B, bajo revisión)

Esta recomendación se encuentra actualmente en proceso de actualización y podría estar desactualizada.

Se recomienda rastrear el síndrome de Down mediante amniocentesis o biopsia de las vellosidades coriónicas en embarazadas de alto riesgo alto (hijo previo con síndrome de Down o portadoras de cromosomas asociados).

Según la CTF, en el caso de contarse con servicios de consejería y seguimiento adecuados, existe evidencia suficiente para recomendar el rastreo de síndrome de Down, mediante la triple prueba serológica (determinación en suero materno de alfa feto proteína, gonadotropina coriónica y estriol no conjugado), a las mujeres embarazadas menores de 35 años, en el segundo trimestre del embarazo (recomendación tipo B). Por otro lado

también se recomienda la identificación de embarazadas con alto riesgo de gestar un niño con síndrome de Down, entre ellas, las mayores de 35 años, aquellas con antecedentes de una gestación previa afectada, o historia familiar alteraciones cromosómicas asociadas al desarrollo de síndrome de Down. En estos casos se recomienda ofrecer el rastreo directamente mediante amniocentesis o biopsia de vellosidades coriónicas (recomendación tipo B).

Síndrome de Down mediante un marcador sérico único o ecografía (I)

Esta recomendación se encuentra actualmente en proceso de actualización y podría estar desactualizada.

Actualmente hay insuficiente evidencia a favor o contra de rastreo de síndrome de Down mediante un marcador sérico único o ecografía, pero podría no recomendarse considerando la disponibilidad de otras pruebas de probada eficacia.

Hipotiroidismo congénito, en neonatos entre el segundo y cuarto día de vida (A)

Se recomienda el rastreo de hipotiroidismo congénito con pruebas de función tiroidea en los recién nacidos en la primera semana de vida. Actualmente la realización de esta prueba es obligatoria en una gran cantidad de países. Hay buena evidencia de rastrear a todo recién nacido durante la primera semana con TSH, seguida de T4 en casos limítrofes mejora dramáticamente la morbilidad por hipotiroidismo congénito. Las muestras obtenidas entre las 24 y 48hs de vida pueden estar falsamente elevadas por lo cual se recomienda realizar el rastreo entre el segundo y cuarto día de vida. Si bien el rastreo de esta entidad puede generar ansiedad significativa en los padres, se concluye que los beneficios del mismo superan ampliamente los daños potenciales.

Fenilcetonuria, en neonatos antes del alta (A)

Existe buena evidencia de que la detección y tratamiento temprano de la fenilcetonuria mejora sustancialmente el desarrollo neurológico de los niños afectados.

Los dos métodos más comúnmente utilizados son la fluorimetría y la espectrometría de masa en tandem, cuya sensibilidad y especificidad alcanzan valores de 100% y 51%, y 100% y 98% respectivamente. Ambas pruebas son más precisas cuando se realizan luego de las primeras 24hs de vida, y siempre deben realizarse antes de los siete días de vida. En los niños prematuros el dosaje debe realizarse cerca de o el séptimo día de vida. En aquellos niños en los que el rastreo se realizó dentro de las primeras 24hs, el mismo deberá repetirse a las dos semanas de vida. Si bien el rastreo de esta entidad puede generar ansiedad significativa en los padres, se concluye que los beneficios del mismo superan ampliamente los daños potenciales.

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
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%20%20parte.pdf>