

Guía de Práctica Clínica: Actualización y combinación de las guías de cuidados preventivos de la fuerza de tareas de EE.UU. y Canadá (Segunda 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.ctfphc.org>). En esta segunda entrega ofrecemos una actualización de prácticas referidas al rastreo preventivo de entidades crónicas relacionadas a aumento del riesgo cardiovascular y su justificación clínica emitida por ambas entidades, respecto de aquellas previamente resumidas en el 2003¹ y en el 2005/6, en Evidencia. Estas habían alcanzado las recomendaciones generadas hasta septiembre de 2005^{2,3}; 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 second issue we offer an update on preventive screening of chronic entities associated with increased cardiovascular risk 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 (segunda entrega). Evid. Act. Pract. Ambul. 12(3):108-111. Jul-Sept. 2009

Las principales recomendaciones referidas a la prevención cardiovascular se resumen en la tabla 1.

Tabla 1: Recomendaciones de rastreo de entidades crónicas relacionadas a aumento del riesgo cardiovascular según la USPSTF, con aportes complementarios de la CTFPHC.

Problema	Población diana	Estrategia de rastreo	Recomendación	Publicación
Hipertensión arterial	Adultos mayores 18 años	Toma de TA	A I ⊕⊕⊕⊕	12/2007
Diabetes tipo 2	Adultos con TA sostenida mayor de 135/80 mmHg	Glucemia en ayunas, PTOG, ó HbA1c	B II ⊕⊕⊕⊕	6/2008
	Adultos con TA sostenida mayor a 135/80 mmHg		I - ⊕⊕#⊕⊕	
Dislipidemias	Hombres mayores de 35 años (independientemente de FRC) y mujeres mayores de 45 años con FRC	HDL-c, CT y/o LDL-c	A I ⊕⊕⊕⊕	6/2008
	Hombres de 20 a 35 años y mujeres entre 20 y 45 años con FRC		B II ⊕⊕⊕⊕	
	Hombres de 20 a 35 años y en mujeres mayores de 20 años sin FRC		C - ⊕⊕#⊕⊕	
	Individuos menores de 20 años		I - ⊕⊕#⊕⊕	7/2007
Aneurisma de aorta abdominal	Hombres de 65 a 75 años que hayan fumado alguna vez	Ecografía abdominal	B II ⊕⊕⊕⊕	2/2005
	Hombres de 65 a 75 años que nunca hayan fumado		C I ⊕⊕⊕⊕	
	Mujeres		D I ⊕⊕⊕⊕*	
Arteriopatía periférica	Población general adulta	Ecodoppler arterial (índice tobillo/brazo)	D I ⊕⊕⊕⊕*	8/2005
Obesidad	Adultos	Cálculo del índice de masa corporal	B/* II ⊕⊕⊕⊕*	1996
	Niños y adolescentes		I - ⊕⊕#⊕⊕	7/2005
Estenosis carotídea	Adultos	Examen físico o ecografía carotídea	D I ⊕⊕⊕⊕	12/2007
Enfermedad coronaria	Adultos con bajo riesgo de eventos coronarios	ECG, PEG	D I ⊕⊕⊕⊕*	2/2004
	Adultos con alto riesgo de eventos coronarios		I - ⊕⊕#⊕⊕	
	Población general o de alto riesgo ^{CTF}		Homocisteinemia	I - ⊕⊕#⊕⊕
Nefropatía progresiva ^{CTF}	Diabéticos insulino dependientes	Proteinuria, usando tiras reactivas	A I ⊕⊕⊕⊕	1993
	Población general		D - ⊕⊕#⊕⊕	

TA: tensión arterial. PTOG: prueba de tolerancia oral a la glucosa. HbA1c: Hemoglobina glicosilada. FRC: factores de riesgo cardiovascular. HDL-c: colesterol HDL. CT: colesterol total. LDL-c: colesterol LDL. IMC: índice de masa corporal. ECG: electrocardiograma. PEG: prueba ergométrica graduada. 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 éste puede modificarse bajo ciertas circunstancias explicadas en el apartado correspondiente o por observaciones hechas por la 2CTFPHC. 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 ⊕⊕⊕⊕.

Entidades crónicas relacionadas a aumento del riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial en adultos mayores de 18 años (A)

Existe buena evidencia de que la medición de la tensión arterial (TA) puede identificar adultos con riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular y que su tratamiento reduce la incidencia de eventos cardiovasculares, ocasionando pocos daños mayores. Si bien se desconoce el intervalo óptimo de rastreo, el comité nacional conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial elevada (siglas en inglés, JNC 7) recomienda su rastreo cada dos años ante cifras de TA menor de 120/80 mmHg, y en forma anual ante valores de TA sistólica de 120 a 139 mmHg o TA diastólica de 80 a 90 mmHg. Asimismo se recomienda que los adultos con HTA sean también rastreados para diabetes, hiperlipidemia y tabaquismo, y se discuta la indicación de quimiopprofilaxis con aspirina en aquellos pacientes con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Por lo expuesto se concluye que los beneficios de rastrear y tratar HTA en adultos superan substantivamente los daños.

Diabetes tipo 2, en adultos según el valor de TA

Existe buena evidencia de que el control glucémico intensivo en pacientes con diabetes clínicamente detectada puede reducir la progresión de la enfermedad microvascular; sin embargo estos beneficios requieren de varios años para resultar clínicamente evidentes. Por el contrario, los estudios existentes no han demostrado que el control glucémico estricto reduzca perceptiblemente las complicaciones macrovasculares, incluyendo el infarto de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV). Por otro lado, no se ha demostrado aún que el control temprano de la diabetes detectada como resultado del rastreo proporcione un beneficio incremental comparado con iniciar el tratamiento después del diagnóstico clínico.

El incremento de la presión arterial es un importante predictor de complicaciones cardiovasculares, mas aún en personas con diabetes tipo 2. Se encontró buena evidencia de que en los adultos hipertensos con diabetes detectada a través de la clínica, reducir la TA por debajo de los valores convencionalmente aceptados, reduce la incidencia de eventos y la mortalidad cardiovascular. Esta evidencia se considera aceptable al extrapolarla a los casos de diabetes detectados por rastreo. Por ende, al actualizar esta recomendación, surge la medición de la TA como primer paso para establecer o no el rastreo de diabetes. Cuando la TA es menor a 135/80 mmHg, el rastreo de la diabetes puede considerarse individualmente, en tanto su presencia modifique el umbral de riesgo cardiovascular global para la toma de decisiones (por ej. mediante el uso de aspirina o hipolipemiantes). Así, si en un paciente dado el cálculo de riesgo de un evento cardiovascular mayor (a diez años) fuera de 17%, dado que el riesgo con diabetes sería mayor a 20%, la detección de diabetes alteraría el curso del tratamiento.

Se encontró buena evidencia de que la medición de glucemia en ayunas, la prueba de tolerancia oral a la glucosa o hemoglobina glicosida (HbA1c) pueden detectar con exactitud la diabetes en una fase temprana, asintomática. La asociación americana de diabetes (sigla en inglés, ADA) recomienda el rastreo con glucemia en ayunas, y define diabetes con dos valores mayores a 126 mg/dL, en días distintos. Se desconoce el intervalo óptimo de rastreo. La ADA, sobre la base de la opinión de expertos, lo recomienda cada tres años. Se encontró suficiente evidencia de que los daños a corto plazo

de la detección de la diabetes, tales como la ansiedad, son pequeños. Sin embargo, se desconocen los efectos a largo plazo del "etiquetado" como anormales de una gran proporción de la población.

Por lo expuesto se concluyó que en adultos con valores sostenidos de TA superiores a 135/80 mmHg existe moderada certeza de que el beneficio neto del rastreo de la diabetes es substancial (B) mientras que en los adultos con TA sostenida menor a 135/80 mmHg no se puede aun determinar el balance neto entre beneficios y daños (I).

Dislipidemias, de acuerdo a grupo etareo y sexo

Existe buena evidencia de que la medición de lípidos en personas asintomáticas puede identificar a aquellos susceptibles a recibir un tratamiento preventivo. Para el rastreo de dislipidemia se recomienda determinar tanto los niveles séricos de colesterol total (CT) como de colesterol HDL (HDL-c) (B); en ambos casos no se requiere ayuno previo. Aunque la medición aislada de CT es aceptable si no se dispone de mediciones confiables de HDL-c, la determinación conjunta de ambos resulta a su vez más sensible y específica para evaluar el riesgo de enfermedad coronaria (EC). Junto al HDL-c, la determinación de colesterol LDL (LDL-c) o de CT proporcionarían una información comparable, pero la medición de las concentraciones de LDL-c requiere una muestra en ayunas y es más caro. Si bien existe una prueba de medición directa de LDL-c que no requiere ayuno, el cálculo de LDL-c (CT menos HDL-C menos TG/5) es la medida utilizada en ensayos y en las decisiones de tratamiento. En cuanto a la determinación de los triglicéridos (TG), la evidencia resulta insuficiente como para recomendarse a favor o en contra (I); y su determinación requiere de 12 a 14 hs. de ayuno. Los resultados anormales de las pruebas previamente descritas deben ser confirmados en otra ocasión, y la media de ambos resultados debe ser utilizada para la evaluación del riesgo. En pacientes con dislipidemia identificados por rastreo, puede ser útil el análisis completo de las lipoproteínas.

El intervalo óptimo de rastreo es incierto. Sobre la base de otras guías y de la opinión de expertos, parecería razonable cada cinco años; con intervalos más breves para las personas que tienen los niveles de lípidos próximos a los que justifican la terapia; e intervalos mayores para los que no presentan un mayor riesgo y que han tenido niveles de lípidos repetidamente normales. No ha sido establecida una edad de finalización del rastreo. Más aún, el rastreo de dislipidemia puede ser apropiado en las personas mayores que nunca hayan sido examinadas debido al mayor riesgo de cardiopatía coronaria, y un mayor beneficio absoluto del tratamiento hipolipemiente, en comparación con los adultos más jóvenes. En esta población el rastreo repetido tiene menos valor, ya que los niveles de lípidos son menos propensos a aumentar después de los 65 años de edad.

Las decisiones de tratamiento deberían tener en cuenta el riesgo individual de EC y no solo los niveles de lípidos. Los factores de riesgo cardiovascular a tener en cuenta son: el tabaquismo, la diabetes, el antecedente de EC precoz en familiares de primer grado (hombres menor de 50 y mujeres menor de 60 años), hipercolesterolemia, HTA, obesidad y sedentarismo. Las calculadoras de riesgos que incorporan información específica sobre múltiples factores de riesgo (en inglés, <http://www.intmed.mcw.edu/clinicalcalc/heartrisk.html>; o español, <http://200.47.22.81/riesgo/>), proporcionan una estimación más precisa del riesgo cardiovascular que simplemente contar el número de factores de riesgo.

La tabla 2 incorpora el concepto de riesgo global de EC y contiene los elementos necesarios para el manejo de las dislipi-

demias en prevención primaria según el tercer reporte del programa nacional norteamericano de educación sobre el colesterol (sigla en inglés, NCEP 3).

Tabla 2: tratamiento hipolipemiante y metas terapéuticas en prevención primaria.

Categorías de riesgo	Riesgo de evento cardiovascular a diez años (según puntaje de Framingham)	Metas terapéuticas según valor de LDL-c	
		Meta terapéutica y CEV si se superan	Considerar drogas hipolipemiantes luego de CEV
Mas de dos FRC ^a	Mayor de 20% (o equivalentes de EC*)	menor de 100 mg%	mayor 100 mg%
	10 a 20%	menor de 130 mg%	mayor de 130 mg%
	menor de 10%	menor de 130 mg%	mayor de 160 mg% (entre 130 y 159 mg% según respuesta a CEV)
Menos de dos FRC ^a	menor de 10%	menor de 160 mg%	mayor de 190 mg% (entre 160 y 189 mg% según respuesta a CEV)

CEV: cambios de estilo de vida (dieta y actividad física). aFRC (factores de riesgo cardiovascular): tabaquismo, diabetes, antecedentes de enfermedad coronaria precoz en familiares de primer grado (hombres menor de 50 y mujeres menor de 60 años), hipercolesterolemia, HTA, obesidad, y sedentarismo. *Pacientes con formas no coronarias de aterosclerosis clínica: diabetes, arteriopatía periférica, enfermedad arterial carotídea, aneurisma de aorta abdominal.

El tratamiento hipolipemiante debe ir acompañado de intervenciones que abordan todos los factores de riesgo modificables para EC, incluyendo el cese tabáquico, el tratamiento de la presión arterial, la diabetes y la obesidad, así como la promoción de una dieta saludable y actividad física regular. Debe hacerse hincapié en la adhesión a largo plazo de los tratamientos.

Existe buena evidencia de que los hipolipemiantes disminuyen la incidencia de EC en personas con dislipidemias pero sus beneficios absolutos dependen del riesgo individual de cardiopatía coronaria. Los daños a partir de la detección y tratamiento temprano son pequeños incluyendo el “etiquetado” y los efectos adversos asociados con la terapia hipolipemiante (por ejemplo, la rabdomiólisis).

Se concluye que en hombres mayores de 35 años (independientemente de la presencia de FRC) y en mujeres mayor de 45 años con FRC los beneficios de la detección y el tratamiento de las dislipidemias son considerablemente superiores a los daños potenciales, recomendándose fuertemente el rastreo (A) mientras que en hombres de 20 a 35 años y mujeres entre 20 y 45 años con FRC estos beneficios son moderadamente superiores (B). En los pacientes de este último grupo etareo, pero sin FRC, la evidencia disponible no permite hacer una recomendación a favor o en contra del rastreo (C), mientras que en pacientes más jóvenes, la evidencia resulta aun insuficiente para considerar una decisión al respecto (I).

Aneurisma de aorta abdominal

Existe buena evidencia de que el rastreo de aneurisma de aorta abdominal (AAA), mediante ecografía abdominal, en hombres de 65 a 75 años que hayan fumado alguna vez, y su consecuente reparación quirúrgica (en aquellos con diámetro mayor a 5,5 cm) disminuye la mortalidad específica por AAA.

El rastreo de AAA, en hombres del mismo rango etáreo que nunca han fumado, también disminuye la mortalidad específica por AAA. Sin embargo en este grupo -y aún más en las mujeres- existe una menor prevalencia de AAA, por lo que el beneficio del rastreo es pequeño. Asimismo existe buena evidencia de daños importantes asociados al rastreo y su tratamiento temprano, incluyendo un número aumentado de cirugías, su consecuente morbilidad y daños psicológicos asociados a corto plazo. Por lo expuesto se concluyó que los beneficios del rastreo superan a los riesgos en hombres de 65

a 75 años que alguna vez hayan fumado (B); existiendo mayor incertidumbre en los varones que nunca han estado expuestos a este factor de riesgo (C) y por otro lado un efecto negativo del rastreo en las mujeres, donde los perjuicios del rastreo superan sus beneficios (D).

Arteriopatía periférica, en población general adulta (D)

Existe evidencia aceptable de que el rastreo mediante la determinación ecográfica doppler del índice tobillo-brazo puede detectar arteriopatía periférica asintomática. Sin embargo, su prevalencia en la población general adulta es baja, y no existe evidencia suficiente de la efectividad de tratamientos adicionales al control de los factores de riesgo cardiovascular. Por otro lado, existe evidencia aceptable de que su rastreo podría generar daños menores, incluyendo resultados falsos positivos y cascadas diagnósticas innecesarias. Por lo expuesto se concluyó que los daños de rastrear la arteriopatía periférica en población general adulta superan a los beneficios.

Obesidad en adultos

Existe buena evidencia de que el índice de masa corporal (IMC) es una medida confiable para identificar pacientes con riesgo aumentado de morbilidad relacionada a exceso de peso. Como se menciona en la anterior entrega, existe evidencia aceptable a buena que en adultos obesos (IMC mayor a 30 kg/m²) el consejo intensivo sobre dieta y/o ejercicio, sumado a intervenciones conductuales, producen un descenso modesto pero sostenido en el peso (típicamente 3 a 5 kg. durante uno o más años). Aunque no hay evidencia directa de que estas intervenciones reduzcan la morbilidad por obesidad, la modificación de resultados intermedios (glucemia, lípidos, tensión arterial) provee evidencia indirecta de beneficios.

Por el contrario, en esta misma población, la evidencia es limitada en cuanto a que el consejo de moderada o baja intensidad y las intervenciones conductuales produzcan beneficios similares. En este escenario los estudios relevantes fueron de aceptable a buena calidad, pero de resultados discordantes, con limitado tamaño muestral, alta tasa de abandonos, sesgos de selección y reporte de resultados en términos de cambio promedio de peso en lugar de frecuencia de respuesta a la intervención. Nunca se valoraron daños por el consejo y las

intervenciones subsecuentes. En los pacientes adultos con sobrepeso (IMC 25 a 29,9 kg/m²) la evidencia resulta insuficiente a favor o en contra de consejos de cualquier intensidad e intervenciones conductuales para promover un descenso sostenido de peso. Por lo expuesto, se recomienda rastrear obesidad en adultos si se ofrecerá consejería intensiva asociada a intervenciones conductuales (B), mientras que el beneficio del rastreo es incierto si se pretende ofrecer consejería de moderada o baja intensidad en pacientes obesos, o de cualquier intensidad en pacientes con sobrepeso (I).

Obesidad en niños y adolescentes (I)

Los niños y adolescentes de 6 a 19 años con obesidad tienen mayor riesgo de dislipidemia, hipertensión arterial, esteatohepatitis, lesión de epífisis femoral, apnea del sueño, problemas psicosociales y obesidad en la adultez. Si bien existe evidencia aceptable de la utilidad del IMC para identificar obesidad en esta población, la misma es insuficiente en cuanto a estimaciones de efectividad o daño del consejo conductual u otras intervenciones preventivas. Se concluyó que la evidencia es insuficiente como para hacer una recomendación a favor o en contra de rastrear niños y adolescentes con obesidad.

Estenosis carotídea en adultos de la población general (D)

Existe buena evidencia de que en algunos pacientes selectos de alto riesgo con estenosis carotídea asintomática severa, la endarterectomía carotídea realizada por cirujanos selectos, reduce la incidencia absoluta (a cinco años) de accidentes cerebrovasculares (ACV) o muerte perioperatoria en aproximadamente un 5%. Estos beneficios serían menores entre personas asintomáticas de la población general. Por otro lado, existe buena evidencia de que tanto el rastreo, como el tratamiento con endarterectomía carotídea pueden causar daños. Si el rastreo incluye la angiografía, ésta puede causar algunos ACV. En centros de excelencia, la endarterectomía carotídea se asocia con una tasa de ACV o mortalidad a 30 días de alrededor del 3%; con tasas más elevadas en algunas áreas. Estos daños se consideran al menos pequeños.

Existe evidencia aceptable de que los beneficios del rastreo no compensan los daños, por lo cual se recomendando en contra de rastrear a personas asintomáticas para estenosis carotídea mediante examen físico o ecografía carotídea.

Referencia

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%202%20parte.pdf>

Enfermedad coronaria en adultos según el riesgo el riesgo cardiovascular basal

Existe evidencia aceptable de que el electrocardiograma o la prueba ergométrica graduada (PEG) pueden identificar algunos adultos asintomáticos con riesgo aumentado de eventos coronarios, independientemente de los factores de riesgo coronarios previamente mencionados. A su vez, la capacidad para detectar obstrucción coronaria severa mediante PEG u otras tecnologías, como la tomografía computada por haz de electrones (sigla en inglés, EBCT), es escasa o cuenta con evidencia limitada. La evidencia también es limitada en cuanto a la pertinencia de dosar homocisteinemia. La identificación de ciertos factores de riesgo cardiovascular, y su combinación mediante el uso de calculadoras permiten identificar con mayor precisión la probabilidad de eventos cardiovasculares en un futuro mediato. Sin embargo, la evidencia disponible resulta inadecuada como para determinar hasta que punto, la detección adicional provista por el electrocardiograma, PEG o EBCT mejorarían los resultados de salud relacionados a EC en adultos de alto riesgo de eventos coronarios. En este escenario, donde probablemente el rastreo no mejore los resultados en salud, e incluso las pruebas falso-positivas causen daño debido a procedimientos invasivos innecesarios, sobretatamientos y etiquetamiento, se concluyó que los daños potenciales del rastreo de EC exceden los beneficios potenciales en la población de bajo riesgo cardiovascular (D), y que la información es inconcluyente como para recomendar a favor o en contra en la población de alto riesgo cardiovascular (I). La CTFPHC establece que la evidencia es inadecuada como para recomendar el dosaje de homocisteinemia en población general o de alto riesgo (por historia personal o familiar de aterosclerosis prematura o predisposición a desarrollar hiperhomocisteinemia) como método de rastreo de EC (I).

Nefropatía progresiva en diabéticos insulino dependientes (A) y en la población general (D)

La sensibilidad y especificidad de las tiras reactivas para la detección de proteinuria alcanza valores de 95%. Existe buena evidencia de que los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina retrasan la progresión de la nefropatía en los pacientes diabéticos insulino dependientes. Sin embargo esto no ha podido ser demostrado en la población general asintomática en quienes la proteinuria se detecta mediante rastreo. Por ende la CTFPHC recomienda fuertemente el rastreo en los primeros (A) y desaconseja el mismo en los últimos (D)

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