

Guía de Práctica Clínica: Actualización y combinación de las guías de cuidados preventivos de la fuerza de tareas de EE.UU. y Canadá (Sexta 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 sexta 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 sixth 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 (sexta parte). Evid. Act. Pract. Ambul. 13(3) 106-109 Jul-Sept. 2010.

Tabla 1: Recomendaciones para la prevención de algunas entidades propias de la niñez y la adolescencia según la USPSTF, con aportes complementarios de la CTFPHC

Problema	Población diana	Estrategia de rastreo	Recomendación	Publicación	
Displasia de cadera ^{CTF}	Niños de riesgo promedio	Examen físico de caderas	I/B	II ⊕⊕⊕⊕ [‡]	
	Niños de alto riesgo	Ecografía Radiografía	D*		
Otitis media serosa ^{CTF}	Niños de hasta cuatro años	Timpanometría, microtimpanometría, reflectometría acústica y otoscopia neumática	I	-⊕⊕#⊕⊕	2000
Problemas de desempeño escolar ^{CTF}	Niños preescolares	Escala de Denver	D	I ⊕⊕⊕⊕ [‡]	1993
		Otras escalas [‡]	I	-⊕⊕#⊕⊕	
Fibrosis Quística ^{CTF}	Recién nacidos hermanos de niños afectados, para detectar enfermedad, entre las cuatro a seis semanas de vida	Prueba del sudor	B	II ⊕⊕⊕⊕	1994
	Recién nacidos hermanos de niños afectados para detectar estado de portador, entre las cuatro a seis semanas de vida	Pruebas de DNA			
	Población general de recién nacidos	Prueba del sudor, Tripsina inmunoreactiva, prueba del meconio BM	D	I ⊕⊕⊕⊕ [‡]	
Población general de recién nacidos para detectar enfermedad, o población general para detectar estado de portador	Pruebas de DNA				
Anemia ferropénica	Niños de seis a 12 meses de edad	Determinación de hemoglobina	I*	-⊕⊕#⊕⊕	2006
Problemas visuales	Niños menores de cinco años	Cover Test, prueba de Hirschberg; photoscreening o uso de optotipos	B*	II ⊕⊕⊕⊕	3/2004
Caries	Niños preescolares	Examen bucal	I	-⊕⊕#⊕⊕	4/2004
Escoliosis idiopática	Adolescentes	Inspección visual	D	I ⊕⊕⊕⊕ [‡]	2004
Hipoacusia	Recién nacidos	Otoemisiones acústicas, potenciales evocados	B	I ⊕⊕⊕⊕	7/2008

‡Developmental indicators for the Assessment of Learning; Early Screening Inventory; Minneapolis Preschool Screening Instrument; McCarthy Screening Test; Jansky Screening Index. 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).

* 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

Displasia de cadera, en niños de riesgo promedio, mediante el examen físico repetido de caderas (I/B)

De acuerdo a los métodos utilizados y el momento del diagnóstico, la frecuencia reportada de aparición de la displasia de cadera en distintos países oscila entre 1,5 a 20 casos por cada 1000 nacidos vivos. Si bien la morbilidad a largo plazo es desconocida, algunas series de caso han reportado las siguientes complicaciones a largo plazo: discordancia en la longitud de los miembros inferiores, trastornos de la marcha, dolor crónico y osteoartritis de la cadera. Sin embargo también es cierto que algunos adultos desarrollan solo síntomas leves o ningún síntoma relacionado.

Las pruebas de rastreo más comúnmente utilizadas en el rastreo de esta entidad son las maniobras de Barlow y Ortolani, la ecografía de las caderas y la radiografía de pelvis y ambas caderas. La maniobra de Barlow consiste en la aducción de la cadera generando una leve fuerza posterior, buscando luxar a la cadera inestable. La maniobra de Ortolani consiste abducir la cadera generando una leve fuerza anterior para reubicar a la cadera luxada. Cuando ambas pruebas se combinan y son realizadas por profesionales con experiencia alcanzan una sensibilidad de 87 a 99% y una especificidad de 98 a 99%.

Por otro lado la evaluación de resultado de los tratamientos propuestos, quirúrgicos o no (inmovilización de la cadera en abducción), resulta compleja dado la alta tasa de resolución espontánea de esta condición. La complicación más frecuente en ambos tratamientos es la necrosis avascular de la cabeza del fémur.

En función de estos datos, la USPSTF concluye que la evidencia resulta insuficiente (I) para recomendar a favor o en contra del rastreo de esta entidad, mientras que la CTFPHC sostiene que la evidencia es suficiente como para recomendar a favor del examen físico periódico, realizado en manos de profesionales experimentados, hasta que el niño deambule (B).

Displasia de cadera, en niños de riesgo promedio mediante ecografía, o en niños de alto riesgo mediante rastreo selectivo con radiografía de caderas y pelvis (D)

Los factores identificados con mayor riesgo de desarrollo de displasia de cadera son: el parto de nalgas, la evidencia clínica de inestabilidad articular, el antecedente de familiares de primer grado afectados, y el sexo femenino. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la displasia de cadera ocurre en niños sin factores de riesgo.

La ecografía por otro lado ha sido criticada por su baja correlación inter-observador y su alto porcentaje de resultados falso positivos, lo cual aumenta la probabilidad de iniciar tratamientos no quirúrgicos. La utilidad de la radiografía de pelvis y caderas, aplicada en niños de tres a cinco meses con factores de riesgo, también presenta dificultades dado la falta de consenso en la definición radiológica de displasia de cadera, su baja sensibilidad y pobre correlación inter-observador.

Por lo expresado, la CTFPHC recomienda no utilizar la ecografía de caderas como herramienta de rastreo en niños de riesgo promedio, así como no realizar el rastreo selectivo en niños de alto riesgo mediante el uso de radiografía.

Otitis media serosa, en niños de hasta cuatro años de edad (I)

La otitis media serosa, u otitis media secretora o con derrame, en una condición frecuente en la infancia que puede asociarse con una disminución promedio de 20 a 30 DB en la audición y, consecuentemente, con la alteración en la adquisición del lenguaje o trastornos conductuales relacionados.

La evidencia respecto de la utilidad de pruebas comúnmente usadas para el diagnóstico de esta entidad (timpanometría, microtimpanometría, reflectometría acústica y otoscopia neumática)

resulta imprecisa. Asimismo, algunos tratamientos comúnmente utilizados (mucolíticos, antibióticos, esteroides o colocación de diábolos) producen resolución del derrame aunque la evidencia es insuficiente para aclarar si mejoran los resultados de interés (fundamentalmente, la demora en la adquisición del lenguaje). Los daños potenciales del rastreo incluyen los relacionados con los diagnósticos falso negativos y positivos, entre ellos la exposición a tratamientos inefectivos, anestesia, complicaciones quirúrgicas, generación de resistencia antibiótica, entre otros. **Por lo expuesto la CTFPHC establece que la evidencia resulta insuficiente (I) para expedirse a favor o en contra del rastreo de esta entidad.**

Problemas de desempeño escolar, en niños preescolares, mediante la administración de cuestionarios de desarrollo como la escala de desarrollo de Denver (D)

Se estima que un seis a 30% de los niños preescolares (tres a cinco años de edad) presentan algún problema de desempeño escolar. Existe una gran variedad de pruebas descriptas para la detección de este tipo de problemas. La prueba de Denver ha mostrado ser poco sensible, y aún en los casos en los que detecta problemas del desarrollo, los resultados finales no han mostrado ser mejorados con intervenciones educativas. **Por lo tanto la CTFPHC recomienda no rastrear los problemas de desarrollo en niños preescolares utilizando la escala de desarrollo de Denver. Con otro tipo de pruebas, la evidencia resulta aun insuficiente (I).**

Fibrosis quística

La fibrosis quística (FQ) afecta alrededor de uno de cada 2.927 nacimientos. La enfermedad se transmite de manera autonómica recesiva y se estima que alrededor del 5% de la población general es portadora del gen. La enfermedad genera una alta morbilidad siendo la mediana de la edad de fallecimiento los 24 años, con menor sobrevida en las clases sociales más desfavorecidas. Los costos asociados a esta enfermedad son altos; cada año aproximadamente un 40% de los pacientes con FQ son hospitalizados, durante al menos una semana.

Los métodos de rastreo disponibles incluyen: la prueba del sudor, la prueba del meconio BM (Boehringer Mannheim) y la determinación de tripsina inmunoreactiva (TIR) en los recién nacidos; así como la determinación de isoenzimas de fosfatasa alcalina y DNA en líquido amniótico para los fetos. De éstas la prueba con mejores características operativas diagnósticas es la prueba del sudor, la cual puede considerarse como el gold standard diagnóstico. Sin embargo su aplicabilidad en los recién nacidos resulta laboriosa, dado lo difícil de recolectar el sudor en cantidades suficientes para su análisis. La prueba del meconio BM tiene una baja sensibilidad. La determinación de TIR presenta un valor predictivo positivo del 1 a 7%, con una tasa de falsos positivos del 93 a 97%, lo cual puede generar ansiedad considerable. La determinación de isoenzimas de fosfatasa alcalina presenta un valor predictivo positivo del 50%, el cual resulta bajo como para considerar la terminación del embarazo (en los países en donde esto es legal). La determinación del gen Delta F508 de la FQ mediante técnicas de amplificación de DNA identifica aproximadamente al 50% de los niños con FQ y al 70% de los portadores del gen, aunque no se encuentra ampliamente disponible.

La evidencia proveniente de estudios de cohortes muestra que los niños con FQ identificados en forma temprana presentan mejor pronóstico, aunque los resultados de los mismos son inconsistentes y podrían estar sesgados. Un ensayo clínico controlado no encontró diferencias importantes, en términos de resultados de salud, entre la población rastreada y no rastreada.

Teniendo en cuenta lo expuesto la CTFPHC concluye que la evidencia es suficiente como para NO recomendar el rastreo

universal de FQ en la población general de recién nacidos (D), ni para recomendar el rastreo del estado de portador en la población general (D). En los recién nacidos hermanos de niños afectados, se recomienda el rastreo de FQ entre las cuatro a seis semanas de vida mediante la prueba del sudor (B). En los familiares de niños afectados, se recomienda el rastreo del estado de portador mediante técnicas de ADN.

Anemia ferropénica, en niños asintomáticos de seis a 12 meses de edad (I)

La anemia ferropénica se asocia con anomalías del desarrollo psicomotor y cognitivo en los niños. La determinación de hemoglobina es un marcador sensible de anemia ferropénica, pero su especificidad es baja y además la mayoría de las anemias en la infancia no son causadas por déficit de hierro. La evidencia resulta insuficiente para demostrar que el rastreo universal o selectivo de la anemia ferropénica en niños asintomáticos mejore los resultados de la salud.

Se concluye que no se puede determinar el equilibrio entre los riesgos y beneficios del rastreo de anemia ferropénica en niños asintomáticos de seis a 12 meses de edad.

Por su parte la CTFPHC sostiene que la evidencia resulta insuficiente y conflictiva para recomendar la inclusión o exclusión de la determinación rutinaria de hemoglobina en los niños del mismo rango etario con riesgo promedio de anemia (I). Sin embargo apoya el rastreo en infantes carenciados de alto riesgo (B): infantes de familias con bajo nivel socioeconómico, etnia china o aborígen, bajo peso al nacer (<2.500 gramos) o alimentación con leche de vaca entera exclusiva durante el primer año de vida.

Ambliopía, estrabismo y agudeza visual, en niños menores de cinco años (B)

Se estima que cinco a diez de cada 100 niños presentan trastornos visuales en edad preescolar. Las causas más comunes de trastornos visuales en la niñez son la ambliopía y sus factores de riesgo asociados y los trastornos de refracción no asociados a ambliopía. La ambliopía se define como la pérdida de la agudeza visual en la que no puede establecerse una lesión orgánica del ojo. Generalmente se asocia a factores abliogénicos que interfieren con el desarrollo normal de la visión binocular, tales como el estrabismo, la anisometropía (cuando hay una marcada diferencia en el poder de refracción de ambos ojos), cataratas o ptosis palpebral. Los trastornos refractivos no asociados a ambliopía, es decir corregibles a pesar de la edad de detección, son la miopía y la hipermetropía.

Para evaluar estos trastornos pueden utilizarse diferentes pruebas, que varían de acuerdo a la edad del paciente. Durante el primer año de edad el estrabismo puede ser valorado utilizando el "cover test"¹ y la prueba del reflejo luminoso corneal de Hirschberg². La evaluación de la agudeza visual requiere de niños que puedan comunicarse, generalmente mayores a tres o cuatro años, y se realiza mediante el uso de diferentes optotipos. En niños menores puede considerarse el uso de dispositivos de detección automáticos (photoscreening).

No se halló evidencia directa de que el rastreo de problemas visuales mejore la agudeza visual de los niños a largo plazo. Sin embargo hay aceptable evidencia de que el rastreo detecta con razonable seguridad la ambliopía, estrabismo y vicios de refracción en niños con estos problemas; que el rastreo intensivo com-

parado al rastreo usual mejora la agudeza visual y que el tratamiento de la ambliopía y el estrabismo pueden mejorar la agudeza visual y reducir la ambliopía a largo plazo. Por otro lado, no se hallaron evidencias de daños potenciales relacionados al rastreo, los cuales se suponen poco significativos. **Se concluyó que los beneficios del rastreo probablemente superen los daños potenciales (B).**

Según recomendaciones de la CTFPHC, se debe realizar el examen ocular a todos los niños en busca de estrabismo, sobre todo en los primeros seis meses (A), así como también el rastreo de la agudeza visual (B).

Caries, en niños preescolares, mediante valoración de lesiones de riesgo realizada por médicos de atención primaria (I)

Las caries constituyen una condición prevalente en los niños pequeños, particularmente en aquellos provenientes de poblaciones de bajos recursos socioeconómicos. Sin embargo pocos niños de edad preescolar consultan al odontólogo, siendo el médico general muchas veces el único profesional con oportunidad de intervenir. Existen varios indicadores de riesgo de caries accesibles para los médicos de atención primaria, entre ellos: la presencia de depósitos de placa o sarro, y la presencia de manchas blancas u otros signos de desmineralización, como la decoloración de los surcos y excavaciones dentarias. Aun así, no se hallaron herramientas o algoritmos validados de valoración de riesgo que puedan ser aplicados por médicos de atención primaria y existe poca evidencia de que los médicos de atención primaria sean capaces de valorar sistemáticamente el riesgo de enfermedad dental en niños preescolares. Tampoco existe evidencia suficiente de que el brindar consejo a padres o la derivación de niños de alto riesgo reduzcan las caries o la enfermedad dental. **Por lo expuesto se concluye que la evidencia resulta insuficiente como para determinar el balance entre beneficios y daños de la valoración rutinaria de riesgo para prevenir el desarrollo de caries en niños preescolares (I).**

Escoliosis idiopática, en adolescentes (D)

El rastreo de la escoliosis idiopática en adolescentes se realiza habitualmente mediante la inspección visual de la columna en busca de asimetría de los hombros, escápulas y caderas (prueba de flexión hacia delante o forward bending test). El uso de un escoliómetro permite además medir el grado de curvatura. Cuando se sospecha escoliosis, la radiología puede confirmar el diagnóstico y además permite determinar el grado de curvatura. Se sabe que los casos de escoliosis idiopática tiene en la mayoría de los casos un curso benigno en comparación a las escoliosis secundarias (por ej. las congénitas o aquellas asociadas a enfermedades neuromusculares) o las escoliosis idiopáticas de inicio temprano. Además, no se halló evidencia que demuestre que el rastreo detecte casos de escoliosis idiopática en estadios más tempranos. Por otro lado la exactitud de las pruebas habituales de rastreo es variable y el seguimiento de los adolescentes identificados suele ser pobre.

Entre las medidas terapéuticas que suelen utilizarse en los casos de escoliosis idiopáticas detectadas por rastreo en adolescentes se encuentran las ortesis y la terapia física. Sin embargo estas no mejoran de manera significativa los dolores lumbares asociados ni mejoran la calidad de vida de los individuos afectados. Es poco

¹ El cover test consiste en pedirle al paciente que fije la mirada en un punto cercano o distante. A continuación el examinador ocluye un ojo observando si ocurre algún movimiento en el ojo contralateral, lo cual representa una situación anormal. Esta prueba se debe repetir en cada ojo por separado y permite identificar las tropías, o estrabismos permanentes. En caso de un cover test normal, puede realizarse el cover test intermitente o cover/uncover test, en el cual luego de ocluir un ojo se ocluye rápidamente el contralateral observando si se producen movimientos en el ojo que se desocluje. Esta variante sirve para identificar la forias, o estrabismos latentes.

² La prueba de Hirschberg se utiliza también como prueba inicial de rastreo de estrabismo. Una vez que el paciente ha fijado la mirada en un objeto, se ilumina sus ojos con una fuente luminosa, observando la posición del reflejo luminoso en ambos ojos. La prueba resulta anormal cuando se observan asimetrías.

probable que las escoliosis detectadas por rastreo requieran tratamientos agresivos como cirugía y hay aceptable evidencia de que el rastreo de esta entidad puede producir daños moderados incluyendo derivaciones inapropiadas a los especialistas y el uso innecesario de dispositivos de estabilización de la columna. **Por lo expuesto se concluye que los daños del rastreo de escoliosis idiopática en adolescentes exceden a los beneficios potenciales (D).**

Hipoacusia, en recién nacidos (B)

La prevalencia de hipoacusia en los recién nacidos con factores de riesgo específicos es diez a 20 veces mayor que en la población general de recién nacidos. Entre los factores de riesgo identificados se encuentran: la internación en terapia intensiva neonatal durante dos o más días, la presencia de síndromes que incluyen pérdida auditiva (síndrome de Usher o de Waardenburg), los antecedentes familiares de trastornos auditivos de la niñez, ciertas infecciones congénitas (toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, sarampión, citomegalovirus o herpes), y la presencia de anomalías craneofaciales. Sin embargo hasta un 50% de los recién nacidos con hipoacusia bilateral no tienen factores de riesgo conocidos.

Los métodos usuales de rastreo son el uso de otoemisiones acústicas, seguido de la realización de potenciales evocados en aquellos niños con alteraciones en la primera prueba. Estas pruebas se aplican durante el primer mes de vida. Las intervenciones tempranas apropiadas comprenden la evaluación del uso de métodos de amplificación o dispositivos sensoriales, la evaluación médico/quirúrgica, y los tratamientos comunicacionales. Los implantes cocleares generalmente se reservan para los niños con hipoacusia severa y ante el fracaso de los demás métodos.

Existe buena evidencia de que las pruebas de rastreo auditivo neonatal son muy precisas y conducen a la pronta identificación y el tratamiento de niños con pérdida auditiva, mejorando los resultados de la adquisición del lenguaje.

Existe evidencia limitada acerca de los daños potenciales relacionados al rastreo, y evidencia conflictiva con relación a la ansiedad que pudiera surgir a partir de resultados falsos positivos. Existe información limitada acerca de los daños relacionados al tratamiento, como las complicaciones de la cirugía de implante coclear, que incluye un mayor riesgo de meningitis; sin embargo, se estima que el riesgo global es escaso.

Se concluye que existe moderada evidencia de que el rastreo auditivo universal en recién nacidos conduce a un beneficio neto moderado (B).

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>