

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Práctica Clínica

**SEDENA**

**SEMAR**

Prevención Primaria y Detección Oportuna  
del Melanoma Cutáneo en Adultos en el  
Primer Nivel de Atención Médica

## Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-099-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Prevención Primaria y Detección Oportuna del Melanoma Cutáneo en Adultos en el Primer Nivel de Atención Médica**, México: Secretaría de Salud; **2008**.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

C43 Melanoma Maligno de la Piel  
D03 Melanoma In Situ

Guía de Práctica Clínica Prevención Primaria y  
Detección Oportuna del Melanoma Cutáneo en Adultos en el Primer Nivel de Atención Médica

**Autores:**

Dr. José Manuel Arámbula Márquez	Médico dermatólogo		HGZ/MF #1 Delegación Tapachula
Dra. Claudia María Carbajal García	Médica familiar		HGZ/MF #1
Dr. Rodolfo Carrillo Parra	Médico familiar		Delegación Hidalgo
Dr. Sergio Oswaldo Pacheco Calderón	Médico familiar		UMF #55 Delegación Fresnillo
Dra. María de los Ángeles Rosas Domínguez	Médica familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	UMF #35 Delegación Culiacán
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Médica Pediatra		UMF # 61 Delegación Veracruz

**Validación interna:**

Dra. Adriana Anides Fonseca	Médica dermatólogo		Coordinación de UMAE / División de Excelencia Clínica, Desarrollo y Guías de Práctica Clínica México, DF
Dra. Silvia Sánchez Ambriz	Médica familiar		Hospital de Especialidades UMAE CMN SXXI UMF 5 Delegación 1 noroeste, México DF.
Dra. Sonia Torres González	Médica dermatólogo	Centro dermatológico Ladislao de la Pascua	Centro dermatológico Ladislao de la Pascua

**Validación externa:**

Dr. José Francisco Gallegos Hernández	Cirujano Oncólogo	Academia Mexicana de Cirugía	Academia Mexicana de Cirugía
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo	Cirujano Oncólogo	Academia Mexicana de Cirugía	Academia Mexicana de Cirugía

## ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	7
3. Aspectos Generales.....	8
3.1. Justificación.....	8
3.2 Objetivo de esta Guía.....	9
3.3 Definición.....	10
4. Evidencias y Recomendaciones.....	11
4.1 Prevención Primaria.....	12
4.2 Prevención Secundaria.....	20
4.2.1 Detección oportuna en la población de alto riesgo y Diagnóstico.....	20
4.3 Seguimiento de los individuos de alto riesgo.....	27
4.4 Criterios de referencia y Contrarreferencia.....	28
4.4.1 Criterios técnico médicos de Referencia.....	28
4.5 Vigilancia y Seguimiento.....	30
4.6 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda.....	32
Algoritmos.....	33
5. Definiciones Operativas.....	34
6. Anexos.....	36
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	36
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación.....	37
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad.....	41
7. Bibliografía.....	42
8. Agradecimientos.....	44
9. Comité Académico.....	45
10. Directorio.....	46
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	47

## 1. CLASIFICACIÓN

Registro IMSS-099-08	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médico familiar, Médico pediatra, Médico dermatólogo
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	C43 Melanoma Maligno de la piel D03 Melanoma in situ
<b>CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Primer nivel de atención Detección oportuna Diagnóstico Educación para la Salud
<b>USUARIOS POTENCIALES (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Personal de salud en formación y servicio social Médico General, Médico Familiar, Médico dermatólogo.
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social: HGZ/MF #1 Delegación Tapachula HGZ/MF #1 Delegación Hidalgo UMF #55 Delegación Fresnillo UMF #35 Delegación Culiacán UMF # 61 Delegación Veracruz Hospital de Especialidades UMAE CMN SXXI UMF 5 Delegación 1 noroeste, México DF. División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF
<b>POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Individuos de cualquier género con factores de riesgo para desarrollar melanoma y pacientes adultos de cualquier género con sospecha de ser portador de melanoma cutáneo
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social: HGZ/MF #1 Delegación Tapachula HGZ/MF #1 Delegación Hidalgo UMF #55 Delegación Fresnillo UMF #35 Delegación Culiacán UMF # 61 Delegación Veracruz Hospital de Especialidades UMAE CMN SXXI UMF 5 Delegación 1 noroeste, México DF. División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Prevención primaria Identificar factores de alto riesgo, Criterios clínicos de sospecha diagnóstica Educación y vigilancia
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Diagnóstico temprano Referencia oportuna y efectiva Prevención de mortalidad prematura Referencia oportuna y Mejora de la calidad de vida
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: <b>12</b> Guías seleccionadas: <b>3 del período 2001-2009</b> ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas: 3 Pruebas diagnósticas: 0 Ensayos controlados aleatorizados 0 Consenso: 6 Estudio de Prevalencia: (encuesta) 0 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías: Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo

<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: <b>Instituto Mexicano del Seguro Social</b> Revisión externa : <b>Academia Mexicana de Cirugía</b>
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO IMSS-099-08      FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son las medidas preventivas que se deben indicar a la población general de fotoprotección solar en el primer nivel de atención?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la población adulta de cualquier género para desarrollar Melanoma Cutáneo (MC)?
3. ¿Cuáles son las características clínicas en adultos que se deben identificar para sospechar melanoma cutáneo en el primer nivel de atención?
4. ¿Cuáles son los criterios médicos por sospecha de melanoma cutáneo para referencia del primer nivel de atención al dermatólogo?
5. ¿Cuál es el seguimiento, las medidas preventivas y de autocuidado que se deben indicar en los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo y en la población de alto riesgo?
6. ¿Cuál es la información que deben recibir los familiares y pacientes adultos con melanoma cutáneo?

## 3. ASPECTOS GENERALES

### 3.1. JUSTIFICACIÓN

El Melanoma cutáneo es la causa más frecuente de cáncer en países desarrollados como: Estados Unidos de Norteamérica, Escocia, Canadá y Australia se ha reportado que en estos 2 últimos, los cánceres de piel corresponden a un tercio de todas las neoplasias.

A pesar de lograrse un diagnóstico más temprano en estos países, el melanoma permanece como una de las primeras causas de muerte. La mayoría de estas muertes ocurrirán a una edad más temprana en comparación con otro tipo de tumores sólidos. Por lo que se estima que el número de años de vida perdidos por persona debido al melanoma excede al de los otros tipos de cánceres. La evidencia con la que se cuenta hasta el momento ha dado la pauta para la prevención y detección oportuna de melanoma; sin poder concluir aún que las medidas recomendadas sobre la promoción de la salud actual en relación a la protección solar hallan alterado la incidencia substancialmente de melanoma.

La detección oportuna es un factor determinante en el diagnóstico y tratamiento del melanoma cutáneo, esta detección se basa en los datos clínicos de una lesión cutánea sospechosa (nevo) y la vigilancia de sus características: color, diámetro, elevación, bordes asimétricos. La identificación de individuos con alto riesgo para presentar melanoma cutáneo deben ser incluidos en un programa de vigilancia.

De acuerdo al Instituto australiano de La salud y Bienestar y la Asociación Australiana de Cáncer en 1995, el riesgo estimado de desarrollar melanoma antes de 75 años de edad era uno en 26 para los hombres australianos y uno en 36 para la mujer australiana. La supervivencia después del diagnóstico de melanoma en Australia es alta, con 89% supervivencia relativa a cinco años y 86% a los 10 y 15 años respectivamente. Los últimos registros sugieren que sólo aproximadamente 14% de pacientes con melanoma mueren finalmente de esta enfermedad. Esta supervivencia alta es atribuible al diagnóstico temprano y tratamiento eficaz. Es necesario dar las pautas de la práctica clínicas para ayudar a aquéllos involucrados en la detección de este cáncer.

En países desarrollados el melanoma cutáneo es un problema de salud; en nuestro país el reconocimiento y diagnóstico oportuno en lesiones cutáneas sospechosas ó nevos atípicos en la población de alto riesgo para desarrollar melanoma cutáneo, no siempre es identificado por el médico de primer nivel como una lesión pre maligna, lo cual pudiera condicionar un retraso en el diagnóstico oportuno, con el potencial impacto negativo en el diagnóstico, tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes y los familiares.

La estrategia central en la prevención y detección oportuna de los individuos de alto riesgo y en pacientes con sospecha de MC debe estar dirigida a medidas de protección solar en la población con factores de riesgo reconocidos, el autocuidado incluyendo en estos la autoexploración; una exploración sistemática en los pacientes con alto riesgo y lesiones sospechosas que apoye el diagnóstico oportuno y el envío a segundo nivel en una forma rápida y eficaz; con lo cual se tendrá impacto en reducir la morbilidad asociada. De tal manera que esta guía de práctica clínica permitirá disminuir la variabilidad diagnóstica en la atención de los individuos adultos con alto riesgo de desarrollar MC y en los pacientes adultos con sospecha de MC.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática sobre la atención, el diagnóstico y el tratamiento, apropiado de determinadas enfermedades y condiciones de salud en la población, entre sus objetivos más importantes, contribuye a mejorar la calidad de la atención, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, fomentar el uso eficiente de los recursos, servir

como instrumento de educación continua para el profesional de la salud y orientar al clínico en la toma de decisiones, sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, ante un paciente en circunstancias clínicas específicas, que garanticen una atención médica integral, homogénea, con calidad, equidad y eficiencia.

Basadas en la mejor información científica actual, las recomendaciones siguientes pretenden auxiliar a los clínicos de primer contacto en primer nivel de atención en el refinamiento de su conocimiento y selección de las opciones para evaluación y manejo de los pacientes con MC.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar un sistema de detección oportuna del MC en el primer nivel de atención. Esta guía no incluye adultos con otro tipo de cáncer en piel, ni mujeres embarazadas.

### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa Forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre la Prevención Primaria y Detección Oportuna del Melanoma Cutáneo en Adultos en el primer nivel de Atención con los objetivos de:

- Identificar a los individuos Adultos con factores de riesgo para desarrollar Melanoma Cutáneo en el primer nivel de Atención
- Proponer acciones de detección oportuna de MC en población de alto riesgo.
- Orientar al personal médico acerca de las medidas más eficaces así como la promoción de las medidas preventivas de protección solar .en la prevención primaria en la población en general y en la población de alto riesgo;
- Promover las medidas de prevención secundaria en pacientes con MC
- Asistir e informar y educar a los adultos y sus familiares acerca de la enfermedad y de los signos de alarma

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

Melanoma cutáneo es un tumor maligno el cual se desarrolla a partir de los melanocitos cutáneos, a menudo tiene un crecimiento temprano lento durante la cual la lesión es curable si se detecta y se retira oportunamente. Se reconoce a nivel mundial que la incidencia ha aumentado. El MC es un tumor predominantemente de individuos de tez blanca y se plantea que su incidencia causal está correlacionada con la latitud de la residencia, se cuenta con evidencia fuerte que la exposición al sol

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

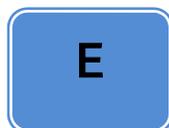
En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado



La exposición a la luz del sol se asocia fuertemente con el desarrollo de MC. Dos terceras partes de los MC se atribuyen a la exposición a la luz solar

2++  
SIGN 2003



La agencia internacional de investigación de cáncer, propone que la radiación ultravioleta natural y artificial es un factor de riesgo para el MC.

2++  
SIGN 2003



La intensidad de la exposición a la radiación solar es mayor dependiendo de:

- latitud
- estación del año
- hora del día

2++  
SIGN 2003



Se desconoce si en la inducción del MC la radiación UVB y UVA esta condicionada por:

- espectro de acción
- banda
- longitud de onda

Sin embargo, en modelos animales expuestos a la radiación con UVA resulto un componente en el desarrollo de MC.

Estudios epidemiológicos sugieren que el modo de acción de los rayos ultravioleta difieren para los diferentes tipos de piel

2++, 4  
SIGN 2003  
Chaidemenos G 2008

E

El MC se asocia frecuentemente con:

- exposición intermitente al sol
- quemadura solar en cualquier momento de la vida con un riesgo relativo (RR) de 1.8 para MC

Las quemaduras solares son debidas principalmente a radiaciones UVB (280-320nm), implicando que UVB es un factor que contribuye a la patogénesis del MC

En algunos estudios se ha demostrado el incremento de MC con:

- el uso de camas solares
- lámparas de bronceado
- cámaras bronceadoras

Que exponen principalmente a la radiación de UVA considerando factor de riesgo para MC

Un meta análisis de 13 estudios fue consistente en la relación del MC y los solarium con un OR de 1.69 (IC 1.32- 2.18). Sin embargo son necesarios estudios epidemiológicos para contar con conclusiones robustas. Este riesgo puede ser significativo cuando la exposición ocurre antes de los 35 años.

Estudios en Australia en inmigrantes que llegan antes de los 10 años de edad presentaron un riesgo similar a los nativos-nacidos en Australia, a diferencia de aquéllos que llegan después de los 15 años de edad que presentan solo el 25% de los nativo-nacidos en Australia.

Diversos estudios indican que la:

- exposición a niveles altos de luz solar por un periodo latente largo (años) provoca un daño acumulativo e irreversible
- inicio desde la niñez y la adolescencia temprana como un factor de riesgo en melanoma
- el riesgo para MC esta fuertemente asociado con:
  - exposición al sol con un patrón intermitente como exposición en periodos recreativos, frecuente en la niñez y adolescencia.
- Esto refuerza el énfasis de la protección de la exposición excesiva al sol en la niñez y adolescencia.

2++, 4  
SIGN 2003  
From L 2007

E

4, 3, III-3, 4  
SIGN 2003  
USPSTF 2003

Australian Cancer Network Melanoma 2008  
Chaidemenos G 2008

E

2+, III-3, 4, 4  
SIGN 2003

Australian Cancer Network Melanoma 2008  
Chaidemenos G 2008  
USPSTF 2003

**E**

Evidencia indirecta indica que:

- evitar la exposición al sol
- evitar las quemaduras solares
- adopción de medidas contra radiación UV y la protección solar como:
  1. Protección física (uso de ropa, sombrero)
  2. uso de protector solar (filtro solar)

pueden reducir el riesgo de MC

Las medidas de protección de la Sociedad de Cáncer de Australia recomienda: protección física en toda la población en especial a los que presentan alto riesgo para MC

Se aconseja el uso de estructuras que proporcionen sombra:

- paraguas
- ropa protectora que incluye:
  1. sombreros anchos que ofrecen protección a ambos lados de la cara y orejas
  2. camisas de manga larga y pantalones largos, particularmente durante el verano

La protección física debe ser la medida preventiva primaria: lo cual involucra anulación de exposición de la luz del sol directa esto más relevante que el uso de filtros solares

Se propone que el uso de protector solar es un complemento de la protección contra UV sin sustituir las medidas físicas.

La efectividad del filtro solar no ha sido demostrada adecuadamente para evitar el MC.

El protector solar ha demostrado reducir la incidencia de lesiones pre malignas en piel:

- Queratosis actínica
- Carcinoma celular escamoso

Sin embargo no existe evidencia concluyente que los protectores ó filtros solares reduzcan el riesgo de:

- carcinoma basocelular
- MC.

El nivel de protección que provee el filtro solar es determinado no solamente por:

- la etiqueta del factor de protección solar (SPF)
- cantidad de producto aplicado y la condición de su uso.

2++, III-1  
SIGN 2003

Australian Cancer Network Melanoma 2008

**E**

III-2

Australian Cancer Network Melanoma 2008

**E**

2++, III-3  
SIGN 2003

Australian Cancer Network Melanoma 2008

La efectividad del protector se reduce dramáticamente si se:

- aplica inadecuadamente
- falla en la reaplicación en forma frecuente
- pérdida del producto por la transpiración
- fricción de la ropa y natación

El daño en la piel puede ocurrir por debajo del umbral de las quemaduras solares.

Algunos estudios de casos y controles y ECC no demuestran reducción ó incremento en la incidencia de melanoma con el uso de filtro solar de amplio espectro.

E

2++  
SIGN 2003

E

Algunos filtros solares ofrecen gran protección para rayos UVB, reduciendo el riesgo de quemaduras pero no reduce la exposición a los rayos UVA.

2++  
SIGN 2003

E

Los individuos de alto riesgo para MC son más susceptibles de usar filtros solares, sin embargo el protector solar se asocia con una mayor exposición solar.

2++  
SIGN 2003

E

La exposición al sol en la niñez y la adolescencia se relaciona estrechamente al desarrollo de nevos. La presencia de múltiples nevos son un factor de riesgo fuerte para MC

2+  
USPSTF 2003

E

El riesgo de MC aumenta con:

- el número total de nevos
- la presencia de nevos displásicos.

Los nevos displásicos son generalmente más grandes que los lunares normales con los bordes mal definidos y con una pigmentación irregular. Estos factores son aparentemente independientes.

El número de lunares ó nevos esta fuertemente determinado por:

- factores genéticos
- la influencia a la exposición del sol
- al medio ambiente (latitud, situación geográfica)

Una proporción significativa de melanomas empieza como nuevas lesiones, en menor proporción se desarrollan en nevos pre-existentes.

2++, IIA  
SIGN 2003  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

2++, IIA  
SIGN 2003  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

**E**

La identificación de los individuos con riesgo para melanoma es fundamental en el reconocimiento de marcadores fenotípicos:

- Por arriba del promedio de lunares de 50 a 100 y nevos atípicos (displásicos)
- Piel sensible al sol:
  1. color de cabello: rubio ó pelirrojo
  2. ojos azules
  3. presencia de pecas
  4. piel que no se broncea pero si presenta quemaduras con la exposición al sol

2++, 3, 2+  
USPSTF 2003  
From L 2007  
SIGN 2003

**E**

En diversos estudios de casos y controles se encontró que el riesgo para MC incrementa:

- a > número de lunares comunes > riesgo para MC, con un OR de 3.2-3.7 para 51 a 100 lunares comunes mayores a 2mm

2++  
SIGN 2003

**E**

Se reporta en los individuos con signos y síntomas asociados a favor del diagnóstico de MC con :

- Historia de cambio en el nevo en : tamaño, color (variedad de colores) y elevación de la lesión, generalmente es entre dos a seis meses
- La irregularidad de contorno es el segundo rasgo más común acompañado con sangrado.
- El sangrado más prurito en un nevo.

II  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

**E**

Las fotografías secuenciales son básicas para el seguimiento de:

- nevos sospechosos en los individuos con gran número de nevos
- nevos displásicos.

III-1  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

**E**

Se ha asociado un riesgo teórico de la pérdida de vitamina D, respecto a las medidas de protección solar, esto se debe evaluar de acuerdo al riesgo contra beneficio.

Al no contar con evidencia científica suficiente que soporte esto se está a favor de las medidas de precaución para la exposición al sol, ya que se requiere una breve exposición al sol para su absorción.

4, IV  
SIGN 2003  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

**R**

Se recomienda:

- Proveer a los niños una protección solar apropiada para las actividades fuera del hogar

B, B  
SIGN 2003  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

- Reducir la exposición directa e intensa al sol entre las 10 de la mañana y las 4 de la tarde
- Reducir la exposición al sol durante los primeros 20 años de vida predominantemente en aquellos individuos con fenotipo para MC
- En la población de piel blanca que presentan quemaduras solares debe cuidar su exposición al sol
- Se sugiere la exposición al sol por periodos no > a 15 minutos, sobretodo las personas de piel clara propensa a las quemaduras solares.
- Evitar el uso de camas solares, cabinas de bronceado y lámparas de bronceado
- Las quemaduras solares deben vitarse con métodos físicos contra UV y protector solar complementada con el protector solar

R

Reforzar conductas de protección física durante la exposición intermitente al sol que incrementan la radiación solar:

- vacaciones
- fin de semana
- actividades recreativa al aire libre

Se aconseja el uso de medidas de protección física en toda la población en especial a los que presentan alto riesgo para MC

- evitar la exposición al sol (minimizar la exposición al sol buscar la sombra)
- uso de paraguas
- uso de ropa protectora que incluye:
  1. sombreros anchos (tipo legionario) que ofrezcan protección a ambos lados de la cara y orejas, lentes para el sol
  2. camisas de manga larga y pantalones largos (que cubren brazos, piernas y tronco), particularmente durante el verano

Informar y educar sobre la protección física como la medida preventiva primaria, lo cual puede reducir el riesgo de melanoma. Enfatizando que esto es más relevante que el uso de protectores ó filtros solares.

B

Australian Cancer Network Melanoma 2008

R

B

Australian Cancer Network Melanoma 2008

R

Se reconoce que el protector solar disminuye el riesgo de algunos tipos de cáncer de piel (no melanoma) no existe evidencia concluyente que muestre que el protector ó filtro solar reduzca el MC.

La protección solar debe ser usada en la piel expuesta (como la cara) que de otro modo no puede ser plenamente cubierta.

Se sugiere usar los filtros de espectro ancho para una potencial protección de los rayos UVA como un adjunto a la protección física con las siguientes recomendaciones:

- Utilizar un protector solar (SPF) de amplio espectro (que ofrezca protección contra los rayos UVA y UVB) SPF30
- La aplicación correcta de los protectores solares incluye la aplicación de cantidades abundantes, se aconseja para uso del adulto: un promedio de una cucharadita de producto en cada brazo y pierna, en la parte posterior y en el torso. Mitad de una cucharadita debe aplicarse a la cara y cuello, incluyendo orejas y la parte posterior del cuello, sobre piel limpia y seca.
- Aplicar antes de salir y volver a aplicar cada 2 horas Al menos 20 minutos antes de salir al exterior.

C

Australian Cancer Network Melanoma 2008

R

Recomendar el uso de protector solar:

- La necesidad de volver a aplicar el protector ó filtro solar a los intervalos recomendados de 2 a 4 horas.
- Enfatizar la reaplicación de los filtros solares durante la actividad física excesiva o al nadar. Recordar que los filtros solares no protegen completamente contra el daño solar.

C

Australian Cancer Network Melanoma 2008

**R**

Identificar a los individuos con signos y síntomas asociados a favor del diagnóstico de MC :

- Historia de cambio en el nevo en : tamaño, color (variedad de colores) y elevación de la lesión, generalmente es entre dos a seis meses
- La irregularidad de contorno es el segundo rasgo más común acompañado con sangrado.
- El sangrado más prurito en un nevo.

B  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

**R**

La identificación de los individuos con riesgo para melanoma es fundamental el reconocimiento de marcadores fenotípicos:

Alto riesgo:

- Por arriba del promedio de lunares (> a 51 nevos)
- Presencia de 1 a 4 nevos displásicos

Bajo riesgo:

- Piel sensible al sol:
  1. color de cabello: rubio ó pelirrojo
  2. ojos azules
  3. presencia de pecas

B, B, B  
SIGN 2003  
USPSTF 2003  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

**R**

Discriminar entre los individuos que al exponerse al sol no se broncean pero si presentan quemaduras a la exposición a la luz solar como factor de riesgo para MC

B  
SIGN 2003

**R**

Recomendar la toma de fotografías secuenciales y autoexploración como parte del seguimiento de los nevos sospechosos en pacientes de alto riesgo cada 3 meses

B  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

**R**

El escrutinio de rutina para cáncer de piel por el médico familiar no se recomienda para la población en general

D  
From L 2007

**R**

Se sugiere a falta de evidencia científica suficiente el uso a favor de las medidas de protección a la exposición del sol, ya que se requiere una breve exposición al sol, para favorecer la absorción de vitamina D.

D C  
SIGN 2003  
Australian Cancer Network Melanoma 2008



En ausencia de evidencia de fondo sobre la efectividad en la reducción de la mortalidad en MC, no se recomienda realizar el escrutinio de piel a la población en forma generalizada.

Sin embargo se ha demostrado la utilidad de la vigilancia de los individuos de alto riesgo para la detección oportuna de MC a diferencia de la población en general.

✓  
Buena Practica



Se aconseja el uso de las pantallas ó de filtros solares de amplio espectro con un factor de protección solar (SPF) mínimo de 15, adjunto con otras medidas protectoras, considerando como prevención primaria la disminuir del tiempo de exposición al sol y las medidas físicas.

✓  
Buena Practica

## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.2.1 DETECCIÓN OPORTUNA EN LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO Y DIAGNÓSTICO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado



En la evaluación clínica de individuos con riesgo de MC se debe tomar en cuenta:

- edad y sexo
- antecedente personal de cáncer de piel:
  1. melanoma
  2. y no melanoma
- historia familiar de MC (familiar en línea directa)
- número de nevos: comunes y atípicos
- pigmentación de piel y cabello
- respuesta a la exposición al sol (individuos que no se broncean pero si presentan quemaduras)
- evidencia de daño actínico de piel.

Se ha reportado asociación con mutaciones en el gen CDKN2A y MC.

El escrutinio para mutaciones en el gen CDKN2A y MC debe de ser contemplada ante el riesgo de probabilidad clínica de MC en :

- individuos con alto riesgo personal
- individuos con antecedente familiar de MC, considerar en ellos una alta probabilidad de mutación familiar

III-2  
Australian Cancer Network Melanoma 2008



2-  
SIGN 2003

E

Diversos estudios de casos y controles son consistentes en el riesgo incrementado para MC en presencia de:

- a > número de nevos (lunares comunes) a > riesgo de MC, con un OR de 3.2-3.7 para 51 a 100 nevos mayores a 2mm.

2++, IIA  
SIGN 2003

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Existe consistencia en diversos reportes entre la asociación directamente proporcional considerada de alto riesgo para MC:

- a > número de nevos atípicos mayor riesgo de MC, la presencia de 1 a 4 nevos atípicos se asocia con un incremento de MC con un OR de 1.6 a 7.3.

2++, IIA  
SIGN 2003

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Se ha considerado individuos con un alto riesgo (más de 10 veces) para MC comparado con la población en general en presencia de una de las siguientes condiciones:

- síndrome de melanoma familiar
- dos ó más familiares de primer grado con melanoma
- > de 5 nevos displásicos
- presencia de más de 100 lunares comunes
- pacientes post transplantadas con tratamiento inmunosupresor
- antecedente de > de 250 tratamientos con luz ultravioleta-psolarenos (PUVA) para la psoriasis.
- antecedente en la infancia de recibir radioterapia contra cáncer.

3, IIA

From L 2007

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

El seguimiento y examen físico debe realizarse en forma regular por parte del dermatólogo

E

En estudios de casos y controles se reportó una asociación significativa entre:

- nevo melanocítico congénitos gigantes (igual o > de 20cm. de diámetro) con un RR de 239 a 1,224 para melanoma cutáneo ó extra cutáneo.

2++  
SIGN 2003

E

La identificación de los individuos con bajo riesgo (de 2 a 3 veces para MC > comparado con la población general) es fundamental el reconocimiento de marcadores fenotípicos:

- Por arriba del promedio de lunares (> a 51 nevos), presencia de nevos atípicos (displásico) de 1 a 4
- Piel sensible al sol con:
  1. color de cabello: rubio ó pelirrojo
  2. ojos azules
  3. presencia de pecas
  4. piel que sufre quemaduras por sol

B, IIA  
 USPSTF 2003  
 Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

En los individuos de alto riesgo se sugiere evaluar con el sistema ABCDE ó el sistema de 7 puntos.

La presencia de alguna característica del sistema ABCDE ó criterio mayor del sistema de 7 puntos, se debe considerar una alta probabilidad de MC siendo indicativo de referencia.

Sin embargo se advierte que algunos MC no muestran ningún criterio mayor del sistema de 7 puntos. La presencia de criterio menor debe considerarse como sospecha de MC. ( ver cuadro 1 y 2)

4, III-1  
 SIGN 2003  
 Australian Cancer Network Melanoma 2008

E

Se reconoce que el dermatoscopio juega un papel importante en la prevención secundaria del MC. Un estudio evaluó a 2,430 lesiones de 9 centros de referencia reportando resultados similares con el juicio clínico y el dermatoscopio.

Es responsabilidad del médico dermatólogo el diagnóstico y el uso de este auxiliar. El entrenamiento y utilización del dermatoscopio es recomendado para el examen clínico de rutina de toda lesión pigmentada en piel.

II, 4  
 Australian Cancer Network Melanoma 2008  
 Chaidemenos G 2008

E

Se considera el uso del microscopio de superficie: dermatoscopio digital en una forma secuencial para la detección de MC de características atípicas.

II  
 Australian Cancer Network Melanoma 2008

E

En un revisión de la literatura sobre la confiabilidad y la utilidad de las herramientas (entrevistas, cuestionarios) que evalúan el riesgo de melanoma sugieren que los pacientes reportan un acuerdo razonable con el médico:

- en la cuenta de número de lunares de 5mm ó mayores
- sin mostrar precisión en las discriminación entre los nevos atípicos y los no atípicos

No existen estudios longitudinales que evalúen el uso de estas herramientas para la detección de lesiones sospechosas de MC en individuos de alto riesgo en el primer nivel de atención.

Se reconocen 4 diferentes tipos de Melanoma:

E

- MC con propagación superficial, con crecimiento lento inicial (meses), previo a adquirir la capacidad de invasión. Es el tipo más común.
- Melanoma nodular con crecimiento muy rápido y capacidad de invasión desde el inicio. Siendo el segundo en frecuencia y más común en individuos mayores. Con una gran tendencia a ulcerarse y sangrar.
- Melanoma lentigo maligno se desarrolla a partir de los precursores de la mácula pigmentada llamada lentigo maligno, puede permanecer in situ por largos periodos algunos pueden ser muy agresivos. Son más comunes en individuos > de 60 años secundarios a daño solar en cabeza y cuello.
- Melanoma acral lentiginoso es el más raro y no se relaciona su etiología con la exposición solar. Se caracteriza por:
  1. Un nevo ó mancha localizada ó banda longitudinal: en región plantar, palmar, subungueal y ungueal.
  2. Neoformación subungueal pigmentada con aspecto vascular.

2++  
SIGN 2003

IIB, 4  
Royal College of Physicians and British  
association of Dermatologists. 20074  
SIGN 2003

✓/R

El diagnóstico clínico de MC debe ser considerado en todos los casos de lesiones pigmentadas que presentes cambios.

Considerar que en algunos MC las características clínicas son inespecíficas ó ausentes.

✓  
Buena Practica

✓/R

En individuos con riesgo para MC se recomienda dar seguimiento a corto plazo con fotografías secuenciales y/ó dermatoscopia de los nevos.

✓  
Buena Practica

✓/R

Se propone contar para el diagnóstico de MC en lesiones pigmentadas en piel:

- iluminación buena
- amplificación con el uso de lupa
- médico entrenado en el reconocimiento de MC

✓  
Buena Practica

R

Se recomienda realizar una historia clínica cuidadosa en los individuos con riesgo de MC, investigar:

- edad y sexo
- antecedente personal de cáncer de piel:
  - melanoma
  - y no melanoma
- historia familiar de MC (familiar en línea directa)
- número de nevos: comunes y atípicos
- pigmentación de piel y cabello
- respuesta a la exposición al sol (individuos que no se broncean pero si presentan quemaduras)
- evidencia de daño actínico de piel.

B  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

R

Reconocer a los individuos con un riesgo significativamente incrementado (> a 10 veces) para MC:

- síndrome de melanoma familiar
- dos ó más familiares de primer grado con melanoma
  - de 5 nevos displásicos
- presencia de más de 100 lunares comunes
- pacientes post transplantadas con tratamiento inmunosupresor
- antecedente de > de 250 de tratamientos con luz ultravioleta-psolarenos (PUVA) para la psoriasis.
- antecedente en la infancia de recibir radioterapia contra cáncer.

C  
From L 2007

- El seguimiento y examen físico debe de ser en una forma regular por parte del dermatólogo

Diversas Guías coinciden que las pruebas genéticas (mutaciones en el gen CDKN2A) en familiares o en casos esporádicos de MC no se recomiendan como una prueba de rutina.



✓  
Buena Practica  
D  
SIGN 2003

Australian Cancer Network Melanoma 2008

Identificar como individuo de alto riesgo para MC si presenta:

- 51 ó más nevos (lunares comunes) con un tamaño > de 2mm de diámetro.



B C  
SIGN 2003

Considerar vigilancia y autoexploración.

En la exploración física identificar para su vigilancia:

- número y características de los nevos atípicos,
- considerar la presencia de 1 a 4 como factor de alto riesgo.



B  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

Identificar oportunamente a los individuos con nevos melanocíticos congénito gigantes por su alta asociación con MC



B  
SIGN 2003

Búsqueda intencionada de lesiones sugestivas de melanoma en individuos con riesgo basadas en los marcadores fenotípicos:

- > del promedio de lunares ( > a 51) ó nevos atípicos
- Piel sensible al sol con:
  1. color de cabello: rubio ó pelirrojo
  2. ojos azules
  3. presencia de pecas



B, B  
USPSTF 2003  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

A toda lesión pigmentada sospechosa de melanoma ó nevo atípico evaluar con el sistema ABCDE ó de los 7 puntos, se recomienda explorarlos con luz blanca y magnificada: uso de lupa La presencia de alguna característica del sistema ABCDE ó criterio mayor del sistema de 7 puntos considerar una alta probabilidad de MC siendo indicativo de referencia.



D, C  
SIGN 2003  
Australian Cancer Network Melanoma 2008

La presencia de un criterio menor debe considerarse como sospecha ( ver cuadro 1 y 2)



El médico de atención primaria debe estar familiarizado y adiestramiento con ambos sistema de detección de MC

✓  
Buena Practica



El microscopio de superficie: dermatoscopio es una herramienta útil para las lesiones pigmentadas en piel sospechosas.

Se requiere adiestramiento y se recomienda para su uso clínico por el médico dermatólogo en el segundo nivel de atención

A, B  
Australian Cancer Network Melanoma 2008



En todo caso donde hay duda diagnóstica, la referencia al especialista es necesaria para la confirmación.

Buena Práctica



Se recomienda aconsejar a los individuos con lesiones pigmentadas en piel, auto explorarse de forma regular, auxiliados por un espejo y acudir ante la evidencia de cambios.

✓  
Buena Practica



Identificar las diferentes características clínicas de los 4 tipos de MC para su envío oportuno a 2do nivel de atención con médico dermatólogo:

- Melanoma con propagación superficial, con crecimiento lento inicial (meses). Es el tipo más común de MC.
- Melanoma nodular con crecimiento muy rápido y capacidad de invasión desde el inicio. Más común en individuos mayores
- Melanoma lentigo maligno este puede permanecer in situ por largos periodos algunos pueden ser muy agresivos. Son más comunes en individuos > de 60 años.
- Melanoma acral lentiginoso es el más raro y no se relaciona su etiología con la exposición solar. Se caracteriza por:
  1. Un nevo ó mancha localizada ó banda longitudinal: en región plantar, palmar, subungueal y ungueal.
  2. Neoformación subungueal pigmentada con aspecto vascular.

B, D  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 20074  
SIGN 2003

### 4.3 SEGUIMIENTO DE LOS INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

E

En una cohortes en Escocia se sugirió que la identificación y vigilancia de los individuos con alto riesgo para MC, conduce a un diagnostico temprano de MC

IIB

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Los individuos con alto riesgo (> de 10 veces) debe ser referido al especialista: dermatólogo en las siguientes 2 semanas de su evaluación

IIB

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Los individuos de alto riesgo de melanoma y sus familiares deben ser educados para el reconocimiento de lesiones sospechosas de melanoma y deben de ser regularmente vigilados por el clínico cada 6 meses con:

- Inspección corporal total
- Fotografía corporal
- Dermatoscopia si es requerida

III-1

Australian Cancer Network Melanoma 2008

E

La escisión profiláctica de una lesión sospechosa no esta recomendado ya que es improbable que se incremente la supervivencia.

Esto podría favorecer procedimientos invasivos innecesarios, otorgando una falsa tranquilidad en individuos de alto riesgo para MC.

Es importante reconocer que solo el 50% de los melanomas se desarrollan en nevos preexistentes, el resto aparecen en lesiones de novo.

III-2, III

Australian Cancer Network Melanoma 2008  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

✓/R

En el seguimiento incluir: inspección magnificada: con uso de lupa, examen general de la piel con adecuada iluminación; palpación del sitio primario en busca de recurrencias: metástasis , nódulos ó ganglios linfáticos

✓

Buena Practica

R

El escrutinio de rutina para MC por el médico familiar no se recomienda para la población en general sin factores de riesgo

D

From L 2007

**R**

Envío oportuno de los individuos con un alto riesgo (> de 10 veces) debe ser referido al especialista: dermatólogo en las siguientes 2 semanas de su evaluación

B

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

**R**

Los individuos de alto riesgo para MC y sus familiares deben recibir información sobre el reconocimiento de lesiones sospechosas de MC y ser regularmente vigilados por el dermatólogo cada 3 a 6 meses con:

- Inspección corporal total
- Fotografía corporal
- Dermatoscopia si es requerida

C

Australian Cancer Network Melanoma 2008

**R**

No se recomienda la escisión profiláctica de una lesión sospechosa ya que es improbable que este procedimiento incremente la supervivencia.

Informar que solo el 50% de los melanomas se desarrollan en nevos preexistentes, el resto aparecen en lesiones de novo.

C, C

Australian Cancer Network Melanoma 2008  
Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

## 4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### 4.4.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**E**

Las lesiones ó nevos pigmentadas sospechosas evaluadas con la lista de cotejo de los 7 puntos y el sistema ABCDE, considerar ante la presencia de cualquier criterio mayor en la lista de los 7 puntos o cualquiera del sistema ABCDE como una indicación de referencia al dermatólogo.

IIA

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

**E**

En un meta-análisis se evidencio la importancia de referir al paciente que presenta uno ó más nevos atípicos; para evaluar su riesgo.

IIB

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

**E**

Se requiere evaluar el riesgo y proporcionar educación sobre la autoexploración y medidas de protección contra la exposición solar.

Se propone reconocer las diferentes características clínicas de los 4 tipos de MC para su envío oportuno con médico dermatólogo:

IIA

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

- Melanoma con propagación superficial, con crecimiento lento inicial (meses). Es el tipo más común de MC.

- Melanoma nodular con crecimiento muy rápido y capacidad de invasión desde el inicio. Más común en individuos mayores
- Melanoma lentigo maligno este puede permanecer in situ por largos periodos algunos pueden ser muy agresivos. Son más comunes en individuos > de 60 años.
- Melanoma acral lentiginoso es el más raro y no se relaciona su etiología con la exposición solar. Se caracteriza por:
  1. Un nevo ó mancha localizada ó banda longitudinal: en región plantar, palmar, subungueal y ungueal.
  2. Neoformación subungueal pigmentada con aspecto vascular.

Si el auto examen o examen clínico de la piel identifica o reconoce uno o mas cambios de acuerdo al sistema ABCDE, y a pesar de que la lesión parezca banal , deberá ser referido al segundo nivel de atención dentro de las 2 primera semanas para su evaluación.

La referencia urgente por lesiones sospechosas debe ser evaluada por el dermatólogo en las siguientes 2 semanas:

- -Lesión pigmentada en piel de reciente aparición con crecimiento rápido posterior a la pubertad
- -Lunar de larga evolución el cual cambia progresivamente en forma ó color conforme a la edad
- -Nevo ó lunar con tres ó más colores o con pérdida de la simetría
- -Cualquier nódulo reciente el cual crezca, este pigmentado ó presente una apariencia vascular
- -Presencia de una reciente línea pigmentada en la uña
- -Cualquier crecimiento subungueal
- -Lunar con cambio en su apariencia, con prurito ó sangrado



✓  
Buena Practica

B  
Royal College of Physicians and British  
association of Dermatologists. 2007

## 4.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado



En individuos de alto riesgo realizar el auto examen en forma trimestral en búsqueda de cambios de lesiones preexistentes o aparición de nuevas lesiones.

2++, 4, 4

New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004  
Helfand 2001  
PEBC, Cancer care Ontario 2007



Se ha observado como signos de alarma:

- aumento progresivo de tamaño
- aumento del volumen de un nódulo ó lesión pigmentada que puede estar acompañada de dolor, ulceración y sangrado.

2++, 4, 4

New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004  
Helfand 2001  
PEBC, Cancer care Ontario 2007



En estudios clínicos y de cohorte se encontró evidencia estadísticamente significativa a favor de la retroalimentación positiva sobre la información otorgada:

- causas
- signos de alarma
- medidas de prevención secundaria en los pacientes con MC

Educar sobre la evidencia indirecta que reduce el riesgo de melanoma:

- evitar el sol
- empleo de otras medidas de protección solar: ropa, sombrero y pantalla solar

IIB, 2++, 4, 4

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007  
New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004  
Helfand 2001  
PEBC, Cancer care Ontario 2007



La cita abierta a la consulta externa tuvo un impacto positivo en la esfera psicológica del paciente con MC con una mejora en su calidad de vida

III

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007



El diagnóstico temprano fue el resultado de:

- historia clínica adecuada
- examen de las lesiones
- seguimiento secuencial al comparar estas lesiones con imágenes fotográficas previas.

IV

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Algunos reportes sugieren que los pacientes con MC se benefician con intervenciones psico-educativas y con la estructuración de grupos con la misma enfermedad, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y reducir el estrés.

IIB

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Se recomienda en individuos de alto riesgo realizar el auto examen en forma trimestral en búsqueda de cambios de lesiones preexistentes o aparición de nuevas lesiones y ante signos de alarma acudir a urgencias de su HGZ ó a su unidad de medicina familiar.

C, D, D

New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004  
Helfand 2001  
PEBC, Cancer care Ontario 2007

E

Orientar sobre signos de alarma:

- aumento progresivo de tamaño
- aumento del volumen de un nódulo
- lesión pigmentada que puede estar acompañada de dolor, ulceración y sangrado.

C, D, D

New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004  
Helfand 2001  
PEBC, Cancer care Ontario 2007

E

Se sugiere retroalimentación positiva sobre la información dada sobre MC en los pacientes con MC y los individuos con riesgo para MC:

- signos de alarma
- medidas de prevención secundaria

C, C, D, D

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007  
New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004  
Helfand 2001  
PEBC, Cancer care Ontario 2007

Educar sobre la evidencia indirecta que reduce el riesgo de melanoma:

- evitar el sol
- empleo de otras medidas de protección solar: ropa, sombrero y pantalla solar

E

Otorgar cita abierta a la consulta externa ó admisión continua ante datos de alarma

C

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

E

Considerar como auxiliares la historia clínica, el examen de las lesiones y las imágenes fotográficas repetidas de los nevos; en busca de un diagnóstico temprano

C

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. 2007

✓/R

Reforzar la consejería para la educación de los individuos de alto riesgo, los pacientes con MC y sus cuidadores con respecto a medidas de protección solar para reducir la exposición prolongada al sol y evitar quemaduras solares:

✓

Buena Practica

- ropa apropiada, sombrero de ala ancha
- uso de protector ó filtro solar y/ó pantalla sola
- signos de alarma

Promover la formación de grupos de autoayuda entre pacientes con melanoma cutáneo e individuos con alto riesgo a MC



✓  
Buena Practica

#### 4.6 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

##### Evidencia / Recomendación



No hay evidencia científica que sustente el número de días de incapacidad que requiere un paciente con melanoma, el cual dependerá del buen juicio del clínico del segundo nivel. Por consenso decidimos que el tiempo recomendable para la reincorporación laboral es variable.

##### Nivel / Grado

✓  
Buena Practica

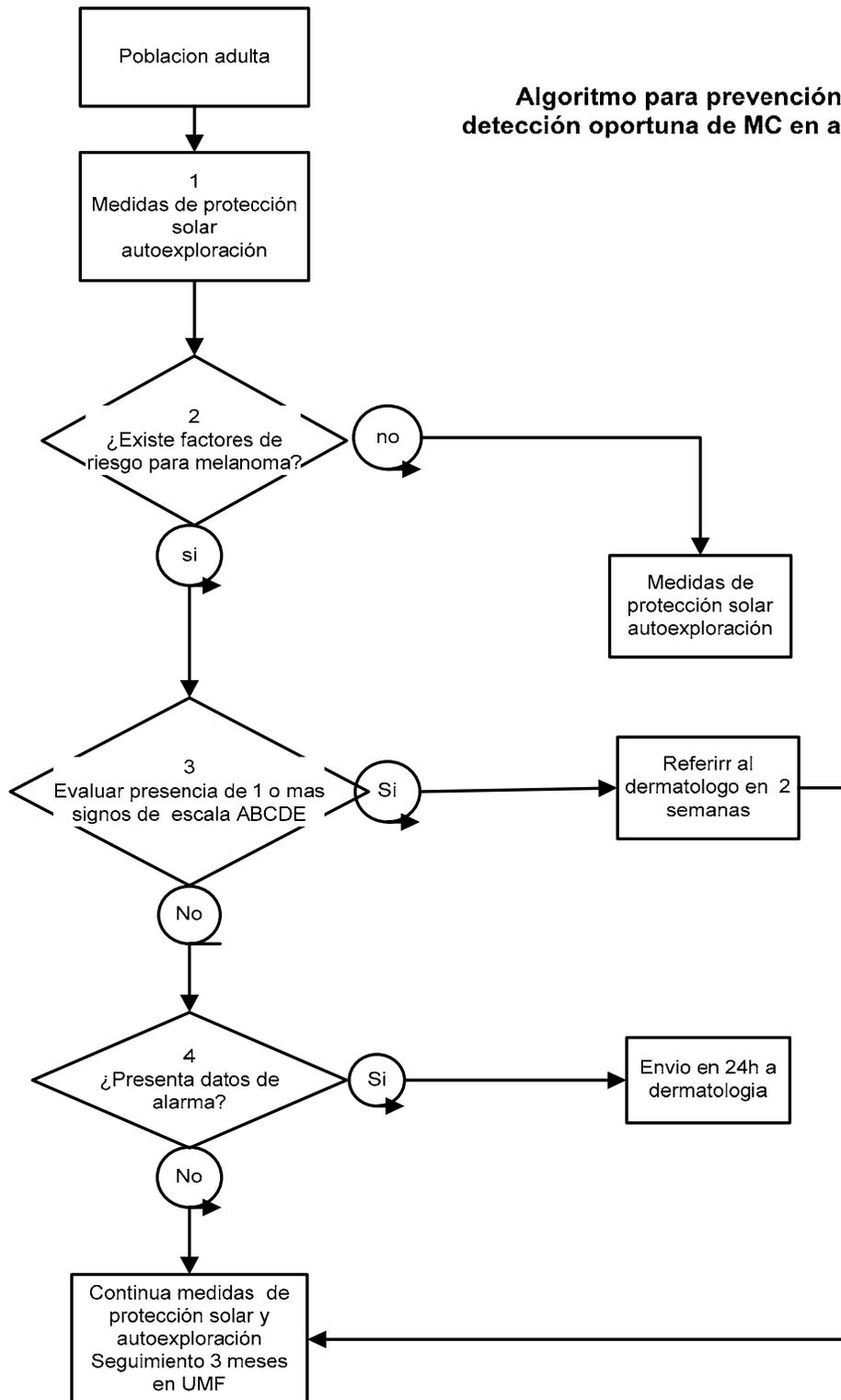


El otorgamiento de incapacidad dependerá de la oportunidad del diagnóstico, estadio clínico del melanoma cutáneo y la terapéutica empleada. Con un rango de variabilidad en número de días de 7 a 30 misma que será otorgada por especialista del segundo nivel.

✓  
Buena Practica

## ALGORITMOS

**Algoritmo para prevención y detección oportuna de MC en adultos**



## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Contrarreferencia:** decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutoria para continuar su atención médica, después de haber sido atendido de un daño específico a la salud y que se realiza con base a criterios técnico-médicos y administrativos.

**Educación para la salud:** proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento ó conductas para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

**Estrategia:** al método para resolver o controlar un problema.

**Exudación:** Exudar fluido (suero) hacia la superficie de la piel, ocurre cuando la piel cursa con un proceso de inflamación o con daño estructural, normalmente a través de rascar (FRICCIÓN). Al secar dejar costras.

**Impetiginización:** Infección de la piel ó alguna lesión cutánea con organismos bacterianos, particularmente *Staphylococcus aureus* en algunas ocasiones por especies estreptococcicas. Se manifiestan con costras amarillentas, pápulas y vesículas superficiales frágiles.

**Factores de Riesgo los factores de riesgo para el melanoma cutáneo** han sido identificados principalmente de estudios de casos y control. La fuerza de un factor de riesgo usualmente se expresa en términos de Odds Ratios ó Razón de Momios (OR). En el contexto de esta guía, el OR es la razón de la probabilidad a favor del factor de riesgo en individuos expuestos con melanoma entre la probabilidad a favor a la exposición del mismo riesgo en individuos sin melanoma, el OR puede considerarse como equivalente del riesgo relativo. A mayor OR ó Riesgo relativo más fuerte es la asociación entre el factor de riesgo y el melanoma.

**Melanoma cutáneo** es un tumor maligno el cual es se desarrolla a partir de los melanocitos cutáneos, a menudo tiene un crecimiento temprano lento durante la cual la lesión es curable si se detecta y se retira oportunamente

**Prevención primaria:** se define como las acciones dirigidas a la prevención específica en la población en general

**Prevención secundaria** se define como las acciones dirigidas a la prevención de complicaciones asociadas a una población de pacientes enfermedad específica

**PUVA** es un tipo de foto quimioterapia que combinan psoralenos, medicamentos foto-sensible a la exposición de rayos ultravioleta de una fuente de luz

**Primer nivel de atención:** el cuidado de Salud primario se otorga a los pacientes fuera de los hospitales. El cuidado primario de los individuos se otorga por los servicios proporcionados por médicos familiares, enfermeras y otros profesionales del área.

**Referencia:** decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

**Unidad de contrarreferencia:** unidad de atención médica de menor complejidad a la cual se envía un paciente para continuar su tratamiento en forma integral, de acuerdo a su condición clínica y necesidades de cuidados de su salud.

**Unidad de referencia:** unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutive, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

**Segundo nivel de atención médica** el cuidado provisto a nivel hospitalario

## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 años con Vida Sexual Activa.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Prevención Primaria y Detección oportuna del Melanoma Cutáneo en adultos en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron 12 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

- Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines group, Wellington 2008.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneos Melanoma. A nacional Clinical Guideline. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)
- Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. The prevention, diagnosis, referral and management of melanoma of the skin: concise guidance to good practice series, no. 7. London RCP 2007

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: cutaneos melanoma, skin tumors, prevention, diagnosis, melanoma of the skin.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## 6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425)

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### CUADRO I. ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**CUADRO II. ESCALA MODIFICADA DEL SCOTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)**

<b>Niveles de evidencia científica</b>	
1++	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
<b>Grados de recomendación</b>	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
✓	Consenso del equipo redactor

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A National Clinical Guideline. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)

Una de las limitaciones que presenta el sistema SIGN es la evaluación de la calidad de los estudios sobre preguntas de diagnóstico. En el caso de los estudios sobre validez de pruebas diagnósticas, los estudios transversales o de cohorte el sistema SIGN no les otorga el nivel máximo de evidencia científica. Aunque estos diseños son los más apropiados para ello el máximo nivel que pueden alcanzar es 2 por tanto dan lugar a recomendaciones de grado B o inferiores. Debido a esto NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

**CUADRO III. ESCALA MODIFICADA DEL SCOTISH INTERCOLLEGIATE, GUIDELINES NETWORK (SIGN)****ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO, NIVELES DE EVIDENCIA**

Recomendación	Evidencia
<b>A</b>	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
<b>B</b>	Estudios con un nivel de evidencia II
<b>C</b>	Estudios con un nivel de evidencia III
<b>D</b>	Estudios con un nivel de evidencia IV

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A National Clinical Guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)

**CUADRO IV. ESCALA MODIFICADA DE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND BRITISH ASSOCIATION OF DERMATOLOGISTS**

	Niveles de evidencia científica	
<b>IA</b>	Meta análisis de ensayos clínicos aleatorizado ó estudios de cohorte.	<b>A</b>
<b>IB</b>	Por lo menos un ensayos clínicos aleatorizado o un estudio de cohorte con buen diseño y seguimiento	<b>A</b>
<b>IIA</b>	Por lo menos un ensayos clínicos con buen diseño sin aleatorización o un meta análisis de estudios de casos y controles.	<b>B</b>
<b>IIB</b>	Por lo menos un estudio con diseño cuasi- experimental ó un estudio caso y control.	<b>B</b>
<b>III</b>	Por lo menos un estudio no experimental (como los estudios descriptivos )	<b>C</b>
<b>IV</b>	Opinión de expertos, reporte de comités de expertos	<b>C</b>

Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. The prevention, diagnosis, referral and management of melanoma of the skin: concise guidance to good practice series, no. 7. London RCP 2007

### CUADRO V. ESCALA MODIFICADA DE AUSTRALIAN CANCER NETWORK MELANOMA GUIDELINES REVISION WORKING PARTY

Nivel	Intervención	Diagnostico	Pronóstico	Causalidad	Escrutinio
I	Revisión sistemática de estudios nivel II	Revisión sistemática de estudios nivel II	Revisión sistemática de estudios nivel II	Revisión sistemática de estudios nivel II	Revisión sistemática de estudios nivel II
II	Ensayo clínico controlado	Evaluación de una prueba de precisión diagnóstica con independencia, cegado, comparado con estándar de oro, entre pacientes con presentación clínica definida consecutivos	Estudio de cohorte prospectivo	Estudio de cohorte prospectivo	Ensayo clínico controlado
III-1	Pseudo-Ensayo clínico controlado (asignación alterna o por otro método)	Evaluación de una prueba de precisión diagnóstica con independencia, cegado, comparado con estándar de oro, entre pacientes con presentación clínica definida no consecutivos	Todo ó nada	Todo ó nada	Pseudo-Ensayo clínico controlado (asignación alterna o por otro método)
III-2	Estudio comparativo con controles concurrentes: Ensayo clínico no aleatorizado Estudio de cohorte Estudio de casos y controles Estudios transversales interrumpido sin grupo control paralelo	Estudios con comparación con estándar de oro que no cuenta con los criterios requeridos para el nivel de evidencia II y II-1	Ensayos clínicos aleatorizados con análisis de factores pronósticos entre pacientes controles sin tratamiento	Estudio de cohorte retrospectiva	Estudio comparativo con controles concurrentes: Ensayos clínicos no aleatorizados Estudio de cohorte Estudio de caso y controles
III-3	Estudio comparativo sin controles concurrentes: Estudio con controles históricos Dos ó más estudios sin controles Estudios transversales interrumpidos sin grupo control paralelo	Casos y controles con estudio de pruebas diagnósticas	Estudio de cohorte retrospectiva	Estudio de caso y controles	Estudio comparativo sin controles concurrentes: Estudios con controles históricos Dos ó más estudios sin controles
IV	Serie de casos ya sea con pre prueba ó post prueba/ prueba post resultado	Estudio de rendimiento diagnóstico sin referencia de estándar de oro	Serie de casos Estudios de cohorte de pacientes en diferentes estadios de la enfermedad	Estudio transversal	Serie de casos

Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines group, Wellington 2008

**CUADRO VI. ESCALA MODIFICADA DE AUSTRALIAN CANCER NETWORK MELANOMA GUIDELINES  
REVISION WORKING PARTY**

<b>Grado de la recomendación</b>	
<b>A</b>	conjunto de pruebas que pueden dar confianza para guiar la práctica
<b>B</b>	conjunto de pruebas que pueden dar confianza para guiar la práctica en algunas situaciones
<b>C</b>	conjunto de pruebas ó datos que proporciona cierto apoyo a la recomendación, pero se debe tener cuidado en su aplicación
<b>D</b>	conjunto de pruebas débiles considerar aplicar la recomendaciones con precaución
<b>Buena Práctica</b>	En casos de no poder gradar la evidencia en una forma convencional, estos puntos representan el punto de vista del grupo que elaboró la guía

Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines group, Wellington 2008

### 6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO I. LISTA DE COTEJO DEL SISTEMA ABCDE PARA LAS LESIONES EN PIEL**

<b>A</b>	Asimetría geométrica en los 2 ejes
<b>B</b>	Borde irregular
<b>C</b>	Por lo menos 2 Colores diferentes en la lesión
<b>D</b>	Diámetro máximo > 6mm
<b>E</b>	Elevación de la lesión

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A National Clinical Guideline. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)

**CUADRO 2. LISTA DE COTEJO DEL SISTEMA DE 7 PUNTOS PARA LAS LESIONES EN PIEL**

<b>Criterio ó características mayor</b>	<b>Criterio ó características mayor</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el tamaño de la lesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inflamación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pigmentación irregular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito / alteración en la sensibilidad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bordes irregulares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión de mayor tamaño comparada con otras</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exudado/ presencia de costras</li> </ul>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A National Clinical Guideline. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines group, Wellington 2008.
2. Chaidemenos G, Stratigos A, Papakonstantinou M, Tsatsou F. Prevention of malignant melanoma. HIPPOKRATIA 2008; 12 (1): 17-21.
3. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Wolf SH, Susman J, Ewigman B et al, Strength of recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician 2004; 69:549-57
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425
5. From L, Marrett L, Rosen C, Zwall C, Johnston M, Bak K, Sibbald G, Fong J, Mai V. Screening for skin cancer: a clinical practice guidelines . Toronto (ON): Cancer Care Ontario (CCO) 2007; 33:15-21
6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107: 377-382.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
9. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995; 105:740-743
10. Rademaker M. New Zealand guidelines on the general management of malignant melanoma 2004
11. Royal College of Physicians and British association of Dermatologists. The prevention, diagnosis, referral and management of melanoma of the skin: concise guidance to good practice series, no. 7. London RCP 2007
12. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Counseling to prevent skin Cancer: recommendations and rationale. MMWR Recomm Rep 2003; 52:13-27

13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A national Clinical Guideline. Edinburg (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)
14. Helfand Mark, Pyle Krages K. Counseling to prevent skin cancer: a summary of the evidence 2001: 237-52
15. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-72.
16. Screening for skin cancer: a systematic review. Program in evidence-based care (PEBC) cancer care Ontario 2007
17. Screening for skin cancer: guideline development and external review- methods and results. Program in evidence-based care (PEBC) cancer care Ontario 2007
18. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59.

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS**

Dr. Moisés Andrade Quezada	Delegado de Prestaciones Médica. León, Guanajuato
Dr. Arturo Estrada Escalante	Director de la UMAE Hospital de Gineco Pediatría No. 48, León, Guanajuato
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE  
División de Excelencia Clínica  
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

**Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro  
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**Director General**

**Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales para los Trabajadores del  
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General**

**Sistema Nacional para el Desarrollo  
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
**Titular del organismo SNDIF**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General**

**Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno  
**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno  
**Titular de la Unidad de Atención  
Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández  
**Coordinador de Unidades Médicas  
de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez  
**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico