

CAPÍTULO CUARTO: RIESGO DE ENFERMEDAD

Salud cardiovascular

Puntos clave

1. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en las mujeres de todo el mundo.
2. Los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en las mujeres son la edad, la hipertensión, la dislipemia, la diabetes mellitus (DM), la historia familiar de ECV prematura, el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación. Nuevos factores de riesgo de ECV incluyen historia de un embarazo complicado por preeclampsia, diabetes gestacional o hipertensión.
3. Los cambios hormonales asociados con la menopausia pueden resultar en un aumento acelerado en la lipoproteína de baja densidad colesterol (LDL-C) durante el año después de la menopausia.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Todas las mujeres deben ser alentadas a reducir su riesgo de ECV, incluyendo ataques al corazón y derrames cerebrales, mediante la participación en el ejercicio regular, el consumo de una dieta saludable, lograr un peso corporal normal y no fumar.
2. Los proveedores de salud deben evaluar en todas las mujeres el riesgo de ECV usando la herramienta de evaluación del riesgo del Colegio Americano de Cardiology-American Heart Association (ACC-AHA) y manejar los riesgos en consecuencia. (Nivel II).
3. El tratamiento de la presión arterial (PA) se recomienda en mujeres con edades menores de 60 años para PA sistólica (PAS) 140 mmHg o diastólica (PAD) 90 mmHg. En las mujeres de más de 60 años, se recomienda el tratamiento para la PAS 150 mmHg o PAD 90 mm Hg. (Nivel II).
4. Directrices actualizadas de la ACC-AHA sobre el tratamiento de la dislipidemia

recomiendan la terapia con estatinas para las mujeres con 1) ECV ateroesclerótica (ASCVD) existente, 2) C-LDL 190 mg/dL o más, 3) de 40 a 75 años con DM, y 4) 40 a 75 años de edad, con un riesgo ASCVD estimado de 10 años de 7,5% o superior, basado en el uso de un nuevo calculador de riesgo para el infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Existe cierta controversia acerca del uso del cálculo de riesgo ASCVD como una indicación para el tratamiento con estatinas. (Nivel II).

5. La terapia con aspirina se debe considerar para las mujeres 1) de 65 años y más sin ECV conocida, 2) cualquier edad con ECV establecida, y 3) cualquier edad con un estimado de riesgo de ECV a 10 años del 10% o superior. (Nivel II).
6. La evidencia disponible no es compatible con el uso de la terapia hormonal sistémica para la prevención o el tratamiento de ECV. Sin embargo, la edad y el tiempo desde la menopausia son críticos modificadores del efecto de TH sistémica en ECV, con efectos más favorables observados para las mujeres de 50 años a 59 años y menos de 10 años de la menopausia en el tratamiento de iniciación. (Nivel I).

Diabetes Mellitus

Puntos clave

1. La prediabetes y la diabetes son muy prevalentes en la mediana edad de las mujeres y la prevalencia está aumentando.
2. El metabolismo de la glucosa empeora con el aumento de peso y el envejecimiento. La evidencia de que los cambios hormonales en la menopausia contribuyen a un empeoramiento del metabolismo de la glucosa es inconsistente.
3. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres y el riesgo de enfermedades cardiovasculares es mayor en las mujeres con diabetes.

Recomendaciones para la atención clínica

1. La detección de la diabetes con la hemoglobina glicosilada (Hb A1c), glucemia en ayunas o una prueba de tolerancia oral a la glucosa debe ser considerada para todas las mujeres de 45 años y se recomienda encarecidamente si las mujeres tienen sobrepeso u obesidad. (Nivel I).
2. El control óptimo de la glucosa (por ejemplo, objetivo de Hb A1C [7%]) es recomendado para reducir el riesgo de complicaciones vasculares de la diabetes. Las modificaciones de estilo de vida que abordan la dieta y el ejercicio son estrategias de primera línea para el control de la glucosa. La terapia con metformina es la estrategia farmacológica inicial preferida para la diabetes tipo 2. (Nivel I).
3. Independientemente del nivel de LDL-C, se recomiendan las estatinas para todas las mujeres con diabetes con edades comprendidas entre 40 y 75 años para reducir el riesgo de ECV aterosclerótica. (Nivel I).
4. El control de la presión arterial a través de medios tanto farmacológicos y como no farmacológicos se recomienda para reducir los eventos cardiovasculares en las mujeres con diabetes. El objetivo de PA para las mujeres con diabetes debe estar por debajo de 140/80 mm Hg. (Nivel I).
5. Las mujeres con diabetes deben ser advertidas acerca de suspender el cigarrillo.
3. Muchas afecciones, enfermedades y medicamentos contribuyen a la pérdida de hueso y un mayor riesgo de fracturas.
4. Las opciones farmacológicas actuales aprobadas por la FDA para la prevención de la osteoporosis posmenopáusica incluyen la terapia de estrógeno, la terapia de estrógeno y progestágeno, y un agonista/antagonista de estrógenos (bazedoxifeno) combinado con el estrógeno (BZA-CE). Las opciones farmacológicas aprobadas para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica incluyen denosumab, teriparatida y calcitonina. Y las opciones farmacológicas aprobadas para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica incluyen bifosfonatos y raloxifeno agonista/antagonista de estrógeno. No hay estudios prospectivos que comparen estos fármacos para eficacia antifracturas.
5. El tratamiento farmacológico reduce el riesgo de fracturas en pacientes con osteoporosis, pero la eficacia de la farmacoterapia antifractura en mujeres con baja masa ósea (osteopenia) sin fracturas es menos fuerte.
6. El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, basado en evaluaciones de riesgo-beneficio y la preferencia del paciente.

Osteoporosis

Puntos clave

1. La osteoporosis posmenopáusica es una condición común que conduce a un aumento del riesgo de fractura. Se puede diagnosticar y tratar antes de que ocurra cualquier fractura.
2. El diagnóstico de la osteoporosis se establece por la medición de la densidad mineral ósea por energía dual de rayos x, absorciometría (DXA) de la columna vertebral, la cadera y/o el antebrazo (T-score de -2,5 o inferior) o por la presencia de un traumatismo leve o fractura por fragilidad.
1. Es importante identificar y abordar los factores potenciales que contribuyen a la pérdida ósea y al aumento del riesgo de fractura con una cuidadosa historia, examen físico y prueba de laboratorio básico. (Nivel II).
2. Todas las mujeres posmenopáusicas deben ser alentadas a ingerir adecuada cantidad de calcio y vitamina D, realizar regularmente ejercicio, dejar de fumar, limitar el consumo de alcohol y modificar su medio ambiente para reducir el riesgo de caídas. (Nivel I).
3. Se recomienda la prueba de densidad mineral ósea para todas las mujeres de 65 años o más, con la consideración de test

- temprano en las mujeres con factores de riesgo clínicos de fractura, incluyendo bajo peso corporal, antecedentes de fractura previa, antecedentes familiares de osteoporosis, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol o uso de medicamentos a largo plazo de alto riesgo (por ejemplo, glucocorticoides). (Nivel I).
4. Después de la prueba de DMO inicial, la necesidad de pruebas adicionales y el intervalo óptimo para la repetición de la prueba deben ser individualizados, basados en la DMO basal, las intervenciones terapéuticas iniciadas y el riesgo de fractura. (Nivel II).
 5. Los proveedores de la salud deben considerar el tratamiento de las mujeres con osteoporosis o baja masa ósea que tienen ya sea una probabilidad a 10 años, de 3% o superior, de una fractura de cadera o una probabilidad a 10 años, del 20% o superior, de una importante fractura relacionada con la osteoporosis, con base en el algoritmo de la Organización Mundial de la Salud adaptado en los EE. UU. (es decir, utilizando la herramienta FRAX de la web). (Nivel I).
 6. Existe una considerable controversia con respecto a la óptima duración del tratamiento con bisfosfonatos y la longitud de un descanso de los medicamentos, los cuales debe basarse en una evaluación individualizada de riesgo y beneficio. (Nivel II).
 7. Los proveedores de salud deben individualizar el tratamiento sobre la base de una evaluación de los beneficios potenciales y riesgos de la terapia para cada paciente y la eficacia de un tratamiento de la osteoporosis dado por la reducción de fracturas vertebrales y no vertebrales. (Nivel I).
 2. Los factores de riesgo para los cálculos biliares son la obesidad, el aumento de la paridad, las dietas para bajar de peso, la cirugía bariátrica y el uso de los estrógenos orales.
 3. Los anticonceptivos orales y la terapia hormonal para la menopausia aumentan la saturación biliar de colesterol, un requisito previo para la formación de cálculos biliares de colesterol.
 4. Las señales de advertencia de la enfermedad de la vesícula biliar incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, ictericia, orinas oscuras y heces claras.
 5. En el estudio Women's Health Initiative (WHI), la terapia de estrógeno-progestágeno (I) se asoció con un aumento del riesgo absoluto de 27 casos de enfermedad de la vesícula biliar por cada 1.000 mujeres después de 5,6 años de uso, mientras que la terapia con estrógeno solo dio lugar a un aumento del riesgo absoluto de 45 casos adicionales por cada 1.000 mujeres después de 7 años.
 6. El riesgo de enfermedad de la vesícula biliar asociada con TH es mayor con el uso de estrógenos orales que con el de los estrógenos transdérmicos.

Recomendaciones para la atención clínica

1. La terapia hormonal se debe administrar con precaución en las mujeres que tienen cálculos biliares o una historia de enfermedad de la vesícula biliar. (Nivel I).
2. Un mayor riesgo de enfermedad de la vesícula biliar debe ser incluido en las discusiones sobre los riesgos y beneficios de la TH. (Nivel II).
3. La TE transdérmica se asocia con un menor riesgo de enfermedad de la vesícula biliar que con TE oral. (Nivel II).

Enfermedad de la vesícula biliar

Puntos clave

1. La enfermedad de la vesícula biliar se produce con el doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Artritis y artralgia

Puntos clave

1. La osteoartritis es predominantemente una artritis degenerativa y una enferme-

dad del envejecimiento. No se asocia con la participación de órganos fuera del sistema músculo-esquelético o síntomas sistémicos. El tratamiento está dirigido a paliar el dolor y mantener la función de r.

2. La artritis reumatoide es una artritis inflamatoria sistémica que requiere de un tratamiento agresivo con fármacos inmunomoduladores. Las terapias actuales generalmente pueden controlar la enfermedad, y la progresión de la destrucción articular es infrecuente.
3. La fibromialgia es un proceso crónico y doloroso que no afecta a las articulaciones, sino que más bien se caracteriza por dolor difuso que se siente en gran medida en la musculatura. El tratamiento requiere múltiples modalidades, incluyendo el ejercicio, la terapia física y los medicamentos neuroactivos.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Con más de 100 formas de artritis, un diagnóstico específico es el primer paso hacia el tratamiento adecuado. Como muchas formas de artritis tienen características similares y generalmente se carece de pruebas de diagnóstico estándar, el diagnóstico se determina sobre la base de la experiencia clínica y puede requerir la observación con el transcurso del tiempo. (Nivel III).
2. El tratamiento eficaz de la osteoartritis incluye la paliación del dolor y el mantenimiento de la función y la movilidad, con dispositivos de asistencia cuando sea necesario. El tratamiento debe incorporar regímenes de ejercicios apropiados y medicamentos analgésicos, que pueden incluir drogas antiinflamatorias no esteroideas y medicamentos neuroactivos. Enfoques complementarios son ampliamente utilizados y pueden proporcionar alivio significativo del dolor, aunque su beneficio adicional más allá del placebo sigue siendo controvertido. (Nivel I).
3. La artritis reumatoide es una enfermedad progresiva grave que debe ser tratada con la intención de lograr la remisión. Con el

uso de medicamentos modernos apropiados y biológicos, la mayoría de los pacientes puede esperar vivir una vida funcional normal. (Nivel I).

4. La fibromialgia y los síndromes de dolor miofascial requieren planes terapéuticos multidisciplinarios, incluyendo regímenes de ejercicio, terapia física y medicamentos neuroactivos; analgésicos y opiáceos convencionales tienen poca eficacia para esta condición. (Nivel II).

Enfermedad tiroidea

Puntos clave

1. Los trastornos de la tiroides son comunes en las mujeres y, a menudo, se asocian con síntomas similares a los de la transición de la menopausia.
2. A medida que las mujeres envejecen, los trastornos de la tiroides pueden asociarse con significativa morbilidad y, potencialmente, con aumento de la mortalidad.
3. Los trastornos subclínicos de la tiroides son comunes, aunque faltan ensayos clínicos que justifiquen que los beneficios del tratamiento son deficientes.
4. El tratamiento excesivo de hipotiroidismo o hipertiroidismo puede resultar en efectos adversos y extremos no deseados de la hormona tiroidea.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Las Recomendaciones actuales no apoyan consistentemente el tamizaje de todas las mujeres para los trastornos de la tiroides; sin embargo, un alto índice de sospecha es merecido en la mediana edad y las mujeres posmenopáusicas. La medición de la hormona estimulante de la tiroides es el paso inicial en la evaluación de la función tiroidea. (Nivel II).
2. El tratamiento del hipotiroidismo incluye la administración de tiroxina (dosis dependiendo de la edad y las comorbilidades) con monitoría de TSH cada 6 a 8 semanas, apuntando a la TSH dentro del rango normal. (Nivel I).

3. El tratamiento de hipertiroidismo es más complejo y es probablemente mejor abordado en consulta con un endocrinólogo. (Nivel II).
4. El diagnóstico de trastornos subclínicos de la tiroides requiere repetido monitoreo, porque las pruebas de laboratorio a menudo retornan a la normalidad con la observación continua. (Nivel II).
5. En el tratamiento de trastornos subclínico de la tiroides, la atención debe ejercerse en no sobretratar e inducir la condición contraria de la enfermedad de la tiroides. (Nivel I).
6. El examen de la tiroides debe evaluar la presencia de los nódulos tiroideos. Si estos están presentes, lo indicado es hacer su posterior remisión para evaluación.

Epilepsia

Puntos claves

1. La menopausia generalmente ocurre antes en las mujeres con epilepsia que en las mujeres de la población general. Esto se correlaciona con el total número de convulsiones de toda la vida, pero también puede verse afectado por antiepilépticos, especialmente aquellos que pueden influir en los niveles de estrógenos mediante la inducción de la isoenzima CYP450 hepática (por ejemplo, fenitoína y fenobarbital).
2. Debido a que los esteroides reproductivos tienen propiedades neuroactivas, y un subconjunto de las mujeres con epilepsia tienen convulsiones que son sensibles a las hormonas (por ejemplo, epilepsia catamenial), los médicos deben ser conscientes de que los cambios hormonales que se producen durante la perimenopausia y la menopausia pueden resultar en los cambios en la frecuencia de crisis y patrones.
3. Los ciclos anovulatorios que caracterizan la perimenopausia se asocian a efectos de estrógenos sin oposición con una mayor frecuencia de convulsiones generalizadas que en los ciclos ovulatorios.

Recomendaciones para la atención clínica

1. El suplemento cíclico de progesterona natural y la supresión del ciclo con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina o acetato de depomedroxyprogesterona se han propuesto como intervenciones para reducir la frecuencia de convulsiones hormonalmente sensibles, pero la eficacia permanece sin probar. (Nivel II).
2. La gabapentina, un fármaco antiepiléptico, puede ser particularmente efectivo en la disminución de algunos síntomas autonómicos de la menopausia, tales como el calor, los fogajes y la sudoración nocturna. (Nivel I).
3. Debido a que los medicamentos antiepilépticos pueden acelerar el metabolismo de la vitamina D y contribuir a la osteoporosis, las mujeres posmenopáusicas con epilepsia requieren una ingesta adecuada de calcio y vitamina D y pueden beneficiarse desde más cerca del seguimiento de la densidad mineral ósea. (Nivel II).

Asma

Puntos clave

1. El asma es más frecuente en mujeres que en hombres, y su gravedad puede variar con el ciclo menstrual en mujeres antes de la menopausia.
2. La incidencia del asma no aumenta claramente después la menopausia, pero los volúmenes pulmonares tienden a declinar, y síntomas pulmonares, como sibilancias, son más frecuentes.
3. El asma que tiene su inicio después de la menopausia tiende a no estar asociada con atopía y puede ser particularmente grave.
4. El efecto de la terapia hormonal en el asma no está claro. Varios grandes estudios observacionales han mostrado una asociación entre el uso de TH actual y el riesgo de asma, mientras que varios pequeños ensayos de intervención han de-

mostrado efectos neutros a beneficiosos de la TH sobre la función de las vías respiratorias y el curso clínico.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los proveedores de la salud deben ser conscientes de que el asma que se presenta después de la menopausia no está necesariamente asociada con atopía y puede ser menos sensible a los tratamientos antiinflamatorios que el asma que se presenta más temprano en la vida. (Nivel II).
2. La terapia hormonal no se debe iniciar o retener a causa del asma. (Nivel II).

Cáncer de mama

Puntos clave

1. Las tasas de incidencia de cáncer de mama han ido aumentando en América del Norte durante décadas, y el factor de riesgo más importante, aparte de ser mujer, es la edad.
2. La nuliparidad, la edad tardía al primer parto, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, los antecedentes familiares de cáncer de mama en familiares de primer grado, las mutaciones del gen BRCA, una biopsia por enfermedad benigna de mama y la hiperplasia ductal atípica pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama.
3. El riesgo de cáncer de mama aumenta en las mujeres posmenopáusicas por el uso de la combinación estrógeno-progestágeno y terapia hormonal por más de 3 a 5 años. El uso de la terapia de estrógenos solos en mujeres sin útero para un máximo de 7 años no aumenta el riesgo de cáncer de mama, aunque la larga duración del uso de estrógenos solos sí parece aumentarlo.
4. Los moduladores selectivos del receptor estrogénico (agonista de estrógeno/antagonistas) reducen la incidencia de cáncer de mama primario en mujeres de alto riesgo. El tamoxifeno reduce el riesgo de cáncer de mama en las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. El raloxifeno reduce el riesgo de cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas.

5. En las mujeres posmenopáusicas, los inhibidores de la aromatasas (IA), incluyendo anastrozol y exemestano, reducen la recurrencia del cáncer de mama, mejoran la supervivencia y reducen el riesgo de cáncer de mama en mujeres con alto riesgo. Los inhibidores de la aromatasas todavía no se han aprobado para la prevención del cáncer de mama.
6. La mortalidad por cáncer de mama ha ido disminuyendo durante varias décadas debido a la detección temprana a través de una aplicación más amplia del cribado mamográfico, un uso más eficaz de terapias hormono- moduladoras para la enfermedad temprana, y la quimioterapia adyuvante para la enfermedad avanzada.

Recomendaciones para la atención clínica

1. La detección de rutina para el cáncer de mama está indicada para mujeres de mediana edad. Existe una considerable controversia con respecto a la frecuencia y la edad a la que el tamizaje del cáncer de mama debería comenzar y terminar. Las directrices corrientes generalmente incluyen mamografías cada 1 a 2 años, a partir de los 40 a 50 años y continuando hasta la edad de 70 años. La resonancia magnética es recomendada para las mujeres con alto riesgo de cáncer de mama. (Nivel I).
2. Las pruebas genéticas para las mutaciones BRCA deberían recomendarse para las mujeres con alto riesgo de cáncer de mama con base en los antecedentes familiares. (Nivel I).
3. El aumento de peso se asocia con un mayor riesgo de la recurrencia del cáncer de mama, y una dieta baja en grasa se asocia con una mejor supervivencia en mujeres con ciertos tipos de cáncer de mama, por lo que el control del peso y una dieta baja en grasa pueden tenerse en cuenta para las mujeres con cáncer de mama. (Nivel II).
4. Las mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama deben ser asesoradas sobre los beneficios y riesgos potenciales del tamoxifeno y el raloxifeno para reducir el riesgo de cáncer de mama. (Nivel I).

Cáncer endometrial

Puntos clave

1. El cáncer de endometrio (endometrioides, tipo I) es relativamente un cáncer común entre las mujeres posmenopáusicas.
2. En los Estados Unidos, la supervivencia después del diagnóstico de cáncer de endometrio es menor en las mujeres negras que en las blancas.
3. El síntoma de presentación de cáncer de endometrio es típicamente sangrado uterino anormal.
4. Los principales factores de riesgo de cáncer de endometrio son edad (más de 50 años), medio endometrial hiperestrogénico, diabetes mellitus y obesidad.
5. El precursor de cáncer de endometrio es la hiperplasia endometrial atípica.
6. La principal vía de propagación de cáncer de endometrio es la extensión contigua en el miometrio.
7. Las recurrencias posteriores al tratamiento se producen en mujeres con tumores de alto grado o con invasión miometrial profunda y por lo general implican el ápice vaginal.

Recomendaciones para la atención clínica

1. En las mujeres posmenopáusicas, cualquier sangrado debe ser rápida y exhaustivamente evaluado. Un endometrio engrosado debe biopsiarse. La ecografía transvaginal, la histeroscopia y la sonohisterografía son útiles para identificar anomalías focales. (Nivel I).
2. Las mujeres posmenopáusicas con útero intacto usando terapia sistémica de estrógeno solo están en riesgo de desarrollar hiperplasia y cáncer de endometrio. El tratamiento adecuado con progestágeno reduce el riesgo de cáncer de endometrio en mujeres que utilizan TE. Las mujeres que utilizan estrógenos combinados con bazedoxifeno no requieren un progestágeno. (Nivel I).
3. La hiperplasia endometrial atípica debe tratarse con histerectomía y salpingooforectomía bilateral. El tratamiento conservador con progestágenos y seguimiento cercano puede ser una opción confiable para las mujeres más jóvenes que buscan preservar la fertilidad o para pobres candidatas quirúrgicas. (Nivel I).

rectomía bilateral. El tratamiento conservador con progestágenos y seguimiento cercano puede ser una opción confiable para las mujeres más jóvenes que buscan preservar la fertilidad o para pobres candidatas quirúrgicas. (Nivel I).

4. El cáncer de endometrio es tratado con histerectomía, salpingooforectomía bilateral y disección de ganglios linfáticos de la pelvis y los para-aórticos. El pronóstico proyectado se basa en los hallazgos quirúrgicos. Las mujeres con cáncer de endometrio avanzado (con el 50% de invasión del miometrio) por lo general requieren terapia adyuvante. (Nivel I).

Cáncer de cuello uterino

Puntos clave

1. Cuando se detecta en una etapa temprana, la tasa de supervivencia a los 5 años para las mujeres con cáncer de cuello uterino es del 92%. En mujeres mayores de 65 años de edad con cáncer de cuello uterino, el 42% nunca tuvo tamizaje.
2. Los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino incluyen el virus del papiloma humano (VPH), relaciones sexuales a una temprana edad, múltiples parejas sexuales, fumar y estados inmunocomprometidos, incluyendo la infección por VIH.
3. Casi todos los cánceres cervicales están relacionados con la infección por la transmisión sexual, de tipo de VPH de alto riesgo (oncogénicos). Dos vacunas están disponibles para prevenir la infección con los tipos de VPH que causan la mayoría de los cánceres de cuello uterino.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Se recomienda la vacunación contra el VPH para las niñas de 13 a 26 años y para los niños de entre 13 y 21 años. Las mujeres inmunizadas contra el VPH deben seguir pautas de detección del cáncer cervical de rutina. (Nivel I).
2. La detección del cáncer de cuello uterino debe comenzar a los 21 años y se recomienda

cada 3 años para las mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años la citología cervical y la prueba HPV cada 5 años son aconsejable, aunque el cribado con citología sola cada 3 años es aceptable. (Nivel I).

3. Las mujeres que han tenido una histerectomía por enfermedad benigna con extirpación del cuello uterino ya no deben tener detección de cáncer de cuello de útero, a menos que haya una historia de displasia cervical (neoplasia intraepitelial cervical [CIN] 2 o superior). (Nivel I).
4. Las mujeres con antecedentes de cáncer de cuello uterino, infección por el VIH, estado inmunodeprimido o exposición a dietilestilbestrol en el útero requieren una mayor tamizaje. (Nivel I).
5. El tamizaje debe interrumpirse después de 65 años en las mujeres con uno previo adecuado negativo y sin antecedentes de CIN2 o superior en los últimos 20 años. (Nivel I).
6. El sangrado uterino anormal o una anomalía cervical identificada durante un examen pélvico puede ser una señal de cáncer de cuello de útero y debe ser evaluado oportunamente. (Nivel I).

Cáncer de ovario

Puntos clave

1. El cáncer de ovario es el décimo cáncer más común en las mujeres de Estados Unidos, pero es la quinta causa más común de cáncer.
2. Los factores de riesgo para el cáncer de ovario incluyen predisposición genética (mutaciones BRCA, síndrome de Lynch), mayor edad, nuliparidad, endometriosis, menarquia precoz y menopausia tardía.
3. Los factores de protección incluyen los anticonceptivos orales y la esterilización de trompas, cada uno de los cuales puede disminuir el riesgo en un 50%.
4. En las mujeres con riesgo normal, la detección del cáncer de ovario con antígeno de cáncer - 125 o el ultrasonido no es eficaz y no es recomendada.
5. Los signos de cáncer de ovario son sutiles e incluyen saciedad temprana, hinchazón abdominal, dolor abdominal, dolor pélvico, y frecuencia urinaria que ocurre a diario, durante semanas.
6. Las mujeres con sospecha de cáncer de ovario deben someterse a procedimientos quirúrgicos definitivos con ginecológicos oncológicos con resultados superiores.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Las mujeres deben ser informadas de los síntomas de cáncer de ovario y ser aconsejadas en cuanto a que informen a sus proveedores de atención médica si persisten los síntomas diarios. (Nivel III).
2. La historia familiar de cánceres de mama, de ovario, de colon y de páncreas es sugestiva de mayor riesgo hereditario que debe referirse rápido para el consejo genético. (Nivel II).
3. La detección del cáncer de ovario no se debe realizar en las mujeres con riesgo normal. En las mujeres de alto riesgo, el tamizaje puede ser ofrecido, pero la cirugía de reducción del riesgo (salpingooforectomía bilateral o posiblemente salpingectomía bilateral) o los medicamentos (por ejemplo, anticonceptivos orales) deben ser considerados para disminuir el riesgo de cáncer de ovario. (Nivel I).