

CONTROL GINECOLÓGICO EN LA MUJER SANA

COORDINACIÓN:

SAMUEL SEIREF.

Doctor en Medicina. Prof. Titular de Tocoginecología, Director de Relaciones Institucionales y Ex Decano de la Facultad Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral. Ex Jefe del Servicio de Ginecología Htal. J. B. Iturraspe de Santa Fe. Ex Director General de la Escuela, Prosecretario del Consejo Académico Nacional y Ex Presidente de FASGO. Fellow of American College Obstetrics and Gynecology.

INTEGRANTES:

DOLORES ALVARADO ARICHULUAGA.

Médica Especialista en Ginecología, UNR. Postgrados en: Endocrinología Ginecológica, SAEGRE. Ginecología Infanto Juvenil, SAGIJ Sexualidad Clínica, SASH. Maestría en Mastología, UNR. Docente de la Cátedra de Ginecología, FCM UNR. Docente de Simulación Médica, FCM UNR. Miembro del Staff Médico del CEMA (Centro de Mastología y Salud de la Mujer). Miembro de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario (ASOGIR) y de la Asociación de Mastología de Rosario (AMAR)

MARTA BERTIN.

Médica Especialista Consultora en Obstetricia y Ginecología. Profesora de Ginecología y Obstetricia y de Salud Perinatal de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Especialista en Economía y Gestión de los Servicios de Salud. Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur. Ex-Directora Ejecutiva del Hospital Interzonal Gral. Dr. José Penna de Bahía Blanca. Médica de Staff del Servicio de Tocoginecología del Hospital Interzonal Gral. Dr. José Penna

DEL VECCHIO ANA MARÍA.

Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Gestión y Economía de la Universidad de ISALUD. Directora Médica de LALCEC filial Morón (Pcia de Buenos Aires). Jefa del Servicio de Tocoginecología del Hospital Municipal de Morón O. B. de Lavignolle. Mastóloga de la Clínica del Buen Pastor. Intervencionista Mamaria de LALCEC. Docente de la carrera de Medicina de Universidad de La Matanza (UNLAM). Tesorera de SOGBA (Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Provincia de Buenos Aires)

SANDRA FORNERIS.

Dra. en Medicina. Ex Docente Cátedra de Ginecología, UNT. Ex Jefa del Consultorio de TGI y Colposcopia, Instituto de Ginecología y Maternidad de Tucumán. Ex Presidenta de la Sociedad de PTGI y Colposcopia de Tucumán. Especialista en Colposcopia, SAPTGIYC. Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán. SOGOTUC

SEBASTIÁN IRICO.

Dr. en Medicina. Prof. Titular de la 1ª Cátedra de Ginecología. Universidad Nacional de Córdoba. Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Córdoba. Ginecólogo Oncólogo, Asociación Argentina de Ginecología Oncológica (AAGO). Mastólogo, Sociedad Argentina de Mastología (SAMAS). Director de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Córdoba. Director del Fellow de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Córdoba. Co-Director del Fellow de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional de Clínicas, (AAGO).

GRACIELA ORTIZ.

Ginecóloga Clínica. Servicio Ginecología Hospital Provincial Rosario.

Ginecóloga Infanto Juvenil del Servicio de Pediatría Hospital Provincial Rosario. Fellow en Ginecología infanto Juvenil FIGIJ. Especialista en Ginecología Endocrinológica y Reproductiva, Universidad Favaloro. Ex Docente de Grado de Universidad Nacional Rosario. Docente de Post Grado de la UNR. Integrante de la Escuela y Comité de Congresos de FASGO. Coordinadora del Comité de Desarrollo Directivo de FASGO. Integrante del Comité Infanto Juvenil de FLASOG. Presidente Asociación de Obstetricia y Ginecología Rosario (ASOGIR)

AGUSTÍN QUIÑONES MAFFASSANTI.

Médico Especialista en Ginecología. Médico del Staff del Servicio de Ginecología Hospital Naval Cirujano Mayor Pedro Mallo de Buenos Aires.

Coordinador Sección Endoscopia Ginecológica y Endometriosis, HNPM. Cirugía ginecológica Sanatorio de la Trinidad Mitre. Cirugía ginecológica Sanatorio Finochietto.

Médico Acreditado en Cirugía Laparoscópica de Alta Complejidad, SACiG. Fellow de Cirugía Ginecológica, SACiG. Director del Capítulo de Endometriosis de la Sociedad Argentina de Cirugía Ginecológica. Colaborador docente de la Carrera de Especialista en Tocoginecología de la UBA (Sede HNPM).

JUAN MANUEL ROMERO BENÍTEZ.

Médico Especialista Consultor en Tocoginecología avalado por la Facultad de Medicina de la UNNE. Jefe de Trabajos Prácticos en la Cátedra de "Clínica Obstétrica II" de la Facultad de Medicina de la UNNE. Médico Asistencial Rentado en la Maternidad del Hospital "Á.I de Llano" en el Servicio de Tocoginecología. Jefe del Servicio de Investigación del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes capital.

INTRODUCCIÓN

La consulta de la mujer sana, asintomática, de riesgo habitual, aquella que se suele llamar de control, si bien pareciera estar claramente definida para los especialistas y posiblemente los médicos generales y/o de familia, es motivo de controversias. Ofrece una excelente oportunidad para asesorar a las pacientes sobre cómo mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos para su salud. Es la ocasión para contribuir a la salud y el bienestar general de las mujeres a lo largo de la vida al brindar servicios preventivos y asesoramiento. Debe incluir la historia clínica y el examen físico, además de exámenes de detección y el asesoramiento y la evaluación destinados a mantener el bienestar físico, mental y social y la salud general a lo largo de la vida de una mujer.

Algunas de las conductas llevadas a cabo en la misma parecen tener un sólido respaldo científico, mientras que otras son motivos de discusión. El balance de riesgos y costos versus beneficios no siempre es evidente. Ello se complica más aún por el hecho de que en nuestro país, no hay planes o programas organizados que se lleven a cabo satisfactoriamente. En general se trata de consultas oportunistas, en las que el médico solicita estudios de acuerdo con su juicio y/o preferencia. El intervalo para servicios individuales específicos puede diferir para cada paciente, y el alcance de los servicios brindados puede variar en diferentes entornos de atención. Pero está claro que la realización de procedimientos que no han demostrado claros beneficios en pacientes sanas y asintomáticas genera costos y riesgos que las exponen a mayores problemas que los que se quiere prevenir.^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

Este consenso pretende orientar sobre los procedimientos y/o prácticas que deberían realizar en su praxis cotidiana, en todas las etapas de la vida, el médico generalista, el médico de familia y/o el tocoginecólogo, como profesional de cabecera de la mujer, basados en la mejor evidencia científica, de alto valor y centrada en el paciente. El objetivo final es que todas las

mujeres reciban las prestaciones recomendadas y disponibles, optimizando el uso de los recursos y evitando prácticas que no tienen evidencia científica.

En principio se consideró que, aunque puesta en duda en algunas publicaciones, la visita o consulta debe seguir siendo anual. Es la oportunidad para revisar todos los aspectos del bienestar de la mujer, como situaciones de violencia (en el hogar o laboral), testeo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), análisis de factores de riesgo de enfermedades crónicas y hábitos de vida saludables entre otros. Si bien se prevé al menos una visita anual en la mujer sana, los componentes recomendados no necesariamente deberían realizarse en la misma consulta. El consenso se centra en los tipos y frecuencia de las prestaciones a realizar no en cómo y dónde deben plasmarse.

En cuanto a las evaluaciones y estudios a realizar en los distintos grupos etarios y/o etapas de la vida, excluyendo la niñez, competencia de la pediatría, se realizó una búsqueda de la evidencia disponible y se agruparon de la siguiente manera:

1. Screening ginecológico
2. Screening y consejería de salud general
3. Solicitudes de laboratorio

Concepto de Screening

El concepto de screening, o selección adversa, fue desarrollado principalmente por el economista Michael Spence en la década de 1970. Su trabajo seminal en este campo le valió el Premio Nobel de Economía en 2001. En la década del 80 la American Cancer Society lo definió como “testear un grupo de personas aparentemente sanas con el propósito de identificar aquellas con alta probabilidad de tener una condición clínica o una patología”. Entre sus beneficios se pueden mencionar: mejor pronóstico de las entidades detectadas, posibilidad de tratamientos menos agresivos o menos radicales, la tranquilidad de los test negativos, el ahorro de recursos por tratamientos más económicos por menos radicales o menos invasivos y la reducción de la morbilidad y/o

mortalidad asociadas a la enfermedad. Como aspectos negativos podría mencionarse que se realiza en aparentemente sanos, las consecuencias económicas y psicológicas de los falsos positivos y los falsos negativos y los potenciales sobrediagnósticos, el aumento de la ansiedad de las pacientes, el aumento de los costos y la morbilidad y la mortalidad por procedimientos innecesarios.^{12 13 14}

Los requisitos fundamentales para realizarlo son:

- La enfermedad debe suponer un importante problema de salud, con una evolución conocida y bien definida.
- La detección precoz de la patología, sus lesiones precursoras y/o sus factores de riesgo y la rápida instauración de tratamiento en el período asintomático deben contribuir a la disminución de su morbi-mortalidad, de manera global o por separado. Esto a su vez, deberá estar demostrado y respaldado por estudios científicos de calidad.
- Los resultados obtenidos en los estudios que respaldan su realización deben ser extrapolables al ámbito real en el que se pretende implantar y desarrollar el programa en cuestión.
- La prueba utilizada debe ser sencilla, reproducible, segura y aceptada tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios que la llevarán a cabo. Además, tener una alta sensibilidad (capacidad de la prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos) y especificidad (capacidad de la prueba para detectar la ausencia de la enfermedad en sujetos sanos).
- El test debe presentar una buena relación costo-efectividad, asegurando que los beneficios superen a los riesgos. En palabras de González Merlo (1985) “Implica no generar ni gastar dinero con la enfermedad, sino ahorrar con la salud”

Ventajas del screening

- Disminución de la mortalidad en pato-

logías susceptibles de ser detectadas en estadios tempranos y/o precoces.

- Incremento de las posibilidades de éxito en la administración de un tratamiento.
- Disminución de las complicaciones y las limitaciones asociadas al proceso de la enfermedad.
- Posibilidad de conocer la incidencia de una determinada patología.
- Mejora e incluso restauración completa de la salud en numerosos casos.
- Disminución de la morbilidad y del consecuente costo asistencial.

Inconvenientes del screening

- A pesar de que la especificidad y la sensibilidad de estas pruebas sean muy altas, existe una pequeña posibilidad de que se produzcan tanto falsos positivos como falsos negativos. En el segundo caso un paciente enfermo no se diagnosticaría. En el primero, resulta fundamental realizar pruebas complementarias que contribuyan a afianzar o confirmar el diagnóstico.
- Ocasionalmente pueden diagnosticarse procesos que nunca habrían llegado a evolucionar desfavorablemente. Son necesarias pruebas adicionales enfocadas a valorar la posible evolución y a determinar si realmente es imperativa una intervención.
- Aunque son realmente poco frecuentes, pueden ocurrir efectos secundarios y complicaciones derivadas de los estudios y/o la administración de tratamientos.
- El sufrimiento psicológico y emocional que experimenta la paciente durante el período de espera que precede la comunicación de los resultados y/o el diagnóstico.

Para valorar la utilidad del screening deberían responderse las siguientes preguntas:

1. ¿Se conoce la historia natural de enfermedad?
2. ¿Esta tiene serias consecuencias (Morbilidad – Mortalidad)?

3. ¿Se trata de un problema de salud pública?
4. ¿Existen patologías precursoras, con alta prevalencia, fáciles de diagnosticar y tratar para prevenir mayor patología?
5. ¿Puede detectarse en fase asintomática, latente o temprana?
6. ¿Con qué frecuencia la patología es asintomática?
7. ¿Es posible identificar una población de alto riesgo en enfermedades de baja prevalencia?
8. ¿En términos de costos y riesgos vs. beneficios, es útil un diagnóstico precoz?
9. ¿El tratamiento de casos detectados es más efectivo que el de la enfermedad clínicamente evidente?
10. ¿Se cuenta con la infraestructura para el diagnóstico y/o el tratamiento de los casos identificados?

RESUMEN EJECUTIVO

13 a 19 años

1	SCREENING GINECOLÓGICO	
	Cáncer de cérvix: PAP	Iniciar luego de 3 años de IRS 1-1-3 # 15 16 17 18 19 20 21 22 23
	Examen ginecológico	De acuerdo con inicio de relaciones sexuales y necesidad 24 25 26 27 28
	Consejería en salud reproductiva, ITS, anticoncepción, atención preconcepcional y preservación de la fertilidad	En toda consulta, reafirmando y/o aclarando conceptos 29 30 31 32
2	SCREENING Y CONSEJERÍA DE SALUD GENERAL	
	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo y abuso de sustancias – drogas ilícitas	En todas las consultas 33 34 35
	Violencia de género y abuso sexual Hábitos nutricionales y actividad física Control de inmunizaciones Riesgo social	En todas las consultas 36 37 38
3	LABORATORIO	
	ITS: HIV – Hepatitis – Sífilis -Chlamydia	Anualmente en población de riesgo 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
	Anemia: hemograma	Ante factores de riesgo. No se recomienda de rutina 36
	Enfermedades tiroideas	No se recomienda en mujeres asintomáticas y si no es zona endémica 50 51

(#) Si el 1er. Pap es negativo, efectuarlo nuevamente al año. Si nuevamente es negativo, el 3er. Pap podrá repetirse a los 3 años.

RESUMEN EJECUTIVO

20 a 49 años

1	SCREENING GINECOLÓGICO	
	Cáncer de cérvix: Pap	1-1-3 años (#). A partir de los 30 años considerar posibilidad de realizar solo Test de HPV o Cotest cada 5 años si el resultado fuera negativo ^{15 16 17 18 19 20 21 22}
	Examen ginecológico	A criterio del profesional ^{23 24 25 26 27}
	Consejería en salud reproductiva, ITS, anticoncepción, atención preconcepcional y preservación de la fertilidad	En cada consulta ^{28 29 30 31}
	Cáncer de mama – Mamografía	Cada 1- 2 años a partir de los 40 años. Complementar con ultrasonidos en pacientes con mamas densas ACR C y D ^{52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62}
2	SCREENING Y CONSEJERIA DE SALUD GENERAL	
	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo y abuso de sustancias – drogas ilícitas	En todas las consultas ^{32 33 34}
	Violencia de género y abuso sexual Hábitos nutricionales y actividad física Control de inmunizaciones Screening de riesgo social	En todas las consultas ^{35 36 37}
	Enfermedad cardiovascular - Medición de TA	Anualmente ^{65 66 67 68 69}
3	LABORATORIO	
	ITS: HIV – Hepatitis – Sífilis	Anual en población de riesgo ^{38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48}
	Anemia: hemograma	Ante factores de riesgo. No se recomienda de rutina ³⁶
	Diabetes: Glucemia o Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	Cada 3 a 5 años ^{70 71}
	Dislipemias: Colesterol y triglicéridos	Cada 3 años ^{70 72}
	Enfermedades tiroideas	No se recomienda en mujeres asintomáticas y si no es zona endémica ^{70 71}

(#) Si el 1er. Pap es negativo, efectuarlo nuevamente al año. Si nuevamente es negativo, el 3er. Pap podrá repetirse a los 3 años.

RESUMEN EJECUTIVO

50 a 79 años

1	SCREENING GINECOLÓGICO	
	Cáncer de cérvix	Igual que en mayores de 30 años. sin límite de edad superior. (# 1 #2) ^{15 16 17 18 19 20 21 22}
	Examen ginecológico	A criterio del profesional ^{23 24 25 26 27}
	Asesoramiento anticoncepción	Suspender en pacientes menopáusicas ^{28 29 30 31}
	Cáncer de mama – Mamografía	Cada 1 -2 años hasta los 70 años. Complementar con ultrasonidos en pacientes con mamas densas ACR C y D ^{51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61}
	Consejería y screening de incontinencia de orina	A partir de los 20 años con algún factor de riesgo ^{62 63}
2	SCREENING Y CONSEJERIA DE SALUD GENERAL	
	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo y abuso de sustancias – drogas ilícitas	En todas las consultas ^{32 33 34}
	Violencia de género y abuso sexual Hábitos nutricionales y actividad física Control de inmunizaciones Screening de riesgo social	En todas las consultas ^{35 36 37}
	Enfermedad cardiovascular - Medición de TA	Anualmente ^{65 66 67 68}
	Salud Musculoesquelética: DEXA -	A partir de los 65 años Densitometría ósea por DXA cada dos años. Antes de los 65 años ante factores de riesgo ^{73 74 75 76 77 78}
	Prevención y/o Screening de cáncer de colon: consejería	Consulta a especialista
	Screening de cáncer de pulmón: Consejería	Consulta a especialista
3	LABORATORIO	
	ITS: HIV – Hepatitis – Sífilis	Con factores de riesgo ^{38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48}
	Anemia: hemograma	Ante factores de riesgo. No se recomienda de rutina ³⁶
	Diabetes: Glucemia o Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	Cada 3 a 5 años ^{69 70}

	Dislipemias: Colesterol y triglicéridos	Cada 3 años ^{70 79}
	Vitamina D	Antes de los 65 años con factores de riesgo (#3). En cada consulta. El dosaje de Vitamina D en pacientes sanas no está justificado en la literatura ^{80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90}
	Enfermedades tiroideas	No se recomienda en mujeres asintomáticas y si no es zona endémica ^{70 71}

(#1) el PNCCU (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCCRes. Ministerial 1261/2011) determina que no existe límite de edad superior para finalizar el screening.
(#2) Según las guías 2022 de la SAPTGIYC: Finalizar el screening a los 65 años cuando el tamizaje se realiza con prueba de HPV y a los 70 años, cuando el tamizaje se realiza solamente con citología.
(#3) Se consideran factores de riesgo para solicitar DEXA antes de los 65 años y para solicitar dosaje de Vitamina D.

FUNDAMENTOS

1. Screening del cáncer de cuello uterino

El método tradicional para detectar el cáncer de cuello uterino ha sido la citología (prueba de Papanicolaou)²³.

Cuando los resultados de la citología son positivos, el diagnóstico se confirma mediante colposcopia y el tratamiento adecuado se basa en la biopsia de las lesiones sospechosas para el diagnóstico histológico.

Las pruebas de detección más recientes introducidas en los últimos 15 años incluyen pruebas moleculares, principalmente basadas en el ADN del VPH de alto riesgo.

La efectividad comparativa de las pruebas de ADN del VPH solas y las pruebas conjuntas con citología, se han evaluado en numerosos estudios, incluido un metaanálisis realizado por Arbyn M y col. del Unit of Cancer Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium; de tres ensayos controlados aleatorizados que abarcaron casi 15 años.¹⁶

Sobre la base de la evidencia acumulada y la evaluación del equilibrio entre beneficios y daños, en 2018, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (US Preventive Services Task Force, USPSTF) incluyó la prueba de VPH independiente (prueba primaria de VPH) entre las pruebas recomendadas para la detección del cáncer de cuello uterino ¹⁹.

En las Directrices de la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS) para la detección del cáncer de cuello uterino en 2020, se recomienda que se inicie a los 25 años y se suspenda a los 65 años en las mujeres con riesgo promedio que tengan cuello uterino, y que la estrategia preferida para la detección regular sea la prueba primaria del VPH cada 5 años.¹⁵

La versión revisada de 2021 de las guías publicadas por la WHO (OMS) así como las Guías de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SAPTGIyC) – Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) avaladas académicamente por FASGO, publicadas en 2022, recomiendan al test de HPV para ser implementado como parte de screening, triage y tratamiento o como parte de screening y tratamiento acorde a las necesidades locales, capacidades y recursos disponibles, a partir de los 30 años ^{20 21 22 89}.

Screening del cáncer de mama

La detección temprana del cáncer de mama es fundamental para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres. La mamografía es el único método de imágenes que en la actualidad ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama (20 - 30%), pero su efectividad varía según la edad y la densidad mamaria.

La edad es un factor importante. La incidencia aumenta con la edad, y la mayoría de los

casos se diagnostican en mujeres de 50 años o más. Sin embargo, también puede ocurrir en mujeres más jóvenes, ya que, el 16% de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres entre 40 y 49 años y lo que es aún más grave, el 17% del total de las muertes por cáncer de mama sucede en este grupo etario.

En mujeres de 70 años o más, la mamografía no estaría justificada debido posiblemente a que detectar el cáncer antes de que sea palpable no aumentaría la supervivencia ni disminuiría la morbilidad.^{52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 91 92}

El Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama del Instituto Nacional del Cáncer de Argentina sugiere no realizar tamizaje mamográfico en mujeres de 40 a 49 años con riesgo promedio de padecer cáncer de mama. Entre los 50 y 69 años sugiere realizar una mamografía cada 1 o 2 años. Luego de los 70 años no realizarlo.

Luego de analizar numerosos trabajos, así como las diferentes propuestas de las Sociedades Nacionales e internacionales involucradas en el tema, se consideró que la edad de comienzo debería ser a los 40 años y la frecuencia anual o bianual.

2. Screening de osteoporosis

En el caso de las mujeres menores de 65 años, las diferentes recomendaciones y la necesidad de aplicar calculadoras de riesgo clínico pueden dar lugar a una detección insuficiente de la osteoporosis. El tratamiento insuficiente resultante puede dar lugar a un riesgo de fracturas osteoporóticas con una morbilidad significativa y un impacto en el estado funcional. Los factores que se deben tener en cuenta al decidir realizar la detección en una mujer menor de 65 años incluyen antecedentes de fracturas por fragilidad, raza blanca, antecedentes familiares, índice de masa corporal, tabaquismo, consumo elevado de alcohol y causas secundarias de osteoporosis. Las causas secundarias de osteoporosis son mucho más comunes en mujeres más jóvenes. Entre ellas se incluyen afecciones comunes como el uso de glucocorticoides, hipertiroidismo, hipogonadismo, en-

fermedad renal crónica, diabetes, uso de anti-convulsivos, artritis reumatoide, malabsorción y antecedentes de anorexia nerviosa⁷³.

Está demostrada la relación entre densidad mineral ósea (DMO) y riesgo de fractura.

Existen varios métodos para la medición de la DMO central o periférica, como el ultrasonido, la tomografía computada y la absorciometría de energía dual de rayos x (DXA). Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la única técnica aceptada y reconocida es la DXA, en la que se utiliza radiación ionizante en bajas dosis, generando dos haces de rayos x, absorbidos por las partes blandas y el hueso respectivamente. Con esa información se calcula la DMO del hueso explorado en columna lumbar y/o cadera. Una vez obtenida la DMO de un determinado paciente, ésta debe ser considerada en función de los valores de su población control, bien respecto al pico de masa ósea de la población joven sana (t-score), bien respecto a su grupo de edad y sexo (z-score). En ambos casos se transforma el valor de la DMO en desviaciones estándar (DE) respecto al valor medio poblacional. Este estudio permite valorar el riesgo relativo de presentar fracturas antes de que se produzcan e iniciar medidas preventivas, confirmar el diagnóstico de fragilidad ósea ante la presencia de fracturas o bien monitorizar la respuesta a tratamientos de osteoporosis.

Existen consensos que establecen factores de riesgo para osteoporosis y recomendaciones para indicar el estudio de DXA como método de screening. Estas recomendaciones son guías para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento, pero no normas para las decisiones clínicas en casos individuales. El médico debe adaptarlas a situaciones de la práctica clínica cotidiana, incorporando factores personales que trascienden los límites de las guías y hacen al saber y al arte de la práctica médica.

Recomendaciones para realizar screening con DXA:

- Mujeres de edad igual o mayor a 65 años
- Mujeres en la transición menopáusica o postmenopáusicas menores de 65 años

con factores de riesgo para fracturas como bajo peso, fracturas previas o uso de medicación de alto riesgo

- Adultos con antecedentes de fractura por fragilidad
- Adultos con enfermedades y condiciones asociadas a baja masa ósea o a pérdida ósea
- Cualquier persona tratada o en la que se considere la posibilidad de tratamiento farmacológico, para monitorear la eficacia del mismo
- Cualquier persona no tratada, si la evidencia de pérdida ósea va a determinar un tratamiento
- Mujeres que interrumpan un tratamiento con estrógenos ^{64 71 72 73 74 75 77 93 94}

3. Vitamina D

La detección universal de la deficiencia de Vitamina D no está justificada y sólo debe realizarse en casos con factores de riesgo de deficiencia. La suplementación en el tratamiento y prevención de la Osteoporosis es controvertida. Algunas investigaciones plantean la suplementación empírica, otras la desaconsejan. En la población adulta general, sugerimos no realizar pruebas rutinarias de 25(OH)D.

Abogar por la detección sistemática de Vitamina D en adultos sanos depende de que se demuestre que dichas pruebas puedan identificar eficazmente a las personas con niveles bajos, que podrían no detectarse mediante evaluaciones tradicionales de factores de riesgo, y que la suplementación con vitamina D, tras la identificación de un nivel bajo de 25(OH)D, conduzca a mejoras en los resultados clínicos (p. ej., prevención de la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes, infecciones respiratorias y mortalidad general). La recomendación condicional del panel contra la detección rutinaria de los niveles de 25(OH)D en adultos generalmente sanos se relaciona principalmente con la falta de evidencia basada en ensayos clínicos sobre qué niveles de 25(OH)D informarían una decisión de tratamiento y el efecto resultante del tratamiento con Vitamina

D, en comparación con ningún examen de detección ^{64 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 95}

A manera de conclusión:

- No hay consenso sobre el valor normal de vitamina D
- Su medición No está estandarizada; es variable por diferentes métodos y entre los distintos laboratorios
- No está determinado qué significancia clínica tiene un resultado bajo ni como debería ser su seguimiento
- No se recomienda solicitar dosaje de vitamina D como parte de la rutina en la paciente asintomática de riesgo habitual
- No se ha demostrado que el tratamiento de individuos asintomáticos con déficit de vitamina D tenga un impacto beneficioso en ningún aspecto de la salud, tales como enfermedad cardiovascular, cáncer, caídas, fracturas, mortalidad, ni disminución del tono muscular ^{86 87}

4. Screening de ITS incluidas Sífilis, hepatitis, HIV y Chlamydias

El consenso, que tuvo en cuenta la evidencia disponible, acordó que estas pruebas deberían realizarse ante situaciones de riesgo al menos una vez al año ^{39 40 41 42 43 44 45 46 47 48}.

5. Consejería y detección

Si se considera que el Tocoginecólogo es el médico de cabecera de la mujer, es fundamental que la consulta periódica, además de los clásicos exámenes de la especialidad, incluya el estudio y la detección de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes (DBT), depresión, violencia, abuso sexual, tabaquismo y consumo de sustancias y alcohol así como la consejería acerca de hábitos higiénico-dietéticos o estilo de vida, actividad física, vacunas y salud reproductiva, contracepción y preservación de la fertilidad ^{28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 64 65 66 67 68 69 70 88 92}.

Riesgo cardiovascular y Oncológico

Respecto a su frecuencia, la consejería debería realizarse en cada consulta de control.

El screening de la DBT con glucemia en ayunas o Hb glucosilada cada 3 a 5 años. Dosis de colesterol y triglicéridos, si son normales, cada 3 a 5 años.

Evaluación de la Tensión Arterial en cada consulta.

En casos de alto riesgo oncológico derivar para estudio y consejería.

6. Vacunación

Respecto a esta Tema se realizará un Consenso específico.

7. Screening del Cáncer de Colon

Son numerosas las publicaciones al respecto. Difieren en su metodología: sangre oculta en heces, colonoscopia, Tomografía Axial Computada, así como en la edad de comienzo y la frecuencia de su realización.

El consenso consideró que, dadas las diferentes propuestas y cambios al respecto, correspondía derivar al especialista en gastroenterología para que evalúe su pertinencia y frecuencia ^{94 96}.

8. Screening del Cáncer de endometrio y del cáncer de ovario

Hasta la fecha los estudios publicados no avalan la realización de screening del cáncer de endometrio y del cáncer de ovario en pacientes sanas y/o asintomáticas, así como aquellas con riesgo aumentado de padecerlo.

La hiperplasia y el carcinoma de endometrio son extremadamente raros en la paciente postmenopáusica asintomática ⁹².

La realización de ecografías transvaginales y el dosaje de marcadores tumorales no han demostrado ser costo-efectivos ^{97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112}.

Anexo 1. Infografía para pacientes



¿Por qué recibir atención Preventiva?

Puede salvar tu vida. Las pruebas de detección y los chequeos pueden detectar problemas en forma temprana para que puedas abordarlos mientras son más fáciles de tratar.



Puede evitar que te enfermes. A veces, alguna atención preventiva, como algunas pruebas de detección de cáncer o vacunas, pueden incluso evitar que se desarrollen problemas de salud, por completo.



Puede ahorrarte dinero. La mayoría de los planes de seguro de salud, Obras Sociales y Prepagos, cubren servicios preventivos, y existen opciones gratuitas o de bajo costo en caso de no tener alguno de ellos. Además, detectar los problemas a tiempo puede ayudarte a evitar costosas facturas médicas más adelante.



Puede darte tranquilidad. Los chequeos regulares te brindan la oportunidad de compartir inquietudes y hacer preguntas sobre tu salud y obtener el apoyo que te mereces.



Puede ayudarte a estar presente para las personas que te importan. Porque a veces cuidarse es la mejor manera de cuidar a los que amas.

<https://www.acog.org/womens-health/infographics/razones-para-ver-a-suginecoobstetra-este-an>

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG 2012 - Sawaya GF. Re-envisioning the Annual Well-Woman Visit: The Task Forward. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(4): 695–696. doi:10.1097/AOG.0000000000001079
2. Conry JA, Brown H. Well-Woman Task Force Components of the Well-Woman Visit *Obstet Gynecol* 2015;126:697–701 DOI: 10.1097/AOG.0000000000001055
3. Grimes D, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. *Lancet* 2002;359:881–4. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07948-5
4. Agency for Healthcare Research and Quality. The electronic preventive services selector. Available at: <http://epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp>. Última consulta agosto 2024
5. Paladine HL, Ekanadham H, Diaz DCHealth Maintenance for Women of Reproductive Age *Am Fam Physician.* 2021; 103(4): 209-217.
6. Brett AS. The Routine General Medical Checkup Valuable Practice or Unnecessary Ritual? *JAMA* 2021; 325 (22): 2259-2261 doi: 10.1001/jama.2021.4922
7. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med* 2002; 136:701-703. doi: 10.7326/0003-4819-136-9-200205070-00013.
8. Si S, Moss JR, Sullivan TR, et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014; 64(618): e47-53. doi: 10.3399/bjgp14X676456.
9. Pascale A, Beal MW, Fitzgerald T. Rethinking the Well Woman Visit: A Scoping Review to Identify Eight Priority Areas for Well Woman Care in the Era of the Affordable Care Act *Women's Health Issues* 2016; 26(2): 135–146 doi: 10.1016/j.whi.2015.11.003.
10. Himmelstein DU, Phillips RS. Should We Abandon Routine Visits? There Is Little Evidence for or Against. *Ann Intern Med* 2016; 164:498-499. doi: 10.7326/M15-2097
11. ABIM Foundation. Choosing wisely. Available at: <http://www.choosingwisely.org>. Última consulta agosto 2024
12. Caverly TJ, Hayward RA, Reamer E et. al. Presentation of Benefits and Harms in US Cancer Screening and Prevention Guidelines: Systematic Review. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 2016; 108 (6):1-8 doi: 10.1093/jnci/djv436.
13. Preventive care recommendations to promote health equity. *CMAJ* 2023 September 25;195:E1250-73. doi: 10.1503/cmaj.230237
14. National Cancer Institute. Cancer Screening Guidelines Often Lack Information on Potential Harms, Study Finds <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2022/cancerscreening-guidelines-lack-harms> Última consulta agosto 2024
15. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society *CA CANCER J CLIN* 2020; 70:321–346321 doi.org/10.3322/caac.21628
16. Arbyn M, Simon M, Peeters E et al. 2020 list of human papillomavirus assays suitable for primary cervical cancer screening *Clin Microbiol Infect.* 2021 Aug;27(8):1083-1095. doi: 10.1016/j.cmi.2021.04.031.
17. Han L, Chang X, Song P, et al. An on-going study of three different cervical cancer screening strategies based on primary healthcare facilities in Beijing China. *J Infect Public Health* 2020; 13:577-83. doi: 10.1016/j.jiph.2019.09.003
18. Clare Gilham, Alexandra Sargent, Henry C Kitchener, and Julian Peto. HPV testing compared with routine cytology in cervical screening: long-term follow-up of ARTISTIC RCT. *Health Technol Assess.* 2019 Jun; 23(28): 1–44.doi: 10.3310/hta23280
19. Curry SJ, Krist AH, Owens DK et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement *US Preventive Services Task Force.* *JAMA* 2018; 320(7):674-686. doi: 10.1001/jama.2018.10897.
20. WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. Geneva. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> . Última consulta agosto 2024
21. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> Última consulta Agosto 2024
22. PNPCCU. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico Uterino. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc#> Última consulta agosto 2024
23. SAPTGlyC – SOGIBA – FASGO. Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino” https://www.sogiba.org.ar/images/Nueva_Guia_2022_FINAL_SAPTGlyC_SOGIBA_FASGO.pdf 2022.
24. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for gynecologic conditions with pelvic examination: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2017; 317: 947–53. doi: 10.1001/jama.2017.0807
25. ACOG Committee on Gynecologic Prac-

- tice. The utility of and indications for routine pelvic examination. ACOG Committee Opinion No. 754. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e174–80. doi: 10.1097/AOG.0000000000002895
26. Norby N, Sabu P, Shygin A, Larra-Torre E, Johnson IM. Incidence of abnormal findings during pelvic examinations in women aged 21–35 years. *Obstet Gynecol* 2023;142:6–8. doi: 10.1097/AOG.0000000000005445
 27. Lyrly AD. Routine Pelvic Examinations and the Ethics of Screening *Obstet Gynecol* 2024; 143(1): 4-5
 28. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic Screening Pelvic Examination Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*.2017;317(9):954-966.doi:10.1001/jama.2016.12819
 29. Women's Preventive Services Initiative. Contraception. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/contraception/> Última consulta agosto 2024
 30. Braverman PK, Adelman WP, Alderman EM, Breuner CC, Levine DA, et al. Contraception for adolescents. Committee on Adolescence. *Pediatrics* 2014;134:e1244-56. doi: 10.1542/peds.2014-2299.
 31. CDC Medical Eligibility Criteria, https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm. Última consulta agosto 2024
 32. Bakkensen JB, Goldman KN. Women's preventive services initiative: fertility counseling overlooked. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 226(4):524-528. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.100
 33. US Preventive Services Task Force. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2021;325(3):265–279. doi:10.1001/jama.2020.25019
 34. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: U.S Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018;320(18):1899-1901. doi: 10.1001/jama.2018.16789.
 35. US Preventive Services Task Force. Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(22):2301–2309. doi:10.1001/jama.2020.8020
 36. Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for Preventive Services for Women: Final Report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington, DC: 2016.<https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/interpersonal-and-domesticviolence> Última consulta agosto 2024
 37. Da Silva LopesK, YamajiN, RahmanMO, SutoM, TakemotoY, Garcia-CasalMN, OtaE. Nutritional specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 9. Art. No.: CD013092. DOI: 10.1002/14651858.CD013092.pub2.
 38. US Preventive Services Task Force. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018;320(11):1163-1171. doi: 10.1001/jama.2018.13022
 39. U.S. Preventive Services Task Force. Preexposure prophylaxis to prevent acquisition of HIV: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2023;330(8):736–745. doi:10.1001/jama.2023.14461.
 40. US Preventive Services Task Force. Screening for HIV infection: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2019;321(23):2326-2336. doi: 10.1001/jama.2019.6587.
 41. Women's Preventive Services Initiative. Screening for Human Immunodeficiency Virus Infection.<https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/humanimmunodeficiencyvirus-infection/> Última consulta agosto 2024
 42. Workowski KA, Bachmann L, Chan P et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.r7004a1.
 43. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/toc.htm> Última consulta agosto 2024
 44. Bamberger DM, Graham G, Dennis L et al. Extragenital Gonorrhea and Chlamydia Among Men and Women According to Type of Sexual Exposure. *Sex Transm Dis*, 2019. 46 (5): 329-334. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000967
 45. US Preventive Services Task Force. Screening for chlamydia and gonorrhea: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2021;326(10):949–956. doi:10.1001/jama.2021.14081
 46. Women's Preventive Services Initiative. Counseling for Sexually Transmitted Infections. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/sexually-transmittedinfections/> Última consulta agosto 2024
 47. US Preventive Services Task Force. Screening

- for syphilis infection in nonpregnant adults and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2022;328(12):1243-1249. doi:10.1001/jama.2022.15322
48. LeFevre ML. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014; 161(1):58-66. doi: 10.7326/m14-1018
49. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2020;323(10):970-975. doi: 10.1001/jama.2020.1123
50. ACOG Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit Obstet Gynecol 2018; 132(4): e181-e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002897.
51. Persaud N, Sabir A, Woods H et al. Preventive care recommendations to promote health equity. *CMAJ* 2023; 195: E1250-1273. doi: 10.1503/cmaj.230237
52. Zuley ML, Bandos AI, Duffy SW et al. Breast Cancer Screening Interval: Effect on Rate of Late Stage Disease at Diagnosis and Overall Survival *Journal of Clinical Oncology* JCO 0, JCO.24.00285DOI:10.1200/JCO.24.00285
53. Final recommendation statement: Breast cancer: Screening. US Preventive Services Task Force. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancerscreening#bcei-recommendation-title-area>. Última consulta agosto 2024.
54. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ* 2018; 190 (49) :E1441 - E1451. doi: 10.1503/cmaj.180463.
55. National Health Service. When it's offered: Breast cancer screening. <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-screening/when-its-offered/> Última consulta agosto 2024
56. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice, 9th ed, East Melbourne, RACGP 2018.<https://www.racgp.org.au/FS-DEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Red%20Book/Guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice.pdf> Último acceso agosto 2024
57. American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice bulletin no. 179: Breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. *Obstet Gynecol* 2017; 130:e1-16. doi: 10.1097/AOG.0000000000002158.
58. Qaseem A, Lin JS, Mustafa RA, et al. Screening for breast cancer in average-risk women: A guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2019; 170: 547-560. doi: 10.7326/M18-2147.
59. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA* 2015; 314(15):1599-614. doi: 10.1001/jama.2015.12783
60. Monticciolo DL, Malak SF, Friedewald SM, et al. Breast cancer screening recommendations inclusive of all women at average risk: Update from the ACR and Society of Breast Imaging. *J Am Coll Radiol* 2021; 18 (9):1280-1288. doi: 10.1016/j.jacr.2021.04.021
61. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology: Breast cancer version 2. 2024. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breastscreening.pdf
62. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Tamizaje en Cáncer de Mama 2021 <https://www.samas.org.ar/archivos/consensotamizaje.pdf> Última consulta agosto 2024
63. O'Reilly N, Nelson HD, Conry JM, et al. Screening for urinary incontinence: a recommendation from the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med*. 2018;169(5):320-328. doi:10.7326/M18-0595.
64. Women's Preventive Services Initiative. Screening for Urinary Incontinence. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/urinary-incontinence/>. Última consulta agosto 2024
65. Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for Preventive Services for Women: Final Report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington, DC: 2016. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/interpersonal-and-domesticviolence> Última consulta agosto 2024
66. US Preventive Services Task Force. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018;320(11):1163-1171. doi: 10.1001/jama.2018.13022
67. US Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2020;324(20):2069-2075. doi:10.1001/jama.2020.21749
68. US Preventive Services Task Force. Screening for hypertension in adults: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommen-

- dation statement. JAMA 2021;325(16):1650-1656. doi:10.1001/jama.2021.4987.
69. U.S Preventive Services Task Force. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: U.S Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2022;328(8):746-753 doi: 10.1001/jama.2022.13044
 70. US Preventive Services Task Force. Screening for prediabetes and type 2 diabetes. US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;326(8):736-743. doi:10.1001/jama.2021.12531
 71. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations for primary care practice: published recommendations. Available at: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index/browse-recommendations> . Ultima consulta agosto 2024
 72. Batur P, Phipps M, Qaseem. The Women's Preventive Services Initiative Well-Woman Chart: A Helpful Tool for the Practice of Internal Medicine Am J Med 2020; 133(10): 1122-1125. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.011
 73. US Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis to prevent fractures: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2018;319(24):2521-2531. doi: 10.1001/jama.2018.7498
 74. Schurman L, Galich AM , González C y col. Guías argentinas para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis 2015. Medicina (B. Aires) 2017; 77 (1): 46-60. versión impresa ISSN 0025-7680 versión Online ISSN 1669-9106. Miranda E, Muñoz S , Paolinelli P, Astudillo C. Densitometría ósea. Rev. Med. Clin Condes 2013; 24 (1): 169- 173.
 75. Brance ML. Posición oficial ISCD 2019. Densitometría Ósea en adultos. Puesta al día sobre las nuevas recomendaciones. Revista Argentina de Reumatología 2020;31(2): 52 - 56. DOI: <https://doi.org/10.47196/rar.v31i2.417>
 76. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e7191 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7191>
 77. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub33
 78. Batur P, Phipps M, Qaseem. The Women's Preventive Services Initiative Well-Woman Chart: A Helpful Tool for the Practice of Internal Medicine Am J Med 2020; 133(10): 1122-1125. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.011
 79. Chauhan k, Shahrokhi M, Huecker MR In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.2023 Apr 9. Book.
 80. Hossein-nezhad, A. and Holick, M.F. (2013) Vitamin D for Health: A Global Perspective Mayo Clin Proc 2013 Jul;88(7):720-55. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.05.011.
 81. Aguilar-Shea AL. Vitamin D, the natural way. Clinical Nutrition ESPEN. 2021(41):10-12 ISSN 2405-4577, <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.001>. Ultima consulta agosto 2024
 82. Amrein K, Scherkl M , Hoffmann M et al. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. Eur J Clin Nutr. 2020; 74(11):1498-1513 doi: 10.1038/s41430-020-0558-y
 83. Wacker M, Holick MF. Sunlight and Vitamin D: A global perspective for health. Dermatoendocrinol. 2013;5(1):51-108. doi: 10.4161/derm.24494
 84. Mo X, He C, Han F et al. Association of serum 25-hydroxy-vitamin D concentration and risk of mortality in cancer survivors in the United States. BMC Cancer. 2024; 24(1):545. doi: 10.1186/s12885-024-12304-8.
 85. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL et al. General Health Checks in Adult Primary Care. A Review. JAMA. 2021;325(22):2294-2306. doi:10.1001/jama.2021.6524
 86. Gea RE, Brindisb CD, Diazd A et al. Recommendations of the IOM Clinical Preventive Services for Women Committee: implications for obstetricians and gynecologists. Curr Opin Obstet Gynecol 23:471–480 doi: 10.1097/GCO.0b013e32834cdcc6
 87. US Preventive Services Task Force. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2021; 325(14): 1436-42 doi: 10.1001/jama.2021.3069
 88. Demay MB, Pittas AG, Bikle DD et al. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline J Clin Endocrinol Metab 2024; 109(8):1907-1947. doi: 10.1210/clinem/dgae290.
 89. Recomendaciones para el Cuidado de la Mujer Sana. Tablas de Resumen Clínico Actualizado en agosto del 2023. Women's Preventive Services Initiative (WPSI) www.womenspreventivehealth.org Ultima consulta agosto 2024
 90. Gross CP. Cancer screening in older persons: a new age of wonder. JAMA Intern Med 2014; 174(10):1565-7. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.3901
 91. Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, et al. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. JAMA Intern Med 2014;

- 174(10):1558-65 doi: 10.1001/jamaintern-med.2014.3895
92. ACOG Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit Obstet Gynecol 2018; 132(4): e181-e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002897.
93. Persaud N, Sabir A, Woods H et al. Preventive care recommendations to promote health equity. CMAJ 2023; 195: E1250-1273. doi: 10.1503/cmaj.230237
94. Tergas AI, Wright JD. Cancer Prevention Strategies for Women. Obstet Gynecol 2019;134:30-43 DOI: 10.1097/AOG.0000000000003304
95. Shaikat A, Kahi CJ, Burke CA et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021 Am J Gastroenterol 2021; 116(3):458-479. doi: 10.14309/ajg.0000000000001122
96. Unyamane V, Nungrutai S, Wisarut S. Predicting Endometrial Hyperplasia and Endometrial Cancer on Recurrent Abnormal Uterine Bleeding. Obstet Gynecol 2024; 144(2): 259-265 DOI: 10.1097/AOG.0000000000005641
97. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, Ryan A, Burnell M et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). Lancet Oncol. 2009; 10(4):327-40. doi: 10.1016/S1470-2045(09)70026-9.
98. Jacobs IJ, Menon U, Ryan J, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomized controlled trial. Lancet 2016;387:945-56. doi: 10.1016/S01406736(15)01224-6.
99. Buys SS, Partridge E, Black A, et al. PLCO Project Team. Effects of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. JAMA 2011; 305:2295-2303. doi: 10.1001/jama.2011.766.
100. Van Nagell JR, Miller RW, DeSimone CP et al. Long-Term Survival of Women With Epithelial Ovarian Cancer Detected by Ultrasonographic Screening. Obstet Gynecol 2011;118(6), 1212-1221. doi: 10.1097/AOG.0b013e318238d030
101. Jacobs IJ, Skates SJ, Mac Donald N, et al. Screening for ovarian cancer: a pilot randomized controlled trial. Lancet 1999; 353 (9160):1207-1210. doi: 10.1016/S0140-6736(98)10261-1
102. Henderson JT, Webber EM, Sawaya GF. Screening for Ovarian Cancer. Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2018;319(6):595-606. doi: 10.1001/jama.2017.21421
103. Kitson SJ, Crosbie EJ, Gareth Evans D et al. Predicting risk of endometrial cancer in asymptomatic women (PRECISION): Model development and external validation. BJOG 2024; 131(7):996-1005. doi: 10.1111/1471-0528.17729.
104. Vitale SG, Riemma G, Haimovich S, et al. Risk of endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women in relation to ultrasonographic endometrial thickness: systematic review and diagnostic test accuracy meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2023;228:22-35.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2022.07.043
105. Heremans R, Guerriero S, Van den Bosch T. Risk of endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women in relation to ultrasonographic endometrial thickness. Am J Obstet Gynecol 2023; 229 (1) :85-6. 0.1016/j.ajog.2023.03.012.107 Gemer O, Segev Y, Helpman L, et al. Is there a survival advantage in diagnosing endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal patients? An Israeli Gynecology Oncology Group study. Am J Obstet Gynecol 2018;219. 181.e1e6. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.013.
106. Gadducci A, Cosio S. Screening for Ovarian Cancer in the General Population: State of Art and Perspectives of Clinical Research. Anticancer Res. 2022;42(9):4207-4216. doi:10.21873/anticancer.15921.
107. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. Lancet. 2021; 397(10290):2182-2193. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
108. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. Lancet. 2021; 397(10290):2182-2193. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
109. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. Lancet. 2021; 397(10290):2182-2193. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
110. Dexter JM, Brubaker LW, Bitler BG et al. Ovarian cancer think tank: An overview of the current status of ovarian cancer screening and recommendations for future directions. Gynecol Oncol Rep. 2024 Mar 27;53:101376. doi: 10.1016/j.gore.2024.101376.