

# Prevención y menopausia

Silvia P. González  
Juan L. Lanchares

Departamento  
de Obstetricia  
y Ginecología  
Hospital Clínico  
Universitario  
Salamanca

Correspondencia:  
Juan Luis Lanchares  
Departamento de  
Obstetricia y Ginecología  
Hospital Clínico  
Universitario  
Pº de San Vicente, 58-182  
37007 Salamanca  
E-mail: lanchares@usal.es

## Resumen

Los cuidados preventivos en cualquier edad de la vida se establecen con el propósito de reducir la morbilidad para un grupo poblacional determinado. A este respecto, tradicionalmente el objetivo principal de estas medidas preventivas no era otro que aumentar la supervivencia, si bien actualmente se baraja otro concepto, que es el de calidad de vida, mensurada por diferentes escalas y que va cobrando una importancia capital. Como épocas de cambio en la fisiología femenina, la peri y postmenopausia son susceptibles de desarrollar amplios programas de prevención, destinados tanto a la prevención primaria como secundaria y terciaria de patologías relacionadas tanto con la privación estrogénica como con el envejecimiento.

Se analizan en la presente revisión aquellos cuidados preventivos que han de llevarse a cabo en la mujer peri y postmenopáusica, con especial referencia a las edades comprendidas entre 50 y 65 años.

**Palabras clave:** Prevención primaria. Prevención secundaria. Prevención terciaria. Menopausia. Programas de cribado. Calidad de vida.

## Summary

Preventive care is established at any age of life with the purpose of reducing mortality rate of a certain population group. Regarding this, the main objective of these preventive measures was traditionally no other than to increase the survival, although currently another concept is being considered, that of quality of life, measured by different scales, which is acquiring capital importance. Peri and post menopause, as periods of change in female physiology, are susceptible for the development of broad prevention programs, destined both to primary prevention as well as secondary and tertiary prevention of pathologies related to oestrogen deprivation and to age.

In this revision we analyse those preventive cares that should be undertaken on the peri and post menopause women, with special reference to the ages between 50 and 65 years.

**Key words:** Primary prevention. Secondary prevention. Tertiary prevention. Menopause. Screening programs. Quality of life.

## Introducción

El estado de salud de un determinado estrato poblacional es difícil de precisar porque son numerosos los factores que influyen en el mismo, de este modo, raza, nivel socioeconómico. Surge así el concepto de indicadores de salud, que son parámetros que permiten evaluar el estado de salud o enfermedad de una población en función de su presencia o ausencia, entre los que se cuentan tanto la prevalencia de problemas médicos, como quirúrgicos, determinados síntomas, uso de servicios de salud, escalas de calidad, hábitos tóxicos, entre otros.

Indicadores de salud como obesidad, tabaquismo, etc., asociados a otros cambios que ocurren en el organismo femenino cuando claudica la producción estrogénica por el ovario, pueden indicar que la principal causa de muerte en las mujeres climatéricas en nuestro país sean las enfermedades cardiovasculares, superando tras la 5ª década de la vida a la mortalidad por cáncer de mama.

Cabe citar que en la Encuesta Nacional de la Salud de España se refleja que las mujeres de nuestro país se encuentran en general peor que sus correspondientes etáreos masculinos, considerando su estado de salud regular, malo o muy malo un 47% de ellas a los 45 años. De ello puede deducirse que si bien la esperanza de vida de la mujer supera en 7 años a la masculina, su calidad de vida es inferior.

Problemas como la osteoporosis, las enfermedades oncológicas en general, enfermedades cognitivas degenerativas, además de las cardiovasculares y algunas otras, constituyen los objetivos a los que han de dirigirse tanto los programas de prevención primaria como secundaria. Es importante recordar que en las mujeres son válidas gran parte de las recomendaciones generales, aunque existen medidas específicas para su género, y que no debe caerse en el

error frecuente al tratar sobre prevención en la mujer de prestar una atención casi exclusiva al aparato reproductor.

Por último, es necesario señalar que en este periodo existen dos tipos de patologías: las relacionadas exclusivamente con el envejecimiento y las vinculadas directamente al estatus menopáusico de las pacientes. Estas últimas se incrementan significativamente o aparecen exclusivamente tras la menopausia y el empleo de terapia hormonal sustitutiva (THS) disminuye la morbimortalidad asociada a las mismas. A ambas se refiere este texto.

Sea como fuere, si bien en la prevención de estas patologías deben verse implicados otros profesionales además del ginecólogo, el vínculo establecido con la mujer que consulta en relación con su proceso climatérico permite la puesta en marcha de múltiples programas preventivos que abarquen también aspectos extraginecológicos, y que muchas veces se basan más en identificar factores de riesgo mediante anamnesis y posteriormente combatirlos con educación sanitaria que en solicitar infinidad de pruebas complementarias.

## Causas de morbimortalidad más frecuentes en la mujer entre los 50 y los 65 años

Causas más frecuentes de mortalidad:

- Enfermedad coronaria (superior en frecuencia al cáncer de mama desde los 55 años, no así entre los 50 y los 54).
- Neoplasia de mama
- Neoplasia de pulmón
- Enfermedad cerebrovascular

Causas más frecuentes de morbilidad:

- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Diabetes
- Depresión
- Osteoporosis
- Migraña

Todas estas enfermedades no son consecuencia inevitable de la edad, sino que en muchos casos pueden prevenirse con éxito, se hable de prevención primaria, secundaria o terciaria.

## Niveles de prevención

Bajo el concepto de prevención se contemplan, según definición de Piédrola, todas las medidas destinadas a reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas aplicadas por el equipo médico. En un concepto algo más amplio, la prevención puede contemplar además la promoción de la salud, la recuperación de la misma una vez perdida y la minimización de las consecuencias de la misma.

En relación con ello, se distinguen tres niveles de prevención o de momentos de actuación en la patocronía de la enfermedad.

- La prevención primaria actúa en la fase prepatogénica de las enfermedades, cuando los individuos se exponen a un determinado factor de riesgo. Las medidas en este periodo implican un conocimiento exhaustivo de la etiopatogenia de la enfermedad y se basan en la educación sanitaria para lograr una modificación en los estilos de vida. Pretende evitar que la enfermedad se desarrolle.
- La prevención secundaria intenta diagnosticar la enfermedad en la denominada fase patogénica preclínica, cuando existen alteraciones orgánicas sutiles, bioquímicas, etc. detectables, pero el individuo aún se encuentra subjetivamente asintomático. Se pretende el diagnóstico precoz, o al menos, lo más temprano posible (para algunos, el concepto de precoz no puede incluir, por ejemplo, la presencia de un proceso canceroso ya instaurado, por milimétrico que este fuera). Se basa en los programas de cribado o screening aplicados a la población general o a poblaciones concretas etiquetadas como de riesgo elevado. Pretende la aplicación de tratamientos menos agresivos y/o la mejora en las tasas de supervivencia y calidad de vida secundarias a un diagnóstico en estadios preclínicos. En definitiva, disminuir la morbimortalidad asociada a una patología concreta.
- La prevención terciaria se realiza en la fase patogénica clínica de la enfermedad, cuando existen ya manifestaciones (signos y síntomas) evidentes para el individuo de un proceso morboso. Persigue principalmente evitar la progresión de la enfermedad, así como las secuelas e invalideces que de ella pudieran derivarse, mediante un tratamiento adecuado, y, en caso de que fuera posible, la curación con *restitutio ad integrum* de la patología concreta. Esta es posi-

ble cuanto antes sean detectados los síntomas precoces de la enfermedad.

Es lógico suponer que lo ideal es actuar en niveles de prevención primaria de las enfermedades. Respecto de ella, los cuidados preventivos que se citan a continuación como "medidas generales", y que ejercen influencia sobre múltiples patologías, teniendo en cuenta también que la mayor parte de procesos morbosos son plurietiológicos.

En relación a la prevención secundaria, se recogen diversas actuaciones encaminadas a la detección de enfermedades concretas o de grupos de riesgo para las mismas y las posteriores acciones pertinentes (tratamiento preventivo si procede). Las pruebas empleadas en este sentido han de cumplir varios requisitos, pero en líneas generales se puede decir que, básicamente, su aplicación ha de estar de acuerdo con la medicina basada en la evidencia y que los beneficios potencialmente atribuidos a ellas han de ser mayores que los riesgos, costes y molestias derivados de su aplicación. Además, ha de tenerse en cuenta que no es posible generalizar las mismas internacionalmente, debido a que los patrones de morbimortalidad, factores de riesgo, etc. son diferentes entre los diferentes países. El término *screening* también es factible atribuirlo para la aplicación de pruebas de detección a un grupo poblacional de alto riesgo, bien sea por la presencia en este de uno o varios marcadores (inmodificable) o factores (modificable) de riesgo concretos. De este modo, la presencia de estos puede ser indicación para el cribado, determinar la edad a partir de la cual este se inicia o influir en la periodicidad con que se efectúa.

## Cuidados preventivos de la salud en la mujer entre 50 y 65 años

### *Medidas generales: estilos de vida*

El estilo de vida influye en la salud y en la adquisición de enfermedades crónicas, incapacidad prematura o mortalidad

#### *Hábitos dietéticos*

Existe influencia de los hábitos dietéticos sobre las tres principales causas de morbilidad de la mujer menopáusica. Así, sobre el cáncer, elevados consumos de grasa y escasos de fibra y vegetales se han relacionado con diferentes tipos de carcinomas, sobre la enfermedad cardiovascular (ECV), las dietas ricas en triglicéridos y en colesterol se asocian con

un incremento de la aterosclerosis; y las pobres en calcio, con un pérdida ósea incrementada.

De este modo, el régimen dietético ideal es bajo en grasas, elevado en fibra (frutas, verduras, semillas) y con ingesta cálcica adecuada, si bien la dieta habitual suele contener una cantidad suficiente de este elemento, salvo casos excepcionales. Además, la pérdida inicial de densidad ósea mineral se debe al déficit estrogénico, más que a déficit absorptivo a nivel intestinal o resortivo a nivel renal, como ocurre en la ancianidad. No hay evidencias para recomendar a la población general una dieta hiposódica, ni un incremento en la ingesta de hierro,  $\beta$ carotenos y otros antioxidantes.

#### *Hábitos tóxicos*

El tabaquismo se ha vinculado tanto al incremento de ECV, como neoplasias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y osteoporosis. Además, el tabaco incrementa la eliminación metabólica de los estrógenos, con todo lo que ello implica, por lo que en grandes fumadoras ha de valorarse un incremento de las dosis de THS.

El abuso alcohólico parece incrementar el riesgo de carcinoma de mama y la osteoporosis. Sin embargo, la ingesta moderada puede vincularse a una protección en lo que a la ECV se refiere. Se debe explorar su consumo sistemáticamente como mínimo cada 2 años, mediante entrevistas semiestructuradas. No se recomienda de rutina el uso de marcadores biológicos. Ha de tenerse en cuenta que la mujer presenta una mayor susceptibilidad hepática al alcohol y que no existe un umbral de seguridad en el consumo con relación al cáncer.

El abuso de fármacos, del tipo de los ansiolíticos e hipnóticos, es frecuente en un determinado grupo sociocultural en esta franja de edad. Este, y la polimedición han de evitarse, tanto por sus efectos deletéreos sobre morbilidad, como sobre mortalidad.

#### *Actividad física*

Un ejercicio aeróbico moderado se relaciona con una reducción del número de fracturas, tanto por el incremento que ocasiona en la densidad ósea mineral (DMO) como por el efecto sobre el tono muscular y la agilidad, disminuyendo así el riesgo de caídas. A este respecto, citar que la mayor parte de las caídas presentan una etiología multifactorial, incluyendo factores de salud, farmacológicas, ambientales, conductuales y relacionadas con la actividad, si bien a esta edad quizá esta última sea preponderante.

Además, existe una elevación de HDL con el ejercicio, con una disminución subsecuente de los eventos cardiovasculares.

### Salud sexual

Multitud de mujeres postmenopáusicas refieren problemas del tipo de la dispareunia (30% de las mujeres mayores de 50 años la aquejan) o la pérdida de la libido que no pueden vincularse totalmente al cese de la función ovárica (si bien la disminución de los niveles estrogénicos condiciona una alteración del trofismo de la mucosa vaginal que puede condicionar alteraciones de la relación sexual en la postmenopausia) sino también a factores psicosociales. Una correcta educación sanitaria al respecto, unida a la administración local o sistémica de estrógenos con o sin oposición progestagénica, puede no sólo tratar sino prevenir estos problemas.

### Salud oral

La función óptima de la cavidad oral depende de la integridad de la dentición y las estructuras de soporte, que pueden verse afectadas por patologías crónicas muchas veces asociadas a higiene oral incorrecta. La intervención precoz es importante puesto que cuando la salud oral se afecta, la salud global y, presumiblemente, la calidad de vida, pueden verse mermadas. Las alteraciones que son diagnosticadas tardíamente presentan mayor probabilidad de resultar incapacitantes. Una correcta higiene bucal y el abandono del hábito tabáquico suponen dos de las medidas más importantes a este respecto. Se debe recomendar la visita periódica al odontólogo, sin evidencia sobre la frecuencia exacta de la misma, pero recomendándose anual, y el cepillado dental diario con pasta fluorada y empleo seda dental. La inspección de la cavidad oral debe incluir no sólo la presencia de caries y signos de enfermedad periodontal sino también signos y síntomas de lesiones pre o cancerosas en aquellas mujeres fumadoras y/o que abusan del alcohol.

### Control de audición y visión

La pérdida visual por cataratas, degeneración macular, glaucoma o retinopatía diabética es frecuente en mujeres de más de 50 años. La revisión rutinaria a partir de los 60 años y las correcciones pertinentes derivadas de la misma comportarán mejoras en la calidad de vida de la paciente, dado que la pérdida de visión puede ocasionar un incremento en el riesgo de caídas. Así, ha de realizarse una determinación de la agudeza visual, corregir a tiempo defectos de refracción e intervenir las cataratas, mientras que no existe evidencia para recomendar el despistaje del glaucoma en la población general mediante tonometría.

La causa de deterioro auditivo bilateral más frecuente en las mujeres de edad es la denominada presbiacusia, una patología muy prevalente caracterizada por el incremento de los umbrales de los tonos de alta frecuencia junto con problemas en la comprensión verbal. No hay evidencias para recomendar la realización sistemática de test audiométricos en todas las mujeres de edad, aunque sí deben ser interrogadas sobre su capacidad auditiva. Más de un 33% de las mujeres presentan una pérdida de audición objetiva cuando sobrepasan los 65 años. La determinación de la presencia de problemas auditivos en estas pacientes junto con su filiación concreta contribuye a adoptar medidas de prevención secundaria particulares en cada caso.

### Control ponderal

En ambos sexos, el peso corporal se incrementa con la edad, observándose en las mujeres un incremento significativo entre los 38 y los 47 años, premenopáusicamente, debidos a cambios en el metabolismo lipídico y glucídico, a una reducción en la función tiroidea, a una reducción en la actividad física o a un incremento en la ingesta de alimentos. Sea como fuere, ha de diferenciarse este aumento fisiológico premenopáusico, que contribuye a disminuir el síndrome de supresión de esteroides sexuales por transformación de andrógenos suprarrenales a estrógenos en el tejido adiposo, de la verdadera obesidad, que constituye un factor de riesgo o una condición asociada a múltiples enfermedades (cardiovasculares, endocrinas, tumorales) hasta el punto de considerarse una enfermedad *per se*.

El control ponderal o la prevención de la obesidad mediante dieta combinada con actividad física actúa a su vez como medida preventiva de multitud de patologías, mejorando así la supervivencia y la calidad de vida.

Se debe realizar una valoración periódica del peso, preferentemente anual, calculando el índice de masa corporal, aunque no hay evidencias para recomendar una periodicidad concreta.

### Salud mental

La etapa de entre 50 y 65 años suele corresponderse con una serie de acontecimientos vitales que pueden conducir a la distimia y a la depresión.

Los estrógenos ejercen una importante estimulación del sistema serotoninérgico encefálico, interviniendo de este modo en la regulación del humor, por lo cual se podría explicar la aparición de síntomas depresivos durante diversas fases de déficit hormonal, como en la menopausia.

A este respecto, el profesional sanitario ha de desarrollar un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de estas alteraciones antes de que se agraven.

La prevalencia de la demencia senil y presenil es muy escasa antes de los 65 años, por lo que no se hará referencia a ellas, si bien la prevención de las mismas se basa en un análisis de la función cognitiva.

### *Inmunización activa*

Si bien es este un aspecto parcialmente olvidado en la praxis médica para estas edades, en el examen rutinario anual de la mujer climatérica ha de interrogarse sobre su estatus inmunitario y actualizar el mismo periódicamente. Entre las recomendaciones aceptadas al respecto se encuentran:

- Toxoide tetánico: en mujeres correctamente inmunizadas se administrará una dosis de recuerdo cada 10 años de la primovacuna. Además, ha de realizarse la pauta completa de primovacuna en aquellas que carezcan de ella.
- Vacuna antigripal: se ha de proponer su administración en personal de riesgo y mayores de 55 años de manera anual.
- Vacuna antineumocócica: especialmente en mayores de 65 años, pero antes en grupos de riesgo (EPOC, por ejemplo).
- Vacuna antihepatitis B: en población de riesgo. La primovacuna incluye 1ª dosis y 2ª y 3ª a los 1 y 6 meses.

### *Prevención de lesiones*

El empleo de cinturones de seguridad en los vehículos, de casco en motocicleta o bicicleta y la adaptación de las viviendas para prevenir las caídas son medidas que pueden lograr una importante disminución de las fracturas sin afectar a la densidad ósea mineral. El empleo racional de fármacos y la corrección de déficit sensoriales influyen en este mismo sentido.

## ***Prevención primaria, secundaria y terciaria de enfermedades crónicas***

### *Enfermedad cardiovascular (ECV)*

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad de la mujer en todos los países occidentales. Una de cada 8 o 9 mujeres entre 45 y 64 años padecerá clínicamente ECV.

Es bien sabido que las mujeres presentan una protección de la enfermedad cardiovascular en su etapa

reproductiva, atribuida a los estrógenos, de modo que la incidencia de eventos de este tipo en ambos sexos se iguala unos 10 años tras la menopausia, exhibiendo además profundas diferencias en su presentación respecto del varón, observándose en la mujer un curso del infarto claramente peor que en el varón, con más mortalidad, y frecuencia de edema pulmonar y shock cardiogénico.

Las medidas preventivas más efectivas y eficientes a este respecto se basan en la determinación de mujeres de alto riesgo de eventos cardiovasculares, en las cuales se pondrán en marcha medidas higiénico dietéticas y, en su caso, farmacológicas. De este modo:

- Las pacientes fumadoras son de alto riesgo para ECV y han sido previamente expuestas las medidas que han de llevarse a cabo en este caso.
- Las mujeres con historia familiar de ECV presentan, asimismo, riesgo incrementado. Este puede deberse en parte a factores genéticos (por tanto, no modificable) y en parte a estilos de vida (hábitos dietéticos, sedentarismo) ya comentados.
- En el caso de las diabéticas, no sólo se incrementa el riesgo de ECV sino que además existen patologías asociadas a la hiperglucemia mantenida de estas pacientes, entre ellas, la nefropatía, retinopatía y vasculopatía diabética de las extremidades inferiores, que resultan altamente invalidantes. Las medidas a adoptar incluyen no sólo la prescripción de insulina e hipoglucemiantes orales, sino la modificación de hábitos dietéticos y la realización de ejercicio.

Un tratamiento precoz y un control metabólico estrecho reducen la morbimortalidad asociada a la diabetes, por lo que se aconseja una determinación de glucemia basal a partir de los 45 años y posteriormente, cada tres años. Se considera diabetes a la determinación repetida en 2 ocasiones de una glucemia en ayuna igual o superior a 126 mg/dl.

- La elevación de la tensión arterial, especialmente sistólica, es un factor de riesgo cardiovascular extremadamente importante en las mujeres mayores de 50 años, de modo que es necesario realizar controles tensionales de rutina al menos una vez al año para despistar hipertensiones asintomáticas. Se considera hipertensión a cifras iguales o superiores a 140 para la sistólica y 90 mm Hg para la diastólica, medidas al menos en tres ocasiones diferentes. El control ha de ser anual o bienal a partir de los 40 años, con control inicial basal óptimamente antes de los 14.

- La hipercolesterolemia a base de LDL- colesterol es también un factor conocido de riesgo cardiovascular. Incrementos en sus cifras séricas, a la par que disminuciones en las cifras de HDL, se registran en las pacientes postmenopáusicas. Si bien la necesidad de su determinación no está bien estandarizada, puede ser adecuada la evaluación coincidiendo con la visita anual de salud, aunque otros autores consideran suficiente un mayor espaciado (3-5 años) si la determinación inicial (previa a los 45 años) fue normal. Se considera hipercolesterolemia definida a cifras de colesterol sérico total iguales o superiores a 250 mg/dl, medidas al menos en dos ocasiones diferentes.

Sobre la farmacoterapia de prevención de EVC en mujeres de entre 50 y 65 años, hasta hace poco se consideraba que la prevención en la menopausia se debía de basar en la reinstauración terapéutica del equilibrio hormonal perdido y, así, en la administración de THS. Así lo señalaban el PEPI (Postmenopausal Estrogen /Progestin Intervention) trial y el Nurse's Study de Stampfer. Sin embargo, el recientemente publicado estudio WHI (Women's Health Initiative) ha encontrado un incremento del riesgo cardiovascular en las pacientes sin historia de coronariopatía sometidas a tratamientos de THS, si bien los datos son controvertidos, porque algunos autores consideran que las pacientes incluidas presentan prevalencia de factores de riesgo cardiovascular no representativas de la población general, tratándose más bien entonces de prevención secundaria.

Sobre esta última, los datos del estudio HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement study) señalan que las complicaciones cardiovasculares se incrementan durante el primer año de uso de THS por parte de las pacientes con historia de coronariopatía, con lo que aunque en años posteriores este riesgo disminuye, no debe recomendarse esta terapia en la prevención secundaria. Los datos del estudio WHI han venido a refrendar estas afirmaciones, ya que precisamente esta alta incidencia de ECV fue uno de los motivos principales por los que se tuvo que detener este estudio.

Tanto *tibolona* como *raloxifeno* parecen ejercer un efecto favorable sobre el perfil lipídico, pero a tenor de la última evidencia publicada sobre THS, que en principio, también era causa de efecto beneficioso a ese nivel, estos datos han de ser revisados (en el caso de raloxifeno, el estudio RUTH, en curso, se ocupará de este aspecto).

Las *estatinas*, fármacos hipolipemiantes que actúan inhibiendo la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzimaA

reductasa, han sido propuestas recientemente como posible complemento o incluso, sustituto, de la THS tradicional.

No sólo aquellas pacientes con enfermedad coronaria establecida sino también en relación a la cardioprevención primaria, las mujeres hipercolesterolémicas que requieran THS para aliviar los síntomas climatéricos deben ser tratadas con estatinas para lograr una mejor reducción del LDLcolesterol y los triglicéridos, puesto que aunque es indiscutible el efecto beneficioso de la THS sobre el perfil lipídico, esta terapia no logra por sí sola disminuir los niveles de LDLcolesterol por debajo de 100mg/dl, que es la cifra necesaria para las mujeres con episodio previo de cardiopatía. Además, el empleo conjunto de THS y estatinas conllevaría un ascenso del HDLcolesterol y una acción sinérgica sobre el endotelio y está en estudio, asimismo, el empleo de las estatinas como estimuladores de la formación ósea conjuntamente con antirresortivos en la prevención de la osteoporosis.

Por último, cabría citar el papel de *antioxidantes* y *multivitaminas* en el climaterio. Si bien numerosas publicaciones relacionan una mayor ingesta de antioxidantes, particularmente en forma de frutas o verduras con un menor riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular, cánceres (originados en el tracto digestivo fundamentalmente), enfermedad de Alzheimer u osteoporosis entre otras enfermedades crónicas, no existe actualmente una evidencia científica rigurosa que demuestre que la suplementación dietética con antioxidantes pueda prevenir o mejorar el curso de estas enfermedades

### Osteoporosis

Esta patología constituye un problema de salud de suma importancia por la morbimortalidad asociada a la producción de fracturas que la misma condiciona.

En España es sabido que un 12,73% de la población femenina presenta osteoporosis, en columna lumbar o en cuello femoral, porcentaje que asciende a 22,85% si se incluyen exclusivamente mujeres de más de 50 años. La incidencia de fracturas postmenopáusicas se incrementa con la edad, de modo que en EEUU el 25% de mujeres blancas mayores de 60 años presentan evidencia radiológica de fractura por aplastamiento vertebral, estableciéndose el riesgo de desarrollar una fractura vertebral para una mujer de 50 años en un 32% si se considera toda su vida, y de un 15,6% en el caso de la cadera.

Las fracturas más frecuentes entre las mujeres postmenopáusicas hasta los 65 años son, inicialmente, las de cabeza radial (Colles) y posteriormente,

las vertebrales. Existe sólida evidencia de que los estrógenos desarrollan una acción fundamental en la adquisición y mantenimiento de la masa ósea en la mujer, y del mismo modo, la ausencia de función ovárica adecuada disminuye la apoptosis de los osteoclastos, reabsorbiéndose más tejido óseo, generándose un balance negativo, con pérdida de masa ósea e incremento subsecuente en la tasa de fracturas.

Cuando se plantea la prevención de la osteoporosis postmenopáusica y sus complicaciones clínicas (las fracturas), la prevención primaria se concreta en actuar sobre los factores que afectan al normal desarrollo de la masa ósea, estimulando el pico de masa ósea. A este respecto, el incremento de actividad física, la reducción de la prevalencia de fumadores y de consumo de alcohol, el aumento de la ingesta de calcio (1,2 g día en mujeres menopáusica) unido a una exposición solar suficiente (para la transformación de los precursores a vitamina D activa), la dieta equilibrada (no hiperproteica ni vegetariana estricta) se recomiendan, pero existe poca evidencia del efecto que estas medidas originan sobre el riesgo de fractura cuando se aplican a la población general.

El tratamiento adecuado de determinadas patologías endocrinometabólicas, hepáticas o reumáticas, así como el empleo racional de determinados fármacos como esteroides, anticonvulsivantes, etc., puede ser importante también en la prevención de la osteoporosis.

En la prevención secundaria se incluyen medidas dirigidas a modificar los factores que aceleran la pérdida de masa ósea, muchos de ellos contemplados también en la prevención primaria, y dentro de la prevención terciaria, se intentan evitar las fracturas en las personas con osteoporosis establecida o fracturas previas, incluyéndose en esta última el empleo de protectores de cadera, que ha demostrado su utilidad sobradamente, y la prevención de caídas, ya que, como se expuso anteriormente, las fracturas son un hecho multifactorial y no sólo debido a la osteoporosis.

Existen en el mercado numerosos fármacos antiosteoporóticos. Todos ellos han demostrado cierta eficacia en mayor o menor medida pero ninguno goza del perfil idóneo, por lo cual la elección concreta ha de individualizarse según los efectos adversos, costes-edad y si se requieren acciones farmacológicas a otros niveles, entre otros factores.

En las Tablas 1 y 2 se recogen las recomendaciones sobre intervenciones preventivas según escala, en función de la evidencia publicada al respecto.

## **Prevención de los cánceres ginecológicos**

Según el comité de expertos de la lucha contra el cáncer, se entiende por prevención del cáncer la supresión o neutralización de los factores carcinogénicos, presuntos o confirmados, y el tratamiento de los estatus precancerosos.

La prevención de los cánceres ginecológicos incluye tanto la prevención primaria (eliminación de factores de riesgo asociados a los mismos) como la secundaria (diagnóstico precoz de los mismos para conseguir aplicar terapias menos agresivas que mejoren la supervivencia y la calidad de vida de la paciente).

El método empleado para la detección lo más temprana posible de los cánceres es el denominado sistema de cribado o screening, que consiste en la aplicación de técnicas sencillas, inocuas o cuasiinocuas, económicas, de alta sensibilidad y, a ser posible, de alta especificidad sobre la población general inicialmente sana para disgregarla en grupos de alta y baja probabilidad de padecer la enfermedad.

### **Cáncer de mama**

Es el cáncer más frecuente en la mujer y el que mayor mortalidad oncológica causa, por lo que se constituye como un problema de salud de suma importancia. El riesgo de cáncer de mama entre las usuarias de THS se cifra en 45 casos por 1.000 mujeres de entre 50 y 70 años de edad, de modo que una de cada 14 mujeres españolas presentará un carcinoma mamario a lo largo de su vida y, además, su incidencia está aumentando aproximadamente en un 2% anual.

En cuanto a la prevención primaria de este tipo tumoral, pueden señalarse tanto la eliminación de factores de riesgo como la quimioprevención e incluso la mastectomía profiláctica.

La modificación de determinados estilos de vida y hábitos dietéticos se correlaciona con una disminución en la incidencia de este tipo tumoral, por modificar el ambiente hormonal femenino. Así, la reducción de la ingesta grasa, del consumo de alcohol, y la pérdida ponderal en la mujer postmenopáusica podrían asociarse de modo más o menos claro a una reducción del riesgo de desarrollo de este cáncer. Otros factores relacionados con el desarrollo de este tumor, como la baja paridad, el empleo de anticonceptivos hormonales orales o de THS durante largo tiempo, la exposición a dietilestilbestrol, obesidad, radiación a dosis moderada a alta en tórax y otros,

pueden ser, de modo más o menos sencillo, disminuidos o evitados.

El incremento en la aportación diaria de vitaminas, especialmente de b- carotenos, folatos y vitaminas A y C podría revertir el riesgo asociado al consumo de alcohol.

Es importante reseñar que estos estilos de vida afectan también a la probabilidad de desarrollar cánceres mamarios en pacientes genéticamente predisuestas. Así, en gemelas portadoras de mutaciones deletéreas del gen BRCA 1 (que junto con el BRCA2 constituyen los principalmente asociados al cáncer de mama) están descritas diferentes incidencias en función de las condiciones ambientales. Sobre los síndromes genéticos familiares que incrementan el riesgo de desarrollo de un cáncer de mama, y que suponen alrededor de un 5% del total de esta patología, no ha sido estudiada ampliamente esta influencia ambiental, pero es de suponer que exista y de este modo debe actuarse.

La quimioprevención consiste en el empleo de agentes para inhibir, retrasar o incluso revertir la carcinogénesis. A este respecto han sido estudiados dos moduladores selectivos de los receptores estrogénicos: Tamoxifeno, que ha llegado a demostrar reducciones de hasta un 49% en algún estudio, si bien se encuentran a este respecto datos enfrentados; y raloxifeno, que ha demostrado también una reducción significativa, que se está intentando cuantificar mediante el inconcluso estudio STAR, que lo compara en este aspecto con tamoxifeno.

La mastectomía profiláctica, que en principio puede ser total o subcutánea, si bien la mayor parte de los autores recomiendan que ya de efectuarse se realice total, puesto que el mínimo componente epitelial restante adherido a la piel podría malignizar en estas pacientes; es una medida muy agresiva que sólo ha de adoptarse por consenso con la paciente y ofertarse en exclusiva a aquellas con riesgo genético de desarrollo de carcinoma mamario (mutaciones deletéreas de los genes BRCA 1 y 2 especialmente). Logra una reducción de más del 89% en el desarrollo de este tumor.

La detección precoz del cáncer de mama se basa en la exploración clínica y la mamografía. La autoexploración no ha demostrado su eficacia, pero la mayor parte de los autores la siguen indicando, al menos en las pacientes de cierto nivel cultural, mensualmente. Otros autores recomiendan que se realice en exclusiva la exploración en la visita médica anual, alegando razones del tipo de la génesis de ansiedad en las pacientes por las autoexploraciones seriadas, que producen

Intervención	DMO	Fr. vertebrales	Fr. de cadera
Ejercicio	A	B o C	B o C
Suplemento de calcio con o sin vitamina D	A	B o C	B o C
Calcio en la dieta	B o C	B o C	B o C
Cese de hábito tabáquico	B o C	B o C	B o C
Reducción del consumo de alcohol	D	D	B o C
Estrógenos	A	B o C	B o C
Tibolona	A	-	-
Raloxifeno	A	A	-
Etidronato	A	-	-
Risedronato	A	-	-
Alendronato	A	-	-
Protectores de cadera	-	-	-

A: muy recomendable; B: recomendable; C: escasamente recomendable; D: no recomendable; - : estudios en curso que pueden modificar el actual grado de recomendación establecido. Modificado de: Diaz Curiel M. Osteoporosis de la menopausia, prevención y su tratamiento. En: AEEM. *Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Madrid: Effik, 2002

Intervención	DMO	Fr. vertebrales	Fr. de cadera
Calcio con o sin vitamina D	A	A	B o C
Estrógenos	A	A	A
Alendronato	A	A	A
Risedronato	A	A	A
Raloxifeno	A	A	-
Etidronato	A	A	B o C
Calcitonina	A	A	B o C
Flúor	A	A?	-
Esteroides anabólicos	A	-	B o C
Calcitriol	A	A?	D
Tibolona	A	-	-
Ipriflavona	B o C	-	-

A: muy recomendable; B: recomendable; C: escasamente recomendable; D: no recomendable; - : estudios en curso que pueden modificar el actual grado de recomendación establecido; ?: datos inconsistentes). Modificado de: Diaz Curiel M. Osteoporosis de la menopausia, prevención y su tratamiento. En: AEEM. *Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Madrid: Effik, 2002

un gran número de falsos positivos, con la consiguiente investigación e inquietud innecesarias y sin la esperable reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Puede concluirse que la autoexploración pautada y no excesiva en pacientes seleccionadas e instruidas sobre dicha práctica no es nociva, por lo que cabe recomendarla para su realización mensual, previa información sobre la realización de la misma, aunque sea ampliamente discutible si produce efectos beneficiosos. En pacientes puntuales y por circunstan-

Tabla 1. Intervenciones de prevención primaria de menopausia junto con su grado de recomendación según criterios de medicina basada en la evidencia

Tabla 2. Fármacos recomendados para el tratamiento de la osteoporosis (prevención secundaria)

cias concretas, cabe desaconsejarla. El *Advisory Comitee* introduce un nuevo concepto a este respecto, que es la denominada "consciencia de las propias mamas", donde la mujer no practica exploración reglada pero sí es consciente de lo que es anormal y normal respecto de sus mamas, acudiendo a consulta si aprecia cambios de cualquier índole.

El examen mamario por parte del ginecólogo detecta gran número de tumoraciones, si bien es, en general, menos sensible que la mamografía para la detección precoz. No obstante, existe un cierto número (10-15%) de procesos neoforativos radiológicamente indetectables, que justifican que la exploración de ambas mamas junto con la exploración axilar bilateral haya de ser práctica rutinaria en la consulta ginecológica anual, junto a la anamnesis, determinación de factores de riesgo, etc.

Sobre la mamografía, los beneficios que ocasiona en las pacientes de entre 50 y 65 años sobre la supervivencia por cáncer de mama es indiscutible, si bien se cuestiona la prolongación inferior y superior de las edades de realización de esta técnica, ya que hay evidencias que la aconsejan desde los 40 años. Es el método de detección más efectivo para este tipo tumoral en esta franja de edad. La sensibilidad del procedimiento alcanza el 98% en mamas adiposas y disminuye con el incremento de la densidad mamaria, sea natural o inducido por la terapia hormonal sustitutiva. La reducción de la mortalidad por cáncer de mama se cifra en un 40% en las mujeres que se someten a programas de detección mamográfica anual con relación a aquellas que no lo hacen. La periodicidad propuesta es bienal. Si bien aún este aspecto no ha quedado totalmente esclarecido, parece que dicha pauta resulta suficiente en pacientes que no sean de alto riesgo. En las mujeres con historia personal de cáncer de mama contralateral, radioterapia torácica previa, historia familiar de cáncer de mama premenopáusico y condicionamiento genético, como factores de riesgo principales, es necesaria una periodicidad mayor, en general, anual, así como en las usuarias de THS. En mujeres de alto riesgo puede iniciarse este programa desde los 40 o incluso 35 años, con mamografía anual en este caso.

La determinación de marcadores tumorales no parece ser lo suficientemente sensible y específica para ser aplicada con fines de prevención secundaria, si bien sobre este tema se esperan evidencias más concluyentes.

#### *Cáncer de Cérvix*

Las tasas de mortalidad por cáncer de cérvix se han reducido espectacularmente desde el comienzo de

los programas de cribado citológico regular en las pacientes, de hecho, gracias a la extraordinaria adhesión a los mismos. España es uno de los países con menor mortalidad por este cáncer. Si bien el límite de edad superior para el cual estos programas carecen de efectividad no ha sido bien establecido, dado el escaso coste e inocuidad de la prueba, puede admitirse su realización mientras dure la actividad sexual.

Las pautas aceptadas de manera casi universal son: realización de una triple toma citológica anual (test de Papanicolau) a partir de los 18 años o inicio de la actividad sexual, que pasará a bienal si tres pruebas sucesivas anuales resultan negativas, mientras las mujeres de riesgo podrán ser objeto de cribado semestral. Otra pauta propone una citología cada 5 años si los 2 anteriores resultaron sin alteraciones para las pacientes VIH positivas (que presentan el doble o triple de riesgo de desarrollar un cáncer cervical invasor) y las inmunodeprimidas de otra etiología (ej: postransplante de órganos). Dada la relación de este tipo tumoral con el virus papiloma humano (HPV), de transmisión exclusivamente sexual, las mujeres con múltiples parejas sexuales, de inicio precoz en sus relaciones sexuales, historia de infección por este virus o antecedentes de otras enfermedades de transmisión sexual serán calificadas también como de riesgo elevado.

Sobre el modo de realización, el frotis convencional ha dado paso a la práctica de la citología líquida, que incrementa la sensibilidad sin menguar la especificidad de la técnica.

El momento de interrupción del estudio no está claramente establecido. Al parecer, es posible la interrupción a los 65 años si existen estudios normales en los 5 o 10 años previos y a los 75 si no se cuenta con ellos, si bien, como se ha dicho anteriormente, esta cifra no ha sido bien establecida.

Dada la relación entre virus papiloma humano y carcinoma cervical, se han diseñado técnicas destinadas a investigar la presencia de este agente carcinógeno en el cérvix uterino. No se ha demostrado que la asociación del tipaje de HPV al triple *screening* resulte eficiente para el estudio de la población de riesgo ni de las neoplasias intraepiteliales cervicales, aunque existen en curso diversos estudios que pretenden evaluar su empleo como técnica de segunda línea en el caso de alteraciones citológicas menores.

#### *Cáncer de endometrio*

El cáncer de cuerpo uterino afecta a más del 3% de la población femenina mayor de 45 años, pero pre-

sentando su pico de incidencia máxima entre los 70 y 80 años. Si bien es claro que la población general no se beneficiaría de programas de cribado destinados a despistar esta patología, dado que su prevalencia no es lo suficientemente elevada y su fase preclínica es corta, sí que existen grupos de riesgo que podrían beneficiarse de la aplicación de técnicas diagnósticas cuando las pacientes se encuentran asintomáticas.

La ecografía transvaginal no ha demostrado efectividad como técnica de cribado, pero las pacientes postmenopáusicas con o sin tratamiento hormonal sustitutivo que presenten metrorragia deben ser ecografiadas (preferiblemente, con histerosonografía), además de ser candidatas a histeroscopia y realización de tomas biópsicas mediante cánula de Cornier, mediante legrado diagnóstico o durante la histeroscopia, dado que estos sangrados anómalos se relacionan en un 10% con procesos neoproliferativos de esta mucosa. En las pacientes en tratamiento con tamoxifeno por cáncer mamario anterior, el riesgo incrementado de desarrollo de neoplasia endometrial justifica el examen periódico de esta mucosa, pero la periodicidad no está claramente establecida, ni siquiera existe consenso sobre la necesidad de un seguimiento especial en estas pacientes.

De otra parte, y si bien la terapia estrogénica aislada se vinculó a un incremento en la incidencia de carcinomas endometriales, la adición de progestágenos a aquellos no sólo demostró anular ese efecto deletéreo, sino más aún, demostró un efecto preventivo sobre el desarrollo de la neoplasia (RR=0,8). Ha tenerse en cuenta, pues, que existe evidencia de que el tratamiento con estrógenos sin oposición de progesterona a dosis altas y moderadas se asocia con un riesgo mayor de hiperplasia endometrial y probablemente también con cáncer de endometrio a más largo plazo, riesgo que se incrementa con la dosis y tiempo de exposición y permanece hasta 10 años tras interrumpir el tratamiento, y especialmente acentuado en los regímenes de ciclo largo. Sin embargo, existe la citada reducción entre las usuarias actuales de estrógenos más progesterona, comparadas con las no usuarias.

En cuanto a la prevención primaria, un índice de masa corporal mayor o igual a 30 Kg/m<sup>2</sup> está presente en gran número de pacientes portadoras de este tipo tumoral. Este hallazgo se explica dado que existe conversión de andrógenos a estrógenos en la grasa y a la disminución de los niveles séricos de globulina transportadora de hormonas sexuales en estas pacientes. También se ha encontrado asociación entre sedentarismo y cáncer de endometrio, por lo cual la práctica de ejercicio físico regular y la

disminución ponderal pueden resultar beneficiosas también a este respecto.

### *Cáncer de ovario*

Aunque esta neoplasia cumple los requisitos de enfermedad que podría someterse a screening, por ser causa mayor de morbimortalidad, de alta prevalencia en las mujeres mayores de 50 años, su fase preclínica es larga y el diagnóstico precoz ha demostrado mejorar incuestionablemente las tasas de supervivencia. Sin embargo, no existe hasta el momento un cribado de eficacia probada para esta patología. Ni el examen pélvico, ni la ecografía transvaginal, ni la determinación de CA-125 sérico resultan eficientes en este sentido a tenor de los estudios publicados hasta el momento, de modo que sólo la exploración rutinaria se indica con periodicidad anual en las mujeres asintomáticas de riesgo no incrementado. Sin embargo, la exploración pélvica bimanual en pacientes asintomáticas detecta realmente poca patología a este respecto (1 cáncer de ovario por cada 2500 mujeres/año después de los 45 años). En cuanto a la prevención primaria, la dieta pobre en grasas parece relacionarse con una menor incidencia de este tipo tumoral, así como el uso de anticoncepción hormonal oral a altas dosis, la ligadura tubárica o la histerectomía simple, pero ninguna de estas medidas se emplea como profilaxis del cáncer de ovario (por razones evidentes).

En aquellas pacientes con mutaciones genéticas asociadas a este tipo tumoral (mutaciones deletéreas BRCA 1, Síndrome de Lynch tipo II, cáncer familiar de mama/ovario...) o historia familiar podría plantearse la aplicación de pruebas complementarias en la revisión periódica, pero no existen estudios que arrojen conclusiones de buen nivel de evidencia sobre este subgrupo. Estas pacientes han sido sometidas ocasionalmente incluso a ooforectomía profiláctica (Ej. pacientes con síndrome de Lynch tipo II), pero las complicaciones potenciales de la cirugía, la morbimortalidad de una menopausia precoz y el que incluso en este caso la prevención del desarrollo de neoplasias resulta incompleta (al existir otras localizaciones con tejidos potencialmente malignizables), han hecho que estas técnicas hayan caído en el casi completo desuso, puesto que estas desventajas superan el teórico descenso en el riesgo de desarrollo de cáncer de ovario.

### *Otros cánceres ginecológicos*

El cáncer de sálpinx, vulva y vagina son mucho más infrecuentes que los anteriormente citados, de modo que constituyen un problema secundario de salud en relación con aquellos.

No se trata de patologías susceptibles a realización de programas de cribado per se, si bien la mera inspección en cada visita anual puede orientar sobre neoformaciones vulvares que habrán de biopsiarse ante la menor duda de malignidad, para diagnóstico definitivo.

El carcinoma vaginal es sometido a despistaje junto con el cervical, al menos en su localización en los fórnicos, durante la realización de la triple toma del test de Papanicolau. Sin embargo, la realización de toma citológica sobre vagina restante en mujeres histerectomizadas parece carecer de eficiencia, dada la baja prevalencia que en las mismas tiene la displasia epitelial vaginal.

### **Prevención de neoplasias en otras localizaciones**

#### *Cáncer colorrectal*

La incidencia de esta neoplasia, que alcanza el tercer lugar en incidencia y mortalidad en la mujer en muchas estadísticas, justifica la realización de programas de cribado y es además esta franja etárea (50-65 años) una de las principalmente afectas por este proceso. Se ha demostrado la relación del cáncer colorrectal y los estrógenos, demostrándose receptores de estrógenos en la mucosa colónica normal, así como en las células neoplásicas a tal nivel.

Dentro de las técnicas de diagnóstico precoz de la misma se señalan el tacto rectal, la identificación de la sangre oculta en heces y la sigmoidoscopia, pero ninguno de ellos ha probado claramente su efectividad.

Sobre la periodicidad más adecuada y el momento de comienzo de la aplicación de estas técnicas no existe consenso, si bien se propone un tacto rectal anual a partir de los 40 años, determinación anual de sangre oculta en heces anual desde los 50 y realización de sigmoidoscopia cada 3-5 años desde los 50 años.

De estas pruebas, sólo queda claro que la sigmoidoscopia periódica disminuye la mortalidad por cáncer colorrectal, puesto que se basa en la identificación y extirpación de pólipos adenomatosos, como lesión preneoplásica en la evolución de epitelio histológicamente normal a carcinoma colónico. Si bien su eficacia (en el terreno teórico) es elevada, es una prueba mal tolerada por las pacientes, por lo que en la práctica, su efectividad disminuye. De hecho, se necesita más información sobre los efectos nocivos del cribado, incluyendo las complicaciones de la colonoscopia.

De este modo, se discute si la aplicación de esta prueba debería precederse de la selección de pacientes asintomáticas de riesgo elevado de entre la población general, que son aquellos con historia familiar del carcinoma o de síndromes de poliposis colónica familiares, o síndromes de carcinoma familiar sin poliposis (Lynch I y II), historia familiar de pólipo adenomatosos o enfermedad inflamatoria intestinal, radiación intestinal previa o antecedentes personales de cáncer de ovario, mama o endometrio.

En estas pacientes se recomendará el cribado mediante endoscopia, asociado o no a determinación de sangre oculta en heces.

En algunos de los síndromes con poliposis múltiple el riesgo de degeneración maligna de alguna de las formaciones poliposas resulta tan elevado que está justificada la colectomía profiláctica al diagnóstico, con toda la morbilidad que esta medida implica.

Existen alternativas farmacológicas para la prevención (quimioprevención) de este tipo tumoral. Tanto los diversos AINE, como los suplementos folato-cálcicos y el tratamiento con THS estrogénica en la postmenopausia, han demostrado reducir la incidencia de la transformación maligna de este epitelio y sus pólipos y mejorar las tasas de supervivencia.

Las medidas higiénico-dietéticas del tipo del control de peso, dieta rica en fibra, ejercicio adecuado, cese en el hábito tabáquico y disminución de la ingesta de carne roja se han relacionado con la disminución de la incidencia de ese cáncer.

#### *Cánceres dermatológicos*

Si bien la exploración rutinaria de la piel por parte del especialista no ha demostrado disminuir la mortalidad por estos tipos tumorales, se aconseja realizar ésta en la visita periódica anual, puesto que el diagnóstico de estos tumores en fase de crecimiento horizontal implica una curabilidad cercana al 100%. Sin embargo, la inspección visual presenta unos valores predictivos que oscilan entre el 38 y el 80% para el melanoma, con lo que para estos tumores probablemente las medidas de prevención primaria (disminuir la fotoexposición por periodos prolongados) posean al menos tanta importancia como las de prevención secundaria.

Es necesario instruir a la paciente respecto a los signos de alarma de la degeneración maligna de los nevus, y que se concreta en el "ABCDE" de éstos: un nevus que aumenta de tamaño, presenta imprecisión en sus bordes, modifica su color, genera dolor o picor, se eleva o modifica su forma, y en general,

todas las características que presentaba desde su aparición, ha de ser examinado por un especialista.

La población de riesgo de aparición de melanomas es aquella con antecedentes familiares del mismo, historia personal de nevos atípicos, multitud de nevos, piel clara y cabello rubio y propensión a quemaduras solares. En este grupo, como ocurre con otros tipos tumorales, las medidas de vigilancia han de extremarse.

### Cáncer de pulmón

Se trata del 2º tumor más prevalente en España tras el mamario, cuya frecuencia y mortalidad se está incrementando de manera más intensa que la de cualquier otro tipo tumoral, de modo que es ya el causante de la mayor mortalidad atribuible a cáncer en algunos países desarrollados. Este hecho es debido de una parte al incremento del hábito tabáquico entre el género femenino y, de otra, al efecto sinérgico que ejercen tabaco y estrógenos, justificado por varios posibles mecanismos y que hace a las mujeres más susceptibles a la carcinogénesis por humo de tabaco, aparte de la indiscutible susceptibilidad genética para este tumor.

Dado que el cáncer pulmonar precoz produce escasa sintomatología y signología, la aplicación de programas de cribado no se ha instaurado para las pacientes de riesgo (fumadoras de más de 20 cigarrillos/día mayores de 50 años) y menos aún para la población general, puesto que la práctica propuesta (radiografía posteroanterior y lateral de tórax anualmente) no ha demostrado disminuir la mortalidad por este tumor. Nuevas técnicas destinadas a este fin, como la tomografía computadorizada de baja radiación y técnicas moleculares, aún no se han validado en estudios controlados.

Por ello, es la prevención primaria la más adecuada en estas pacientes, que incluye de modo casi exclusivo el cese en el hábito tabáquico, dado que el porcentaje de cánceres pulmonares ocasionados por el humo del tabaco asciende al 78%, además de estar este hábito asociado a otros tipos tumorales, como los de vías respiratorias altas, algunos digestivos e incluso el de cérvix y vesical.

En la Tabla 3 se resumen los programas potenciales de cribado para los tumores más prevalentes.

### THS como elemento de prevención

La aplicación de la THS en la mujer postmenopáusica desempeña en numerosas ocasiones un papel más preventivo que propiamente terapéutico.

Tras una anamnesis adecuada, con valoración minuciosa de la tensión arterial, mamas, abdomen y pelvis, el examen clínico-ginecológico pertinente y una analítica sanguínea completa y con perfil lipídico, gran número de mujeres son candidatas a la aplicación de esta terapia. Ecografía, mamografía o biopsia endometrial sólo han de realizarse de inicio bajo las mismas indicaciones en las que se realizarían en una paciente sin THS.

Así, la THS ha demostrado con mayor o menor nivel de evidencia:

- Evitar la aparición de osteoporosis y de fracturas subsiguientes a su presencia.
- Prevención de pérdida de masa ósea en asmáticas en tratamiento glucocorticoideo.
- Mecanismo de prevención del cáncer colorrectal.

Tipo tumoral	Utilidad demostrada	Métodos de detección
Mamario	Sí	Exploración mamó-axilar Mamografía
Cervical	Sí	Citología cervicovaginal
Endometrial	No	Citohistología endometrial Ecografía vaginal
Ovárico	No	Examen pélvico Determinación de CA-125 Ecografía vaginal
Colorrectal	No	Tacto rectal Identificación de sangre oculta en heces Rectosigmoidoscopia
Dermatológicos	No	Inspección
Pulmonar	No	Radiología Citología de esputo

Tabla 3.  
Programas de cribado propuestos para los cánceres ginecológicos y extraginecológicos más frecuentes

Modificado de: Sánchez Borrego R. Plan de salud en la mujer a los 50 años. En: Sánchez Borrego R. Perimenopausia: el climaterio desde su inicio. Schering España. 2001

- Acción tónica sobre el psiquismo, manifestándose como una acción claramente antidepresiva, euforizante y de mejoría de la sensación de bienestar, desarrollada a través de la elevación del tono serotoninérgico y endorfinico del Sistema Nervioso Central. Además, los datos disponibles, aunque no son concluyentes, apuntan hacia que los estrógenos disminuyen el riesgo o al menos retrasan la aparición de la enfermedad de Alzheimer, enlenteciendo además su evolución.
- Disminución del riesgo de desarrollo de degeneración macular asociada a la edad, así como de otras patologías oculares, de hasta el 70% en usuarias actuales y del 40% en mujeres que la emplearon en el pasado. Mejoría de la agudeza visual y, aplicados a nivel tópico, de la queratoconjuntivitis seca, incluso reducción del riesgo de catarata ocular nuclear (menor en la subcapsular posterior) empleados a largo plazo. También parecen disminuir la presión intraocular.
- Posible mejoría de la capacidad auditiva.
- Disminución significativa de la pérdida dental en la mujer postmenopáusicas, en parte asociada al incremento de la densidad ósea mineral a nivel mandibular, y de la enfermedad periodontal, con disminución de las gingivitis y el sangrado de encías y mejoría de la sequedad y ardor orales.
- Posible mejoría del síndrome vocal de la menopausia.
- Prevención de la progresión de la sarcoidosis hepática.
- Mejoría del síndrome de apnea del sueño y reducción del riesgo de síndrome obstructivo respiratorio.
- Incremento del colágeno de la piel, del grosor dermo-epidérmico y protección frente a la sequedad, arrugas y atrofia cutáneas, así como aumento de la hidratación dérmica, la pigmentación y el aporte sanguíneo.
- Posible efecto beneficioso sobre la progresión radiográfica de la osteoartritis.

Indudablemente, la THS presenta multitud de efectos adversos, de los cuales cada vez tenemos mayor conocimiento y que limitan sus aplicaciones en el uso diario preventivo, con lo cual es necesario evaluar cada caso concreto sopesando riesgos y beneficios. A su vez, la mujer a la que se pauta THS requiere de otra serie de medidas especiales de índole preventivo de su discontinuación o de patologías asociadas al empleo de esta terapia. Así, en los primeros 6 meses tras la instauración de la terapia se precisa la visita clínica para registrar la evolución de

los síntomas, evaluar los patrones de sangrado y efectos secundarios, tolerancia y realizar los ajustes de dosis necesarios. Será necesario para todo ello realizar una cuidadosa anamnesis, una exploración similar a la del inicio y aquellas pruebas complementarias a las que inviten las circunstancias de cada paciente, realizándose a partir de ese momento controles semestrales, anuales o menos espaciados en función de la patología de base. En estas nuevas visitas, las pruebas a aplicar serán similares a las de la población general de la misma franja etárea, en líneas generales.

En caso de existir signos o síntomas de intolerancia o de no conseguir eficacia clínica, habrá de realizarse un nuevo ajuste hasta lograr el equilibrio óptimo para lograr la continuidad del tratamiento.

Los sangrados persistentes o extemporáneos requieren del inicio del estudio ecográfico y biopsia endometrial en los casos en los que se estime oportuno (un grosor inferior a 4 mm se asocia con un bajo riesgo de patología endometrial), así si se presentan adelantos en la hemorragia cíclica o hemorragia irregular en los primeros 6 meses de tratamiento o si vuelve a sangrar una vez estabilizada la THS.

## Ejemplo de programa para la conservación de la salud de la mujer

En la Tabla 4, y a modo de resumen, se expone un programa que abarcaría todos los aspectos anteriormente citados y que es de aplicación altamente factible.

## Conclusiones

El programa de prevención de la enfermedad de la mujer entre los 50 y los 65 años ha de implicar a todo su organismo y no reducirse a su aparato genital, sea efectuado por el médico de atención primaria o por el especialista en ginecología. Ha de informarse, lo más correctamente posible, sobre la técnica a realizar en los cribados, con sus riesgos, sus valores predictivos y su balance coste/beneficio, y asimismo, promover la educación sanitaria en lo que a prevención primaria de las patologías más frecuentes se refiere. Actuando en esta doble vertiente, aseguramos una prevención más efectiva, eficaz e incluso eficiente de las patologías más prevalentes en este grupo etáreo.

Prueba	Periodicidad
Anamnesis (motivo de consulta, estado de salud hábitos tóxicos, actividad física y sexual)	Anual
<i>Exploración física:</i>	
Talla	Anual
Peso	Anual
Índice de masa corporal	Anual
Tensión arterial	Cada 2 años a partir de los 40/añual/en cada visita
Cabeza y cuello	Anual
Exploración tóraco-abdominal	Anual
Dermatológica	Anual
Exploración mamo-axilar	Anual (si riesgo bajo)
Exploración ginecológica	Anual (si riesgo bajo)
Tacto rectal	Anual desde los 40 años
Autoexamen mamario	mensual (si se prescribe)
Evaluación estado visual	Anual en mayores de 60-65 años
Evaluación estado auditivo	Anual en mayores de 60 años
<i>Pruebas de laboratorio:</i>	
Citología	Anual, cada 3-5 años tras 2-3 pruebas anuales negativas consecutivas/semestral si alto riesgo
Mamografía	Anual/bienal desde los 50 años (35-40 si riesgo elevado)
Perfil lipídico	Determinación basal. Posteriormente, cada 3-5 años si normal
Glucemia	Basal. Posteriormente, cada 3-5 años si normal
Perfil del hierro	Sólo si existen síntomas de ferropenia
Determinación plasmática de FSH	En histerectomizadas sin anexectomía
Determinación de sangre oculta en heces	Cada 1-3-5 años después de los 50
Rectosigmoidoscopia	Cada 3-5 años después de los 50
Densitometría ósea mineral	Una a los 50 y otra a los 60 años. Mayor periodicidad si factores de riesgo de osteoporosis. Cada dos años si terapia anti-fracturaria.
Pruebas específicas en grupos de riesgo	Serología VIH, hepatitis B o C, Tuberculosis, glucemia, colonoscopia

Tabla 4.  
Posible programa preventivo para la mujer de edad comprendida entre los 50 y los 65 años

#### *Evaluación y educación sanitaria sobre:*

- Sexualidad: conducta y actividad, función sexual, enfermedades de transmisión sexual...
- Valoración psicosocial y prevención de salud mental: trastornos del sueño, de la alimentación, y otros síntomas depresivos, estrés, relaciones socio-familiares, violencia doméstica, situación laboral, detección de tentativas de suicidio u otras conductas anormales...
- Factores de riesgo cardiovascular
- Prevención de caídas y lesiones
- Autoexploración de las mamas
- Tratamiento hormonal sustitutivo
- Promoción de hábitos saludables: IMC adecuado, exposición solar moderada, dieta saludable, limitar alcohol, tabaco y café, actividad física adecuada.
- Promoción de la salud dental: higiene diaria, visita odontológica anual.
- Test mínimo de estado mental: anual o bienal

#### *Inmunizaciones*

##### Periódicas:

Refuerzo para tétanos y difteria	Cada decenio
Vacuna antigripal	Anualmente desde los 55, antes en población de riesgo
Hepatitis B	Grupos de riesgo (0-6 12 meses)
Vacuna antineumocócica	Grupos de riesgo (monodosis. Considerar revacunar cada 6 años)

Las prácticas aplicadas a las pacientes han de estar en continua revisión, ya que a veces se emplean técnicas que carecen del rigor científico necesario y pueden suponer un riesgo evitable en la paciente. Del mismo modo, estudios futuros condicionarán la generalización a toda la población o a determinados grupos de riesgo específicos de programas preventivos que han de ser sometidos a ulteriores análisis antes de implantarse definitivamente. Con todo ello se pretende, como no podía ser de otra forma, incrementar la supervivencia al mismo tiempo que se mejora la calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas.

## Bibliografía recomendada

- Arribas L, Sastre F. Mantenimiento de la salud y cuidados preventivos. En: Palacios S. *Salud y Medicina de la mujer* Vol I. Ed. Hartcourt. Barcelona 2002;33-41
- Castelo-Branco C, Vázquez F. Piel y menopausia. En: AEEM. *Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Effik. Madrid 2002;347-55
- Castelo-Branco C. Influencia de la THS sobre otras causas de moribimortalidad. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002;41-6
- Comino R. Prevención del cáncer de mama. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002;32-3
- Cuadros J.L., et al. Valoración de la mujer climatérica. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002;15-8
- De Berrazueta JR, Ribes C. Patología cardiovascular en la menopausia. Prevención. . En: *AEEM. Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Effik. Madrid 2002;245-61.
- Díaz Curiel M. Influencia de la THS sobre la moribimortalidad de origen óseo. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002;39-40.
- Díaz Curiel M. Osteoporosis de la menopausia, prevención y su tratamiento. . En: *AEEM. Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Effik. Madrid 2002;227-43
- Díez A. Medicina basada en la evidencia. En: Díaz Curiel M. *Actualización de osteoporosis*. FHOEMO. Madrid 2001;71-81
- Ferrer J. Principales causas de moribimortalidad relacionadas con la menopausia. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002;35-8
- Hammar M, Christau S, Nathorst-Boos J, Rud T, Garre K. A double-blind, randomised trial comparing the effects of tibolone and continuous combined hormone replacement therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 Aug;105(8):904-11
- Llaneza P. Epidemiología y clínica de la menopausia. En: *AEEM. Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Effik. Madrid 2002;37-44
- Llaneza P. ¿Cómo prevenir el cáncer de endometrio en el Climaterio?. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002;29-31
- López G, et al. Alteraciones cognitivas de la menopausia. En: *AEEM. Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Effik. Madrid 2002;281-90
- Mendoza N. Estatinas: ¿tienen un futuro en la THS?. V curso de formación continuada "Medicina Integral de la mujer: nuevos modelos de salud". Libro de resúmenes de ponencias. Madrid. 2001;31-6
- Palacios S. Función del especialista en ginecología en la atención a la menopausia. En: *libro de resúmenes del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y Reunión de la Sección de Menopausia de la SEGO*. Cádiz 2002; 108-11
- Pérez-López F, Cuadros JL. THS y aparato digestivo, respiratorio y ojo. . En: *AEEM. Medicina Basada en la Evidencia en la Menopausia*. Effik. Madrid 2002;291-308
- Ribes M, Ribes C, Sanchez R. Antioxidantes y multivitaminas: beneficios. V curso de formación continuada "Medicina Integral de la mujer: nuevos modelos de salud". Libro de resúmenes de ponencias. 2001; Madrid. 66-9
- Sánchez Borrego R. Plan de salud en la mujer a los 50 años. En: Sánchez Borrego R. *Perimenopausia: el climaterio desde su inicio*. Schering España. 2001;233- 53
- Santuz M et al. Obesidad y Menopausia. En: Studd J. *Tratamiento de la menopausia: La revisión del milenio*. Parthenon publishing. New York 2001;165-74
- Vashisht A, et al. Papel del inicio de una terapia hormonal sustitutiva en la prevención y tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas de edad avanzada. En: Studd J. *Tratamiento de la menopausia: La revisión del milenio*. Parthenon publishing. New York 2001;185-96
- Von Holst T. Alternatives to hormone replacement therapy: raloxifene and tibolone. *J Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2000 Apr;94(3):205-9