



CONSENSO GINECOLOGIA SOGIBA 2021

Screening en ginecología, ¿qué no tenemos que pedir?

Coordinadora :

Dra Marina Lamm encargada Area Calidad y Auditoria, Servicio de Ginecología , Hospital Italiano de Buenos Aires

Expertos:

Dr Fernando Monge, Jefe de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior, Colposcopia y Histeroscopia del CEMIC. Profesor Asociado de Grado y Posgrado del Instituto Universitario CEMIC. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

.Dra Karin Kopitowski Jefa del Servicio de medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires

Dr Francisco von Stecher, Jefe de la Sección de Ginecología Oncológica y Mastología del CEMIC

Dra Agustina Starvaggi, ginecóloga sección Climaterio y Endocrinología Ginecológica, Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción :

El contexto al que se refieren las recomendaciones de este consenso se centran en el escenario de la mujer sana, asintomática, riesgo habitual , que viene a una consulta ginecológica “de control”. Y siendo que el 95% de los ginecólogos de SOGIBA hacen practica privada(Encuesta CEP 2021) , es además una consulta oportunista. Por lo tanto, las practicas e intervenciones para la paciente terminaran en la mayoría de las veces dependiendo de juicio/preferencia del médico en esa oportunidad.

En una persona sana y asintomática, la evidencia del potencial beneficio debe ser categórica, esto es, debe haber diferencia estadística y clínicamente relevante, de que la intervención es mejor hacerla que no hacerla y que solo así podemos exponerla entonces a potenciales perjuicios.

El problema de la solicitud/realización de prácticas preventivas que no han demostrado beneficio en pacientes sano y asintomáticos puede encuadrarse dentro de lo que se considera “cuidado de baja calidad”. Es un gran problema en donde convergen múltiples factores y cuyo análisis excede al trabajo de este consenso.

Celebramos la decisión de SOGIBA de hacerlo visible.

Las siguientes prácticas fueron identificadas y analizadas, por la ausencia de beneficio demostrado, posibilidad de daño y prevalencia.

- 1- Colposcopia
- 2- Ecografía transvaginal
- 3- Estudios mamarios sub 40
- 4- Marcadores tumorales
- 5- Dosaje vitamina D
- 6- DMO menor de 65 años

1- ¿Hay que hacer colposcopia junto al PAP de tamizaje?

No se recomienda realizar colposcopia de rutina como parte del tamizaje para prevenir cáncer de cuello

Justificación:

Ausencia de evidencia científica que haya demostrado impacto en la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello cuando se hace colposcopia como tamizaje.

Ausencia de recomendación de realización de colposcopia como tamizaje en las guías de tamizaje de referencia (IARC-OMS, SPTGlyC, US Task Force, NICE, MSAL).

Daño potencial: Falso positivo colposcópico, biopsia cervical, sobre tratamiento.

Comentario:

La colposcopia es prueba de detección para el diagnóstico de lesiones del tracto genital inferior.

La principal indicación para el examen colposcópico es la evaluación de la mujer con riesgo incrementado para una neoplasia cervical, incluyendo aquellas con:

*Pruebas de tamizaje para cáncer cervical anormales ((Citología ASC-US+, Test de HPV+ con Citología +, o Test de HPV+ persistente con Citología negativa)) o no concluyentes.

*Síntomas o signos de posible cáncer cervical, incluyendo alguna sospecha de anormalidad cervical encontrada durante el examen pélvico, sangrado anormal del tracto genital o flujo cervicovaginal sin explicación.

*Citologías previas anormales y/o antecedentes de patología del tracto anogenital, tratado o no tratado.

La precisión y la reproducibilidad de la colposcopia son limitadas. La adherencia a estándares de calidad logrados a través de la certificación de colposcopistas es la herramienta para asegurar a la paciente una colposcopia de calidad y segura.

Recomendación 1

No realizar colposcopia de rutina como parte del tamizaje para prevenir cancer de cuello

Bibliografía:

- 2- “US Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.”. JAMA. 2018
- 3- “Prevención del cáncer cervicouterino - Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH.” Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino. Instituto Nacional del Cáncer Ministerio de Salud de la Nación. 2015.
- 4- “Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society”. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, et al. CA A Cancer J Clin. 2020.
- 5- “2019 ASCCP Risk – Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Test and Cancer Precursor”. Rebecca B. Perkins, Richard S. Guido, et Al, Journal of Lower Genital Tract Disease. 2020.
- 6- IARC – WHO. Handbooks of Cancer Prevention. Vol 10: Cervix Cancer Screening. IARC Press, Lyon;2005.
- 7- Epidemiological data on cervical carcinoma relevant to cytopathology. La Vecchia C, Decarli A, Gallus G. Appl Pathol 1987;5:25-32.
- 8- Guías de manejo 2015 Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. SAPTGlyC – SOGIBA.
- 9- The New ASCCP Colposcopy Standards. Wright T. Journal of Lower Genital Tract Disease 2017;21:215.

10- ASCCP Colposcopy Standards: Role of Colposcopy, Benefits, Potential Harms, and Terminology for Colposcopic Practice. Khan M, Huh W. et al. Journal of Lower Genital Tract Disease 2017;21:223-229.

2- ¿Hay que solicitar ecografía transvaginal en mujer sana y asintomática?

No se recomienda solicitar ecografía transvaginal como parte de la rutina en paciente asintomática riesgo habitual.

3- ¿Hay que pedir marcadores tumorales?

No se recomienda solicitar marcadores tumorales como parte de la rutina en paciente asintomática riesgo habitual.

Justificación :

Ausencia de evidencia científica que haya demostrado impacto en la disminución de la mortalidad por cáncer de ovario o trompas cuando se hace ecografía transvaginal como tamizaje.

Tres trabajos randomizados multicéntricos han evaluado la ecografía TV sola o asociada al CA 125 y publicaron sus resultados de supervivencia:

UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS)

Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO)

UK Pilot Trial

	Población	Intervención	Seguimiento	Mortalidad x cáncer de ovario	Estadio Inicial	Falso positivo screening	Cirugías por FP	Complicación por cirugía
UKCTOCS (4)	Reino Unido Multicéntrico 202638 pacientes de 50 a 74 años 2001-2004	3 ramas: -Eco TV anual -CA125 secuencial y ecoTV en 2da línea -Grupo control	11 años	Similar en 3 ramas 2.9 x 10000 mujeres/año 3.0 x 10000 mujeres/año 3.3 x 10000 mujeres/año	-CA125 ROCA 36% -Eco TV 31% -Control 23%	44% rama CA125 ROCA 12% rama Eco TV	1% rama ROCA (488cx) 3.2% rama Eco TV	3% de las cx rama ROCA 3.5% de las cx rama Eco TV
PLCO (6)	USA multicéntrico	ramas: -CA 125 + eco TV anual x 4 años y 2	13 años	Similar ambas ramas	15% Rama tamizaje vs	9.6% rama multimodal	3.2% rama multimodal	15% de cx

	78216 pacientes de 55 a 74 años 1993-2010	rondas CA125 solo - Control habitual		3.1 x 10000 mujeres/año o 2.6 x 10000 mujeres año	10% rama control			
UK Pilot (7)	Reino Unido Multicéntrico o 21955 pacientes ≥45 años 1989-1998	2 ramas: -CA 125 anual durante 3 años -Control habitual	0-8 años	Sin poder para evaluar diferencias		4.2% en rama CA 125	0.2% rama CA 125	No reportado

No hay evidencia que la ecografía TV reduzca la mortalidad por cáncer de endometrio. Los estudios de cohortes han demostrado biopsias adicionales innecesarias por falsos positivos y mayor tasas de complicaciones (dolor, sangrado, infección y raramente perforación uterina) (11-12). El cáncer de endometrio presenta diagnóstico en estadios iniciales (85%) debido a que se expresa clínicamente como un sangrado anormal.

No hay sociedad científica que recomiende la realización de ecografía transvaginal si paciente sana y asintomática, riesgo habitual.

Daño potencial: mas ecografías, tomografía , resonancia, análisis de sangre, histeroscopia, cirugía , (UKCTOCS, 35 cirugías x caso diagnosticado, rama ecografía)

Comentario:

Sin comentarios...

Recomendación 2

No solicitar ecografía transvaginal como parte de la rutina en paciente asintomática riesgo habitual.

Recomendación 3

No solicitar marcadores tumorales como parte de la rutina en paciente asintomática riesgo habitual.

Bibliografía

- 1- Berek JS, Bast RC Jr. Ovarian cancer screening. The use of serial complementary tumor makers to improve sensitivity and specificity for early detection. *Cancer* 1995; 76(19):2092-6.
- 2- van Nagell JR Jr, Miller RW, DeSimone CP, Ueland FR, Podzielinski I, Goodirch ST, Elder JW, Huang B, DePriest PD, Kryscio RJ, Pavlik EJ. Long term survival of women with epithelial ovarian cancer detected by ultrasonographic screening. *Obstet Gynecol* 2011; 118(6):1212-21.
- 3- Woolas RP, Xu FJ, Jacobs IJ, YuYH, Daly L, Berchuck A, Soper JT, Clarke-Pearson DL, Oram DH, Bast RC Jr. Elevation of multiple serum makers in patients with stage I ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:1748-51.
- 4- 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.
- 5- Jacobs IJ, Menon U, Ryan J, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trail of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomized controlled trial. *Lancet* 2016;387:945-56.
- 6- Buys SS, Partridge E, Black A, et al. PLCO Proyect 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.
- 7- Jacobs Ij, Skates SJ, Mac Donald N, et al. Screening for ovarian cancer: a pilot randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1207-1210.
- 8- 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.
- 9- Kobayashi H, Yamada Y, Sado T, et al. A randomized study of screening for ovarian cancer: a multicenter study in Japan. *Int J Gynecol Cancer* 2008; 18:414-20.
- 10- Current UK national screening committee recommendations. Available at <http://legacyscreening.phe.org.uk/screening-recommendations.php>. August 2019
- 11- Colombo N, Creutzberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow up. *Ann Oncol.* 2016 Jan 27(1):16-41.
- 12- National Cancer Institute. Endometrial Cancer Screening Physician Data Query (PDQ). 2015; www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/endometrial/HealthProfessional/

4- ¿Hay que pedir estudios mamarios a mujeres menores de 40 años, riesgo habitual?

No se recomienda solicitar estudios mamarios como parte de la rutina en paciente asintomática riesgo habitual.

Justificación:

Ninguna guía de tamizaje recomienda pruebas de detección de rutina para las mujeres de riesgo promedio menores de 40 años.

No hay ensayos aleatorios de detección del cáncer de mama en menores de 40

Entre las mujeres menores de 40 años, la incidencia de cáncer de mama es baja, las características de rendimiento de la mamografía son deficientes. La baja probabilidad pretest y pobre especificidad y sensibilidad de la mamografía en menores de 40 se ven expresadas en un valor predictivo positivo de 1,3% .

Society and expert recommendations for routine mammographic screening in women at average risk

Group (date)	Frequency of screening (years)	Initiation of screening for women at average risk		
		40 to 49 years of age	50 to 69 years of age	≥70 years of age
Government-sponsored groups				
US Preventive Services Task Force (2016) ^[1]	2	Individualize*	Yes	Yes, to age 74
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2018) ^[2]	2 to 3	Recommend against*	Yes	Yes, to age 74
National Health Service, United Kingdom (2018) ^[3]	3	Yes, start age 47	Yes	Yes, to age 73
Royal Australian College of General Practitioners (2018) ^[4]	2	No	Yes	Yes, to age 74
Medical societies				
American College of Obstetricians and Gynecologists (2017) ^[5]	1 to 2 [†]	Individualize*	Yes	Yes, to at least age 75 [¶]
American College of Physicians (2019) ^[6]	2	Individualize*	Yes	Yes, to age 74
American Academy of Family Physicians (2019) ^[7]	2	Individualize*	Yes	Yes, to age 74
American Cancer Society (2015) ^[8]	1 year age 45 to 54 1 to 2 years age ≥55	Individualize* through age 44 Yes, start age 45	Yes	Yes ^Δ
American College of Radiology (2017) ^[9]	1	Yes	Yes	Yes [◊]
Coalitions				
National Comprehensive Cancer Network (2018) ^[10]	1	Yes	Yes	Yes

* Women should be counseled about the harms and benefits of mammography; individualized decisions should include shared decision-making based on risks, benefits, patient values and preferences.

¶ Decision to discontinue screening mammography should be based on a shared decision-making process informed by the woman's health status and longevity.

Δ If in good health and life expectancy >10 years.

◊ Individualize to current health and life expectancy; if a woman is in reasonably good health and would be a candidate for treatment, then should continue screening.

References:

1. US Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2016; 164:279.
2. Canadian Task Force on Preventive Health Care, 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:E1441.
3. National Health Service. When it's offered: Breast cancer screening. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-screening/when-its-offered/> (Accessed on June 18, 2019).
4. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice, 9th ed, East Melbourne, RACGP 2018.
5. 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.
6. 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.
7. American Academy of Family Physicians. Clinical preventive service recommendation: Breast cancer. Available at: www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/breast-cancer.html (Accessed on June 27, 2019).
8. 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; 314:1599.
9. Mainiero MB, Lourenco A, Mahoney MC, et al. ACR Appropriateness Criteria Breast Cancer Screening. *J Am Coll Radiol* 2013; 10:11.
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology: Breast cancer version 2. 2018.

UpToDate®

Daño potencial: clasificación errónea, falsos positivos, mamografías , resonancia, tomosíntesis, consultas, biopsias, cirugías, sobretratamiento

Recomendación 4

No solicitar estudios mamarios en mujeres menores de 40 años riesgo habitual.

Bibliografía

- 1- Welch HG, Prorok PC, O'Malley AJ, Kramer BS. Breast-Cancer Tumor Size, Overdiagnosis, and Mammography Screening Effectiveness. *N Engl J Med* 2016; 375:1438.
- 2- Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med* 2012; 367:1998.
- 3- Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2011; 343:d4411.
- 4- Harris R, Yeatts J, Kinsinger L. Breast cancer screening for women ages 50 to 69 years a systematic review of observational evidence. *Prev Med* 2011; 53:108.
- 5- Plevritis SK, Munoz D, Kurian AW, et al. Association of Screening and Treatment With Breast Cancer Mortality by Molecular Subtype in US Women, 2000-2012. *JAMA* 2018; 319:154.
- 6- Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA* 2015; 314:1599.
- 7- Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2016; 164:279.
- 8- Armstrong K, Moye E, Williams S, et al. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146:516.
- 9- Nelson HD, Tyne K, Naik A, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151:727.
- 10- Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA* 2015; 314:1615.
- 11- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Tonelli M, Connor Gorber S, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ* 2011; 183:1991.
- 12- Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A, High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015; 162:718.
- 13- Bevers TB, Anderson BO, Bonaccio E, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer screening and diagnosis. *J Natl Compr Canc Netw* 2009; 7:1060.
- 14- Practice Bulletin Number 179: Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. *Obstet Gynecol* 2017; 130:e1.
- 15- RACGP. Guidelines for preventive activities in general practice, breast cancer www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook/9-early-detection-of-cancers/93-breast-cancer/ (Accessed on December 05, 2017).
- 16- NHS England Department of Health. Public health functions to be exercised by NHS England. Public Health Policy and Strategy Unit, Department of Health 2013 www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192971/S7A_VARIATION_2013-14_FINAL_130417.pdf
- 17- American Academy of Family Physicians. Clinical Preventive Service Recommendation: Breast Cancer www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/breast-cancer.html (Accessed on December 05, 2017).
- 18- Yankaskas BC, Haneuse S, Kapp JM, et al. Performance of first mammography examination in women younger than 40 years. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102:692.

- 19- Nelson HD, Fu R, Cantor A, et al. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med* 2016; 164:244.
- 20- Moss SM, Cuckle H, Evans A, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368:2053.
- 21- Keating NL, Pace LE. New Guidelines for Breast Cancer Screening in US Women. *JAMA* 2015; 314:1569.
- 22- Miglioretti DL, Zhu W, Kerlikowske K, et al. Breast Tumor Prognostic Characteristics and Biennial vs Annual Mammography, Age, and Menopausal Status. *JAMA Oncol* 2015; 1:1069.
- 23- American Academy of Family Physicians. clinical recommendations <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/breast-cancer.html>.
- 24- Qaseem A, Snow V, Sherif K, et al. Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146:511.
- 25- US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 151:716.
- 26- Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 2001; 285:2750.
- 27- Schonberg MA, Kistler CE, Pinheiro A, et al. Effect of a Mammography Screening Decision Aid for Women 75 Years and Older: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2020; 180:831.
- 28- Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: a review. *JAMA* 2014; 311:1336.
- 29- van Dijck JA, Holland R, Verbeek AL, et al. Efficacy of mammographic screening of the elderly: a case-referent study in the Nijmegen program in The Netherlands. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86:934.
- 30- Van Dijck JA, Verbeek AL, Beex LV, et al. Mammographic screening after the age of 65 years: evidence for a reduction in breast cancer mortality. *Int J Cancer* 1996; 66:727.
- 31- García-Albéniz X, Hernán MA, Logan RW, et al. Continuation of Annual Screening Mammography and Breast Cancer Mortality in Women Older Than 70 Years. *Ann Intern Med* 2020; 172:381.
- 32- Schonberg MA, Silliman RA, Marcantonio ER. Weighing the benefits and burdens of mammography screening among women age 80 years or older. *J Clin Oncol* 2009; 27:1774.
- 33- Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53:141.
- 34- World Health Organization. Breast cancer: prevention and control; 2015. <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/> (Accessed on July 27, 2015).
- 35- Mandelblatt JS, Stout NK, Schechter CB, et al. Collaborative Modeling of the Benefits and Harms Associated With Different U.S. Breast Cancer Screening Strategies. *Ann Intern Med* 2016; 164:215.

5- ¿Hay que pedir vitamina D en mujer sana, asintomática?

No se recomienda solicitar dosaje de vitamina D como parte de la rutina en paciente asintomática riesgo habitual.

Justificación:

No se ha demostrado que el tratamiento de individuos asintomáticos con déficit de vitamina D haya tenido un impacto beneficioso en ningún aspecto de la salud, tales como : enfermedad cardio vascular, cáncer, caídas, mortalidad, fracturas, ni tono muscular.

No hay consenso sobre el valor normal de 25 OH D

La medición de vitamina D no está estandarizada: es variable por diferentes métodos y entre los distintos laboratorios.

No está determinado qué significación clínica tiene el resultado bajo ni como debería ser su seguimiento

Enfermedad cardiovascular y cáncer

El estudio VITAL (7) fue un ensayo clínico aleatorizado controlado con placebo de vitamina D3 (colecalfierol, 2000 UI / día) y ácidos grasos omega-3 (1 g / día) para evaluar el rol de la vitamina D en la prevención del cáncer y las enfermedades cardiovasculares. El HR para las muertes por todas las causas fue 0,99 (0,87-1,12). Los autores concluyen que la suplementación con vitamina D no redujo ni la incidencia de cáncer invasivo ni el desarrollo de eventos cardiovasculares

El estudio VIDA (8) fue un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que reclutó a participantes de la comunidad, entre 50 a 84 años, con el objetivo de evaluar si la suplementación mensual con vitamina D previene el desarrollo de ECV en la población general. concluyo que la suplementación mensual con estas dosis de vitamina D no previene las enfermedades cardiovasculares y no recomiendan usar suplementos de vitamina D mensuales para este En un análisis post hoc se concluyó que los suplementos de vitamina D mensuales tampoco contribuyeron a la prevención del desarrollo de cáncer.

Todas las causas de mortalidad

La USPSTF reunió la evidencia disponible, y se incluyeron 8 ECCAs y un estudio de casos y controles anidados. En un análisis conjunto de los 8 ensayos (n = 2006), no hubo diferencias en la mortalidad por todas las causas en personas asignadas al azar al tratamiento con vitamina D en comparación con placebo (RR 1,13 IC del 95%, 0,39-3,28).

Osteomuscular (fracturas, caídas, densidad mineral ósea y tono muscular)

FRACTURAS:

En un metaanálisis reciente que investigó si el calcio, la vitamina D o los suplementos combinados se asocian con una menor incidencia de fracturas en los adultos mayores de la comunidad, se incluyó un total de 33 ECCAs con 51.145 participantes. No se observó una asociación significativa de estos compuestos con el riesgo de fractura de cadera en comparación con placebo (vitamina D: RR 1,21 IC del 95%, 0,99 a 1,47); diferencia de riesgo absoluto, 0,00 (IC del 95%, -0,00 a 0,01). No se encontraron asociaciones significativas entre estos compuestos y la incidencia de fracturas no vertebrales, vertebrales o totales. Los análisis de subgrupos mostraron que estos resultados fueron generalmente consistentes independientemente de la dosis de calcio o vitamina D, el sexo, el historial de fracturas, la ingesta de calcio en la dieta y la concentración sérica inicial de 25-OH D (10)

La revisión más reciente de Cochrane incluyó 53 ensayos con un total de 91 791 participantes. La misma establece que existe evidencia de alta calidad de que es poco probable que la vitamina D sola sea efectiva para prevenir la fractura de cadera (11 ensayos, 27693 participantes; CR 1,12; IC del 95%: 0,98 a 1,29) o cualquier nueva fractura (15 ensayos, 28271 participantes; RR 1,03; IC del 95%: 0,96 a 1,11) (11)

CAIDAS

La USPSTF reunió la evidencia disponible en relación a las caídas y se incluyeron 9 ensayos que informaron resultados de caídas adultos de la comunidad. Un análisis agrupado de 6 ensayos no halló asociación entre el tratamiento con vitamina D y las caídas (RR, 0,90 IC del 95%, 0,75-1,08), mientras que un análisis agrupado de 5 ensayos encontró, paradójicamente, una asociación significativa entre el tratamiento con vitamina D y mayor frecuencia de caídas (tasa de incidencia, 0,76 IC del 95%, 0,57-0,94). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los participantes asignados al azar a vitamina D o placebo entre el subgrupo de participantes con niveles iniciales de vitamina D de menos de 12 ng / mL (OR ajustado, 1.03 IC 95%, 0.59-1.79) comprado con aquellos con niveles entre 12 y 20 ng / mL (OR ajustado, 1,13 95% CI, 0,87-1,48) (1)

FUERZA, TONO Y MASA MUSCULAR, tampoco se encontró evidencia de un impacto beneficioso de la vitamina D. La NIH 2021 menciona 2 ensayos clínicos en los cuales se asignaron distintas dosis de vitamina D vs placebo y los grupos no mostraron diferencias significativas en las medidas de fuerza muscular o rendimiento (1)

Daño potencial? Económico. Clasificación errónea,

Comentarios:

No hay ninguna evidencia actualizada que avale el screening de vitamina en la población adulta sana. Consideramos que se ha creado una “pseudo enfermedad” que es fomentada por laboratorios, pacientes, departamentos de salud pública, fabricantes de alimentos y organizaciones benéficas, basado en la vieja creencia de que existe una píldora milagrosa para sentir que "estamos haciendo algo". Entendemos, sin embargo, que las decisiones clínicas envuelven más consideraciones que la evidencia por sí sola. La manera en que se ponen en juego estas variables (dentro de las cuales se encuentra la demanda del propio paciente) y cómo manejarlo en el consultorio del día a día, es el desafío.

Recomendación 5

No dosar vitamina D en mujer adulta sana asintomática

Bibliografía

- 1) 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
- 2) Rabenberg M, Scheidt-Nave C, Busch M y col. Implications of standardization of serum 25-hydroxyvitamin D data for the evaluation of vitamin D status in Germany, including a temporal analysis. Rabenberg et al. BMC Public Health 2018; 18:845; <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5769-y>
- 3) LeFevre M & LeFevre N. Vitamin D Screening and Supplementation in Community-Dwelling Adults: Common Questions and Answers. Am Fam Physician. 2018;97(4):254-260.
- 4) NIH <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/>. Acceso: junio 2021

6- ¿Hay que solicitar DMO en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años sin factores de riesgo?

No se recomienda solicitar DMO antes de los 65 años en mujeres postmenopáusicas sanas sin riesgo aumentado de fracturas.

Justificación:

Si una mujer posmenopáusica reciente tiene un riesgo de fractura bajo (determinado clínicamente y por FRAX), la DMO no agrega ninguna información para la toma de decisiones.

No hay ninguna evidencia actualizada que avale el pedido de DMO en las mujeres postmenopáusicas sanas menores de 65 años y sin riesgo aumentado de fracturas. DMO no es un estudio costo efectivo en pacientes jóvenes y de bajo riesgo.

Todas las guías recomiendan comenzar tamizaje para osteoporosis a los 65 en mujeres sin factores de riesgo , no antes

Daños potencial? Económico, clasificación errónea, medicación, consultas, nuevas densitometría, análisis de sangre.

Comentarios : Se recomienda la evaluación de riesgo con herramientas de cálculo en mujeres postmenopáusicas menores de 65 años con al menos 1 factor de riesgo (antecedentes de fractura de cadera en alguno de los padres, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, IMC menor a 20, fracturas después de los 50 años, exposición prolongada a corticosteroides,)

RECOMENDACIÓN 6

No solicitar DMO antes de los 65 años en mujeres postmenopáusicas sanas sin riesgo aumentado de fracturas.

Bibliografía

- 1) Tough DeSapri K & Brook R. To scan or not to scan? DXA in postmenopausal women. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2020; 87(4):205-210; doi: 10.3949/ccjm.87a.18136
- 2) 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
- 3) Shepstone L, Lenaghan E, Cooper C y col. Screening in the community to reduce fractures in older women (SCOOP): a randomised controlled trial. Lancet 2018; 391: 741–47
- 4) Turner D, Fong Soe Khioe R, Shepstone L y col. The cost-effectiveness of screening in the community to reduce osteoporotic fractures in older women in the UK: economic evaluation of the SCOOP study. J Bone Miner Res. 2018; 33(5): 845–851. doi:10.1002/jbmr.3381.
- 5) Rubin K, Rothmann M, Holmberg T y col. Effectiveness of a two-step population-based osteoporosis screening program using FRAX: the randomized Risk-stratified Osteoporosis Strategy Evaluation (ROSE) study. Osteoporosis International 2018; 29:567–578; <https://doi.org/10.1007/s00198-017-4326-3>
- 6) Merlijn T, Swart K, van Schoor N y col. The Effect of a Screening and Treatment Program for the Prevention of Fractures in Older Women: A Randomized Pragmatic Trial. J Bone Miner Res. 2019;34(11):1993-2000. doi: 10.1002/jbmr.3815. Epub 2019 Aug 1. PMID: 31220365; PMCID: PMC6900199.
- 7) Merlijn T, Swart K, van der Horst H y col. Fracture prevention by screening for high fracture risk: a systematic review and meta-analysis. Osteoporosis International 2020; 31:251 257; <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05226-w>
- 8) Camacho P, Petak S, Binkley N y col. American association of clinical endocrinologists/American college of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis - 2020 Update. Postmenopausal Osteoporosis Guidelines. Endocr Pract. 2020; 26(Suppl 1)
- 9) Compston J, Cooper A, Cooper C y col. UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Arch Osteoporos 2017; 12: 43; doi: 10.1007/s11657-017-0324-5
- 10) Crandall C & Ensrud K. Osteoporosis Screening in Younger Postmenopausal Women. JAMA 2020; 323 (4): 367-8
- 11) Chao A, Chen F, Lin Y y col. Application of the World Health Organization Fracture Risk Assessment Tool to predict need for dual-energy X-ray absorptiometry scanning in postmenopausal women. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015;54(6):722-5. doi: 10.1016/j.tjog.2015.10.005. PMID: 26700992.
- 12) Dagan N, Cohen-Stavi C, Leventer-Roberts M y col. External validation and comparison of three prediction tools for risk of osteoporotic fractures using data from population based electronic health records: retrospective cohort study. BMJ 2017;356:i6755: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i6755>

- 13) American Association of Family Physicians. Choosing wisely: DEXA for osteoporosis. <https://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/cw-osteoporosis.html>. Acceso: junio 2021
- 14) 2019 ISCD Official Positions adults; www.ISCD.org. Acceso: junio 2021
- 15) Cosman F, de Beur S, LeBoff M y col. Guía del Médico para la Prevención y el Tratamiento de la Osteoporosis. *Osteoporos Int* 2014; doi: 10.1007/s00198-014-2794-2
- 16) ACOG Practice Bulletin N. 129. Osteoporosis. Practice Guideline . *Obstet Gynecol.* 2012;120(3):718-34. doi: 10.1097/AOG.0b013e31826dc446
- 17) Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2010;17(1):25-54; quiz 55-6. doi: 10.1097/gme.0b013e3181c617e6. PMID: 20061894.
- 18) Papaioannou A, Morin S, Cheung A y col. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ* 2010. DOI:10.1503/cmaj.100771
- 19) Lim L, Hoeksema L, Sherin K y col. ACPM Prevention Practice Committee. Screening for osteoporosis in the adult U.S. population: ACPM position statement on preventive practice. *Am J Prev Med.* 2009;36(4):366-75. doi: 10.1016/j.amepre.2009.01.013. PMID: 19285200.