

V. Desarrollo de las preguntas y recomendaciones

Pregunta 1: En mujeres asintomáticas, ¿se debería realizar autoexamen de mamas (AEM) rutinario como herramienta de tamizaje de cáncer de mama?

Introducción

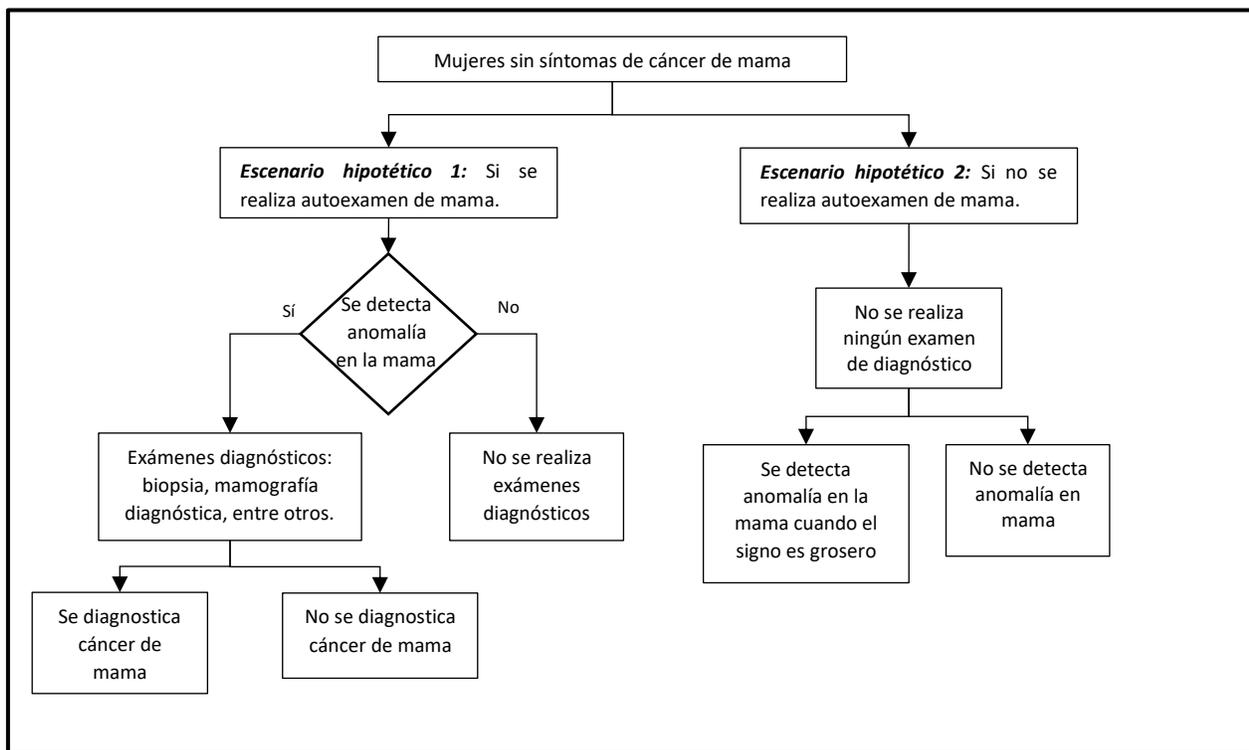
Se han propuesto diferentes estrategias para la realización del tamizaje de cáncer de mama. Una de ellas es el autoexamen de las mamas (AEM) que incluye inspección y palpación de toda la mama y la axila, el cual debe ser realizado de manera correcta, regular y sistemática por las mujeres (16). Se ha postulado que esta estrategia podría ser menos dañina que la mamografía dado que se detectarían menos tumores que no se convierten en lesiones invasivas y, por ende, menos intervenciones innecesarias; además, no se necesita de ningún recurso tecnológico ni recurso humano adicional (16).

El flujo de las mujeres que realizan tamizaje de cáncer de mama con AEM se puede resumir de la siguiente manera: al hallarse signos de anomalía en la mama, la mujer contacta al profesional de salud que la examina y este decide qué exámenes diagnósticos solicitar.

Las mujeres que practican AEM diligentemente tiene más probabilidad de encontrar tumores que las que no lo practican; sin embargo, aún es incierto si esto deriva en disminución de muertes por cáncer de mama (17), dado que los hallazgos pueden ser falsos positivos llevando a la mujer en exámenes complementarios e incluso tratamientos innecesarios. O si las mujeres detectan el cáncer en una etapa temprana de la enfermedad o no.

A continuación, se plantea los escenarios hipotéticos sobre la prueba de tamizaje con AEM y sus consecuencias:

Figura 1. Escenarios hipotéticos del uso de autoexamen de mama para tamizaje de cáncer de mama



Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
1.1	Mujeres sin síntomas de cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> • Escenario hipotético 1: realiza AEM rutinario / • Escenario hipotético 2: No realiza AEM rutinario ni ningún otro examen de tamizaje regular 	<p><u>Críticos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cáncer de mama • Mortalidad general • Sobre diagnóstico • Sobre tratamiento • Calidad de Vida • Biopsias con resultado benigno <p><u>Importante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad por falso positivo • Detección de cáncer <p><u>Subrogados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad (VP + FN) • Especificidad (VN + FP)

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**). Priorizando inicialmente ensayos clínicos aleatorizados y, de no encontrarlos, estudios de exactitud diagnóstica.

Se encontró que la guía de Canadá realizó una RS para responder a esta pregunta, Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPH) 2017 (18). Además, se encontraron dos RS publicada como artículo científico: Kösters 2010 (16) y Nelson 2009 (19). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
RS de la GPC CANADA 2017	7/11	4 de enero de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cáncer de mama (1 ECA) • Mortalidad general (2 ECA)
Kösters 2010	4/12	Actualizada a 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cáncer de mama (2 ECA) • Mortalidad general (1 ECA) • Biopsia con histología benigna (2 ECA)
Nelson 2009 *	3/11	Diciembre de 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cáncer de mama (1 ECA) • Mortalidad general (1 ECA) • Biopsia con histología benigna (2 ECA)

*Esta RS no realiza MA

Evidencia por cada desenlace:

PICO 1.1: Realización de autoexamen de mama vs No realización de autoexamen de mama ningún otro método de tamizaje regular:

Clínicos

- Sobrediagnóstico, sobretratamiento, calidad de vida y ansiedad por falso positivo
 - No se encontraron estudios que evaluaron los desenlaces priorizados
- Mortalidad general
 - Se decidió no presentar los resultados de este desenlace debido a que había discrepancias entre los resultados de las tres RS halladas.

En el siguiente cuadro se detalla los datos reportados por las RS encontradas. Como se observa, cada RS incluyó diferentes estudios para cada desenlace y los datos que proporcionaron para cada uno de ellos no era coherente con los datos que las otra RS reportaba.

Mortalidad General			
ECA incluidos	RS de Nelson 2009	RS de GPC de Canadá 2017	RS de Kösters 2010
Thomas 2002		x 1.07 (0.88 - 1.30)	x 0.90 (0.87 - 0.93)

Semigalsov 2003	x	1.07 (95% CI 0.88-1.29)	x	0.90 (0.87 - 0.93)		
-----------------	---	-------------------------	---	--------------------	--	--

Mortalidad por cáncer de mama						
ECA incluidos		RS de Nelson2009		RS de GPC de Canadá 2017		RS de Kösters 2010
Thomas 2002	x	1.03 (95% CI 0.81-1.31)	x	RR 1.03 (0.81 - 1.31)	x	1.03 (0.81 - 1.31)
Semigalsov 2003					x	1.07 (0.86 - 1.34)

- Mortalidad por cáncer de mama
 - Para este desenlace se contó con tres RS: de la guía Canadá 2017, Nelson 2009 y Kösters 2003.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Canadá 2017**, debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente. Se descartó la RS de Kösters 2003, ya que a pesar que presenta más ECA (como se observa en el cuadro anterior) para este desenlace; el dato reportado para ese ECA adicional no es coherente con las otras dos RS que lo reportaron como mortalidad general y no como mortalidad por cáncer de mama.
 - Para este desenlace, la RS de **Canadá 2017** incluyó 1 ECA (n= 266,064). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres trabajadoras en Shanghai Textile Industry Bureau (STIB) cuando el estudio comenzó en 1988.
 - **El escenario clínico** fue ambulatorio
 - **La intervención** fue Instrucción sobre autoexamen de mama con ayudas visuales. Se enseñó una técnica de AEM de tres pasos que incluía la inspección frente a un espejo en busca de evidencia de asimetría y hoyuelos y palpación en ambas posiciones, de pie y acostado, con el brazo ipsilateral por encima de la cabeza. La instrucción de palpación enfatizó el uso de un movimiento circular con las yemas de los tres dedos medios mientras se presiona firmemente, la cobertura sistemática de todo el seno con un patrón de búsqueda circular, la palpación de la axila y la compresión del pezón para detectar cualquier secreción. Las sesiones también incluyeron una discusión grupal sobre las barreras percibidas para la práctica regular de AEM y terminaron con instrucción y práctica individual por parte de cada mujer en modelos de senos de silicona y luego en sí mismas. Se dieron sesiones posteriores en los años de 1990 a1992, y de 1993 a 1995, además de regulares sesiones de refuerzo y evaluaciones periódicas de la técnica usada.
 - **El comparador** fue no participar de estas sesiones. A ninguno de los dos grupos se les ofreció mamografía.
 - **El desenlace** de mortalidad por cáncer de mama fue definido como el fallecimiento debido al cáncer de mama. El tiempo de seguimiento fue de 10 años.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de **Canadá 2017** debido a que su búsqueda fue reciente (4 de enero de 2017), y porque en base a la búsqueda en guías y revisiones actuales, no hay indicios de nuevos ECA que modifiquen el resultado.

- Biopsia con histología benigna
 - Para este desenlace se contó con dos RS: de Nelson 2009 y Kösters 2003.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Kösters 2003**, debido a que fue la de mayor calidad metodológica y haber hecho metanálisis.
 - Para este desenlace, la RS de **Kösters 2003** incluyó 2 ECA (n= 388,535). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres trabajadoras en Shanghai Textile Industry Bureau (STIB) cuando el estudio comenzó en 1988 (como lo señalado en el párrafo anterior) y mujeres de la población general (no se tiene detalle de la población de uno de los estudios).
 - **El escenario clínico** fue ambulatorio
 - **La intervención** fue Instrucción sobre autoexamen de mama con ayudas visuales, realizadas por profesionales. Se animaba a las mujeres a realizarlo una vez al mes.
 - **El comparador** fue no participar de estas sesiones. A ninguno de los dos grupos se les ofreció mamografía.
 - **El desenlace** de biopsia con histología benigna fue definido como el número de biopsias realizadas por haberse hallado alguna anomalía en el AEM con resultado negativo para cáncer de mama.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de **Kösters 2003** porque en base a la búsqueda en guías y revisiones actuales, no hay indicios de nuevos ECA que modifiquen el resultado.

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings - SoF):

Población: Mujeres sin síntomas de cáncer de mama Intervención: Autoexamen de mamas Comparador: No realizar autoexamen de mama Autores: Naysha Becerra-Chauca Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad por cáncer de mama: GPC Canadá 2017 (18) ● Biopsia con histología benigna (Falso positivo): RS de Kösters 2003 (16) 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención:	Comparador:	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cáncer de mama (10 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=266 064)	135/132979 (0.1%)	131/133085 (0.1%)	RR: 1.03 (0.81 a 1.31)	-	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Al realizar el autoexamen de mamas como tamizaje de cáncer de mamas en lugar de no hacerlo, probablemente no modificaremos la mortalidad por cáncer de mama.
Biopsia con resultado benigno (10 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=388 535)	3406/190691 (1.79%)	1856/197844 (0.940%)	RR: 1.88 (1.77 a 1.99)	8 más por 1,000 (de 7 más a 9 más)	⊕⊕○○ BAJA ^b	Por cada 1000 mujeres que realicen autoexamen de mamas en lugar de no hacerlo, podría ser que aumenten en 8 biopsia con histología benigna (IC 95%: 7 a 9).
Mortalidad general	CRÍTICO	La evidencia era confusa e incoherente entre las RS.						
Calidad de Vida	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Sobre diagnóstico	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Sobre tratamiento	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						

IC: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo, **DM:** Diferencia de medias

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

**Efecto relativo de la comparación indirecta/mixta

Explicaciones de la certeza de evidencia:

a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo debido a que el estudio tenía riesgo incierto en aleatorización y ocultamiento de asignación y alto riesgo de sesgo en datos incompletos.

b. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo debido a que menos del 50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

Pregunta 1.1: En mujeres, ¿se debería realizar autoexamen de mamas (AEM) como herramienta única de tamizaje de cáncer de mama?	
Población:	Mujeres sin síntomas de cáncer de mama
Intervención:	Autoexamen de mama
Comparador:	No autoexamen de mama ni ningún otro método de tamizaje regular
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cáncer de mama • Mortalidad general • Sobre diagnóstico • Sobre tratamiento • Calidad de Vida • Biopsias con resultado benigno • Ansiedad por falso positivo
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:							
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró que el beneficio fue trivial (puesto que no se encontraron efectos sobre mortalidad por cáncer de mama y no se tiene información sobre mortalidad general, ni calidad de vida)	
	Mortalidad por cáncer de mama (10 años)	1 ECA	RR: 1.03 (0.81 a 1.31)	-	MODERADA ⊕⊕⊕○		
	Mortalidad general	La evidencia era confusa e incoherente entre las RS.					
	Calidad de Vida	No se encontró evidencia para este desenlace.					
En resumen, en <i>mujeres sin síntomas de cáncer de mama</i> , por cada 1000 personas que realicen autoexamen de mamas en lugar de no hacerlo: <ul style="list-style-type: none"> ● Probablemente no modificaremos el riesgo de mortalidad por cáncer de mama. ● En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de mortalidad general ni calidad de vida. 							
Daños:							
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ● Pequeño ○ Trivial ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró que el daño fue pequeño (puesto que los efectos sobre la cantidad de biopsias con resultado benigno fueron de 8 en 1000).	
	Biopsia con resultado benigno (10 años)	2 ECA	RR: 1.88 (1.77 a 1.99)	8 más por 1,000 (de 7 más a 9 más)	BAJA ⊕⊕○○		
	Sobre diagnóstico	No se encontró evidencia para este desenlace.					
	Sobre tratamiento	No se encontró evidencia para este desenlace.					
En resumen, en <i>mujeres sin síntomas de cáncer de mama</i> , por cada 1000 personas que realicen autoexamen de mamas en lugar de no hacerlo: <ul style="list-style-type: none"> ● Posiblemente causaremos 8 casos más de biopsias con resultado benigno (IC 95%: +15 a +25). ● En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de sobrediagnóstico ni sobretratamiento. 							
Certeza de la evidencia:							
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No se evaluaron estudios 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia		Certeza			
	Mortalidad por cáncer de mama (10 años)	CRÍTICO		⊕⊕⊕○ MODERADA ^a			

	Biopsia con resultado benigno (10 años)	CRÍTICO		
<p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo debido a que el estudio tenía riesgo incierto en aleatorización y ocultamiento de asignación y alto riesgo de sesgo en datos incompletos.</p> <p>b. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo debido a que menos del 50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.</p>				
<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad por cáncer de mama y biopsia con resultado benigno), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>				
Desenlaces importantes para los pacientes:				
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ● Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí 			<p>No se realizó una búsqueda específica para la valoración que les dan las mujeres a los desenlaces buscados. Sin embargo, la GPC de la unión europea presente estudios que señalan que los falsos positivos son aceptables para las mujeres; sin embargo, muestra preocupación dado que se desconoce de la calidad de información que se les proporcionó a las mujeres y por sesgo en la selección de las participantes en ese estudio (20). El GEG debatió este punto, y uno de sus miembros consideró que las biopsias con resultado benigno no serían consideradas importantes por las mujeres.</p> <p>Por otro lado, no se han evaluados desenlaces de mortalidad general, sobrediagnóstico, sobretratamiento, calidad de vida ni detección de cáncer de mama.</p> <p>Por ende, el GEG considera que probablemente no contó con evidencia de los desenlaces importantes para los pacientes.</p>	
Balance de los efectos:				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ● No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce 			<p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance no favorece a la intervención ni al comparador.</p>	
Uso de recursos:				

¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos elevados ● Costos moderados ○ Intervención y comparador cuestan similar ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>La intervención (autoexamen de mama) requiere que el profesional de la salud tenga una charla con el paciente o se promueva a través de medios masivos o a través de continuas intervenciones educativas lo que resulta difícil establecer los costos de esta intervención. Sin embargo, el GEG consideró que estos serían moderados</p>
Equidad: ¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará Equidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ● Probablemente reducido ○ Probablemente no tenga impacto ○ Probablemente incremente la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>El GEG consideró que aplicar un programa de tamizaje del que no se ha encontrado beneficios probablemente reduzca la equidad debido a que las mujeres con cáncer de mama temprano, no accederían a tratamiento oportuno.</p>
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí ● Varía ○ Se desconoce 		<p>Personal de salud: El GEG considera que la aceptabilidad variaría, debido que el autoexamen de mama involucra la educación constante y detallada de la mujer, y dado la carga laboral en ciertos establecimientos, añadido al hecho de que es una estrategia no efectiva, no todos estarían de acuerdo invertir el escaso tiempo de consulta para realizar esta intervención.</p> <p>Pacientes: El GEG considera que debido a que no se necesita de recurso humano o tecnológico adicional para la realización de este tamizaje, sería aceptado por las mujeres, pero dado que es una actividad que debe ser realizada mensualmente de manera sistemática y meticulosa, y que la responsabilidad cae enteramente en la mujer, es posible que algunas mujeres no lo acepten, por ende, el GEG también considera que la aceptabilidad variaría.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí 		<p>El auto examen de mamas es una intervención que depende de la mujer; sin embargo, implica una intervención educativa masiva previa. Dado que actualmente se dan este tipo de</p>

o Varía o Se desconoce		intervenciones en EsSalud, el GEG considera que probablemente sí sería factible.
---------------------------	--	---

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIO	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑO	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduzca la equidad	Probablemente reduzca la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: Debido que el autoexamen de mama no presentó beneficios sobre la mortalidad por cáncer de mama, e incluso tuvo pequeños efectos adversos el GEG consideró emitir una recomendación en contra del uso de esta estrategia como tamizaje de cáncer de mama.</p> <p>Fuerza: A pesar de que la certeza de la evidencia fue baja, dar la intervención implicaría costos moderados y reduciría la equidad, el GEG acordó emitir una recomendación fuerte.</p>	<p>El autoexamen rutinario de mamas no ha mostrado disminuir la mortalidad, pero sí aumentar el número de biopsias. Por ello, recomendamos que el autoexamen no se indique de manera sistemática como estrategia de tamizaje.</p> <p>Recomendación fuerte en contra</p> <p>Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
<p>El GEG considera que cualquier estrategia de tamizaje de cáncer de mama depende de la participación de la mujer, por lo que es importante que tengan el conocimiento, las habilidades y la confianza para “mirar y sentir” sus mamas para que conozcan que es normal y qué cambios deben monitorizar y examinar (21, 22). Esto implica que la mujer entienda qué significan esos cambios y consulten al especialista cuando sea necesario (23). A esto se le conoce como “Toma de conciencia sobre cáncer de mama”</p> <p>Así mismo, otros autores incluyen la información sobre factores de riesgo de cáncer de mama en la definición de “toma de conciencia de cáncer de mama” (24).</p>	<p>Se debe promover la toma de conciencia sobre el cáncer de mama, es decir aumentar la percepción de la seriedad de esta condición. Para ello, se debe promover el autoconocimiento (“mirar y sentir”) de la morfología normal de sus mamas, con el objetivo de percatarse de cambios sospechosos y motivar a que acudan al establecimiento de salud cuando los detectan.</p> <p>Los cambios sospechosos más comunes son: masas palpables que persisten más de un ciclo menstrual, secreciones sospechosas, engrosamiento asimétrico, cambios en la piel (eczemas, piel de naranja, eritema, escoriación del pezón y úlceras), cambios en la forma del pezón y masa axilar.</p> <p>Además, se debe brindar información sobre los síntomas del cáncer de mama y sus factores de riesgo, así como promover comportamientos preventivos, incluyendo la actividad física y el consumo de frutas y verduras.</p>