

## V. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES

### V.1 **Pregunta 1. En mujeres asintomáticas de 40 a 69 años con bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama ¿se debería realizar examen clínico de mama regular y periódico como herramienta de tamizaje de cáncer de mama?**

#### **Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
1	Población general de mujeres	Realizar examen clínico de mama regular y periódico / No realizar examen clínico de mama regular y periódico	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Mortalidad por cáncer de mama</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Incidencia de cáncer de mama</li> <li>• Sobrediagnóstico</li> <li>• Falsos positivos</li> <li>• Ansiedad por falso positivo</li> <li>• Biopsia por falso positivo</li> </ul> <p>Subrogados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exactitud diagnóstica (S, E, VPP, VPN)</li> </ul>

#### **Búsqueda de RS:**

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG. Al no encontrarse ninguna RS, se realizó una búsqueda de novo de ECA (**Anexo N° 2**).

La búsqueda sistemática identificó dos revisiones sistemáticas (RS) (23, 24) que abordaron esta pregunta. Se decidió elegir la RS de Nelson 2009 (24) considerando que tenía una mejor calidad metodológica. Se decidió actualizar la búsqueda de ensayos clínicos aleatorios (ECA) a partir de la fecha de búsqueda de la RS seleccionada (01 de diciembre 2008). En total, dos ECA contribuyeron con resultados para los desenlaces de esta pregunta: Mittra et al 2021 (25) hallado a través de la actualización de la búsqueda y Pisani et al 2005 (26) identificado en la RS de Nelson 2009 (24). Todos los estudios incluyeron una población de mujeres entre los 35–64 años con un riesgo promedio de cáncer de mama. Los resultados de la evaluación de la calidad y/o riesgo de sesgo de la evidencia identificada están disponibles en el **Anexo N° 3**.

Sólo un ECA informó el efecto del examen clínico sobre la mortalidad por todas las causas, cáncer de mama, incidencia de la enfermedad (25). Mientras que los dos ECA reportaron estimaciones para el desenlace de falso positivo (25, 26). Ningún estudio informó sobre el desenlace de calidad de vida, biopsia innecesaria por falso positivo, o ansiedad por falso positivo.

## Evidencia por cada desenlace:

### a. Efectos deseables

Sólo un estudio reportó estimaciones para alguno de los desenlaces de efectos deseables, identificando que el examen clínico probablemente reduciría el riesgo de mortalidad por cualquier causa (IRR 0.95, IC 95% 0.81 – 1.10; 59 muertes menos por 100 000, de 222 menos a 117 más; n=151 274; certeza de la evidencia moderada), mortalidad por cáncer de mama (IRR 0.85, IC 95% 0.71 – 1.0; 3 menos por 100 000, 6 menos a 0 más; n=151 274; certeza de la evidencia moderada), e incidencia de cáncer de mama (IRR 0.97, IC95% 0.87 – 1.09; 2 menos por 100 000, 8 menos a 5 más; n=151 274; certeza de la evidencia moderada); sin embargo, las estimaciones fueron imprecisas.

En base a lo presentado, no hubo unanimidad en la decisión sobre la magnitud de los efectos deseables. Un grupo minoritario pero importante señaló que los efectos son moderados o incluso grandes; sin embargo, al considerar una perspectiva poblacional y la necesidad de emitir un juicio en torno a cuán grande es el efecto en términos de salud pública, se reevaluó la magnitud de los efectos deseables considerando que una disminución de 0.59% de muertes difícilmente podría configurar una magnitud grande. Luego de un amplio debate se llegó a una decisión por mayoría simple.

Juicio del panel de expertos: el GEG decidió que los efectos deseables fueran definidos como pequeños.

### b. Efectos indeseables

Dos estudios reportaron el porcentaje de falsos positivos (falsos positivos/resultados positivos en el tamizaje) por cada ronda de tamizaje con examen clínico, identificando que podría ser que el porcentaje de falsos positivos oscile entre 91 y 97% (91 000 a 97 000 por cada 100 000 personas tamizadas; certeza de evidencia muy baja), aunque la evidencia es incierta.

En base a lo presentado, el GEG deliberó que el impacto de los efectos indeseables es importante tanto para las mujeres como para el sistema. Por lo tanto, el GEG decidió de manera unánime.

Juicio del panel de expertos: el GEG decidió que los efectos indeseables fueran definidos como moderados

### c. Certeza global de la evidencia

Si bien la certeza global de la evidencia fue calificada inicialmente como muy baja, el grupo elaborador consideró brindarles mayor peso a los desenlaces críticos de efectos deseables, para los cuales la certeza de evidencia fue moderada, debido a que la mortalidad por cualquier causa, mortalidad por cáncer de mama e incidencia de cáncer de mama se consideraron dirimientes para emitir la recomendación, por sobre los desenlaces de efectos indeseables, para los cuales la certeza fue muy baja. En base a lo mencionado por la metodología GRADE para esta situación particular (21), se calificó la certeza global de la evidencia como moderada.

Juicio: Certeza global moderada

En base a la información obtenida el GEG, por votación mayoritaria consideró que los recursos necesarios para implementar la intervención serían moderados. Cabe resaltar que el GEG consideró que el costo reportado en la fuente de información seleccionada podría ser mayor a lo que se efectúa en los establecimientos de salud. Sin embargo, se explicó que la evidencia procede de una fuente oficial y que los costos pueden variar entre los diferentes establecimientos de salud.

Juicio del panel de expertos: moderado

**d. Costo-efectividad**

Se realizó una búsqueda en la plataforma EVID@Easy; sin embargo, no se hallaron estudios peruanos ni de la región que aportaran información sobre este punto.

Por ende, en este punto se concluyó que no había ningún estudio incluido para discutir.

Juicio del panel de expertos: Ningún estudio incluido

**e. Equidad en salud**

Se realizó una búsqueda en la plataforma EVID@Easy; sin embargo, no se hallaron estudios peruanos ni de la región que aportaran información para este criterio.

A pesar de no haber encontrado evidencia, el panel de expertos tuvo en cuenta las siguientes consideraciones adicionales: si bien el examen clínico de mamas daría oportunidad de acceder a una estrategia de tamizaje a mujeres que potencialmente no tengan otra opción (por ejemplo, las mujeres que viven en zonas alejadas de establecimientos de salud con más oferta de intervenciones para el tamizaje), de manera global, también podría originar una mayor demanda en los establecimientos de salud producto de la necesidad de generar atenciones adicionales para reevaluación y referencia a un establecimiento de mayor complejidad para acceder a estrategias de tamizaje adicionales como la mamografía, con el riesgo de que durante este proceso muchas mujeres abandonen la atención. Por lo que, considerando el impacto global de la intervención, el panel por mayoría consideró que el examen clínico de mamas probablemente reduciría la equidad.

Juicio del panel de expertos: Probablemente reduciría la equidad

**f. Aceptabilidad**

Se realizó una búsqueda en la plataforma EVID@Easy; sin embargo, no se hallaron estudios peruanos ni de la región que aportaran información sobre este punto.

A pesar de no haber encontrado evidencia, el panel de expertos consideró que la intervención probablemente sería aceptable en la mayoría de los contextos sociales y económicos del Perú y para todos los involucrados en la intervención.

Juicio del panel de expertos: Probablemente sí

**g. Factibilidad**

Se realizó una búsqueda en la plataforma EVID@Easy; sin embargo, no se hallaron estudios peruanos ni de la región que aportaran información sobre este punto.

A pesar de no haber encontrado evidencia, el panel de expertos consideró que la intervención sería factible en la mayoría de los contextos sociales y económicos del Perú.

Juicio del panel de expertos: Si

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

<p><b>Población:</b> Población general de mujeres  <b>Intervención:</b> Realizar examen clínico de mama regular y periódico  <b>Comparador:</b> No realizar examen clínico de mama regular y periódico  <b>Autores:</b> Naysha Becerra-Chauca</p> <p><b>Bibliografía por desenlace crítico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por cualquier causa:</b> ECA Mittra 2021</li> <li>• <b>Mortalidad por cáncer de mama:</b> ECA Mittra 2021</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> No se encontró información sobre el efecto en este desenlace.</li> <li>• <b>Incidencia de cáncer de mama:</b> ECA Mittra 2021</li> <li>• <b>Sobrediagnóstico:</b> No se encontró información sobre el efecto en este desenlace.</li> <li>• <b>Falso positivo:</b> ECA Mittra 2021 y Pisani 2005</li> <li>• <b>Ansiedad por falso positivo:</b> No se encontró información sobre el efecto en este desenlace.</li> <li>• <b>Biopsia por falso positivo:</b> No se encontró información sobre el efecto en este desenlace.</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Examen clínico	Comparación: No examen clínico	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (seguimiento 20 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=151 274)	11 261/75 177 (14.98%)	11 853/76 097 (15.58%) **11 853 per 101 9831 personas/año	IRR: 0.95 (0.81 - 1.10)	<b>59 menos por 100 000</b> (de 222 menos a 117 más) ***	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 000 personas a las que brindemos examen clínico en lugar de no brindarlo, probablemente evitaremos 59 muertes por cualquier causa (IC 95%: -222 a +117)
Mortalidad por cáncer de mama (seguimiento 20 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=151 274)	213/75 177 (0.28%)	251/76 097 (0.33%) **251 per 1 019 500 personas/año	IRR: 0.85 (0.71 - 1.01)	<b>3 menos por 100 000</b> (de 6 menos a 0 más) ***	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 000 personas a las que brindemos examen clínico en lugar de no brindarlo, probablemente evitaremos 3 muertes por cáncer de mama (IC 95%: -6 a 0)
Calidad de vida	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Incidencia de cáncer de mama (seguimiento 20 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=151 274)	640/75 177 (0.85%)	655/76 097 (0.86%)	IRR: 0.97 (0.87 - 1.09)	<b>2 menos por 100 000</b> (de 8 menos a 5 más) ***	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 000 personas a las que brindemos examen clínico en lugar de no brindarlo, probablemente evitaremos 2

				**655 per 1 016 616 personas/año			casos de cáncer de mama ( <b>IC 95%: -8 a +5</b> )
Sobrediagnóstico	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.					
Falsos positivos****	CRÍTICO	2 ECA (n=213 569)	Los estudios identificaron que el porcentaje de falsos positivo (falsos positivos/resultados positivos en el screening) oscilaba entre 91% al 97% por cada ronda de screening.		⊕○○○ MUY BAJA <sup>c,d</sup>		Por cada ronda de screening con examen clínico, podría ser que el porcentaje de falsos positivos oscile entre 91 y 97%, aunque la evidencia es incierta, correspondiendo entre 91 000 a 97 000 por cada 100 000 personas tamizadas.
Ansiedad por Falso positivo	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.					
Biopsia por Falso positivo	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.					
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>IRR:</b> Razón de incidencia</p> <p>*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.</p> <p>**Tasa anual del grupo comparador expresado en eventos por personas año (tasa del riesgo basal)</p> <p>***El riesgo absoluto se obtuvo convirtiendo la tasa del riesgo basal a una probabilidad. Los efectos absolutos se reportan por 100,000 personas año.</p> <p>****La definición del desenlace de falso positivo se refiere a la expresión del porcentaje de la división de: (número de falsos positivo / total de positivos identificados por el screening) * 100</p> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Los estudios tuvieron un riesgo incierto en cuanto al informe de la ocultación de la asignación; sin embargo, se consideró que dicha limitación no afectaría la estimación.</li> <li>Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión considerando que el intervalo de confianza incluye el valor trivial (0 muertes)</li> <li>Se disminuyó dos niveles de certeza por riesgo de sesgo considerando que todos los estudios tiene un riesgo incierto en el cegamiento de los evaluadores que podría afectar en la sobreestimación del desenlace. La mayoría de los estudios tuvo un riesgo alto o incierto debido a la cantidad e impacto de los datos perdidos. Así mismo, la mayoría de los estudios tuvo un riesgo alto en el reporte de los resultados, lo cual podría haber sobreestimado las estimaciones.</li> <li>Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta considerando que debido a la naturaleza del desenlace y debido a que la evaluación del desenlace no era un objetivo primario en los ensayos clínicos aleatorizados, podría haber un subreporte de los eventos.</li> </ol>							

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

Presentación:

<b>Pregunta 1: En mujeres asintomáticas de 40 a 69 años con bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama ¿se debería realizar examen clínico de mama regular y periódico como herramienta de tamizaje de cáncer de mama?</b>	
<b>Población:</b>	Población general de mujeres
<b>Intervención:</b>	Realizar examen clínico de mama regular y periódico
<b>Comparador:</b>	No realizar examen clínico de mama regular y periódico
<b>Desenlaces:</b>	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Mortalidad por cáncer de mama</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Incidencia de cáncer de mama</li> <li>• Sobrediagnóstico</li> <li>• Falsos positivos</li> <li>• Ansiedad por falso positivo</li> <li>• Biopsia por falso positivo</li> </ul> Subrogados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exactitud diagnóstica (S, E, VPP, VPN)</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	Establecimiento de salud del primer nivel de atención (sector público)
<b>Perspectiva:</b>	Poblacional
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del panel de expertos y metodólogos declararon no tener conflictos de interés

Evaluación:

<b>Criterios</b>	<b>Evidencia de investigación</b>	<b>Consideraciones adicionales</b>
<b>1. Efectos deseables</b> ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables anticipados? - Trivial - <b>Pequeño</b> - Moderado - Grande - Varía - No sé	<b>Mortalidad por cualquier causa</b> Certeza moderada (-59 muertes de 100 000) <b>Mortalidad por cáncer de mama</b> Certeza moderada, (- 3 muertes de 100 000) <b>Incidencia de cáncer de mama</b> Certeza moderada (-2 diagnóstico de cáncer menos por 100 000)	
<b>2. Efectos indeseables</b> ¿Cuál es la magnitud de los efectos indeseables anticipados? - Grande - <b>Moderado</b> - Pequeño - Trivial - Varía - No sé	<b>Falsos positivos (falsos positivos/resultados positivos en el tamizaje)</b> Certeza muy baja (entre 91% al 97%)	
<b>3. Certeza de la evidencia</b> ¿Cuál es la certeza global de la evidencia sobre los efectos? - Muy baja - Baja - <b>Moderada</b> - Alta	La certeza de la evidencia de los desenlaces críticos fue moderada. En consecuencia, la certeza global de la evidencia de los efectos se calificó como MODERADA ya que ésta fue la menor calificación de la certeza para los desenlaces críticos.	

Criterios	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales						
<p>- Ningún estudio incluido</p> <p><b>4. Valores</b>  <i>¿Existe incertidumbre o variabilidad en cómo los pacientes valoran los desenlaces de interés?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>- <b><u>Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes</u></b></li> <li>- Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes</li> <li>- No hay variabilidad o incertidumbre importante</li> </ul>	<p>No se halló evidencia para este punto</p>	<p>El panel de expertos consideró que se evaluaron los desenlaces que las mujeres valoran como importantes ya que se incluyó evidencia para mortalidad e incidencia de cáncer de mama, así como de falsos positivos. Sin embargo, no se tiene evidencia de los desenlaces de calidad de vida, ni ansiedad. El panel considera que estos desenlaces también son importantes para los pacientes, pero no el mismo nivel que los desenlaces evaluados. Por ende, el panel de experto acordó que posiblemente hay incertidumbre.</p>						
<p><b>5. Balance de efectos</b>  <i>¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o al comparador?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece al comparador</li> <li>- Probablemente favorece al comparador</li> <li>- No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>- <b><u>Probablemente favorece a la intervención</u></b></li> <li>- Favorece a la intervención</li> <li>- Varía</li> <li>- No lo sé</li> </ul>		<p>Por mayoría, se concluyó que el balance de efectos probablemente favorece a la intervención. A pesar de que los efectos indeseables son mayores a los deseables, el panel consideró que estos efectos podrían disminuirse si se lograra capacitar al personal y se explicara a la paciente sobre los posibles resultados del examen clínico de mamas.</p>						
<p><b>6. Recursos necesarios</b>  <i>¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costos extensos</li> <li>- <b><u>Costos moderados</u></b></li> <li>- Costos y ahorros mínimos</li> <li>- Ahorros moderados</li> <li>- Ahorros extensos</li> <li>- Varía</li> <li>- No sé</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="676 1563 820 1733">Nombre de la tecnología sanitaria / prueba / procedimiento</th> <th data-bbox="820 1563 986 1733">Costo estimado anual por paciente (S/ (*)</th> <th data-bbox="986 1563 1126 1733">Diferencia en S/ por 100 000 personas al año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="676 1733 820 2007">Examen clínico de mama</td> <td data-bbox="820 1733 986 2007">S/. 32.95 por mujer Debido a que la intervención es bienal, el costo por año se reduce a la mitad. S/. 16.5 por mujer año</td> <td data-bbox="986 1733 1126 2007">s/. 3,295,000 anual  s/. 1,647,500 bianual</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre de la tecnología sanitaria / prueba / procedimiento	Costo estimado anual por paciente (S/ (*)	Diferencia en S/ por 100 000 personas al año	Examen clínico de mama	S/. 32.95 por mujer Debido a que la intervención es bienal, el costo por año se reduce a la mitad. S/. 16.5 por mujer año	s/. 3,295,000 anual  s/. 1,647,500 bianual	
Nombre de la tecnología sanitaria / prueba / procedimiento	Costo estimado anual por paciente (S/ (*)	Diferencia en S/ por 100 000 personas al año						
Examen clínico de mama	S/. 32.95 por mujer Debido a que la intervención es bienal, el costo por año se reduce a la mitad. S/. 16.5 por mujer año	s/. 3,295,000 anual  s/. 1,647,500 bianual						

Criterios	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<p><b>7. Costo-efectividad</b>  <i>¿Los resultados de costo-efectividad favorecen a la intervención o a la comparación?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece al comparador</li> <li>- Probablemente favorece al comparador</li> <li>- No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>- Probablemente favorece a la intervención</li> <li>- Favorece a la intervención</li> <li>- Varía</li> <li>- <b><i>Ningún estudio incluido</i></b></li> </ul>		
<p><b>8. Equidad</b>  <i>¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducido</li> <li>- <b><i>Probablemente reducido</i></b></li> <li>- Probablemente ningún impacto</li> <li>- Probablemente aumentado</li> <li>- Aumentado</li> <li>- Varía</li> <li>- No lo sé</li> </ul>		<p>A pesar de no haber encontrado evidencia, el panel de expertos consideró que implementar el examen clínico de mamas como una estrategia de tamizaje de mamas les da la oportunidad de acceder a tamizaje de cáncer de mamas a mujeres que potencialmente no tengan otra opción, como por ejemplo las mujeres que viven en zonas alejadas de los establecimientos de salud con más oferta de tamizaje.</p> <p>Sin embargo, esto conllevaría a afectar el sistema de salud con gran cantidad de pacientes que no podrán ser atendidas o reevaluadas, vulnerando su acceso a atención nuevamente. Por el panel por mayoría consideró que el examen clínico de mamas potencialmente reduciría la equidad.</p>
<p><b>9. Aceptabilidad</b>  <i>¿La intervención es aceptable para los grupos de interés clave?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No</li> <li>- Probablemente no</li> <li>- <b><i>Probablemente si</i></b></li> <li>- <b><i>Sí</i></b></li> <li>- Varía</li> </ul>		

Criterios	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
- No sé		
<b>10. Factibilidad</b> <i>¿La intervención es factible de implementar?</i> - No - Probablemente no - Probablemente si - <b>Sí</b> - Varía - No sé		

**Resumen de los juicios:**

Criterios	Juicio						
	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía
<b>Beneficios</b>	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía
<b>Daños</b>	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía
<b>Certeza de la evidencia</b>	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	
<b>Valores</b>		Importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente hay importante incertidumbre o variabilidad		Probablemente no hay importante incertidumbre o variabilidad	No importante incertidumbre o variabilidad	
<b>Balace de los beneficios y daños</b>	Se desconoce	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
<b>Uso de recursos</b>		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados con respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador	Varía
<b>Costo-efectividad</b>	Ningún estudio incluido	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
<b>Equidad</b>	No lo sé	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentada	Aumentada	Varía
<b>Aceptabilidad</b>	No lo sé	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía
<b>Factibilidad</b>	No lo sé	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía
<b>Recomendación final</b>		Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b> el GEG consideró que a pesar de que los efectos deseables fueran pequeños y los indeseables moderados, se le dio un gran valor al efecto pequeño con certeza moderada, por lo que decidió que el balance favorece la intervención. Se consideró que la equidad probablemente se reduciría, los costos serían moderados (aunque algunos miembros del panel consideran que podrían ser menores a los mostrados), la intervención sería aceptable y probablemente factible, por lo que el GEG decidió emitir una recomendación <b>a favor</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> a pesar de que la certeza de la evidencia es moderada, se decidió emitir una recomendación <b>condicional</b> debido a que los beneficios son pequeños y la equidad se vería reducida.</p> <p>En vista de lo anterior, el GEG consideró añadir algunas consideraciones adicionales. Debido a que la magnitud de los efectos indeseables es mayor a los deseables, el GEG decidió que esta intervención debe ser priorizada en poblaciones en donde no se tiene acceso a otras tecnologías de tamizaje. Es decir, se sugiere aplicar la recomendación en contextos donde la posibilidad de acceso a otras tecnologías para tamizaje está disminuida.</p> <p>Asimismo, en base a un ECA (25) que sustenta la magnitud de efectos deseables e indeseables, se decidió precisar que esta intervención debe realizarse cada dos años.</p> <p>Por último, se decidió aclarar que esta recomendación está dirigida a mujeres con bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama, es decir las mujeres que no cumplen con ningún criterio de alto riesgo de cáncer de mama.</p>	<p>En mujeres asintomáticas de 40 a 69 años con bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama se sugiere realizar examen clínico de mama cada dos años llevado a cabo por un profesional de salud como parte del tamizaje de cáncer de mama.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor</b>  <b>Certeza de la evidencia: moderada</b>            ⊕⊕⊕○</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta recomendación deberá ser enfocada con mayor énfasis en mujeres que no tengan acceso a otras tecnologías de tamizaje de cáncer de mama e implementarse con una frecuencia bienal (cada dos años).</li> <li>• Esta recomendación está dirigida a mujeres asintomáticas con bajo riesgo de desarrollar cáncer, es decir, que no cumplen con ningún criterio de alto riesgo para desarrollar cáncer de mama.</li> </ul>

**V.2 Pregunta 2. En mujeres asintomáticas de 40 a 69 años con bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama, ¿se debería realizar mamografía como herramienta de tamizaje?**

**Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
2	Mujeres asintomáticas con bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama de 40 a 69 años	Realizar mamografía de tamizaje / No realizar mamografía de tamizaje	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Mortalidad por cáncer de mama</li> </ul>