Año
2025

LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE CÁNCER DE MAMA

Copia No Controlada

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Equipo directivo Secretaría de Salud

Luis Alexander Moscoso Osorio
Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Fernando Aníbal Peña Díaz
Director de Provisión de Servicios de Salud

Equipo directivo IETS

Adriana Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Copia No Controlada

Participantes

Referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud

Olena Palamarchuk
Profesional especializado
Dirección de Provisión de Servicio de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Yohaira Olivia Pedraza Gutiérrez
Profesional especializado
Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Beatriz Helena Guerrero Africani
Profesional especializado Dirección de Provisión de Servicios de SaludSecretaría Distrital de Salud

Ricardo Durán Arango
Profesional especializado
Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Luis Gerardo Cano Villate
Profesional especializado
Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Agradecimiento en la construcción del documento a:
Yaneth Cecilia Girón Bolívar
Profesional especializado

Daibeth Elena Henríquez Iguarán
Profesional especializada
Secretaría Distrital de Salud

de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Copia No Controlada

Derechos morales de autor

Ana Milena Herrera
Epidemióloga
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

César Huérfano Herrera
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Luz Karime Osorio
Epidemióloga
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Sandra Esperanza Díaz Casas
Grupo Asesor Unidad Funcional de mama y tejidos blandos Instituto Nacional de Cancerología

Carlos Pinto
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Eliana Isabel Rodríguez Grande
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Fuerza ampliada

Alexandra Porras
Experto en Sistemas de Salud
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

William Alfonso Bolívar Romero
Diseñador gráfico
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Sandra Bernal Piratoba
Asistente de participación
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Andrea Lara
Profesional de participación
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Jeyson Javier Salamanca Rincón
Calidad
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Lorena del Pilar Mesa Melgarejo
Experto cualitativo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Copia No Controlada

Anamaría Ayala Acuña
Corrector de estilo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Juan Carlos Álzate
Experto metodólogo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Andrés Mantilla Meluk
Corrector de estilo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Roselina Herrera Morales
Asistente administrativo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Adriana María García Pinzón
Diseñador gráfico
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este documento técnico.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de autor de este documento pertenecen única y exclusivamente a la Secretaría Distrital de Salud.

Copia No Controlada

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS 1
1.2 Objetivos específicos 1
2. ALCANCE 1
2.1 Alcance 1
2.2 Preguntas orientadoras 3
3. MARCO LEGAL 4
3.1 Normatividad nacional 4
3.2 Normatividad distrital 16
3.3 Normatividad internacional 17
4. GLOSARIO 19
4.1 Abreviaciones 24
5. GENERALIDADES 25
5.1 Marco contextual 25
5.2 Metodología 54
5.3 Lineamientos 55
6. ANEXOS 66
7. BIBLIOGRAFÍA 465
8. CONTROL DE CAMBIOS 478

Copia No Controlada

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Generar orientaciones relacionadas con la promoción, prevención, tamización, detección precoz y remisión temprana para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama en la población mayor de 18 años, residente en la ciudad en Bogotá, Distrito Capital, incorporando el enfoque poblacional diferencial y de acuerdo con la evidencia científica identificada.

1.2 Objetivos específicos

Copia No Controlada

- Orientar a los profesionales de salud de los prestadores primarios de servicios de salud, acerca de las estrategias a utilizar para la detección temprana del cáncer de mama en la población adulta.

- Orientar a los profesionales de salud de los prestadores primarios de servicios de salud sobre las estrategias a utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta.

- Establecer las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención para sensibilizar a la población sobre el riesgo de cáncer de mama y la importancia de su diagnóstico oportuno.

- Establecer las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y la remisión oportuna a servicios especializados, de pacientes adultos con hallazgos anormales en el examen clínico o paraclínico de la mama (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5).

2. ALCANCE

2.1 Alcance

Un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones (indicaciones) que deben implementarse en una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, orientaciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

de manejo y puntos de buena práctica disponibles en las guías de práctica clínica, protocolos, vías/rutas clínicas y demás documentos técnicos relacionados.

Población objeto: personas mayores de 18 años en los momentos de curso de vida juventud, adultez y vejez, habitantes en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital.

Ámbito asistencial: la aplicación de los lineamientos se delimita a los profesionales de salud que prestan servicios en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), en las instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales independientes que operan en el distrito capital.

Usuarios: este lineamiento presenta indicaciones dirigidas a los profesionales de la salud no especialistas que prestan servicios a personas adultas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o en consultorios independientes (IPS), en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital.

Copia No Controlada

Este lineamiento aborda los siguientes aspectos, teniendo en cuenta los enfoques poblacionales, diferencial y de equidad de género:

- Estrategias para realizar la valoración integral de personas adultas e identificar oportunamente los síntomas y signos sugestivos de cáncer de mama, en los prestadores primarios de servicios de salud.

- Estrategias y parámetros para el tamizaje de cáncer de mama.

- Estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención para el autocuidado y detección temprana de cáncer de mama.

- Indicaciones para la atención y remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas detectadas durante el examen clínico de la mama y/o paraclínicos anormales (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5), hacia servicios especializados de salud.

Este lineamiento no aborda los siguientes aspectos:

- Tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama diagnosticado.
- Tratamiento de lesiones benignas de la mama.
- Criterios para confirmación diagnóstica que es llevada a cabo en servicios complementarios de salud.
- Evaluación con biomarcadores o consejería genética para el cáncer de mama.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Seguimiento de los pacientes con cáncer de mama.
- Manejo de las complicaciones o eventos adversos derivados del tratamiento del cáncer de mama.
- Directrices para la vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- Aspectos de cobertura y financiación de tecnologías o servicios de salud.
- Estrategias, indicadores o recomendaciones para medir la adherencia por parte de las EAPB o IPS a la guía de práctica clínica de cáncer de mama del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2 Preguntas orientadoras

En primer lugar, se propusieron cuatro preguntas orientadoras preliminares que dieran cuenta de las necesidades identificadas. Posteriormente, las preguntas fueron refinadas en diferentes espacios de discusión con expertos clínicos del Instituto Nacional de Cancerología y la Asociación Colombiana de Mastología, con participación de expertos y metodólogos del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS).

Copia No Controlada

A continuación, se presentan cada una de las preguntas mencionadas:

1) ¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

2) ¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

3) ¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5), desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?

4) ¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención a utilizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud, para

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

3. MARCO LEGAL

Los documentos que dan soporte al marco normativo, correspondientes a leyes, resoluciones, circulares, lineamientos y otros, que abordan aspectos relacionados con el cáncer de mama en Colombia son:

3.1 Normatividad nacional

Copia No Controlada

Tabla 1. Normatividad y documentos orientadores para atención integral de cáncer de mama a nivel nacional

	Normativa	Año	Autor	Contenido
1	Ley 1384, Ley Sandra Ceballos.	2010	Congreso de Colombia	Establece acciones para la atención integral del cáncer en Colombia con el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad en la población adulta con cáncer y mejorar la calidad de vida. Estas acciones incluyen garantizar servicios de salud integrales en todas las etapas de la enfermedad, desde la prevención hasta el cuidado paliativo. El cáncer es declarado una enfermedad prioritaria de interés en salud pública en el país. Se establece la Red Nacional de Cáncer por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y su coordinación por el Instituto Nacional de Salud. Además, se establecen registros nacionales de cáncer adultos basados en registros poblacionales e institucionales. Todo esto fue reglamentado mediante la Resolución 4496 de 2012 (1).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

2	Resolución 4496	2012	Ministerio de Salud y Protección Social	Tiene como objetivo organizar el Sistema Nacional de Información en Cáncer en Colombia. Se definen las obligaciones de las instituciones responsables del tratamiento de datos, la gestión de cada una de las fuentes de información y se establecen aspectos para mejorar la calidad, acceso y veracidad de los datos en este sistema. Adicionalmente, se crea el Observatorio Nacional de Cáncer, que tiene como función promover la gestión del conocimiento necesario para diseñar, establecer y evaluar las políticas de salud públicas para el cáncer en Colombia. Este observatorio integra la Red Nacional de Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Registro Nacional de Cáncer Infantil del SIVIGILA y el Observatorio Epidemiológico del Cáncer (2).
3	Resolución 4505	2012	Ministerio de Salud y Protección Social	Modifica las fechas de reporte de información trimestral que, entre otras entidades, las EPS deben realizar para el Registro de las Actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública (3).
4	Resolución 1383	2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021 (cuyo propósito es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública (4), y movilizar la acción estatal, intersectorial, social, empresarial e individual para su control en Colombia, mediante 6 líneas estratégica relacionadas con el control de riesgo (prevención primaria), detección temprana, atención, recuperación, superación de los daños causados, mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer, gestión del conocimiento y la tecnología para su control, y formación y desarrollo del talento humano (5).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5	Resolución 1419	2013	Ministerio de Salud y Protección Social	modificada parcialmente por la Resolución 1441 de 2016 (6), establece los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, y los lineamientos para su monitoreo y evaluación.
6	Resolución 1442	2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Se adoptan las Guías de Práctica Clínica - GPC para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata y se dictan otras disposiciones (7).
7	Resolución 1552	2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Modifica los artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 2012, los cuales hacen mención a la programación de citas de medicina general y con especialistas respectivamente. Establece en ambos regímenes agendas abiertas para la asignación de citas de medicina general y especializada durante todos los días hábiles del año. En el caso de pacientes con diagnóstico sospechoso o confirmado de cáncer, el profesional tratante deberá establecer el tiempo estimado para la consulta especializada y la EPS por su parte deberá cumplir con el tiempo establecido por el especialista (8).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

8	Resolución 1841	2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Adoptó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, que busca la reducción de la inequidad en salud, por medio de los siguientes objetivos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Así mismo, incorpora diferentes enfoques: de derechos, de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez), diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos), y el modelo de determinantes sociales de salud (9).
9	Resolución 5521	2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Se refiere a la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, que incluye tratamientos farmacológicos para el cáncer, exámenes paraclínicos, imágenes diagnósticas y medicamentos coadyuvantes. El plan establece que los pacientes con cáncer o con sospecha de cáncer tienen derecho a la cobertura de todas las tecnologías médicas reconocidas para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como terapias paliativas y soporte psicológico, en instituciones debidamente habilitadas, desde la etapa prenatal hasta los 18 años y durante el tiempo que sea necesario según el criterio del profesional tratante (10).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

10	Ley 1733 “Ley Consuelo Devis Saavedra”	2014	Congreso de Colombia	Reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención integral en cuidados paliativos, que permitan mejorar su calidad de vida y la de sus familias. También le da el derecho a los pacientes de manera voluntaria y anticipada de desistir de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con el procedimiento terapéutico y no le dé una vida digna al paciente. Así mismo, define los derechos que tienen los pacientes con enfermedades terminales: i) cuidado paliativo, ii) a la información, iii) segunda opinión, iv) suscripción del documento de voluntad anticipada, v) a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo, vi) a niños y adolescentes, vii) a los familiares (11).
11	Circular 04	2014	Superintendencia Nacional de Salud	Dispone que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Imparte instrucciones en cuanto a la atención oportuna, atención especial en niños, autorización integral, rehabilitación integral, continuidad en el tratamiento, no pago de cuotas moderadoras ni copagos, servicios de Promoción y Prevención, tratamiento de cuidados paliativos y deber de colaboración (12).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

12	Modelo de Cuidado del Paciente con Cáncer	2015	Instituto Nacional de Cancerología ESE	El documento propone una atención oncológica basada en componentes esenciales y su implementación en la práctica de los servicios de salud. El modelo destaca la necesidad de un manejo acorde a las necesidades del paciente y la importancia del entorno familiar y social. Además, presenta los componentes esenciales para el tratamiento, como el manejo interdisciplinario del cáncer, el soporte oncológico y la gestión de la enfermedad, entre otros. Por último, el documento describe los escenarios de práctica para la implementación del modelo (13).
13	Resolución 518	2015	Ministerio de Salud y Protección Social	Establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que serán financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. En cuanto al cáncer de mama, se dictan actividades para realizar la promoción del autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma o factores de riesgo para cáncer de mama y el uso de los servicios de tamizaje para cáncer de mama (14).
14	Resolución 1441	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y exige a las EAPB la implementación de estas, como componente de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), definiendo los criterios para la conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de redes generales de servicios de salud y específicamente de la red de servicios oncológicos para garantizar el acceso oportuno de la población (15).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

15	Resolución 1477	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Define el procedimiento, los estándares y criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto (UFCA) y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI). De igual forma adopta el Manual de Habilitación de estas unidades en donde se establece el marco de requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento para su operación, se documenta y formaliza el procedimiento para la reactivación de las UFCA y/o las UACAI y el registro de la solicitud de habilitación y el reporte de las novedades en el Módulo de Unidades Funcionales del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) (16).
16	Resolución 3202	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Adoptó el manual metodológico para las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Hay tres tipos de RIAS (17): Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud: acciones sectoriales e intersectoriales para promover la salud, prevenir riesgos y enfermedades y crear cultura de cuidado de la salud. RIAS para Grupos de Riesgo: identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. RIAS para Eventos Específicos: definidas a partir de eventos priorizados para cada grupo de población e incorporan actividades para tratamiento, rehabilitación y paliación.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

17	Resolución 3280	2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y establece las atenciones para la detección temprana del cáncer de mama desde la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, incluyendo información y educación, examen clínico de la mama, mamografía, gestión y entrega de resultados, registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o a la ruta integral de atención en salud para la población con presencia o riesgo de cáncer. Los anexos técnicos son de obligatorio cumplimiento (18). Adicionalmente, incluye la realización de pruebas de tamizaje de base poblacional ajustadas a la edad de la mujer, para la detección de lesiones de cáncer de mama en estadios tempranos, de la siguiente manera: mujeres a partir de los 40 años: examen clínico de mama y mujeres de 50 y 69 años, mamografía de dos proyecciones cada dos años. Igualmente, define las acciones a seguir ante resultados normales o anormales de la mamografía.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

18	Resolución 3339	2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Estableció un mecanismo de cálculo para definir los montos de aporte y giro sobre los recursos de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado y demás EOC, para incentivar la gestión de riesgo del cáncer. La resolución priorizó los siguientes cánceres: mama, cuello uterino, colon y recto, estómago, próstata, tráquea-bronquios y pulmón, leucemia linfoide aguda, leucemia mieloide aguda y linfoma no Hodgkin en adultos y niños. La resolución incluye un anexo técnico con indicadores específicos para cada cáncer, como la cobertura de tamizaje y oportunidad de inicio de tratamiento. Las fuentes de información para los cálculos incluyen información reportada por las EPS y EOC, estadísticas vitales y la Base de Datos Única de Afiliados (19).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

19	Resolución 2626	2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Modificó la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) e introdujo el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para su implementación. La responsabilidad de implementar esta política recae en las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). La política se basa en cuatro estrategias: atención primaria en salud, gestión integral del riesgo en salud, cuidado en salud y enfoque diferencial de derechos. Los objetivos del modelo MAITE son garantizar el derecho a la salud en los territorios, fortalecer la autoridad sanitaria territorial, articular a los actores del sistema de salud, ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y mejorar las condiciones de salud y satisfacción de los usuarios. El modelo establece ocho líneas mínimas de acción para organizar y desplegar la política en los territorios: aseguramiento salud pública, prestación de servicios en salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza (20).
20	Resolución 1620	2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Modificó los artículos 7 y 9 de la Resolución 3339 de 2019(19). Estableció e implementó el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las EPS de ambos regímenes y todas las entidades obligadas a compensar, para los cánceres priorizados: mama, cuello uterino, colon y recto, estómago, próstata, bronquios y pulmón, leucemias linfoide y mieloide agudas, y linfoma no Hodgkin en adultos y cambió la fórmula para el cálculo de prevalencia de dichos cánceres (21).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

21	Resolución 202	2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Modificó el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012(4) relacionado con las fecha de reporte por parte de las IPS de manera trimestral y sustituye su anexo técnico en cuanto a la estructura del registro por persona de las actividades protección específica y detección temprana, con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (22).
22	Ley 2194	2022	Congreso de Colombia	La ley modifica el artículo 11 de la Ley Sandra Ceballos para eliminar las barreras de acceso a programas de apoyo a la rehabilitación integral de personas con cáncer de mama y otros tipos de cáncer. También establece la implementación de acciones de prevención y promoción por parte de las EPS, la realización de campañas de detección temprana del cáncer de mama y la promoción del uso de tecnologías de telecomunicación en salud para brindar apoyo psicológico y en salud mental a personas con cáncer. Además, se deben definir indicadores para el seguimiento de los resultados de las acciones tomadas por las EPS en el control del cáncer, los cuales deben formar parte del Plan Nacional de Salud Pública y considerar la carga de la enfermedad y otras patologías existentes.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

23	Decreto 441	2022	Presidencia de la República	relacionado con los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, establece que no habrá lugar a la solicitud de autorización para la atención integral del cáncer infantil, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley 2026 de 2020; del VIH/SIDA de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 972 de 2005; del cáncer de adultos de conformidad con la Ley 1384 de 2010; la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con la implementación de las RIAS que el Ministerio de Salud y Protección Social haya definido como de obligatorio cumplimiento (23).
24	Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031	2022	Ministerio de Salud y Protección Social	Avanza sobre los logros del PDSP 2012-2021 y tiene como objetivo orientar la política de salud pública para los próximos 10 años, en el marco de la salud como derecho, el enfoque diferencial de derechos y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud. Además, acoge los principios de: dignidad, progresividad, equidad, justicia social y distributiva, prevalencia del interés general, inclusión, transparencia e integridad. También propone cinco líneas de trabajo: i) gobierno, gobernanza y salud pública, ii) gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, iii) gestión integral de la atención primaria en salud, iv) gestión integral del riesgo de salud pública, v) gestión del conocimiento para la salud pública (24).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

3. 2 Normatividad distrital

Tabla 2. Normatividad y documentos orientadores para atención integral de cáncer de mama a nivel distrital

	Normativa	Año	Autor	Contenido
1	Acuerdo 177	2005	Concejo de Bogotá	Se crea e institucionaliza en el Distrito Capital la semana de prevención de muertes por cáncer de cérvix y cáncer de mama en las mujeres. Por medio de este acuerdo el concejo de Bogotá acordó crear e institucionalizar en el Distrito Capital la semana de prevención de muertes por cáncer de cérvix y cáncer de mama en las mujeres, la primera semana de marzo de cada año; en esta semana la SDS debe poner a disposición de la población femenina los programas existentes a nivel nacional y distrital, de acuerdo con la normatividad vigente (25).
2	Acuerdo 220	2006	Concejo de Bogotá	Se institucionaliza en el Distrito Capital la Semana de la Prevención y Lucha contra el Cáncer. Por medio de este acuerdo el concejo de Bogotá institucionalizó en el Distrito Capital la semana de la prevención y lucha contra el cáncer, la primera semana del mes de febrero de cada año; en esta la SDS realizará los programas relacionados con la prevención y tratamiento del cáncer a nivel nacional y distrital, de acuerdo con la normatividad vigente (26).
3	Acuerdo 760	2020	Concejo de Bogotá	La administración distrital adoptó las siguientes acciones con el fin de fortalecer las condiciones de prestación y atención con calidad de los servicios de salud para personas en riesgo o con padecimiento de cáncer en el Distrito Capital (27):

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

				o La definición del cáncer como prioridad de gestión dentro de los planes distritales de desarrollo, de conformidad con el artículo 5º de la Ley 1384 de 2010. o El fortalecimiento de la ruta integral de atención en salud, RIAS para población en riesgo o presencia de cáncer, y la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud, en su componente de promoción de hábitos de vida saludables desde la gestión intersectorial, la identificación y prevención de los factores de riesgo que inciden en el cáncer. o Promover y motivar a los prestadores de servicios de salud, que puedan y tengan la intención de habilitarse como unidades funcionales para la atención integral del cáncer dentro de la oferta pública y privada de servicios de salud del Distrito Capital.
4	Lineamiento de gestión poblacional, diferencial y de género	2020	Secretaría Distrital de Salud	Busca fomentar la participación social en salud y garantizar los derechos de las diversas poblaciones del distrito. Este trabajo se enfoca en fortalecer los procesos organizativos y de participación de las poblaciones, organizaciones y comunidades para que puedan ejercer el derecho a la salud. El documento define las categorías poblacionales como ciclo vital, condiciones y situaciones, e identidad y diversidad. Cada categoría incluye diferentes grupos, como habitantes de la calle, personas con discapacidad, población migrante, etnias, diversidades sexuales, campesinado y habitantes de la ruralidad, entre otros.

Copia No Controlada

3.3 Normatividad internacional

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 3. Documentos orientadores para atención integral de cáncer de mama a nivel internacional

	Normativa	Año	Autor	Contenido
1	Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI)	2002	Centro Fred Hutchinson de Investigaciones sobre el Cáncer y la Fundación Susan G. Komen de Lucha contra el Cáncer Mamario	Es un programa que tiene por objeto formular normativas basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan usarse en las naciones con limitaciones sustanciales de recursos para mejorar el desenlace en las pacientes con cáncer de mama (28).
2	Conferencia Cumbre Mundial de Consenso sobre Atención Internacional de la Salud de la Mama.	2002	Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI)	Se adoptaron dos axiomas como principios para la formulación de normativas: Todas las mujeres tienen derecho a acceder a la atención de salud, aunque, cuando los recursos son limitados, se afrontan retos considerables para aplicar los programas de atención de salud de la mama. Todas las mujeres tienen derecho a recibir educación acerca del cáncer de mama, pero esta debe ser culturalmente apropiada, dirigida y adaptada a cada población específica (28).
3	Consenso sobre Atención Internacional de la Salud de la Mama	2005	Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI)	El objetivo de la reunión fue desarrollar un conjunto de pautas para mejorar la atención de la salud de la mama en todo el mundo, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, basadas en la mejor evidencia disponible y en la experiencia de los expertos en el campo. El consenso abarcó diversos temas, incluyendo la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos para el cáncer de mama, así como también la capacitación y la educación de los profesionales de la salud, la organización de los servicios de atención de la salud y la participación de la comunidad en la atención de la salud de la mama (28).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

4. GLOSARIO

Autoexamen de mama: inspección de las mamas que realiza una persona por su propia cuenta, para determinar si hay algún cambio en su aspecto y composición. El autoexamen de mama puede ayudar a una persona a conocer cómo se ven y se sienten normalmente sus senos y a notar cuándo ocurren cambios (29).

Ayudas para la decisión: son todos los instrumentos, estrategias o actividades que comunican información basada en evidencia a los pacientes sobre los beneficios y daños de las diferentes opciones de atención médica, para ayudar a las personas a hacer elecciones informadas (30).

Biopsia: extracción de células o tejidos para su examen por un patólogo. Los tipos más comunes de biopsia incluyen: 1) biopsia por incisión, en la que solo se extrae una muestra de tejido; 2) biopsia por escisión, en la que se extrae un bulto completo o un área sospechosa; y 3) biopsia con aguja, en la que se extrae una muestra de tejido o líquido con una aguja. Cuando se usa una aguja ancha, el procedimiento se llama biopsia central. Cuando se utiliza una aguja fina, el procedimiento se denomina biopsia por aspiración con aguja fina (31).

Copia no Controlada

Cáncer: grupo de enfermedades que pueden originarse en cualquier órgano o tejido del cuerpo, cuando las células anormales crecen sin control, más allá de sus límites habituales para invadir partes del cuerpo contiguas y/o diseminarse a otros órganos (32).

Cáncer de mama: proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos. Se considera la primera causa de enfermedad y muerte por cáncer entre las mujeres colombianas. También se presenta en hombres (33).

Carcinoma: tipo de cáncer. El carcinoma se define como un nuevo crecimiento maligno que surge del epitelio, que se encuentra en la piel o, más comúnmente, en el revestimiento de los órganos del cuerpo, por ejemplo: mama, próstata, pulmón, estómago o intestino (34).

Citología: tipo de examen que se utiliza principalmente para diagnosticar o detectar el cáncer. También se utiliza para detectar anomalías fetales, pruebas de Papanicolaou, diagnosticar organismos infecciosos y en otras áreas de detección y diagnóstico. La citología es diferente de la histología. La citología generalmente

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

implica observar un solo tipo de célula. La histología es el examen de un bloque completo de tejido (35).

Cohorte: población definida que se sigue en su totalidad, generalmente en un intento de distinguir las características de los subgrupos que en ella se han conformado según hayan sido o no expuestos a factores que hipotéticamente influyen sobre las probabilidades de ocurrencia de una enfermedad u otro desenlace de interés. Palabra originada en el ejército romano (cohort) que definía una población con características muy similares (36).

Clasificación BI-RADS: clasificación desarrollada en 1993 por el Colegio Americano de Radiología (ACR) con el fin de estandarizar los informes de mamografía y así minimizar el riesgo de mala interpretación de los resultados y facilitar la comparación de estudios clínicos (37).

Copia No Controlada

Componente Primario: es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad (38).

Ecografía de mama: examen que utiliza ondas sonoras y sus ecos para generar imágenes computarizadas del interior del seno. Puede mostrar ciertos cambios en los senos, como quistes llenos de líquido, que pueden ser más difíciles de ver en las mamografías (39).

Enfoque diferencial: perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares debido a su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características; para promover la visibilización de situaciones de vida particulares y brechas existentes, y guiar la toma de decisiones públicas y privadas (40).

Epigenética: estudio de los cambios hereditarios que no afectan la secuencia de ADN pero que influyen en la expresión génica (41).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Especificidad: en una prueba de diagnóstico, corresponde a la capacidad de la prueba de generar correctamente un resultado negativo para las personas que no tienen la afección para la que se está realizando la prueba (36).

Inversión del pezón: el pezón invertido o umbilicado es aquel que se caracteriza por tener una porción enterrada en los conductos galactóforos, quedando por lo tanto por debajo del nivel de la areola. En estos casos el pezón carece de tejido conectivo y presenta conductos galactóforos hipoplásicos y bandas fibrosas que lo retraen (42).

Ki-67: proteína nuclear cuya función general es la regulación de la proliferación celular. Este marcador es utilizado para el reconocimiento de células en proliferación y como herramienta de pronóstico en el diagnóstico de neoplasias. En tumores mamarios se ha relacionado con peor pronóstico y buena respuesta al tratamiento con quimioterapia (43).

Copia No Controlada

Mama densa: los senos contienen tejido glandular, tejido conectivo y tejido adiposo (graso). Densidad del seno es un término que describe la cantidad relativa de estos tipos diferentes de tejido del seno como se ve en una mamografía. Los senos densos tienen relativamente cantidades altas de tejido glandular y tejido conectivo fibroso y relativamente cantidades bajas de tejido adiposo de seno (44).

Mamografía: imagen médica especializada que utiliza un sistema de rayos X de baja dosis para ver el interior de los senos. Las mamografías se pueden usar para detectar cáncer de mama en mujeres que no presentan signos ni síntomas (mamografía de detección) o cuando se identifican bultos o signos de enfermedad (mamografía de diagnóstico) (45).

Menopausia: periodo que inicia con el cese de la menstruación durante 12 meses consecutivos o más, debido a la pérdida de la función ovárica normal. Los cambios y los síntomas pueden comenzar varios años antes. La menopausia generalmente ocurre entre los 50 y 51 años (46).

Metástasis: diseminación de células cancerosas desde el lugar donde se formó el cáncer por primera vez hasta otra parte del cuerpo. La metástasis se presenta cuando las células cancerosas se desprenden del tumor original (primario), viajan por el cuerpo a través de la sangre o el sistema linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos. El nuevo tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina al pulmón,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

las células cancerosas del pulmón son células de cáncer de mama, no son células de cáncer de pulmón. También se llama metástasis cancerosa (47).

Metaanálisis: medida de resumen estadística, en una revisión sistemática se usa para integrar los resultados de los estudios incluidos, proporcionando una estimación combinada del tamaño del efecto (48).

Mutación: cambio en la secuencia habitual de ADN en un locus de gen particular. Aunque el término a menudo tiene una connotación negativa, las mutaciones (incluidos los polimorfismos) pueden ser dañinas, beneficiosas o neutrales en su efecto sobre la función celular. El término variante a veces se usa como sinónimo del término mutación (49).

Copia No Controlada

Neoplasia: masa anormal de tejido que aparece cuando las células se multiplican más de lo debido o no se mueren cuando deberían. Las neoplasias son benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas). Las masas benignas a veces crecen mucho pero no se diseminan y tampoco invaden los tejidos cercanos ni otras partes del cuerpo. Las masas malignas suelen diseminarse o invadir los tejidos cercanos, y también es posible que se diseminen a otras partes del cuerpo a través de la sangre y el sistema linfático. También se llama neoplasma y tumor (50) .

Paciente de alto riesgo: Es aquel que tiene riesgo de padecer cáncer de seno durante su vida de aproximadamente 20% a 25% o mayor, de acuerdo con los recursos de evaluación del riesgo disponibles (51) .

Premenopausia: la premenopausia es la etapa posterior a la menarquia, pero antes de entrar en las etapas menopáusicas con una función de fertilidad normal durante esta fase (52) .

Prestador Primario de Servicios de Salud: es la puerta de entrada al sistema de salud para las personas, familias y colectivos, que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, apoyando la función de gestión del riesgo en salud de la población a cargo, en la red de prestadores de las EAPB autorizadas para operar (38).

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (53).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Promoción de la salud: proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. Carta de Ottawa (OMS) (53).

Pruebas inmunohistoquímicas: método de laboratorio que usa anticuerpos a fin de determinar si hay ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido. Por lo general, los anticuerpos van unidos a una enzima o un tinte fluorescente. Cuando los anticuerpos se unen al antígeno en la muestra de tejido, se activa la enzima o el tinte y se observa el antígeno al microscopio. Las pruebas inmunohistoquímicas se usan para ayudar a diagnosticar enfermedades como el cáncer. También se utilizan para ayudar a diferenciar entre tipos de cáncer (54).

Postmenopausia: la posmenopausia se define como la etapa que comienza 12 meses después del último ciclo menstrual (55).

Sensibilidad: la sensibilidad de una prueba diagnóstica es su capacidad para determinar correctamente los casos de pacientes (56).

Copia No Controlada

Riesgo: probabilidad de que suceda algún evento en un tiempo determinado; en salud se emplea el término riesgo para describir la probabilidad de que las personas que no tengan una enfermedad, pero que estén expuestas a ciertos factores, adquieran dicha enfermedad (57).

Tamización: prueba que se realiza para detectar posibles trastornos de salud o enfermedades, en personas que no presentan ningún síntoma, con el fin de reducir el riesgo de enfermedad o hacer detección temprana, para tratarla de manera oportuna y eficaz. Las pruebas de tamizaje no se consideran diagnósticas, pero se utilizan para identificar un subconjunto de la población que debe someterse a pruebas adicionales para determinar la presencia o ausencia de la enfermedad (58). La Resolución 3280 de 2018, define el tamizaje como el “conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso a los servicios”.

Tumor: masa de tejido de una parte del organismo cuyas células tienen un crecimiento y sobrevida anormales y no tienen ninguna función. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos) (59).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tumor benigno: tumor que no es canceroso. No invade el tejido cercano ni se disemina a otras partes del cuerpo (60).

Tumor Maligno: tumor que puede–diseminarse o invadir los tejidos cercanos. También puede propagarse a otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo o linfático (ver definición de tumor) (60).

4.1 Abreviaturas

ACR: Colegio Americano de Radiología (por su nombre en inglés).

ADN: Ácido Desoxirribonucleico.

AJCC: Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (por su nombre en inglés: American Joint Committee on Cancer).

BI-RADS: Sistema de Datos e Informes de Imágenes Mamarias (por su nombre en inglés).

CAC: Cuenta de Alto Costo.

CSC: Células Madre Cancerosas.

CDIS: Carcinoma Ductal in Situ.

EGFR: Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (por su nombre en inglés).

ECM: Examen Clínico de la Mama.

ER: Receptor de Estrógeno (por su nombre en inglés).

FNA: Aspiración con Aguja Fina (por sus siglas en inglés).

HER2 o **ERBB2**: Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano (por su nombre en inglés).

IC95%: Intervalo de Confianza del 95%.

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

IHQ: Inmunohistoquímica.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

INC: Instituto Nacional de Cancerología.

ITC: Células Tumorales Aisladas (por su nombre en inglés).

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

PR: Receptor de Progesterona (por su nombre en inglés).

RR: Riesgo Relativo.

SDS: Secretaría Distrital de Salud.

TNM: Tumor, Ganglios Linfáticos Regionales y Metástasis a Distancia (por sus siglas en inglés).

Copia No Controlada

5. GENERALIDADES

5.1 Marco contextual

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado en las mujeres, con 2.261.419 casos nuevos y 684.996 de fallecimientos a nivel mundial en el año 2020, de acuerdo con lo registrado por GLOBOCAN (61). En Colombia, según la misma fuente, para ese mismo año se diagnosticaron 15.509 casos nuevos y se presentaron 4.411 fallecimientos (62,63).

Es un cáncer que evoluciona silenciosamente, de tal manera que muchos se evidencian durante el tamizaje de rutina, mientras que otros pueden descubrirse accidentalmente a partir de la detección de un bulto, un cambio en la forma o tamaño de la mama o una secreción en el pezón, siendo frecuente la mastalgia (62). Este cáncer se disemina a través de la sangre y del sistema linfático, haciendo metástasis y posteriormente puede causar la muerte del paciente (62). El cáncer de mama se presenta en hombres, con una incidencia menor que en las mujeres, y usualmente se diagnostica en etapas tardías (64).

El cáncer de mama es una condición en la que células malignas se forman en la mama (65) Anatómicamente, la mama se encuentra ubicada en el músculo pectoral mayor, unida a la pared torácica través de ligamentos. La mama está hecha de lóbulos y ductos cubiertos por grasa que determina el tamaño y la forma de los senos. Cada lóbulo está formado por lobulillos que contienen las glándulas responsables de la producción de leche en respuesta a la estimulación hormonal.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estos a su vez, están comunicados por tubos delgados llamados ductos (62). Además, cada mama tiene también vasos sanguíneos y vasos linfáticos (65).

El cáncer de mama que inicia en las células de los ductos se denomina carcinoma ductal mientras que el que inicia en los lóbulos o lobulillos, se denomina carcinoma lobular. Otro tipo de cáncer es el inflamatorio, el cual se ha diseminado a las células de la piel y en este caso, la mama está caliente, roja e inflamada porque las células obstruyen los vasos linfáticos (65).

En la actualidad, la clasificación del estadio del cáncer de mama se realiza de acuerdo con la edición número 8 del sistema TNM. La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal, la N indica la extensión del cáncer que se ha diseminado a los ganglios cercanos y la M hace referencia a las metástasis. Éste, además integra biomarcadores.

Copia No Controlada

De acuerdo con esta clasificación, se consideran tumores tempranos los estados *In situ* I y IIA, tumores localmente avanzados son aquellos que están en los estadios IIB a IIIC y los tumores en los que hay presencia de enfermedad metastásica estarían en estado IV. Gracias a los avances de la biología molecular, basados en biomarcadores, se han definido por lo menos cuatro subtipos moleculares específicos basados en la expresión de genes: luminal A, luminal B, erb2 puro y triple negativo, siendo este último el más agresivo (66,67).

Se debe sospechar la presencia de enfermedad metastásica *de novo* o la progresión de la enfermedad, en pacientes que presentan síntomas tales como dolor óseo, disnea, malestar abdominal y malestar general (68).

El 80% de los pacientes con cáncer de mama no tiene factor de riesgo conocido. Una persona que es portadora de alguna variante deletérea en uno de los genes de susceptibilidad conocidos está en alto riesgo de desarrollar cáncer de mama y otros cánceres. Se conoce como cáncer de mama familiar, el que se presenta en una mujer con historia familiar de la enfermedad. A veces se usa el término hereditario para describir el cáncer en familias con una herencia aparentemente dominante, lo que sugiere que un gen de riesgo de alta penetrancia se está segregando en esa familia. El riesgo de cáncer en una persona con historia familiar depende también de otros factores tales como la edad de la menopausia, paridad, uso de anticonceptivos, terapia de reemplazo hormonal y lactancia (69).

A continuación, se describen, con mayor detalle, los factores de riesgo (predisponentes y controversiales), la patogenia, los factores pronósticos, el pronóstico, las manifestaciones clínicas, la exploración física, la forma en que se

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

realiza el diagnóstico, la detección temprana y la epidemiología del cáncer de mama.

Epidemiología del cáncer de mama

Según lo reportado por la Cuenta de Alto Costo (CAC), de los 11 tipos de cáncer priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2019 y el 1 de enero de 2020, el cáncer de mama fue el más frecuentemente diagnosticado y el responsable de la mayor cantidad de muertes notificadas en Colombia. Se diagnosticaron 7.047 casos nuevos de cáncer de mama, se reportaron 74.863 casos prevalentes y 3.056 personas fallecidas por esta enfermedad. El 19 % de los casos nuevos diagnosticados correspondieron a mujeres con edades entre los 20 y 45 años (70).

Copia No Controlada

Al comparar las medidas crudas del periodo 2020 con los resultados obtenidos desde el año 2015, se ha evidenciado un incremento de 52 % en la Proporción de los Casos Nuevos Reportados (PCNR), de 90 % en la prevalencia y de 63 % en la mortalidad. La región del país con la PCNR ajustada de cáncer de mama más elevada fue Bogotá, D.C. con 35,06 (IC 95 %: 33,29 – 36,90) casos nuevos por 100.000 mujeres, mientras que la más baja se observó en la región de la Amazonía/Orinoquía con 12,28 (IC 95 %: 9,38 – 15,76) casos nuevos por 100.000 mujeres. Así mismo, la región del país con la prevalencia ajustada más alta de cáncer de mama fue Bogotá, Distrito Capital, con 363,79 (IC 95 %: 358,03 – 369,63) casos por 100.000 mujeres y la mortalidad general ajustada por la edad en las mujeres con cáncer de mama fue bastante homogénea entre las regiones, no obstante, la más elevada se observó en Bogotá, D.C., con 12,91 (IC 95 %: 11,83 – 14,06) muertes por 100.000 mujeres (70).

El promedio de edad de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama fue de 57 años, el 65% pertenecían al régimen contributivo y residían en la región Central y en Bogotá, D.C. con un 31 % y un 23 %, respectivamente. El 7 % de los casos corresponden a tumores in situ, es decir que el cáncer se encuentra solamente en el lugar donde se formó y no se ha diseminado, el 93 % restante fue clasificado como cáncer invasivo. Asimismo, al 89 % de los casos nuevos reportados se le determinó el grado de extensión del cáncer en el cuerpo, es decir que fue estadificado y de ellos, el 58 % fue diagnosticado en estadios tempranos (70).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Factores de riesgo

El riesgo de desarrollo de cáncer de mama se ha descrito como multifactorial (Tabla 4), existiendo factores de riesgo predisponentes y controversiales. Dentro de los primeros, se encuentran los relacionados con estilos de vida y dentro de los segundos, los relacionados con factores personales como los demográficos, reproductivos, hormonales y hereditarios, entre otros (71–73).

A continuación, se realiza una descripción detallada de los factores de riesgo descritos en la literatura:

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 4. Factores de riesgo para cáncer de mama

Factores de riesgo		Predisponentes	Controversiales
Demográficos	Edad	X	
	Grupo sanguíneo		X
Reproductivos	Edad menarquia		X
	Edad tardía de menopausia	X	
	Abortos		X
	Características del embarazo	X	
Hormonales	Métodos anticonceptivos hormonales	X	
	Medicamentos estimulantes de ovulación		X
	Terapia hormonal postmenopausia		X
Hereditarios	Factores genéticos	X	
	Historia familiar de cáncer de seno	X	
Relacionado con las características de las mamas	Densidad mamaria		X
	Alteraciones mamarias benignas	X	
Estilos de vida	Obesidad y sobrepeso	X	
	Consumo de alcohol	X	
	Tabaquismo	X	
	Consumo de Café		X
	Hábitos alimentarios	X	
	Duración de sueño		X
Otros	Polución	X	
	Antecedentes personales de cáncer de mama	X	
	Vida nocturna	X	
	Estatus socioeconómico	X	
	Diabetes	X	
	Exposición a radiación	X	
	Actividad física	X	

Fuente: tomado y modificado de (71–73).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- **Edad:** además del sexo, el envejecimiento es uno de los más importantes factores de riesgo para cáncer de mama, y su incidencia aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo en la menopausia, para luego permanecer constante o disminuir gradualmente. En un estudio de casos y controles, la edad de más de 50 años se asoció con la mayor tasa de incidencia de cáncer de mama (72,73).

- **Sexo:** el cáncer de mama es una enfermedad de las mujeres, que raramente se presenta en los hombres (menos del 1% de todos los casos), y es más frecuente en aquellos que han tenido desequilibrios hormonales, exposición a radiación o antecedentes familiares de cáncer de mama, siendo un factor de riesgo frecuente la mutación del gen BRCA (72).

- **Edad de la menarquia y la menopausia:** dentro de otros factores predisponentes para el desarrollo del cáncer de mama están algunos personales como la edad de la menarquia. Se ha demostrado cómo las mujeres con menarquia precoz tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama en su vida. Se cree que esto está relacionado con una ovulación más temprana y, en consecuencia, una exposición de mayor tiempo a los estrógenos. Se ha reportado que las mujeres que comienzan menstruación antes de los 12 años tienen aproximadamente un 50% más de riesgo de cáncer de mama que aquellas que experimentaron la menarquia a los 15 años o más tarde (74). La edad de la menopausia también es otro de los factores asociados; se ha reportado un riesgo relativo de 2 para las mujeres con menopausia después de los 55 años, en comparación con la menopausia antes de los 45 años de edad. Por tanto, una edad más temprana de la menopausia puede tener un riesgo relativo menor de desarrollar cáncer de mama (75).

- **Uso de métodos anticonceptivos y terapia de reemplazo hormonal:** tanto los estrógenos endógenos como exógenos están asociados con el riesgo de cáncer de mama. Varios estudios han demostrado que el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH) aumenta el riesgo de cáncer de mama. El Million Women Study en el Reino Unido encontró un riesgo relativo (RR) de 1.66 entre las usuarias actuales de TRH y las que nunca la usaron. Un estudio de cohorte de 22.929 mujeres en Asia demostró Hazard Ratio de 1.48 y 1.95 después del uso de TRH durante 4 y 8 años, respectivamente. Sin embargo, se ha demostrado que el riesgo de cáncer de mama disminuye significativamente

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

después de dos años de suspender la TRH y 10 años en el caso de los anticonceptivos (73).

- **Factores genéticos e historia familiar de cáncer de seno:** casi una cuarta parte de todos los casos de cáncer de mama se relacionan con antecedentes familiares. Mujeres, cuya madre o hermanas tienen o han tenido cáncer de mama, son propensas a desarrollar la enfermedad. Un estudio de cohorte de más de 113.000 mujeres en el Reino Unido, demostró que aquellas con familiares en primer grado de consanguinidad con diagnóstico de cáncer, tienen un riesgo 1.75 veces mayor de desarrollar esta enfermedad que las mujeres sin familiares afectados.

  Además, el riesgo se multiplica por 2.5 o más en mujeres con dos o más familiares en primer grado de consanguinidad con diagnóstico de cáncer de mama. La susceptibilidad se atribuye parcialmente a las mutaciones de genes relacionados con el cáncer de mama, como BRCA1 y BRCA2. Los resultados de un estudio realizado por Godet *et al* en 2017, mostraron que entre el 55 % y el 65 % de los portadores de la mutación BRCA1 y 45% de portadores de mutación BRCA2 desarrollan cáncer de mama a la edad de 70 años. Se han encontrado también otros genes asociados como son el P53, NME1, RB1, PTEN, ATM, CDH1, FHIT (72).

Copia No Controlada

- **Sobrepeso y obesidad:** existe una asociación fuerte entre el aumento del índice de masa corporal y una mayor incidencia de cáncer de mama. Además, las mujeres obesas tienen un mayor riesgo de mortalidad por r cáncer de mama en comparación con las mujeres no obesas (76). En este contexto, el aumento de los niveles de estrógenos por la excesiva actividad del tejido adiposo, la sobreexpresión de citoquinas proinflamatorias, la resistencia a la insulina, la hiperactivación de las vías de los factores de crecimiento similares a la insulina (IGF), adipoquinas derivadas de los adipocitos, hipercolesterolemia y estrés oxidativo excesivo, pueden contribuir al desarrollo de cáncer de mama en mujeres obesas (76).

  Si bien el mayor riesgo de cáncer de mama con la terapia de reemplazo hormonal es particularmente evidente entre las mujeres delgadas, en las mujeres posmenopáusicas que no toman hormonas exógenas, la obesidad general es un importante predictor de cáncer de mama (76). Además, el aumento del colesterol plasmático acelera la formación de tumores y exacerba su

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

agresividad; sin embargo, el riesgo de cáncer de mama se puede controlar evitando el sobrepeso (76). Las mujeres que usan terapia hormonal con estrógeno más progestina durante más de 5 años, tienen riesgos elevados de cáncer de mama lobulillar y ductal invasivo. Adicionalmente, estos casos desarrollan más frecuentemente ganglios positivos y tienen una mayor mortalidad relacionada con el cáncer (76).

- **Consumo de alcohol y tabaco**: Swanson *et al* investigaron el efecto del consumo de alcohol en mujeres jóvenes (<45 años) en 1997 y encontraron que aquellas que bebieron más de 14 unidades de bebidas alcohólicas por semana tenían el mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama (RR 1.73, IC 95% 1.2 a 2.6) en comparación con las no bebedoras. Desde entonces, muchos estudios han investigado el efecto de consumo de alcohol y la mayoría han encontrado que el alcohol aumenta el riesgo de cáncer de mama en mujeres jóvenes o premenopáusicas. Por su parte, el WCRF Metaanálisis encontró evidencia estadísticamente significativa de la relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas, de forma tal que un aumento de 10 ml en el consumo de etanol por día condujo a un aumento del 5 % en el riesgo. El mismo informe concluyó que, el consumo de 10 g de etanol proveniente de cerveza tenía un RR de 1.32 (IC 95 %: 1.06 a 1.64), mientras que el riesgo por consumo de vino fue menor (RR 1.17, IC95 % 0.79 a 1.73) (71).

  En cuanto al tabaquismo existe controversia sobre su asociación directa con el cáncer de mama, dada su conocida asociación con el consumo de alcohol. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones concuerdan que sí existe un riesgo asociado con el tabaquismo, que es más alto en las mujeres premenopáusicas que en las posmenopáusicas. Por lo tanto, las mujeres que comienzan a fumar a una edad temprana parecen tener un mayor riesgo que aquellas que empiezan a fumar en la vejez. Un estudio de cohorte de 1.815 mujeres con cáncer invasivo encontró que el índice de riesgo para aquellas que “habían fumado alguna vez”, en comparación con los que nunca fumaron, fue 1.14 (IC 95 % 1.03 a 1.25; P=0.010), aumentando a 1.24 (IC 95 % 1.08–1.43; P=0.002) cuando el inicio de tabaquismo es a una edad <17 años. Los estudios individuales hacen énfasis en la susceptibilidad genética y cómo ésta, combinada con la exposición al humo, aumenta en gran medida el riesgo (71).

- **Consumo de café:** el consumo de café es controversial como factor de riesgo. Sánchez-Quesada, en un estudio durante 115.802 años-persona de seguimiento

Copia no controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

a 10812 mujeres en edad media, confirmaron 101 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. Entre las mujeres posmenopáusicas, más de 1 taza de café al día se asoció con una menor incidencia de cáncer de mama (HR 0,44; intervalo de confianza del 95 %: 0,21, 0,92) en comparación con las mujeres que consumían una taza de café o menos por día. Es controversial porque puede ser influenciado por otros factores de confusión, dado que no se observan diferencias significativas en las mujeres premenopáusicas (77).

Vatten *et al* reportaron asociación entre el consumo de café y la tasa de incidencia de cáncer de mama en el análisis de 152 casos incidentes de cáncer de mama en 14 593 mujeres noruegas durante un seguimiento medio de 12 años. En el momento de la consulta tenían entre 35 y 51 años de edad, y al final del seguimiento entre 46 y 63. Hubo una débil asociación negativa entre la ingesta diaria de café y el riesgo de cáncer de mama, que no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la asociación con el café varió, según el aumento en índice de masa corporal (IMC) de las mujeres. En este grupo, las mujeres que informaron beber 5 tazas o más al día tenían un RR ajustado por edad de 0,5 (intervalos de confianza del 95 %, 0,3 y 0,9) en comparación con las mujeres que bebían 2 tazas o menos. Los resultados de este estudio sugieren que el consumo de café reduce el riesgo de cáncer de mama en mujeres delgadas, mientras que podría tener el efecto contrario en mujeres relativamente obesas (78).

Copia No Controlada

- **Hábitos alimenticios**: la relación entre los hábitos alimenticios y el cáncer ha sido el objetivo de muchas investigaciones. El estudio de casos y controles realizado por Thakur *et al,* en 2017, encontró una relación directa entre la dieta no vegetariana y el cáncer de mama. El resultado de un estudio de casos y controles, realizado por Jordan *et al* 2013, mostró que la dieta que contenía bajos niveles de ácidos grasos poliinsaturados y saturados protege contra el cáncer de mama. Otro estudio realizado por Taylor *et al* 2007 mostró que, el cáncer aumenta proporcionalmente con el consumo total de carne (HR, 1,20; IC 95 %, 0,86–1,68).

  Los resultados de un estudio prospectivo sobre el cáncer y la nutrición mostraron una significativa asociación entre el consumo de grasas saturadas y el riesgo de desarrollar cáncer de mama (CRI, 1,13; IC 95 %, 1,00–1,27; P 0.038). Harris *et al* (2017) encontraron que la dieta con características mencionadas mantenida durante la adolescencia podría aumentar la tasa de incidencia de cáncer de mama en la premenopausia. El resultado de un estudio mostró que las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

distribuciones de las concentraciones de Fe, Cu y Zn fueron mayores en tejidos malignos que en tejidos benignos. Los investigadores señalaron que esta puede ser la causa o el resultado de cáncer de mama (72).

- **Actividad física**: la evidencia sugiere que todos los tipos de actividad física pueden reducir el riesgo de aparición de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas. Desde el año 2013, tres metaanálisis independientes con aproximadamente 2.258 casos reportaron que la actividad física condujo a una reducción del 23 % de los casos de cáncer de mama, siendo así un factor protector con un RR 0,77; IC95% 0,72 a 0,84) al comparar mujeres con niveles de actividad física intensa comparado con actividad física leve. Esto es consistente con otros estudios que han reportado riesgos relativos de 0,83 (IC95% 0,79 a 0,87) (71). Otro estudio encontró que la actividad física redujo significativamente el riesgo general de desarrollar cáncer de mama (OR 0,79; IC95% 0,73 a 0,87).

  En mujeres posmenopáusicas, una cohorte prospectiva de 74. 171 mujeres de 50 a 79 años, mostró que el aumento de la actividad física se asoció con una reducción del riesgo de desarrollar cáncer de mama. En este estudio, un nivel más alto de actividad física se asoció con más beneficios (RR, 0,86; IC95% 0,78 a 0,95) (72)(79).

Copia no Controlada

- **Diabetes tipo 2:** las tasas de diabetes tipo 2 están aumentando en todo el mundo (en la misma proporción que los casos de obesidad), de igual manera que la edad promedio de los pacientes con esta patología está disminuyendo (80). La diabetes está asociada con múltiples factores que contribuyen al aumento del riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, incluido el de mama. Estos factores son la hiperinsulinemia, los factores de crecimiento similar a la insulina (IGF) elevada, la hiperglucemia, la dislipidemia, las adipocinas, las citocinas inflamatorias y el microbioma intestinal (80). La diabetes tipo 2 se ha asociado con incremento del 39% en el riesgo de desarrollar cualquier tipo de cáncer (81).

Otros factores de riesgo que se han asociado con el cáncer de seno son: la exposición a polución o radiación, la vida nocturna y el estrato socioeconómico (71–73).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Patogenia y estadificación

Patogenia

El cáncer de mama tiene diferentes presentaciones. Su mecanismo de desarrollo o carcinogénesis está claramente asociado con un aumento en el número de células, alteración de los mecanismos que regulan la proliferación celular y disminución de la tasa de muerte celular o apoptosis (82).

Los tumores de mama suelen comenzar a partir de una hiperproliferación ductal y luego se convierten en tumores benignos o incluso carcinomas metastásicos después de la estimulación constante de varios factores cancerígenos. Los microambientes tumorales, como las influencias del estroma o los macrófagos, desempeñan funciones vitales en el inicio y la progresión del cáncer de mama. Los macrófagos pueden generar un microambiente inflamatorio mutagénico, que puede promover la angiogénesis y permitir que las células cancerosas escapen al rechazo inmunitario (73,82,83). Se han observado diferentes patrones de metilación del ADN entre los microambientes normal y asociado al tumor, lo que indica que las modificaciones epigenéticas en el microambiente del tumor pueden promover la carcinogénesis (84). Recientemente, se observó una nueva subclase de células malignas dentro de los tumores llamadas células madre cancerosas (CSC) y se asoció con la iniciación, el escape y la recurrencia del tumor. Esta pequeña población de células, que puede desarrollarse a partir de células madre o células progenitoras en tejidos normales, tiene capacidades de autorrenovación y es resistente a las terapias convencionales como la quimioterapia y la radioterapia (82).

Hay dos teorías hipotéticas para el inicio y la progresión del cáncer de mama: la teoría de las células madre y la teoría estocástica. La teoría de las células madre del cáncer sugiere que todos los subtipos de tumores se derivan de las mismas células madre o células amplificadoras del tránsito (células progenitoras). Las mutaciones genéticas y epigenéticas adquiridas en células madre o células progenitoras darán lugar a diferentes fenotipos tumorales. La teoría estocástica afirma que cada subtipo de tumor se inicia a partir de un solo tipo de célula (célula madre, célula progenitora o célula diferenciada). Las mutaciones aleatorias pueden acumularse gradualmente en cualquier célula mamaria, lo que lleva a su transformación en células tumorales cuando se han acumulado las mutaciones

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

adecuadas. Aunque ambas teorías están respaldadas por muchos datos, ninguna puede explicar completamente el origen del cáncer de mama humano (84).

Se han identificado muchos genes en relación con el cáncer de mama. BRCA1/2, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y c-Myc. Las mutaciones y la amplificación anormal de oncogenes y antioncogenes juegan un papel clave en los procesos de iniciación y progresión tumoral.

La evolución clonal y las CSC pueden contribuir de forma independiente o conjunta a la heterogeneidad del tumor. La heterogeneidad intratumoral, por lo tanto, resulta de la interacción entre esta inestabilidad genómica y la presión de selección terapéutica y ambiental. Esta última no es constante, varía en el tiempo (heterogeneidad intratumoral temporal) y en el espacio (heterogeneidad intratumoral espacial) según los diferentes microambientes en los que vive la célula o incluso según parámetros exógenos como estímulos endocrinos o estímulos farmacológicos (82). Por lo tanto, incluso si todas las células provienen de un solo clon original, esta dinámica de presión de selección y esta inestabilidad genómica llevan a las células por múltiples rutas de diversificación genómica para finalmente dar lugar a un tumor genética y fenotípicamente heterogéneo (84) .

Copia No Controlada

En la práctica clínica, los cánceres de mama pueden tener receptores hormonales positivos o negativos, y estos parecen responder específicamente a diferentes tipos de terapia adyuvante. Las técnicas moleculares recientes, como el perfil genético de los cánceres de mama, han identificado subtipos moleculares específicos basados en el estado de los receptores hormonales y el erb2 subclasificados en 4 categorías: luminal A, luminal B, erb2 y triple negativo (82,85,86).

Por otro lado, desde la perspectiva histológica, es posible identificar numerosos subtipos patológicos de cáncer de mama, a continuación, se enumeran los más frecuentes (ver Tabla 5) (115).

Tabla 5. Clasificación histológica del Cáncer de mama

Tipo	Frecuencia de aparición
Ductal infiltrante (sin otra especificación)	80–90%
Medular	5–8%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tipo	Frecuencia de aparición
Coloide (mucinoso)	2–4%
Tubular	1–2%
Papilar	1–2%
Lobulillar invasivo	6–8%
No invasivo	4–6%
Intraductal	2–3%
Lobulillar *in situ*	2–3%
Cánceres raros	<1%

Tabla extraída y adaptada de Li CI *et al* (115).

Copia No Controlada

Estadificación del cáncer de mama

Los factores pronósticos son todos los factores clínicos e histopatológicos del paciente que determinan la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global; definen a su vez el tratamiento sistémico tanto neoadyuvante como adyuvante (87,88).

El número de parámetros con valor pronóstico es elevado en el cáncer de mama, aunque los más importantes son los ganglios linfáticos regionales (N), el tamaño del tumor primario (T) y el grado histológico; de estos, el biomarcador pronóstico más valioso es la presencia y número de metástasis a distancia en ganglios axilares (M) (Tabla 4) (87–89). En la tabla 5, se presenta estadificación anatómica del cáncer de mama. Teniendo en cuenta estos factores, que continúan siendo la piedra angular para las decisiones sobre la terapia sistémica adyuvante, se realiza la estadificación anatómica del cáncer de mama que correlacionada con los biomarcadores puede ofrecer un panorama pronóstico que oriente las decisiones terapéuticas (89).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 6. Definiciones TNM de acuerdo con el Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC)

Categoría T	Clasificación del tumor primario
Tx **T0** **Tis** **Tis (CDIS)** **Tis (Paget)** **T1** **T1mi** **T1a** **T1b** **T1c** **T4** **T4a** **T4b** **T4c** **T4d**	El tumor primario no se puede evaluar Sin evidencia de tumor primario. Carcinoma in situ. Carcinoma ductal *in situ*. Enfermedad de Paget del pezón no asociada con carcinoma invasivo y/o CDIS en el parénquima mamario subyacente. Tumor ≤20 mm en su mayor dimensión. Tumor ≤1 mm en su mayor dimensión. Tumor >1 mm, pero ≤5 mm en su mayor dimensión (redondee cualquier medida de 1,0 a 1,9 mm a 2 mm). Tumor >5 mm, pero ≤10 mm en su mayor dimensión. Tumor >10 mm, pero ≤20 mm en su mayor dimensión. Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica y/o la piel (ulceración o nódulos cutáneos macroscópicos) *. Extensión a la pared torácica, sin incluir solo la adherencia/invasión del músculo pectoral. Ulceración y/o nódulos satélite ipsilaterales y/o edema (incluida la piel de naranja) de la piel, que no cumplen los criterios de carcinoma inflamatorio. Ambos (T4a y T4b). Carcinoma inflamatorio**. *La invasión de la dermis por sí sola no califica como T4. **El carcinoma inflamatorio está restringido a casos con cambios cutáneos típicos que involucran un tercio o más de la piel de la mama. Si bien la presencia histológica de carcinoma invasivo que invade los vasos linfáticos dérmicos apoya el diagnóstico, no es necesaria, ni la invasión linfática dérmica sin hallazgos clínicos típicos es suficiente para un diagnóstico de cáncer de mama inflamatorio.
Categoría N	**Ganglios linfáticos regionales**
pNX **pN0** **pN0(i+)** **pN0(mol+)**	Los ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse (por ejemplo, extirpados previamente o no extirpados para un estudio patológico). No se identificaron metástasis en los ganglios linfáticos regionales o s células tumorales aisladas (ITC, por sus siglas en inglés). Células malignas en los ganglios linfáticos regionales de no más de 0,2 mm (incluidas las ITC).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Categoría T	Clasificación del tumor primario
pN1	Resultados moleculares positivos (reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa [RT-PCR]), pero no se detectaron metástasis en los ganglios linfáticos regionales mediante histología o inmunohistoquímica (IHC).
pN1mi	Micrometástasis o metástasis en uno a tres ganglios linfáticos axilares y/o ganglios mamarios internos clínicamente negativos con micro o macrometástasis detectadas mediante biopsia de ganglio centinela.
pN1a	Micrometástasis (aproximadamente 200 células, mayores de 0,2 mm, pero ninguna mayor de 2,0 mm).
pN1b	Metástasis en uno a tres ganglios linfáticos axilares, con al menos una metástasis mayor de 2,0 mm.
pN1c	Metástasis en ganglios centinela mamarios internos ipsilaterales, excluyendo TIC. pN1a y pN1b combinados.
pN2	Metástasis en cuatro a nueve ganglios linfáticos axilares, o ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales positivos mediante imágenes en ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos axilares.
pN2a	Metástasis en cuatro a nueve ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral mayor de 2,0 mm).
pN2b	Metástasis sólo en ganglios mamarios internos detectados clínicamente con o sin confirmación microscópica; con ganglios axilares patológicamente negativos.
pN3	Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares; o en los ganglios linfáticos infraclaviculares (axilares de nivel III); o en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales mediante imágenes en presencia de uno o más ganglios linfáticos axilares positivos de nivel I, II; o en más de tres ganglios linfáticos axilares y en ganglios linfáticos mamarios internos con micrometástasis o macrometástasis detectadas por biopsia de ganglio centinela pero no detectadas clínicamente; o en los ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales.
pN3a	Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral mayor de 2,0 mm); o metástasis a los ganglios infraclaviculares (linfa axilar de nivel III).
pN3b	pN1a o pN2a en presencia de cN2b (nódulos mamarios internos positivos por imagen); o pN2a en presencia de pN1b.
pN3c	Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales.
	Los sufijos (sn) y (f) deben agregarse al descriptor N para anotar la confirmación mediante biopsia de ganglio linfático centinela o aspiración con aguja fina/biopsia con aguja gruesa, respectivamente, sin resección adicional de ganglios linfáticos.
Categoría M	**Metástasis a distancia**
M0	Sin evidencia clínica o radiográfica de metástasis a distancia.
cM0(i+)	Sin evidencia clínica o radiográfica de metástasis a distancia, pero hay depósitos de células tumorales detectadas molecular o microscópicamente que no superan los 0,2 mm en la sangre circulante, la médula ósea u otro tejido ganglionar no regional en un paciente sin síntomas o signos de metástasis.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Categoría T	Clasificación del tumor primario
M1	Metástasis detectables a distancia determinadas por medios clásicos clínicos y radiográficos y/o metástasis comprobadas histológicamente mayores de 0,2 mm.

Fuente: tabla extraída y adaptada de Giuliano *et al*. 2017(89).

Tabla 7. Estadificación anatómica del cáncer de mama de acuerdo con el manualde la AJCC del inglés The American Joint Committee on Cancer.

Estadio anatómico	Categoría T	Categoría N	Categoría M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T0	N1mi	M0
IB	T1	N1mi	M0
IIA	T0	N1	M0
IIA	T1	N1	M0
IIA	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
IIB	T3	N0	M0
IIIA	T1	N2	M0
IIIA	T2	N2	M0
IIIA	T3	N1	M0
IIIA	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
IIIB	T4	N1	M0
IIIB	T4	N2	M0

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estadio anatómico	Categoría T	Categoría N	Categoría M
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: tabla extraída y adaptada de Giuliano *et al*. 2017 (89).

La estadificación anatómica junto con algunos factores clínicos, y la expresión de receptores hormonales y HER2, permiten establecer una recomendación para la administración de un tratamiento individualizado (82). De hecho, en la octava edición del manual de estadificación TNM del AJCC se incorporan además otros marcadores de proliferación como la Ki-67 y biomarcadores y perfiles genómicos como factores pronósticos en cáncer de mama a los antes mencionados (89).

Copia No Controlada

Para todos los carcinomas de mama invasivos se realizan de forma rutinaria pruebas de inmunohistoquímica para 4 marcadores: receptor del estrógeno (ER), receptor de progesterona (PR), erb2 y ki 67. Aproximadamente el 15 % de los carcinomas de mama tienen amplificación y sobreexpresión del gen HER2. El estado de HER2 es un factor pronóstico en el cáncer de mama, ya que los tumores HER2 positivos tienen un mayor riesgo de metástasis a distancia en comparación con los tumores HER2 negativos. El oncogén HER2 además de ser un importante factor pronóstico es un marcador predictivo de respuesta a la terapia blanco con medicamentos anti HER2. Para la evaluación del estado de los receptores hormonales, tanto de estrógeno como de progesterona, comúnmente se usa la inmunohistoquímica (IHQ). El porcentaje de células con tinción positiva determina si un tumor se clasifica como ER positivo o ER negativo. Aproximadamente el 70 % de los carcinomas de mama expresan ER en 50 - 100% de las células tumorales. No hay expresión de ER el 20% de los carcinomas, y en el 10% de los tumores, entre el 1 y el 50 % de las células tumorales no expresan ER (87,88).

La evaluación del grado histológico se realiza estimando el porcentaje de formación de túbulos, el grado nuclear y la actividad mitótica y se utiliza como factor pronóstico estándar en el cáncer de mama. Casi todos los factores pronósticos adicionales nuevos, incluidas las pruebas basadas en la expresión génica, muestran una fuerte correlación con el grado histológico. Se ha demostrado que la actividad mitótica por sí sola también tiene un gran poder pronóstico y, al estandarizar el método para evaluar la actividad mitótica, esta puntuación puede ser más reproducible que el grado histológico. Ki-67 es una proteína nuclear que se expresa en todas las fases

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

del ciclo celular excepto en la fase G0 y también se usa a menudo para evaluar la proliferación en el cáncer de mama. Un alto porcentaje de células positivas para Ki-67 se asocia con un mal pronóstico, y se ha sugerido que 14 % es el punto de corte óptimo entre el riesgo alto y bajo de desarrollar metástasis a distancia. La proliferación, evaluada por el porcentaje de células positivas para Ki-67, también se ha combinado con la puntuación de ER, la puntuación de PR y la puntuación de HER2 para formar el "IHQ4", que tiene un gran poder pronóstico en pacientes con cáncer de mama positivo para ER (87,88) .

Manifestaciones clínicas

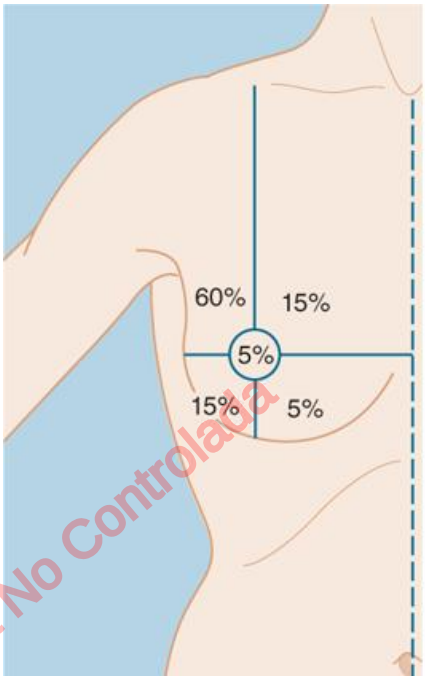
Copia No Controlada

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama temprano son asintomáticos y se identifican durante una mamografía. Los tumores in situ y los infiltrantes menores de 1cm se diagnostican usualmente por hallazgos anormales en una mamografía de tamizaje (microcalcificaciones, masa, etc).

El síntoma de presentación "clásico" en casi el 70% de las pacientes con cáncer de mama es una masa o bulto usualmente indoloro, palpable, ubicado generalmente en los cuadrantes superior o inferior externo de la mama, como se observa en la siguiente imagen: (89,90).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Figura 1. Frecuencia relativa de localización anatómica del cáncer de mama



Copia No Controlada

Fuente: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW: Current Medical Diagnosis & Treatment 2020. New York, NY: McGraw Hill Education; 2020.

El dolor en los senos es un síntoma inusual, que se presenta solo en el 5 % de las pacientes. Igualmente, es poco frecuente la secreción por el pezón, ya sea unilateral, bilateral, o de un conducto específico; la exploración de este síntoma incluye indagar sobre el momento, el color, la frecuencia y la espontaneidad de la descarga. Así mismo, puede presentarse asimetría mamaria, engrosamiento de la piel de la mama (piel de naranja), erosión, retracción, agrandamiento, prurito o cambios en la piel del pezón o inversión de este. En pocas ocasiones, el primer síntoma suele ser una masa axilar o inflamación del brazo.

El dolor de espalda o de huesos, la ictericia o la pérdida de peso pueden ser provocados por metástasis sistémicas, pero estos síntomas rara vez se observan en el diagnóstico (91).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Exploración física y diagnóstico

La evaluación de pacientes con masas., síntomas o factores de riesgo asociados al cáncer de mama, requiere una exploración física y diagnóstica completas, esta última a través de exámenes imagenológicos y biopsia de tejido (92).

Exploración física

La evaluación clínica de una masa mamaria palpable comienza con una historia clínica y un examen físico completos, como se describe a continuación (91):

- **Antecedentes**: los antecedentes deben incluir una indagación completa sobre las enfermedades, cirugías, consumo de medicamentos y alergias, y una evaluación de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, así como antecedentes familiares detallados. Además, para las masas identificadas por el paciente, se debe registrar información subjetiva sobre cómo y cuándo se notó la masa por primera vez, si es dolorosa y cómo ha cambiado con el tiempo(93).

Copia No Controlada

- **Factores de riesgo para el cáncer de mama**: una evaluación de riesgo exhaustiva hace parte de la evaluación de las mujeres con molestias en las mamas, y los hallazgos positivos y negativos significativos deben documentarse en el registro médico (95). Los factores asociados a un mayor riesgo de cáncer de mama se revisan en la sección correspondiente.

- **Examen clínico de la mama ECM**: se debe realizar la inspección y la palpación adecuada y completa de ambos senos y las cuencas ganglionares del cuello, la pared torácica y ambas axilas (92–94).

  Una vez al año, debe realizarse el examen de mama, como parte de la valoración clínica general a toda mujer asintomática o sintomática mayor de 40 años y a toda paciente que consulte por síntomas mamarios, independientemente de su edad.

  El examen clínico de mama, tiene una sensibilidad de 54% y una especificidad de 94 % (8).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Los principios básicos del ECM son:

- Rige el concepto de simetría. Comparar los hallazgos entre las dos mamas de una misma mujer.
- La glándula mamaria no es lisa, es nodular.
- Cada mujer es única.
- Tener en cuenta los límites mamarios: superior: clavícula; medial: esternón; lateral: línea axilar media; e inferior: pliegue inframamario.

El ECM Se compone de dos partes: inspección y palpación.

- **Inspección:** es estática y dinámica. Se realiza con la paciente desnuda desde la cintura hacia arriba, de frente al examinador, inicialmente con las manos en la cintura y luego detrás de la cabeza.

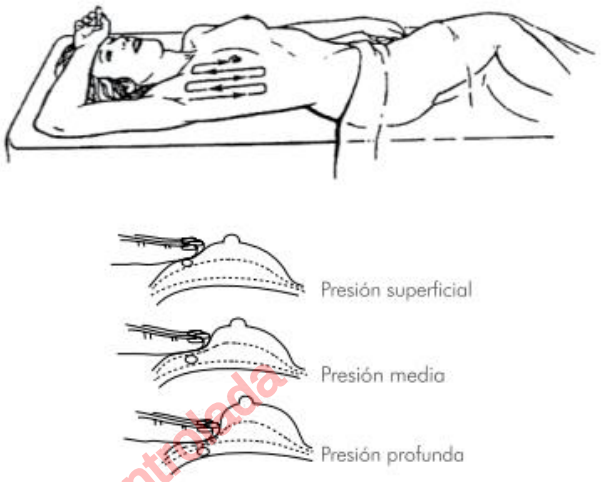
  Se observan los siguientes aspectos:
  - Simetría de las glándulas mamarias en cuanto a tamaño y forma.
  - Inversiones del pezón.
  - Masas o bultos.
  - Retracciones de la piel o del pezón.
  - Áreas de hundimiento o abultamiento.

Copia No Controlada

- **Palpación:** se realiza inicialmente con la paciente acostada y con las manos detrás de la cabeza. La palpación debe hacerse con las yemas de los dedos índice, corazón y anular (dedos 2, 3 y 4). Cada área se palpa haciendo tres círculos pequeños a diferente profundidad, inicialmente superficial para buscar posibles lesiones adyacentes a la piel, luego intermedia y por último profunda para hallar lesiones cercanas al músculo pectoral mayor (95) (Figura 2).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Figura 1. Palpación en el examen clínico de mama



Fuente: Manual para la detección del cáncer de mama. Instituto Nacional de Cancerología 2010.

Copia No Controlada

- **Registro en historia clínica:** la ubicación de la masa, así como cualquier anomalía encontrada en el examen, debe documentarse con precisión. El tamaño de cualquier masa debe medirse en centímetros y registrar su ubicación, movilidad y consistencia. Es útil registrar la ubicación de cualquier anormalidad documentando tanto su posición en el seno como la distancia en centímetros desde la areola. De esta manera, la ubicación precisa se puede identificar fácilmente en los exámenes de seguimiento posteriores por parte del examinador inicial, así como de otros profesionales.

  El sistema de manecillas de reloj se puede usar para documentar los hallazgos e indicar la ubicación de una lesión (por ejemplo, posición de la una en punto). Todo el examen debe documentarse clara y completamente en detalle, incluidos los hallazgos significativos, incluso si el resultado del examen es completamente normal. La distancia desde el pezón o desde el borde radial de la areola se puede utilizar para documentar la ubicación de la masa.

Diagnóstico

Imágenes diagnósticas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En general, las opciones de imagen recomendadas en el contexto de una sospecha de cáncer de mama incluyen la mamografía diagnóstica y la ecografía mamaria, cuya elección depende de la edad de la paciente y el grado de sospecha clínica/radiológica. La mayoría de los cánceres de seno se diagnostican como resultado de una mamografía anormal, pero no todos los hallazgos mamográficos representan cáncer (96,97).

Mamografía diagnóstica: este examen se realiza en pacientes que presentan molestias en los senos o tienen un examen clínico anormal, así como en aquellas que tienen una mamografía de detección anormal. Las pacientes con síntomas mamarios específicos, como un bulto palpable, secreción del pezón o dolor focal, deben someterse a una mamografía de diagnóstico.

Copia No Controlada

Las anomalías de la mamografía incluyen masas, calcificaciones, asimetrías y distorsiones morfológicas. Las características significativas del cáncer de mama incluyen:

- Masa espiculada, cuyo valor predictivo positivo es del 81 % con margen espiculado y del 73 % con forma irregular (98).
- La densidad de una masa no calcificada es un factor significativo en la predicción de malignidad. En un estudio, el 70 % de las masas con alta densidad eran malignas, mientras que el 22 % de las masas con baja densidad eran malignas (97) (99).
- Las microcalcificaciones agrupadas (partículas de calcio de varios tamaños y formas que miden entre 0,1 y 1 mm de diámetro y que suman más de cuatro a cinco por centímetro cúbico) se observan en aproximadamente el 60 % de los cánceres detectados mediante mamografía. Histológicamente, representan calcificaciones intraductales en áreas de tumor necrótico o calcificaciones dentro de tumores secretores de mucina.
- Microcalcificaciones pleomórficas finas y lineales finas o lineales finas ramificadas tienen un mayor valor predictivo de malignidad que las microcalcificaciones heterogéneas gruesas (es decir, calcificaciones irregulares no lineales de tamaño y forma variables), en particular para CDIS de alto grado. Sin embargo, los cánceres de mama, incluido el CDIS, se presentan con mayor frecuencia con calcificaciones heterogéneas o amorfas gruesas (99).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Mamografía de tamización

Según el Manual para la detección temprana del cáncer de mama del Instituto Nacional de cancerología, la mamografía de tamizaje está indicada únicamente en mujeres asintomáticas en el marco de un programa de tamización. Para el caso de Colombia, se debe realizar cada 2 años en mujeres entre los 50 y 69 años. Si la mujer tiene una expectativa de vida superior a 10 años, se debe continuar realizando con el mismo intervalo de tiempo después de los 70 años.

El resultado de la mamografía se reporta de acuerdo con los estándares del sistema BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System), que incluye lo siguiente:

- Datos de identificación de la paciente.
- Indicación de la mamografía.
- Descripción: distribución, simetría y composición.
- Descripción del hallazgo significativo: nódulo, calcificaciones, distorsión de la arquitectura y casos especiales.
- Comparación con estudios previos.
- Categorización BIRADS.
- Recomendación.

Copia No Controlada

- **Ecografía mamaria:** el ultrasonido generalmente no se usa de rutina en la detección del cáncer de mama. La ecografía se usa comúnmente para el seguimiento diagnóstico de una anomalía observada en una mamografía, para aclarar las características de una posible lesión.

  La ecografía de toda la mama puede detectar cánceres en etapa temprana que no se evidencian en la mamografía, en mujeres con tejido mamario denso. Cuando se utiliza como complemento de la mamografía, la ecografía puede mejorar la sensibilidad de la detección a expensas de una menor especificidad, con una mayor necesidad de imágenes de seguimiento y una mayor tasa de biopsias de mama con resultados negativos que generan ansiedad en el paciente (100).

  La mayoría de los cánceres detectados mediante ultrasonido (88 % a 93 %) son invasivos (105,106), y con ganglios negativos (101). Aún no se ha demostrado que la adición de la ecografía a la tamizaje mamográfica reduzca la mortalidad por cáncer de mama (102).

  Después de una mamografía de diagnóstico, si se encuentra una lesión, esta se

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

asigna a una de las categorías de evaluación del Sistema de Informes y Registro de Datos de Imagen de la Mama (BI-RADS, por sus siglas en inglés), a partir de los cuales se puede formular una gestión clínica y terapéutica posterior, dependiendo de sus resultados:

- BI-RADS 1 o 2: hallazgos normales o benignos.
- BI-RADS 3: probables hallazgos benignos.
- BI-RADS 4: sospechoso de malignidad. Las lesiones BI-RADS 4 tienen un riesgo de 3% a 94% de malignidad que podría ser carcinoma ductal in situ o cáncer invasivo.
- BI-RADS 5: altamente sugestivo de malignidad. Tales lesiones tienen una probabilidad ≥95% de ser malignas.
- BI-RADS 6: neoplasia maligna conocida comprobada por biopsia (103).

El diagnóstico de una masa mamaria benigna o maligna se confirma mediante una biopsia mamaria. El estándar actual es que los pacientes con lesiones BI-RADS 4 o 5 se sometan a biopsia percutánea (104,105).

Copia No Controlada

Biopsia

El diagnóstico del cáncer de mama depende en última instancia del examen del tejido o las células extraídas mediante biopsia y nunca debe iniciarse tratamiento, sin un diagnóstico histológico o citológico inequívoco de cáncer. El curso más seguro es el examen por biopsia de todas las lesiones sospechosas encontradas en la exploración física o por imágenes, o ambos (106).

Alrededor del 60% de las lesiones que se consideran cancerosas desde la perspectiva clínica, resultan ser benignas en la biopsia, mientras que cerca de 30% de las lesiones que desde el punto de vista clínico sugieren benignidad resultan ser malignas. Estos hallazgos demuestran la baja confiabilidad del juicio clínico y la necesidad de una biopsia.

El método más simple es la biopsia con aguja, ya sea mediante la obtención de un pequeño núcleo de tejido con una aguja hueca (biopsia con aguja gruesa Trucut) o por aspiración de células tumorales (citología ACAF, Aspiración con Aguja Fina) (105).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- **Biopsia con aguja trucut:** es un tipo de biopsia con baja morbilidad que se utiliza para el diagnóstico de lesiones sólidas palpables o no palpables. En el caso de las lesiones palpables mayores de 2cm debe ser realizada por el cirujano de mama, y en las no palpables o menores de este tamaño, se debe ordenar guiada por ecografía para ser tomada por el radiólogo.

  La biopsia con aguja gruesa (Trucut) extrae un núcleo de tejido con una aguja cortante calibre 14, y es el procedimiento de elección para diagnosticar lesiones palpables o evidenciadas por imágenes diagnósticas. Es una técnica sencilla y económica que se puede realizar en el consultorio con anestesia local, requiriéndose un adecuado posicionamiento de la aguja, para evitar falsos positivos o negativos, errores que son inusuales si la biopsia se toma guiada por imágenes diagnósticas.

  La biopsia central, es un procedimiento por el cual se extrae una muestra pequeña de tejido de la mama, usando siempre un equipo de imagenología para guiar una sonda hueca conectada a un dispositivo de succión (a diferencia de la biopsia con aguja gruesa, que puede ser guiada o no por imagenología). Esta permite analizar el tumor para determinar la expresión de marcadores biológicos, como el receptor de estrógeno (ER, estrogen receptor), el receptor de progesterona (PR, progesterone receptor) y HER-2 (105).

  Biopsia por estereotaxia, suros o mammotome*:* estos tipos de biopsia se realizan con aguja trucut utilizando como guía la imagen mamográfica, ya que está indicada en lesiones sospechosas que se ven únicamente en mamografía (microcalcificaciones, áreas de asimetría, nódulos, áreas de distorsión de la arquitectura, etc) (95).

- **Biopsia con aguja fina:** la citología con ACAF es una técnica mediante la cual las células se aspiran con una aguja fina. Es fácil de realizar, casi sin complicaciones y mucho menos costosa que la biopsia por escisión o la abierta. Su principal desventaja es que se requiere un patólogo experto en el diagnóstico citológico del cáncer de mama. Además, no permite distinguir un cáncer no invasivo de otro invasivo y adicionalmente no es posible realizar pruebas de inmunohistoquímica para determinar la expresión de receptores hormonales, y la amplificación del oncogén HER-2, de manera confiable. Esta técnica solo se utiliza para los ganglios axilares (107,108).

Copia No Controlada

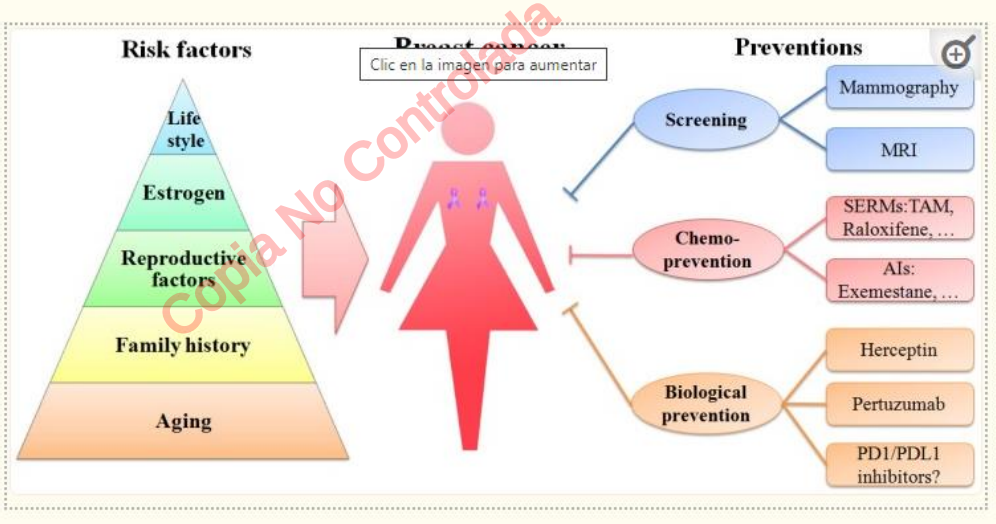
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Detección temprana del cáncer de mama

La detección temprana se refiere a las acciones que se pueden tomar para la identificación oportuna del cáncer, lo cual lleva a la disminución de la carga de la enfermedad y de la mortalidad (109,110).

El tamizaje (mamografía), la quimioprevención (con SERM e IA) y la prevención biológica (utilizando Herceptin y pertuzumab) se utilizan actualmente para identificar el cáncer de mama.

Figura 3. Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama



Copia No Controlada

Fuente: Yi Shen *et al* (80).

Asimismo, se consideran otras opciones para favorecer la detección oportuna como la educación a las personas sobre la importancia y la manera adecuada de realizar el autoexamen de mama. A continuación, se presenta información relevante para brindar a las personas sobre el autoexamen de la mama.

- **Técnica del autoexamen de mama:** en pacientes premenopáusicas, el autoexamen de los senos se realiza mejor en el periodo entre siete a nueve días después del inicio de la menstruación, cuando es menor el estímulo hormonal de los senos. Sin embargo, la evaluación clínica de una masa sospechosa no debe verse influenciada por la fase del ciclo menstrual (93,111–113).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Figura 4. Autoexamen de mama

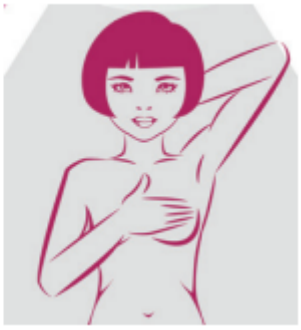


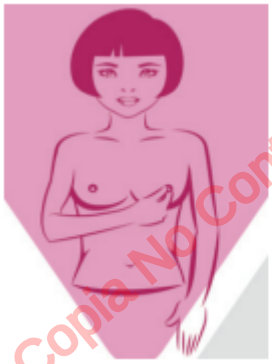
Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Paso 4:

Levante el brazo izquierdo por detrás de la cabeza con el codo en alto y con la mano derecha examine su mama izquierda. Inspeccione de manera cuidadosa deslizando en forma circular los tres dedos intermedios de la mano alrededor del seno, comenzando en la periferia de la parte superior izquierda hasta llegar al pezón. Ponga especial cuidado en el área de la mama que se encuentra entre el pezón y la axila.





Paso 5:

Es importante que la mujer esté atenta a sus senos y si observa un signo de alarma como secreción espontánea amarillenta o sanguinolenta, no inducida; acuda de inmediato al especialista.

Copia No Controlada

Paso 6:

Los médicos recomiendan, además, realizar el paso número 4 acostada boca arriba con una almohada o toalla doblada debajo del hombro. Levante el brazo y colóquelo sobre la cabeza.

Esta posición distribuye el tejido mamario uniformemente sobre la región central y permite entrever mejor las lesiones tumorales pequeñas. Con la mano derecha palpe el seno izquierdo. Como se indicó en el paso 4, lo mismo con el seno derecho.



Fuente: Pasos para realizar el autoexamen de mama.
Oficina de Comunicaciones Instituto Nacional de Cancerología, 2015.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.2 Metodología

La descripción a profundidad de todo el desarrollo metodológico se presenta en el Anexo 1. Las generalidades para el desarrollo del presente lineamiento incluyen las siguientes fases:

- **Construcción de preguntas de investigación orientadoras del lineamiento**: a lo largo de los encuentros entre los referentes de la Ruta Integral de Atención en Salud para cáncer de mama y el grupo desarrollador de estos lineamientos, se plantearon las preguntas de investigación y el alcance inicial del documento, que fueron validados en una reunión que contó con la participación de expertos clínicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud – ESE - de la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, entre otros y en la cual se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas.

- **Búsqueda y selección de la evidencia:** para identificar los estudios y documentos relevantes que respondieron a las preguntas de investigación planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS. Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cochrane, Epistemonikos y LILACS. También se realizó la búsqueda de literatura gris a través de Google Académico. Se llevó a cabo una búsqueda general para identificar las Guías de Práctica Clínica (GPC) publicadas durante los últimos cinco años y otra búsqueda para identificar las Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL). En el Anexo 3 se presentan los algoritmos de búsqueda utilizados por cada base de datos (diagramas PRISMA, en el anexo 5 el listado de documentos incluidos y excluidos.

- **Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos y perfiles de evidencia tablas GRADE**: las GPC clínica seleccionadas se calificaron en su calidad metodológica en la plataforma del instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II). Este instrumento califica las guías teniendo en cuenta seis dominios. Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que alcanzaron mínimo el 60 % en el dominio tres, de rigor de desarrollo, y alcanzaron independencia editorial en el dominio seis (Anexo 6).

  Las RSL se calificaron con el instrumento *Risk of Bias of Systematic Reviews* (RoBIS), que clasifica estos estudios de acuerdo con el riesgo de sesgo como

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

bajo, poco claro y alto. Se incluyeron las revisiones sistemáticas con riesgo de sesgo bajo. Los detalles de esta valoración se presentan en el Anexo 6. A la evidencia proveniente de las RSL incluidas se les calificó la certeza de la evidencia para cada uno de los hallazgos reportados mediante la plataforma de la herramienta *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) siendo clasificada la evidencia como alta, moderada, baja y muy baja. Esta información se puede consultar en el Anexo 7.

- **Síntesis de la evidencia:** a partir de las referencias seleccionadas, se resumió la evidencia que daba respuesta a cada una de las preguntas de investigación orientadoras; el detalle de esta síntesis se presenta en el Anexo 8.

- **Definición de lineamiento:** inicialmente el grupo desarrollador con base en la mejor evidencia disponible y la experiencia del experto clínico del grupo desarrollador organizó la información que se consideró relevante y se formularon los lineamientos preliminares para cada pregunta. Estos se llevaron a una reunión de consenso formal en la cual participaron expertos clínicos, representantes de las sociedades de pacientes y demás actores que serán impactados por los lineamientos. Esta información se presenta detallada en el Anexo 9. Luego de discusiones clínicas entre los asistentes sobre los lineamientos y luego de incluir todos los ajustes que se consideraron pertinentes por los asistentes, los lineamientos para cada pregunta se votaron en una escala de 1 a 9. Se consideró consenso para los lineamientos de cada pregunta cuando la mediana de la votación estuvo entre 7 y 9. Esta información se presenta en el Anexo 10.

Copia No Controlada

5.3 Lineamientos

Pregunta 1.

¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en pacientes adultos, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

La detección temprana está definida como la respuesta adecuada de los médicos o profesionales de la salud a los síntomas que refiere la paciente, o a los signos clínicos identificados en el Examen Clínico de la Mama (ECM) (95,114).

El diagnóstico temprano del cáncer de mama tiene como principales ventajas la mejoría en las tasas de supervivencia, mayor porcentaje de cirugías conservadoras de la mama, menor probabilidad de tratamientos sistémicos prolongados, menor morbilidad derivada de los mismos y disminución de costos asociados al. La detección temprana del cáncer de mama implica tanto el diagnóstico en mujeres sintomáticas como el tamizaje en mujeres asintomáticas (114).

Las estrategias que se deben utilizar para la detección temprana del cáncer de mama en la población adulta general, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud, son las siguientes:

Copia No Controlada

- Implementar intervenciones de capacitación dirigidas a fortalecer el conocimiento y las habilidades de los trabajadores de la salud para mejorar la oportunidad del diagnóstico y las tasas de detección de cáncer en estadios clínicos tempranos.

- Entrenar a los médicos y enfermeras de atención primaria, en la realización del examen clínico de la mama, como método estandarizado para el abordaje diagnóstico temprano de la patología mamaria en las mujeres de todas las edades.

- Capacitar y reentrenar regularmente a médicos y enfermeras de atención primaria, sobre los factores de riesgo del cáncer de, los cuales se enmarcan principalmente en cinco categorías: antecedentes personales de lesiones precancerosas y/o cáncer de mama; antecedentes familiares de cáncer de mama; conocida predisposición genética al cáncer de mama; antecedente de radioterapia para el linfoma de células de manto (ganglios linfáticos en el cuello, tórax y debajo de los brazos) o de tórax; y mamas densas (115). Capacitar a los profesionales de la salud en aspectos generales de la consejería genética y realizar de manera oportuna, la remisión para solicitud de exámenes genéticos especializados necesarios de acuerdo con los criterios de las guías de práctica clínica. Capacitar a los profesionales de la salud para instruir a las mujeres sobre la realización del autoexamen de mama y promover su práctica periódica a partir de los 20 años.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Implementar la realización, por lo menos una vez al año en forma rutinaria, del examen clínico de la mama, debidamente estandarizado, como parte de la consulta de valoración integral de la mujer a partir de los 35 años.

  Nota aclaratoria: la evidencia científica de más reciente publicación y que fue incluida en este documento (publicaciones realizadas hasta agosto de 2022), recomienda la realización del examen clínico de mama a partir de los 35 años de edad. Sin embargo, en la "Guía de Práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de cáncer de mama", elaborada por el Ministerio de Salud en el año 2013, esta edad se establece a partir los 40 años (116).

- Solicitar de manera inmediata y sistemática los exámenes paraclínicos y pruebas diagnósticas (mamografía o ecografía mamaria) de acuerdo con la edad de la paciente, y realizar la remisión a servicios especializados, ante la presencia de hallazgos anormales o sospechosos de cáncer en el examen clínico.

- Incluir de manera rutinaria durante la elaboración de la historia clínica de toda mujer, la indagación específica sobre los factores de riesgo, incluyendo: historia familiar de cáncer de mama en primer grado de consanguinidad, biopsias mamarias previas cuyo resultado muestre atipia o carcinoma lobulillar in situ, antecedente de radioterapia sobre la pared del tórax, mutaciones genéticas conocidas (BRCA1-BRCA2), entre otras. En el caso de identificarlos, remitir a la paciente a consulta especializada.

- Implementar ayudas para la toma de decisiones por parte de los pacientes, adaptadas a sus necesidades, en lenguaje sencillo, utilizando diagramas e ilustraciones para que sean fáciles de entender.

- Las mujeres que presentan antecedentes de mutaciones genéticas conocidas, radioterapia sobre la pared del tórax, biopsias mamarias previas con atipia o carcinoma lobulillar in situ, cáncer de mama en familiares de primer grado de consanguinidad, entre otros, deben ser remitidas al especialista, quien ordenará la prueba de tamizaje adecuada, según el caso.

Pregunta 2

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

¿Cuáles son las estrategias o acciones que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de los profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios?

En población general[1], las estrategias a considerar por parte de profesionales son las siguientes:

Estrategias para la toma de decisión de los profesionales acerca del tamizaje para cáncer de mama

- Los profesionales de la salud deben tener información suficiente sobre las estrategias de tamizaje vigentes para cáncer de mama, con el fin de poder brindar orientación confiable y segura, como insumos para la toma de decisiones por parte de los pacientes y evitar el uso excesivo de pruebas de detección.
- Los profesionales de la salud deben tomar el tiempo para informar debidamente a las/los pacientes acerca de los beneficios y riesgos del tamizaje con mamografía de acuerdo con el grupo etario y el perfil de riesgo de cada uno.
- Los profesionales de salud deben suministrar información suficiente y emplear herramientas informativas amigables y didácticas, con el fin de soportar la toma de decisiones de los pacientes.

Copia No Controlada

Tamizaje para cáncer de mama en población general

- Mujeres de 50 a 75 años: tamizaje con mamografía anual o bienal.
- No realizar pruebas de tamizaje de rutina con mamografía en mujeres menores de 50 o mayores de 75 años. **Nota aclaratoria:** En la "Guía de Práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de cáncer de mama", elaborada por el Ministerio de Salud en el año 2013 (116), se recomienda no realizar mamografía de tamizaje a mujeres mayores de 69 años;

[1] *En los adultos mayores, se deben considerar factores relacionados con el envejecimiento, como son la esperanza de vida y el estado general de salud para la toma de decisión con respecto a la tamización para cáncer de mama, que implique una aproximación positiva a la preservación de la salud del/de la paciente y al mismo tiempo evite efectos deletéreos en la calidad de vida de estos.*

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

sin embargo, dada la alta incidencia de la enfermedad en mujeres mayores de 60 años, los expertos consultados y en concordancia con la evidencia científica encontrada, coinciden en ampliar el rango de edad hasta los 75 años.

- No hay evidencia sobre la efectividad de la ecografía como prueba de tamización para cáncer de mama. Su uso, debe limitarse a lugares geográficos de difícil acceso donde no haya disponibilidad de mamógrafo. Este examen debe ser realizado por radiólogos certificados.

- En población general sin factores de riesgo no se recomienda utilizar resonancia magnética nuclear ni tomografía computarizada, para tamizaje.

- Mujeres con mamografía de tamizaje BI-RADS 0 (mama densa) requieren siempre ecografía complementaria.

Copia No Controlada

Tamizaje para cáncer de mama en población transgénero

- En hombres transgénero a quienes se les ha realizado mastectomía parcial, debe realizarse tamizaje para cáncer de mama de acuerdo con los criterios de elegibilidad de edad y riesgo que aplican para las mujeres cisgénero.

- En hombres transgénero el tamizaje para cáncer de mama puede ser realizado de acuerdo con sus preferencias y actitudes frente a los exámenes de tamizaje disponibles.

- Las mujeres transgénero con antecedentes de 5 años o más de uso de hormonas cruzadas, deben ser tamizadas de acuerdo con los criterios de elegibilidad de edad y riesgo que aplican para las mujeres cisgénero.

- En mujeres transgénero el tamizaje para cáncer de mama debe ser realizado considerando factores como la presencia de implantes mamarios, el crecimiento mamario o el estado de orquiectomía.

Consideración adicional: pacientes con antecedente personal de cáncer de mama deben tener seguimiento durante toda su vida con mamografía anual bilateral o unilateral en caso de haber sido mastectomizados. Se complementa con ecografía

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

mamaria en pacientes con mama densa o ante hallazgos anormales en la mamografía.

Pregunta 3

¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 o 5) desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios y especializados de salud?

Copia No Controlada

Indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios

- Toda masa palpable o no palpable catalogada mediante mamografía como BIRADS 4 o 5, bien sea nódulo sólido, quiste complejo, microcalcificaciones sospechosas, áreas de asimetría o distorsión de la arquitectura o toda masa clasificada como BIRADS 3 de reciente aparición o en pacientes mayores de 50 años o con factores de riesgo para cáncer de mama, deben tener diagnóstico histológico según criterio médico.
- El diagnóstico histopatológico se realiza mediante biopsia con aguja trucut, y la paciente debe ser remitida a cirugía de mama.
- Toda paciente con telorrea sospechosa: hemática, serohemática, serosa o hialina, persistente y espontánea, debe remitirse a cirugía de mama con paraclínicos de acuerdo con su edad.
- Pacientes con reporte de mamografía BIRADS 3 por microcalcificaciones, asimetría focal o nódulo, con ecografía normal, con otros estudios como cono de compresión o cono de magnificación normales, deben tener seguimiento mamográfico y examen clínico de la mama cada 6 meses hasta completar 18 meses con la lesión estable, y luego continuar con tamizaje de rutina según lo establecido de acuerdo con la edad.

Indicaciones para la mamografía diagnóstica

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Mujeres de 35 años o más con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico).
- Imagen diagnóstica de elección para evaluar una masa mamaria palpable detectada clínicamente en una mujer de 35 años o más.
- Imagen diagnóstica de elección para evaluar la secreción patológica del pezón en hombres o mujeres cisgénero o transgénero) de 35 años o más.
- Seguimiento a corto plazo en mujeres con hallazgos mamográficos BI-RADS 3 hasta obtener estabilidad por 18 meses.

Indicaciones para la ecografía mamaria

Copia No Controlada

- Mujeres menores de 35 años con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico).
- Imagen diagnóstica de elección para evaluar una masa mamaria palpable detectada clínicamente en una mujer de cualquier edad.
- Seguimiento a corto plazo en mujeres con ecografía catalogada BI-RADS 3 hasta documentar 18 meses de estabilidad de la masa.
- En mujeres mayores de 35 años con nódulos, asimetría focal o áreas de distorsión de la arquitectura., evidenciados mediante mamografía diagnóstica o de tamización.
- Mujeres con mamografía de tamizaje BI-RADS 0, por mama densa.
- Mujeres embarazadas con una masa palpable.
- Imagen diagnóstica de elección en pacientes masculinos con una masa mamaria palpable indeterminada o sospechosa.
- Imagen diagnóstica de elección en pacientes adultas menores de 35 años con secreción patológica del pezón.
- Imagen diagnóstica de elección l en mujeres embarazadas o lactantes, con secreción patológica por el pezón.
- La ecografía axilar y la mamografía diagnóstica están indicadas en pacientes con un ganglio axilar sospechoso identificado mediante otra modalidad de imagen diferente a la mamografía y la ecografía (TAC o resonancia magnética de tórax).

Indicación para la remisión oportuna de pacientes adultos a los servicios complementarios y especializados en salud desde los prestadores primarios de atención en salud en los siguientes casos:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Mujeres mayores de 35 años con masa mamaria palpable al examen clínico (que persiste por más de un ciclo menstrual o mujeres mayores de 50 años con masa mamaria palpable). Presencia de masa mamaria de consistencia endurecida y fija o que ha aumentado de tamaño en mujeres adultas de cualquier edad.
- Pacientes con resultados de mamografía sospechosos para malignidad (BI-RADS 4 y 5).
- Presencia de telorrea hemática, hialina, serosa, espontánea unilateral.
- Lesión eccematosa de la piel del seno que no responde a los tratamientos tópicos.
- Presencia de linfadenopatía axilar.
- Aumento progresivo del tamaño de las mamas con signos de edema, como piel de naranja.
- Retracción de la piel del seno.
- Cambio en la forma del pezón.
- Hombres de cualquier edad, con una masa mamaria palpable unilateral.
- Hombres de cualquier edad con resultados imagenológicos sospechosos para cáncer de mama.
- Solicitud de biopsia en pacientes con masa mamaria o ganglio axilar altamente sospechosos detectados por imágenes, independientemente de los hallazgos palpables.

Copia No Controlada

Indicaciones para remisión a atención especializada por mastología

Indicaciones de remisión a cirugía de mama:

- Paciente con masa palpable o nodularidad asimétrica que no tenga representación en exámenes paraclínicos (BIRADS 1 o 2), pero que genere sospecha clínica o duda diagnóstica.
- Biopsias mamarias con cualquiera de los siguientes resultados:
  - Lesión papilar.
  - Hiperplasia ductal o lobulillar con atipias
  - Tumor bifásico no clasificado en la patología
  - Neoplasia lobulillar in situ.
  - Tumor Phyllodes.
  - Fibroadenoma complejo o con atipias.
  - Carcinoma ductal in situ.
  - Carcinoma infiltrante de cualquier histología.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Biopsia no conclusiva u cualquier diagnóstico patológico sin identificación de su significado clínico.

- Mamografía de tamizaje o diagnóstica o ecografía mamaria cuyo resultado sea:
  - Mamografía BIRADS 4 o 5.
  - Mamografía BIRADS 3 con masa palpable.
  - Ecografía con masa sólida reportada como BIRADS 3, 4 o 5 y quiste complejo (BIRADS 4).
- Seguimiento a lesión mamográfica (microcalcificaciones, nódulo o asimetría) o ecográfica (quiste complicado) BIRADS 3 que muestre cambios en el momento del control realizado a los 6 meses.

Copia No Controlada

Consideraciones adicionales:

- Cuando la mamografía y/o la ecografía inicial en las mujeres muestre una masa de aspecto benigno (BI-RADS 2) (p. ej., ganglio linfático intramamario, hematoma, lipoma, fibroadenoma calcificado, quiste oleoso) que se correlaciona inequívocamente con el hallazgo palpable al examen físico, el seguimiento clínico se considera como el manejo adecuado y se debe considerar seguimiento imagenológico según criterio clínico y grupo etario.

- Se deberán generar recordatorios en los sistemas electrónicos de las historias clínicas, a los médicos de atención primaria en salud, para mejorar el seguimiento y remisión de pacientes con sospecha de cáncer de mama en el examen clínico (masa palpable sospechosa, adenopatía axilar unilateral sospechosa, secreción patológica por el pezón o cambios cutáneos sospechosos (edema, retracción, ulceración, inversión reciente del pezón, etc.).

Pregunta 4

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención, a utilizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Para establecer estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención para sensibilizar a la población alrededor del diagnóstico de cáncer de mama desde las IPS primarias de atención, tener en cuenta:

Intervenciones individuales

- Los profesionales de la salud de los grupos de promoción y prevención deben procurar tener una interacción de mínimo 10 minutos durante la consulta, para brindar información sobre la enfermedad.
- La educación de las personas que asisten a servicios de salud debe basarse en la sensibilización respecto al cáncer de mama, con énfasis en:
    - Identificación de factores de riesgo y aumento de este con la edad.
    - Signos y síntomas
    - Diagnóstico oportuno.
    - Tratamiento adecuado.
    - realización periódica del examen clínico de la mama, en caso de mujeres mayores de 40 años.
    - Importancia de realizar la mamografía de tamizaje periódica en mujeres mayores de 50 años.
    - Técnica del autoexamen de mama y su práctica mensual en relación con el periodo menstrual.

- Durante la intervención educativa se deben incluir actividades prácticas sobre la técnica adecuada para realizar el autoexamen de mama.

- Se debe complementar la entrega verbal de la información, con el uso de folletos u otro material, que contenga información sobre los síntomas el cáncer de mama, factores de riesgo y la importancia de realizar el autoexamen para la detección temprana y su respectiva tamización.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Intervenciones colectivas

- Los equipos de prevención y promoción deben contactar a las mujeres a través de redes sociales o llamadas telefónicas, para informarles y recordarles sobre la importancia del tamizaje del cáncer de mama, resaltando que su realización oportuna aumenta las posibilidades de un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, supervivencia y calidad de vida para la mujer.

- Las sesiones colectivas de educación para la detección temprana del cáncer de mama pueden complementarse con el apoyo de material impreso como folletos o cartillas, y audiovisual, como videos o uso de aplicaciones especializadas en el tema.

- Durante las intervenciones educativas se deben incluir demostraciones sobre la forma adecuada de realizar el autoexamen de mama, utilizando videos, infografías.

- Si se dispone de aplicaciones móviles que contengan información y material educativo sobre síntomas, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, el profesional de la salud puede sugerirlas a los usuarios.

- Hacer difusión de información a través de redes sociales y otros medios de comunicación masiva.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6. ANEXOS

Anexo 1. Metodología

Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador con profesionales del IETS y referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud quienes formularon las preguntas orientadoras y aplicaron todo el proceso metodológico para el desarrollo del presente lineamiento. Adicionalmente, se convocó una experta temática de la Asociación Colombiana de Mastología (ACM), quien se encargó de validar las preguntas orientadoras, realizó aportes de literatura, brindó el acompañamiento técnico en el proceso de elaboración del lineamiento y participó en los consensos donde se generaron las respuestas para cada pregunta orientadora.

Todos los integrantes del grupo desarrollador firmaron la declaración de conflictos de interés y acuerdos de confidencialidad, que fue analizada por el Comité de conflictos de intereses, según la política de transparencia del IETS.

Copia No Controlada

Construcción de preguntas de investigación orientadoras

Se configuraron y estructuraron cuatro (4) preguntas de investigación orientadoras para que, a partir de sus respuestas, se pudiesen construir los lineamientos de orientación para la detección temprana, tamizaje y remisión oportuna para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama en la población mayor de 18 años, residente en la ciudad en Bogotá, Distrito Capital, incorporando el enfoque poblacional diferencial y de acuerdo con la evidencia científica identificada.

Refinamiento de las preguntas de investigación orientadoras

Se citó a los expertos delegados por las diferentes asociaciones científicas y a expertos de instituciones prestadoras de servicios de salud con experiencia en el manejo de pacientes con cáncer de mama, que aceptaron ser parte del desarrollo de estos lineamientos, y se les invitó a comentar las preguntas orientadoras planteadas inicialmente y, aportar literatura que consideraran relevante para apoyar el proceso de revisión. El detalle de proceso de convocatoria y participación de expertos se describe en el Anexo 2.

Preguntas de investigación orientadoras

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Una vez construidas las preguntas de investigación y refinadas con los expertos temáticos se obtuvo como resultado cuatro (4) preguntas para que a partir de la evidencia encontrada se construyeran los lineamientos técnicos en acciones encaminadas a la detección temprana, tamización, y remisión oportuna para el diagnóstico y tratamiento en la población mayor de 18 años, residente en la ciudad en Bogotá, Distrito Capital, incorporando el enfoque poblacional diferencial y de acuerdo con la evidencia científica identificada.

Preguntas de investigación que orientaron el desarrollo del lineamiento.

No. pregunta	Pregunta
1	¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?
2	¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?
3	¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5) desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?
4	¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención, a utilizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Fuente: elaboración IETS.

Copia No Controlada

Búsqueda y síntesis de la literatura

Para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas orientadoras planteadas, se realizaron búsquedas sistemáticas de la literatura.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En una primera etapa, el ejercicio se enfocó en Guías de Práctica Clínica (GPC) y Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL) y en el caso de no hallar respuestas a partir de este tipo de estudios, se indagó por estudios primarios. Las búsquedas se realizaron en Medline vía PubMed, Embase, en la biblioteca de Cochrane, en LILACS a través de la Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Epistemonikos, y en Google; adicionalmente, se incluyeron sitios de organismos desarrolladores y compiladores de GPC internacionales. Adicionalmente se complementaron con una búsqueda de publicaciones adicionales empleando la metodología en “bola de nieve” y con los documentos aportados por los expertos temáticos. Se generó un reporte de esta actividad para garantizar la reproducibilidad y transparencia del proceso (Anexo 3).

Criterios de elegibilidad de la literatura

Se incluyeron todos los documentos que podían responder de forma parcial o completa a las preguntas de investigación previamente descritas.

Copia No Controlada

Criterios de inclusión:

- Guías de práctica clínica (GPC) para manejo de cáncer de mama.
- Artículos científicos tipo RSL de ensayos clínicos controlados o estudios observacionales.
- Documentos en idioma inglés, español o portugués.
- Temporalidad: últimos 5 años (2017-2022).

Criterios de exclusión:

- Resúmenes de congresos, comunicaciones breves, cartas al editor.
- Estudios publicados exclusivamente en formato de resumen no fueron elegibles debido a que la información reportada era insuficiente para evaluar su calidad metodológica. Adicionalmente, es posible que los resultados de dichos estudios, además de estar incompletos, pudiesen cambiar significativamente entre la publicación preliminar y la definitiva.

Tamizaje de referencias y selección de documentos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Los artículos y documentos identificados a través de las búsquedas fueron cargados en formato CSV a la herramienta electrónica Rayyan® para eliminar los duplicados, posteriormente, dos revisores (AH, KO) de manera independiente, llevaron a cabo el tamizaje de documentos, mediante la lectura de los títulos y resúmenes. Estos revisores siempre estuvieron enmascarados a las decisiones del otro. Los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron incorporados en el análisis, las discrepancias se discutieron entre ellos y cuando no fue posible llegar a un acuerdo se recurrió a un tercer revisor.

Aquellos documentos incluidos en el paso anterior fueron evaluados por duplicado por los mismos revisores mediante la lectura del texto completo y seleccionados en caso de cumplir los criterios inclusión.

Las GPC fueron sometidas a un tamizaje secundario utilizando la herramienta 7 para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (117) y si alguna de las respuestas a las preguntas era negativa, se excluía la guía, en caso contrario se sometía a valoración por AGREE-II.

Copia No Controlada

Evaluación de la calidad metodológica de los documentos

Teniendo en cuenta el tipo de documento seleccionado se realizó una valoración de la calidad metodológica o riesgo de sesgo así:

- Guías de práctica clínica: inicialmente con la herramienta 7 de la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia del MSPS y del IETS (118) y si todas las respuestas en esta herramienta eran positivas, se evaluaba formalmente utilizando la herramienta AGREE-II (119).
- Revisiones sistemáticas: ROBIS (120)

Se consideró la inclusión de RSL y de GPC según su calidad de la siguiente manera: las RSL fueron aquellas con bajo riesgo de sesgo utilizando la herramienta ROBIS (120) y en las GPC serían aquellas con un porcentaje de 60% o más en los dominios 3 y 6 del AGREE-II.

Extracción de información

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Dos revisores (CP y KO) realizaron la extracción de la información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados. Este proceso se enfocó en los contenidos presentados como recomendaciones, indicaciones, orientaciones, lineamientos y consejos, en consonancia con las preguntas orientadoras y el alcance del lineamiento.

El formato de extracción tuvo en cuenta las siguientes variables: autor, año, tipo de estudio, titulo, origen de la publicación, pregunta orientadora que responde, hallazgos principales, resultado de calidad metodológica, certeza o calidad de la evidencia y financiación. Esta información se presenta en detalle por cada pregunta en el Anexo 8.

Desarrollo del consenso de expertos

Copia No Controlada

Metodología del Consenso

Se realizó un consenso formal de expertos (CFE), con la metodología modificada Delphi descrita en la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Se reunió a un grupo de profesionales con experiencia, habilidad o determinados conocimientos científicos, técnicos y prácticos en la atención integral de pacientes con cáncer de mama y así adoptar una decisión de común acuerdo empleando métodos sistemáticos y procesos estructurados (121).

Desarrollo del consenso de expertos

El consenso de expertos se desarrolló con la participación en modalidad virtual (sincrónica y asincrónica) e inició con la presentación de los participantes, la declaración de conflictos de intereses y consentimiento para la grabación de la sesión; posteriormente, se realizó una introducción general a la temática del lineamiento y la lectura de los objetivos y alcances. Mediante un proceso de discusión en rondas, se mostró a los expertos la metodología utilizada para la búsqueda de la literatura y en cada una de las 4 preguntas, se presentaron los estudios o documentos encontrados para responderla y una propuesta de lineamiento.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Bajo la moderación de un facilitador, encargado de la coordinación de la discusión en torno a las ideas presentadas para cada pregunta, se determinó una ruta de trabajo para su desarrollo y la votación para lograr consenso de la siguiente manera:

1. Presentación de la pregunta orientadora.
2. Presentación de la evidencia consultada.
3. Presentación de propuesta preliminar del lineamiento.
4. Consenso y/o discusión: cada experto planteaba su punto de vista relacionado con el lineamiento propuesto y se discutía en torno a estos comentarios.
5. Ajustes del lineamiento en caso de que los hubiera.
6. Votación.
7. Resultados de la votación.
8. Replanteamiento del lineamiento en caso de no alcanzar acuerdo.
9. Nueva votación.

Copia No Controlada

En cada ronda de discusión, los expertos de forma individual analizaron y calificaron cada uno de los lineamientos mediante una votación on-line anonimizada, utilizando una escala Likert entre uno (1) y nueve (9) donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 9 “Totalmente de acuerdo (Figura 1), teniendo en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible.

Posteriormente, se realizó el análisis de la votación presentando al grupo de expertos los resultados obtenidos, analizados en términos de porcentaje y mediana

Los resultados se interpretaron de la siguiente manera:

- Cuando todos los puntajes de los votos obtenidos se encuentren en el rango de 7 a 9, se considera que los lineamientos se encuentran aprobados. Cuando la mediana de las puntuaciones obtenidas se encuentre en el rango de 7 a 9, de igual manera se consideran aprobados los lineamientos.

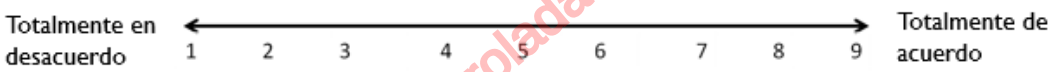
- El lineamiento no se considera aprobado cuando el 80% de los votos se encuentra en el rango de 1 a 3. Tampoco se considera como aprobado el lineamiento cuando la mediana de los votos se encuentra en el rango de 1 a 3.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- En los casos en que los lineamientos se consideran como no aprobados, estos se replantearon mediante una discusión en una segunda ronda con el grupo de expertos, quienes tuvieron la posibilidad de reestructurar los puntos críticos y volver a realizar la votación. Hasta no lograr consenso en la pregunta no se pasó a la siguiente.

Los resultados de las votaciones se procesaron, analizaron y presentaron a los expertos mediante el uso del software Stata v17.

Figura 1. Escala usada para el proceso de votación.



Copia No Controlada

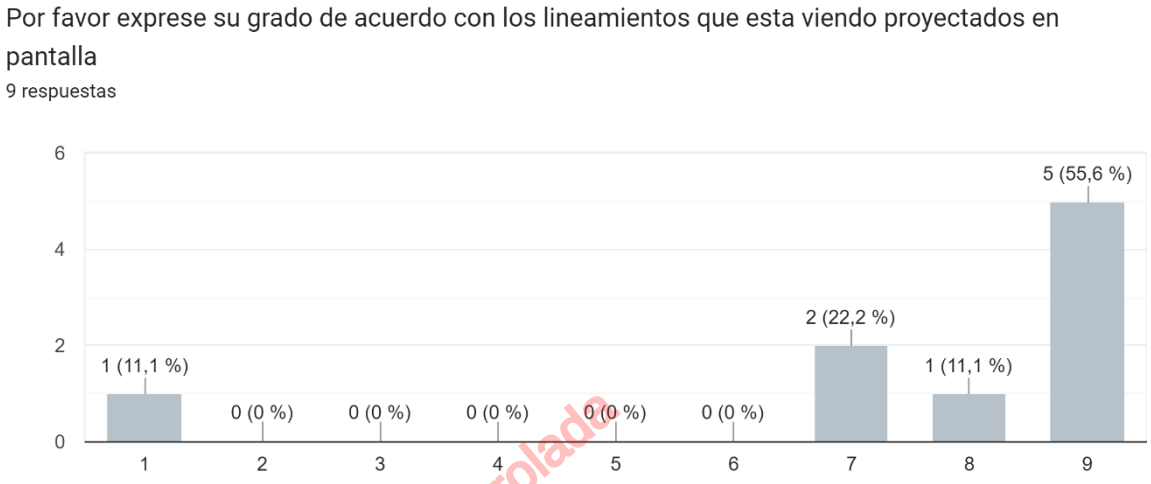
Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá 2010 (128).

Resultados votaciones consenso Lineamientos cáncer de mama

Pregunta 1

Se obtuvo un total de 9 votos, cuya mediana fue de 8, por lo cual se considera que los lineamientos presentados para esta pregunta fueron aprobados por los expertos participantes en este consenso.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



Copia No Controlada

Pregunta 2

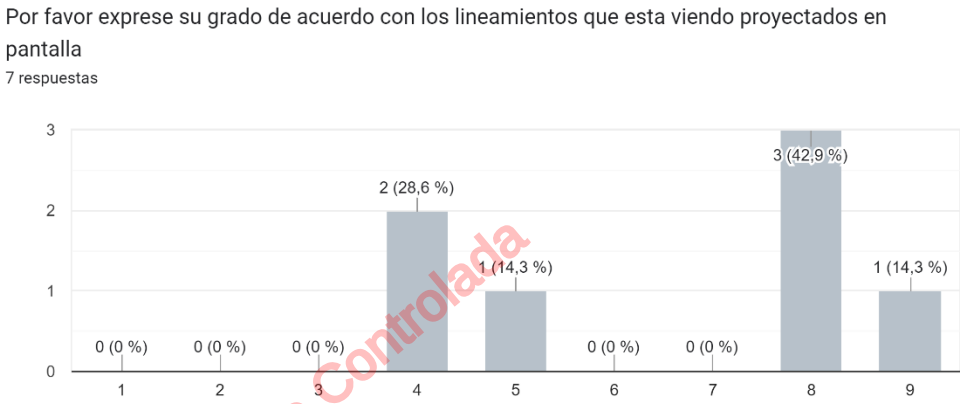
Se obtuvo un total de 5 votos, todos ellos ubicados en el rango de 7 a 9, por lo cual se considera que los lineamientos presentados para esta pregunta fueron aprobados por los expertos participantes en este consenso.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 3

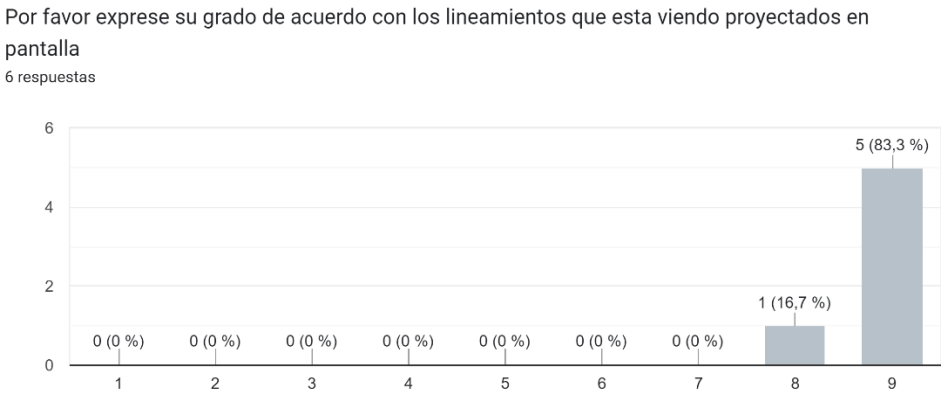
Se obtuvo un total de 7 votos, cuya mediana fue de 8, por lo cual se considera que los lineamientos presentados para esta pregunta fueron aprobados por los expertos participantes en este consenso.



Copia No Controlada

Pregunta 4

Se obtuvo un total de 5 votos, todos ellos ubicados en el rango de 7 a 9, por lo cual se considera que los lineamientos presentados para esta pregunta fueron aprobados por los expertos participantes en este consenso.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Anexo 2. Informe participación panel de socialización de preguntas

"La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen" (122). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (122).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (123). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan a un grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos. En términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (124).

Copia No Controlada

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método, que cuentan con una formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada y que no hacen parte del grupo desarrollador (124).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo, incluyendo la convocatoria realizada a los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en las sesiones realizadas.

Objetivo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Desarrollar un espacio de socialización del alcance y preguntas orientadoras de los lineamientos para la detección y manejo adecuado del riesgo de Cáncer de mama en la población de Bogotá, Distrito Capital, con los actores involucrados en el proceso de atención, para recoger conceptos que favorezcan el refinamiento del alcance.

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados; de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés), estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de Evaluación de Tecnologías En Salud (125). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso se desarrolló en conjunto con los referentes temáticos.

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

Copia No Controlada

Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la selección de los expertos técnicos y clínicos de las entidades u organizaciones requeridas para el proceso:

- Organización Colegial de Enfermería-OCE
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC
- Sociedad Colombiana de Médicos Generales SOCOMEG
- Asociación Colombiana de Nutrición Clínica-ACNC
- Fundación Voces Diabetes
- Secretaría Distrital de Salud
- Instituto Nacional de Cancerología
- Subredes Integradas de Servicios de Salud

Convocatoria

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Se contactó a los representantes de cada organización y a los expertos clínicos, para asegurar su participación activa en el proceso. Igualmente, se contactaron expertos independientes.

Desarrollo de los espacios de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la socialización virtual el día 01/06/2022, a las 6:00 PM, por la plataforma Zoom.

La agenda fue la siguiente:

- Presentación del contexto del cáncer de mama
- Presentación de alcance y preguntas propuestas
- Envío del formulario para registrar asistencia
- Envío por el chat del formulario para registrar los comentarios

A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización:

Copia No Controlada

Actores invitados y asistentes

No.	Organización / Asociación	Delegado	Perfil
1	Instituto Nacional de Cancerología	Ximena Briceño Morales	Mastóloga
2	Nueva EPS	Diana Cristina Morera Niño	Profesional cohorte Cáncer CAC
3	Compensar EPS	Lady Johanna Burgos Mahecha	Profesional de riesgos en salud cohorte oncología
4	Colsubsidio Clínica 127	Deicy Yohana Mora	Enfermera de Vigilancia epidemiológica
5	SOS EAPB	Martha Patricia Osorio	Médico y Cirujano general. Posgrado en Auditor en Salud y en Gerencia de seguridad y salud en el trabajo
6	Universidad Del Tolima	Claudia Patricia Bonilla Ibáñez	Enfermera, magister y Doctora en enfermería, docente de planta de tiempo completo facultad de ciencias de la salud Universidad del Tolima
7	Casanare	Yessenia Ortiz Cárdenas	Enfermera Especialista en auditoria en servicios de Salud

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

8	Asociación Colombiana Mastología e Instituto Nacional de Cancerología	Sandra Diaz	Coordinadora Unidad funcional de mama y tejidos blandos, Instituto Nacional de Cancerología
9	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología	Erick Andrés Cantor Rizo	Médico Especialista en Hematología y Oncología Clínica
10	EPS Indígena Mallamas	Andrea Paola Caicedo	Profesional Universitario Ria Cáncer
11	ANEC	Sandra Milena Jiménez Méndez	Enfermera especialista en oncología
12	Ut Servisalud San José – Magisterio	Ingrid Johana Riveros Alejo	Auditora Alto Costo - Cohorte cáncer
13	EPS Sura	Luisa Milena Raigosa Ruiz	Enfermera especialista en oncología - líder nacional cohorte de cáncer de EPS SURA
14	Compensar EPS	Lady Johanna Burgos Mahecha	Profesional de riesgos en salud cohorte oncología
15	ACM / INC	Luís Guzmán	Mastólogo
16	Sanidad de Policía Nacional	Adriana Melissa Cepeda Llanes	

Copia No Controlada

Fuente: IETS, 2022.

Equipo técnico IETS.

No.	Nombre	Perfil
1	Eliana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
2	César Huérfano	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
3	Ana Milena Herrera	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
4	Carlos Pinto	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5	Karime Osorio	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
6	Andrea Lara Sánchez	Especialista de participación – Jefatura de Métodos Cualitativos e investigación Social

Fuente: IETS, 2022.

Una vez realizada la socialización se envía por medio del chat de la sesión de Zoom el enlace del formulario para la recepción de los comentarios por parte de los asistentes a igual que por correo electrónico junto con la presentación.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Anexo 3. Términos y bitácoras de búsqueda

Términos de búsqueda GPC

Términos DeCS	Términos MESH o EMTREE	Términos libres en inglés	Términos libres en español
Términos relacionados con la condición de interés			
Neoplasias de la Mama	Breast Neoplasms	Breast Neoplasm* Breast Tumor* Breast CáncerCáncer Mammary CáncerCáncer* Breast Malignant Neoplasm* Breast Malignant Tumor* CáncerCáncer of Breast CáncerCáncer of the Breast Mammary Carcinoma* Human Mammary Neoplasm* Human Breast Carcinoma*	Cáncer de Seno Carcinoma Mamario Humano Carcinoma de Mama Cáncer Mamario Cáncer de Mama Neoplasia Maligna de Mama Neoplasia Mamaria Humana Neoplasias Malignas de Mama Neoplasia Mamaria Neoplasia de la Mama Tumor Maligno de la Mama Tumor de Mama Tumor de Seno Tumores Mamarios Tumores de Mama Tumores de Seno Tumores de la Mama
Términos relacionados con las intervenciones de interés			

Copia No Controlada

Revisiones sistemáticas de literatura

Pregunta 1

¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en pacientes adultos, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

Estructura pregunta PIPOH

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Población	Personas mayores de 18 años
Intervención	Estrategias para la detección temprana de cáncer de mama
Profesionales	Profesionales de la salud en IPS primarias de atención
Resultados	Detección temprana del cáncer de mama
Entorno de atención en salud/Contexto	Servicios primarios de atención en salud

Términos DeCS	Términos MESH o EMTREE	Términos libres en inglés	Términos libres en español
Términos relacionados con la condición de interés			
Neoplasias de la Mama	Breast Neoplasms	Breast Cáncer Breast Carcinoma Breast Tumors Mammary CáncerCáncer	Cáncer de mama Cáncer de Seno Carcinomas de Mama Tumores Malignos de la Mama
Términos relacionados con las intervenciones de interés			
Diagnóstico precoz Detección Precoz del Cáncer Programas de Detección Diagnóstica Examen Físico Factores de Riesgo Medición de Riesgo	Early Diagnosis Early Detection of Cancer Diagnostic Screening Programs Physical Examination Risk Factors Risk Assessment	Cancer screening Early diagnosis of Cancer Physical Exam Risk Factor Score	Diagnóstico Temprano Diagnóstico precoz Programas de Detección Diagnóstica Exploración física Evaluación de Riesgo
Términos relacionados con el entorno de atención en salud/contexto			
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care	Primary Healthcare Primary Care	Asistencia Sanitaria de Primer Nivel Primer Nivel de Atención de Salud

Copia No Controlada

Pregunta 2

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

Estructura pregunta PIPOH	
Población	Personas mayores de 18 años
Intervención	Estrategias de atención para el tamizaje de cáncer de mama
Profesionales	Profesionales de la salud en IPS primarias de atención
Resultados	Detección precoz del cáncer de mama
Entorno de atención en salud/Contexto	Servicios primarios de atención en salud

Términos DeCS	Términos MESH o EMTREE	Términos libres en inglés	Términos libres en español
Términos relacionados con la condición de interés			
Neoplasias de la Mama	Breast Neoplasms	Breast Cancer Breast Carcinoma Breast Tumors Mammary Cancer	Cáncer de mama Cáncer de Seno Carcinomas de Mama Tumores Malignos de la Mama
Términos relacionados con las intervenciones de interés			
Tamizaje Masiva Mamografía Ultrasonografía Mamaria	Mass Screening Mammography Ultrasonography, Mammary	Screening Breast Tomosyntheses Breast Ultrasound Breast Ultrasonography	Tamizaje Tomosíntesis de Mama Ecografía de los senos Ecografía mamaria
Términos relacionados con el resultado (outcome)			
Detección Precoz del Cáncer Programas de Detección Diagnóstica	Early Detection of Cancer Diagnostic Screening Programs	Early Diagnosis of Cancer Cancer Screening	Diagnóstico Precoz del Cáncer Detección temprana del cáncer
Términos relacionados con el entorno de atención en salud/contexto			
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care	Primary Healthcare Primary Care	Asistencia Sanitaria de Primer Nivel Primer Nivel de Atención de Salud

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 3

¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5 desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?

Estructura pregunta PIPOH	
Población	Personas adultas (mayores de 18 años) con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5)
Intervención	Solicitud de exámenes complementarios y remisión oportuna a los servicios complementarios y especializados
Profesionales	Profesionales de la salud en IPS primarias de atención
Resultados	Intervención médica temprana (confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento)
Entorno de atención en salud/Contexto	Servicios primarios de atención en salud

Copia No Controlada

Términos DeCS	Términos MESH o EMTREE	Términos libres en inglés	Términos libres en español
Términos relacionados con la condición de interés			
Neoplasias de la Mama	Breast Neoplasms	Breast Cancer Breast Carcinoma Breast Tumors Mammary Cancer	Cáncer de mama Cáncer de Seno Carcinomas de Mama Tumores Malignos de la Mama
Términos relacionados con las intervenciones de interés			
Derivación y Consulta Exámenes Médicos Obligatorios Técnicas de Laboratorio Clínico	Referral and Consultation Physician Self-Referral Secondary Care Secondary Care Centers Tertiary Healthcare Tertiary Care Centers Mandatory Testing	Refferal Redirection Specialized Interdisciplinary Specialized Health Laboratory Test Medical Examination	Remisión Remisión a especialista Interconsulta Referencia y contrarreferencia Exámenes complementarios Exámenes especializados

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Clinical Laboratory Techniques Analysis [Subheading]		Exámenes complementarios Paraclínicos Laboratorios
Términos relacionados con el resultado (outcome)			
Intervención Médica Temprana Diagnóstico Precoz Detección Precoz del Cáncer Tratamiento Precoz Dirigido por Objetivos	Early Medical Intervention Early Detection of Cancer Early Detection of Cancer/Therapy Early Diagnosis Early Diagnosis/Therapy Early Goal Directed Therapy	Early Intervention Diagnostic Confirmation Early Therapy Early treatment Early Detection Start of Treatment	Intervención médica Tratamiento oportuno Diagnóstico oportuno Tratamiento precoz Confirmación diagnóstica Inicio de tratamiento
Términos relacionados con el entorno de atención en salud/contexto			
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care	Primary Healthcare Primary Care	Asistencia Sanitaria de Primer Nivel Primer Nivel de Atención de Salud

Copia No Controlada

Pregunta 4

¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención, a utilizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Estructura pregunta PIPOH	
Población	Personas adultas (mayores de 18 años)
Intervención	Acciones colectivas de promoción y prevención de cáncer de mama
Profesionales	Profesionales de la salud en IPS primarias de atención
Resultados	Diagnóstico temprano
Entorno de atención en salud/Contexto	Servicios primarios de atención en salud

Términos DeCS	Términos MESH o EMTREE	Términos libres	Términos libres en español

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

		en inglés	
Términos relacionados con la condición de interés			
Neoplasias de la Mama	Breast Neoplasms	Breast Cancer Breast Carcinoma Breast Tumors Mammary Cancer	Cáncer de mama Cáncer de Seno Carcinomas de Mama Tumores Malignos de la Mama
Términos relacionados con las intervenciones de interés			
Promoción de la Salud Servicios Preventivos de Salud Prevención Primaria Concienciación	Health Promotion Preventive Health Services Health Education Primary Prevention	Awareness Awareness campaign	Promoción Prevención Conciencia o concientización
Términos relacionados con los profesionales y el entorno			
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care	Primary Healthcare Primary Care	Asistencia Sanitaria de Primer Nivel Primer Nivel de Atención de Salud
Términos relacionados con los resultados			
Diagnóstico Precoz	Early Diagnosis	Diagnosis	Diagnóstico oportuno Diagnóstico temprano

Copia No Controlada

Bitácoras de búsqueda

Guías de práctica clínica

Reporte de búsqueda electrónica No.1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	Mayo 31, 2022
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Guías de práctica clínica

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estrategia de búsqueda (resultados)	Database(s): Ovid MEDLINE(R) 1946 to May Week 3 2022, Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print May 27, 2022, Ovid MEDLINE(R) Daily Update May 27, 2022 Search Strategy: # Searches Results 1 exp Breast Neoplasms/ 2 (Breast adj3 Neoplasm*).ti,ab. 1789 3 (Breast adj3 Tumor*).ti,ab. 30479 4 (Breast adj3 Cancer).ti,ab. 281840 5 (Mammary adj3 Cancer*).ti,ab. 4365 6 (Breast adj2 Malignant adj2 Neoplasm*).ti,ab. 84 7 (Breast adj2 Malignant adj2 Tumor*).ti,ab. 753 8 (Mammary adj2 Carcinoma* adj2 Human).ti,ab. 870 9 (Mammary adj2 Neoplasm* adj2 Human).ti,ab. 4 10 (Breast adj3 Carcinoma*).ti,ab. 39620 11 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 391925 12 exp Practice Guideline/ 29774 13 (practice adj3 guideline*).ti,ab. 31693 14 (guideline* or "guideline adherence" or "practice guideline").pt. 36944 15 "practice guideline*".tw. 26680 16 "practice parameter*".tw. 1164 17 guideline*.tw. 370031 18 "recommendation*".ti. 41109 19 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 417795 20 11 and 19 9585

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	21 limit 20 to ((guideline or practice guideline) and last 5 years) 173
Referencias identificadas	173
Reporte de búsqueda electrónica No. 2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	LILACS
Plataforma	BVS
Fecha de búsqueda	Mayo 31, 2022
Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	((mh:(neoplasias de la mama)) OR ("Cáncer de Seno") OR ("Carcinoma Mamario Humano") OR ("Carcinoma de Mama") OR ("Cáncer Mamario") OR ("Cáncer de Mama") OR ("Neoplasia Maligna de Mama") OR ("Neoplasia Mamaria") OR ("Neoplasia de la Mama") OR ("Tumor Maligno de la Mama") OR ("Tumor de Mama") OR ("Tumor de Seno") OR ("Tumores Mamarios") OR ("Tumores de Mama") OR ("Tumores de Seno") OR ("Tumores de la Mama")) AND ((guía de práctica clínica) OR (guía clínica)) AND (db:("LILACS")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])
Referencias identificadas	5

Copia No Controlada

Revisiones sistemáticas de la literatura

Bitácoras de búsqueda

Pregunta 1

¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.1			
Tipo de búsqueda	Sistemática		
Base de datos	Medline		
Plataforma	Books@Ovid <June 09, 2022> Journals@Ovid Full Text <June 17, 2022> Your Journals@Ovid Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to June 17, 2022>		
Fecha de búsqueda	Junio 19, 2022		
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años		
Restricciones de lenguaje	Ninguno		
Otros límites	Revisiones sistemáticas y metanálisis		
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	exp Breast Neoplasms/	327824
	2	exp Breast/	51280
	3	breast.mp	1081188
	4	mammary.mp.	170093
	5	2 or 3 or 4	1169780
	6	exp Neoplasms/	3700812
	7	exp Carcinoma/	708113
	8	cancer.mp.	3639219
	9	neoplasms.mp	3129893
	10	carcinoma.mp.	1450339
	11	tumors.mp	1262344
	12	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	6339115
	13	5 and 12	912709
	14	1 or 13	912714
	15	exp early diagnosis	63432
	16	exp "Early Detection of Cancer"/	34081
	17	exp Diagnostic Screening Programs/	156
	18	exp Physical Examination/	1327455
	19	exp risk factors/	928795

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.1		
	20 exp Risk Assessment/ 21 exp Comprehensive Health Care/ 22 cancer screening.mp. 23 early detection.mp. 24 early diagnosis.mp 25 Comprehensive Healthcare.mp. 26 comprehensive assessment.mp. 27 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 28 14 and 27 29 exp Primary Health Care/ 30 primary health care.mp. 31 primary healthcare.mp. 32 primary care.mp. 33 29 or 30 or 31 or 32 34 28 and 33 35 limit 34 to "reviews (maximizes specificity)" 7573 36 limit 35 to last 5 years 2534	304156 328925 91671 226512 234863 1368 39653 315571 113124 183623 141412 22415 435085 603987 10338
Referencias identificadas	2534	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	Junio 19, 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2	
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Revisiones sistemáticas y metanálisis
Estrategia de búsqueda (resultados)	#32 #31 AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py) AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de) 355 #31 #26 AND #30 17218 #30 #27 OR #28 OR #29 730528 #29 'primary care'/exp OR 'primary care' OR (primary AND ('care'/exp OR care)) 730528 #28 'primary medical care'/exp OR 'primary medical care' OR (primary AND medical AND ('care'/exp OR care)) 439357 #27 'primary health care'/exp OR 'primary health care' OR (primary AND ('health'/exp OR health) AND ('care'/exp OR care)) 544387 #26 #12 AND #25 354850 #25 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 13204606 #24 'early diagnosis'/exp 119541 #23 'early detection' OR (early AND ('detection'/exp OR detection)) 224887 #22 'cancer screening'/exp 89160 #21 'comprehensive assessment' OR (('comprehensive'/exp OR comprehensive) AND ('assessment'/exp OR assessment)) 134897 #20 'comprehensive health care'/exp OR 'comprehensive health care' OR (('comprehensive'/exp OR comprehensive) AND ('health'/exp OR health) AND ('care'/exp OR care)) 6149411 #19 'risk assessment'/exp 670432 #18 'risk factor'/exp 1221054 #17 'physical examination'/exp 292612 #16 'diagnosis'/exp 7843395 #15 'cancer diagnosis'/exp 717528 #14 'early cancer diagnosis'/exp 10949 #13 'early diagnosis'/exp 119541 #12 #1 OR #2 OR #11 778066 #11 #5 AND #10 776539 #10 #6 OR #7 OR #8 OR #9 7308607 #9 'carcinoma'/exp OR carcinoma 1632855 #8 'neoplasms'/exp OR neoplasms 5672590

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2		
	#7 'cancer'/exp OR cancer 5809953 #6 'tumor'/exp OR tumor 6368933 #5 #3 OR #4 958121 #4 Mammary 105061 #3 'breast'/exp OR breast 922495 #2 'breast cancer'/exp 536196 #1 'breast tumor'/exp 629459	
Referencias identificadas	**355**	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.3		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	LILACS	
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud	
Fecha de búsqueda	Junio 10, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	("Neoplasias de la Mama") AND ("Diagnóstico precoz" OR "Detección Precoz del Cáncer" OR "Programas de Detección Diagnóstica" OR "Examen Físico" OR "Factores de Riesgo" OR "Medición de Riesgo") AND ("Atención Primaria de Salud") AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("sysrev_observational_studies" OR "systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022]) AND (db:("LILACS") AND	**5**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.3		
	type_of_study:("sysrev_observational_studies" OR "systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	
Referencias identificadas	5	

Reporte de búsqueda No.4		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Epistemonikos	
Plataforma	Epistemonikos	
Fecha de búsqueda	Junio 9, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	((title:(Breaste Neoplasms) OR abstract:(Breaste Neoplasms)) OR (title:(Breast cancer) OR abstract:(Breast cancer)) OR (title:(Breast carcinoma) OR abstract:(Breast carcinoma)) OR (title:(Breast tumors) OR abstract:(Breast tumors)) OR (title:(Mammary cancer) OR abstract:(Mammary cancer)) AND (title:(Early Diagnosis) OR abstract:(Early Diagnosis)) OR (title:(Early Detection of cancer) OR abstract:(Early Detection of cancer)) OR (title:(Diagnostic Screening Programs) OR abstract:(Diagnostic Screening Programs)) OR (title:(Cancer screening) OR abstract:(Cancer screening)) OR (title:(Early diagnosis of cancer) OR abstract:(Early diagnosis of cancer)) AND (title:(Primary Health Care) OR abstract:(Primary Health Care)) OR (title:(Primary Care) OR abstract:(Primary Care))	**10**
Referencias identificadas	10	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.5	
Tipo de búsqueda	Sistemática

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Base de datos	Cochrane
Plataforma	
Fecha de búsqueda	Junio 12, 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis
Estrategia de búsqueda (resultados)	ID Search Hits #1 MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees 14709 #2 (breast):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 53961 #3 (mammary):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1456 #4 MeSH descriptor: [Breast] explode all trees 844 #5 #2 OR #3 OR #4 54708 #6 MeSH descriptor: [Carcinoma] explode all trees 15011 #7 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees 89271 #8 (tumor):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 81605 #9 (carcinoma):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 44847 #10 (neoplasm):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 89266 #11 #6 OR #7 OR #8 OR #9 161367 #12 #5 AND #11 24867 #13 MeSH descriptor: [Early Detection of Cancer] explode all trees 1479 #14 MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees 2040 #15 MeSH descriptor: [Diagnostic Screening Programs] explode all trees 3

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#16 MeSH descriptor: [Physical Examination] explode all trees 98387 #17 MeSH descriptor: [Risk Factors] explode all trees 26311 #18 MeSH descriptor: [Comprehensive Health Care] explode all trees 11667 #19 (Early Detection of Cancer):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 4948 #20 (early diagnosis):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 25118 #21 (Physical Examination):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 36858 #22 (risk factors):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 105921 #23 (Risk Assessment):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 126627 #24 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 324283 #25 MeSH descriptor: [Comprehensive Health Care] explode all trees 11667 #26 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees 8427 #27 (primary care):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 103142 #28 (Comprehensive Healthcare):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1217 #29 (comprehensive assessment):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 12189 #30 (Primary Health Care):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 52838 #31 #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 118320 #32 #12 AND #24 AND #31 with Cochrane Library publication date Between Jan 2017 and Dec 2022, in Cochrane Reviews 10	
Referencias identificadas	10	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.6		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Google académico	
Plataforma	Google	
Fecha de búsqueda	Junio 11, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metaanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(“Breast” AND (“neoplasm” OR “cancer)) AND (“early” AND (“detection” OR “diagnosis”)) AND (“primary health care” OR “primary care”) AND (“systematic review” OR “metanalysis”)	**4**
Referencias identificadas	4	

Copia No Controlada

Pregunta 2

¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

Reporte de búsqueda No. 2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	MEDLINE
Plataforma	Books@Ovid <May 31, 2022> Journals@Ovid Full Text <June 01, 2022> Your Journals@Ovid

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No. 2		
	Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to June 01, 2022>	
Fecha de búsqueda	Junio 2, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metaanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1 exp Breast Neoplasms/ 2 exp Breast/ 3 breast.mp. 4 mammary.mp. 5 2 or 3 or 4 6 exp Neoplasms/ 7 exp Carcinoma/ 8 neoplasms.mp. 9 carcinoma.mp. 10 tumors.mp. 11 cancer.mp. 12 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 13 5 and 12 14 1 or 13 15 exp Mass Screening/ 16 Screening.mp. 17 exp Mammography/ 18 mammography.mp. 19 mammogram.mp. 20 tomosynthesis.mp. 21 exp ultrasonography, doppler/ or exp ultrasonography, mammary/ 22 exp Diagnostic Imaging/ 23 ultrasound.mp. 24 ultrasonography.mp. 25 ultrasonogram.mp 26 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 27 14 and 26	327153 51205 1078821 169906 1167314 3693263 706763 3123281 1447720 1259681 3629901 6325960 910737 910742 140517 1628988 32313 71482 17618 3724 80560 2844879 749744 515592 4290 5022133 221636 9119898 225770 234255

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No. 2		
	28 exp diagnosis/ or exp early diagnosis/ or exp "early detection of cancer"/ 29 early detection.mp 30 early diagnosis.mp. 31 28 or 29 or 30 32 27 and 31 33 exp Primary Health Care/ 34 primary health care.mp. 35 primary healthcare.mp. 36 primary care.mp 37 33 or 34 or 35 or 36 38 32 and 37 39 limit 38 to yr= “2017 – 2022” 40 limit 39 to "reviews (maximizes specificity)"	9424403 103709 183134 141056 22300 433973 602447 5127 1704 **1308**
Referencias identificadas	1308	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.2		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Embase	
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	Junio 3, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#34. (('primary health care'/exp OR 'primary health care') OR (primary AND healthcare) OR (primary AND care)) AND (((((('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim) OR ((mammary OR ('breast'/exp OR 'breast')) AND (('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer))) AND (('mass screening'/exp OR 'mass screening') OR 'screening' OR ('mammography'/exp OR 'mammography') OR mammogram	**99**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2		
	OR 'tomosynthesis' OR ('echography'/exp OR 'echography') OR ('echomammography'/exp OR 'echomammography') OR ('doppler ultrasonography'/exp OR 'doppler ultrasonography') OR ultrasonography OR 'ultrasound')) AND (('diagnosis'/exp OR 'diagnosis') OR ('early cancer diagnosis'/exp OR 'early cancer diagnosis') OR (early AND detection))) AND ([systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [2017-2022]/py	5,266
	#33. (('primary health care'/exp OR 'primary health care') OR (primary AND healthcare) OR (primary AND care)) AND (((((('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim) OR ((mammary OR ('breast'/exp OR 'breast')) AND (('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer))) AND (('mass screening'/exp OR 'mass screening') OR 'screening' OR ('mammography'/exp OR 'mammography') OR mammogram OR 'tomosynthesis' OR ('echography'/exp OR 'echography') OR ('echomammography'/exp OR 'echomammography') OR ('doppler ultrasonography'/exp OR 'doppler ultrasonography') OR ultrasonography OR 'ultrasound')) AND (('diagnosis'/exp OR 'diagnosis') OR ('early cancer diagnosis'/exp OR 'early cancer diagnosis') OR (early AND detection)))	98,542
	#32. ((((('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim) OR ((mammary OR ('breast'/exp OR 'breast')) AND (('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer))) AND (('mass screening'/exp OR 'mass screening') OR 'screening' OR ('mammography'/exp OR 'mammography') OR mammogram OR 'tomosynthesis' OR ('echography'/exp OR 'echography') OR ('echomammography'/exp OR 'echomammography') OR ('doppler ultrasonography'/exp OR 'doppler ultrasonography') OR ultrasonography OR 'ultrasound')) AND (('diagnosis'/exp OR 'diagnosis') OR ('early cancer diagnosis'/exp OR 'early cancer diagnosis') OR (early AND detection)) #31. ('primary health care'/exp OR 'primary health care') OR (primary AND healthcare) OR (primary AND care) #30. primary AND care #29. primary AND healthcare #28. 'primary health care'/exp OR 'primary health care'	770,780 727,703 139,628 219,159 9,970,558 224,152 11,399 9,902,533 123,587

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2		
	#27. ('diagnosis'/exp OR 'diagnosis') OR ('early cancer diagnosis'/exp OR 'early cancer diagnosis') OR (early AND detection)	
	#26. early AND detection	
	#25. 'early cancer diagnosis'/exp OR 'early cancer diagnosis'	
	#24. 'diagnosis'/exp OR 'diagnosis'	2,499,056
	#23. ((('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim) OR ((mammary OR ('breast'/exp OR 'breast')) AND (('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer))) AND (('mass screening'/exp OR 'mass screening') OR 'screening' OR ('mammography'/exp OR 'mammography') OR mammogram OR 'tomosynthesis' OR ('echography'/exp OR 'echography') OR ('echomammography'/exp OR 'echomammography') OR ('doppler ultrasonography'/exp OR 'doppler ultrasonography') OR ultrasonography OR 'ultrasound')	586,601 245,226 84,770 9,795 956,911 3,221 8,078
	#22. ('mass screening'/exp OR 'mass screening') OR 'screening' OR ('mammography'/exp OR 'mammography') OR mammogram OR 'tomosynthesis' OR ('echography'/exp OR 'echography') OR ('echomammography'/exp OR 'echomammography') OR ('doppler ultrasonography'/exp OR 'doppler ultrasonography') OR ultrasonography OR 'ultrasound'	67,819 1,243,669 288,638 771,347
	#21. 'ultrasound'	770,046
	#20. ultrasonography	
	#19. 'doppler ultrasonography'/exp OR 'doppler ultrasonography'	6,804,621
	#18. 'echomammography'/exp OR 'echomammography'	4,854,715
	#17. 'echography'/exp OR 'echography'	952,615
	#16. 'tomosynthesis'	1,629,101
	#15. mammogram	5,655,094
	#14. 'mammography'/exp OR 'mammography'	955,943
	#13. 'screening'	920,340
	#12. 'mass screening'/exp OR 'mass screening'	104,935
	#11. (('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim) OR ((mammary OR ('breast'/exp OR 'breast')) AND (('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer))	544,918
	#10. (mammary OR ('breast'/exp OR 'breast')) AND (('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer)	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2		
	#9. ('neoplasm'/exp OR 'neoplasm') OR ('carcinoma'/exp OR 'carcinoma') OR 'tumors' OR cancer #8. cancer #7. 'tumors' #6. 'carcinoma'/exp OR 'carcinoma' #5. 'neoplasm'/exp OR 'neoplasm' #4. mammary OR ('breast'/exp OR 'breast') #3. 'breast'/exp OR 'breast' #2. mammary #1. ('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim	
Referencias identificadas	99	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.3		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Cochrane reviews	
Plataforma	Biblioteca de Cochrane	
Fecha de búsqueda	Junio 1, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 breast	54422
	#2 MeSH descriptor: [Breast] explode all trees	837
	#3 MeSH descriptor: [Mammary Glands, Human] explode all trees	41
	#4 mammary	1526
		55191

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#5 #1 OR #2 OR #3 OR #4	88476
	#6 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	74999
	#7 neoplasms	14894
	#8 MeSH descriptor: [Carcinoma] explode all trees	44900
	#9 carcinoma	26182
	#10 tumors	202709
	#11 cancer	234801
	#12 #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	42566
	#13 #5 AND #12	14567
	#14 MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees	42566
	#15 #13 OR #14	4112
	#16 MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees	68487
	#17 screening	10070
	#18 mass screening	831
	#19 MeSH descriptor: [Mammography] explode all trees	2316
	#20 mammography	596
	#21 mammogram	86
	#22 tomosynthesis	78
	#23 MeSH descriptor: [Ultrasonography, Mammary] explode all trees	910
	#24 MeSH descriptor: [Ultrasonography, Doppler, Duplex] explode all trees	51316
	#25 MeSH descriptor: [Diagnostic Imaging] explode all trees	36638
	#26 ultrasound	17378
	#27 ultrasonography	61
	#28 ultrasonogram	151595
	#29 #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28	5306
	#30 #15 AND #29	8364
		64177

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#31 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees #32 primary health care #33 primary healthcare #34 primary care #35 #31 OR #32 OR #33 OR #34 #36 #30 AND #35 #37 #36 with Cochrane Library publication date Between Jan 2017 and Dec 2022, in Cochrane Reviews	15862 113961 119857 124162 **2684**
Referencias identificadas	2684	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.4		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	LILACS	
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud	
Fecha de búsqueda	Junio 1, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	("neoplasias de la mama" OR "cáncer de mama" OR "cáncer de seno" OR "tumores malignos de la mama") AND (tamizaje OR mamografía OR tomosíntesis OR ecografía) AND ("detección precoz" OR "diagnóstico precoz" OR diagnóstico OR detección) AND	**5**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	("atención primaria de salud" OR "primer nivel de atención") AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("sysrev_observational_studies" OR "systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	
Referencias identificadas	5	

Reporte de búsqueda No.5		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Epistemonikos	
Plataforma	Epistemonikos	
Fecha de búsqueda	Junio 1, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(title:((breast AND (neoplasms OR cancer OR carcinoma OR tumors))) OR abstract:((breast AND (neoplasms OR cancer OR carcinoma OR tumors)))) AND (title:(screening) OR abstract:(screening)) AND (title:((mammography OR mammogram) OR (breast AND (tomosynthesis OR ultrasound OR ultrasonography OR ultrasonogram OR diagnostic imaging))) OR abstract:((mammography OR mammogram) OR (breast AND (tomosynthesis OR ultrasound OR ultrasonography OR ultrasonogram OR diagnostic imaging)))) AND (title:((early AND (detection OR diagnosis))) OR abstract:((early AND (detection OR diagnosis)))) AND (title:((primary AND (health care OR healthcare OR care))) OR abstract:((primary AND (health care OR healthcare OR care))))	**1**
Referencias identificadas	1	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.6		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Google académico	
Plataforma	Google	
Fecha de búsqueda	Junio 1, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(“Breast” AND (“neoplasm” OR “cancer)) AND (“screening” AND (“mammography” OR “ultrasound” OR “ultrasonography”)) AND (“early” AND (“detection” OR “diagnosis”)) AND (“primary health care” OR “primary care”) AND (“systematic review” OR “metanalysis”)	**4**
Referencias identificadas	4	

Copia No Controlada

Pregunta 3

¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5) desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.1		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	MEDLINE	
Plataforma	Books@Ovid <Jun 20, 2022> Journals@Ovid Full Text <June 24, 2022> Your Journals@Ovid Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to June 24, 2022>	
Fecha de búsqueda	Junio 26, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones	
Estrategia de búsqueda (resultados)	1 exp breast neoplasms/ 2 exp breast/ 3 breast.mp. 4 mammary.mp. 5 2 or 3 or 4 6 exp neoplasms/ 7 exp carcinoma/ 8 neoplasms.mp. 9 carcinoma.mp. 10 tumor*.mp. 11 cancer.mp. 12 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 13 5 and 12 14 1 or 13 15 exp "referral and consultation"/ 16 (referral and consultation).mp. 17 referral.mp. 18 exp physician self-referral/ 19 physician self-referral.mp. 20 exp secondary care/ 21 secondary care.mp. 22 exp secondary care centers/ 23 secondary care centers.mp. 24 exp tertiary healthcare/	328527 51355 1084636 170427 1173353 3708087 709393 3136782 1453970 3294100 3652824 7025812 927808 927813 83890 125414 500149 761 1109 874 34029 291 527 1616

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.1		
	25 tertiary healthcare.mp.	3385
	26 exp mandatory testing/	860
	27 mandatory testing.mp.	2089
	28 exp clinical laboratory techniques/	2736530
	29 clinical laboratory techniques.mp.	24016
	30 redirection.mp.	9817
	31 specialized interdisciplinary.mp.	244
	32 laboratory test.mp.	45453
	33 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32	3309697
	34 14 and 33	97898
	35 exp early medical intervention/	3427
	36 exp "early detection of cancer"/	34274
	37 exp early diagnosis/	63655
	38 exp early goal directed therapy/	50
	39 early intervention.mp.	87376
	40 diagnostic confirmation.mp.	5542
	41 early therapy.mp.	7302
	42 early treatment.mp.	86856
	43 early detection.mp.	227583
	44 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43	419924
	45 34 and 44	6288
	46 exp primary health care/	184049
	47 primary health care.mp.	141871
	48 primary healthcare.mp.	22572
	49 primary care.mp.	436897
	50 46 or 47 or 48 or 49	606329
	51 45 and 50	2004
	52 limit 51 to yr="2017 - 2022"	848
	53 limit 52 to "reviews (maximizes specificity)"	**793**
Referencias identificadas	**793**	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Embase
Plataforma	Elsevier

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2		
Fecha de búsqueda	Junio 26, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metaanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#42. #37 AND #41 AND ([systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [2017-2022]/py	3
	#41. #38 OR #39 OR #40	775,191
	#40. primary AND care	731,881
	#39. primary AND healthcare	140,707
	#38. 'primary health care'/exp OR 'primary health care'	220,152
	#37. #26 AND #36	547
	#36. #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35	379,699
	#35. 'early detection'	111,234
	#34. 'early treatment'	33,880
	#33. 'early therapy'	2,465
	#32. 'diagnostic confirmation'	1,991
	#31. 'early intervention'	53,698
	#30. 'early goal directed therapy'/exp OR 'early goal directed therapy'	1,281
	#29. 'early diagnosis'/exp OR 'early diagnosis'	201,813
	#28. 'early detection of cancer'/exp OR 'early detection of cancer'	13,449
	#27. 'early medical intervention'/exp OR 'early medical intervention'	29,970
	#26. #11 AND #25	8,438
	#25. #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24	488,236
	#24. 'laboratory test'	195,061
	#23. 'specialized health'	798
	#22. 'specialized interdisciplinary'	107
	#21. 'redirection'	3,166
	#20. 'refferal'	168
	#19. 'clinical laboratory techniques'/exp OR 'clinical laboratory techniques'	191,557
	#18. 'mandatory testing'/exp OR 'mandatory testing'	1,152
	#17. 'tertiary care center'/exp OR 'tertiary care center'	96,017
	#16. 'tertiary healthcare'/exp OR 'tertiary healthcare'	132,325
	#15. 'secondary care centers'/exp OR 'secondary care centers'	2,016
		17,480
		864
		141,194
		773,986
		772,682

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2		
	#14. 'secondary care'/exp OR 'secondary care' #13. 'physician self-referral'/exp OR 'physician self-referral' #12. 'referral and consultation'/exp OR 'referral and consultation' #11. #1 OR # 10 #10. #4 AND #9 #9. #5 OR #6 OR #7 OR #8 #8. cancer #7. 'tumors' #6. 'carcinoma'/exp OR 'carcinoma' #5. 'neoplasm'/exp OR 'neoplasm' #4. 2 OR 3 #3. 'breast'/exp OR 'breast' #2. mammary #1. ('breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim	6,826,202 4,872,719 955,762 1,634,520 5,672,154 959,174 923,531 105,112 544,918
Referencias identificadas	**3**	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.3			
Tipo de búsqueda	Sistemática		
Base de datos	Cochrane reviews		
Plataforma	Biblioteca de Cochrane		
Fecha de búsqueda	Junio 26, 2022		
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años		
Restricciones de lenguaje	Ninguno		
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis		
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 #2 #3 trees #4	breast MeSH descriptor: [Breast] explode all trees MeSH descriptor: [Mammary Glands, Human] explode all	54426 837 41 1526 55195

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#5 #1 OR #2 OR #3 OR #4	88476
	#6 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	75002
	#7 neoplasms	14894
	#8 MeSH descriptor: [Carcinoma] explode all trees	44900
	#9 carcinoma	26184
	#10 tumors	202720
	#11 cancer	234814
	#12 #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	42568
	#13 #5 AND #12	14567
	#14 MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees	42568
	#15 #13 OR #14	2525
	#16 MeSH descriptor: [Referral and Consultation] explode all trees	3150 32
	#17 Referral and Consultation	48
	#18 Physician Self-Referral	71580
	#19 MeSH descriptor: [Secondary Care] explode all trees	7
	#20 Secondary Care	7759
	#21 MeSH descriptor: [Secondary Care Centers] explode all trees	21 1170
	#22 Secondary Care Centers	366
	#23 MeSH descriptor: [Tertiary Healthcare] explode all trees	1843
	#24 Tertiary Healthcare	3
	#25 MeSH descriptor: [Tertiary Care Centers] explode all trees	507
	#26 Tertiary Care Centers	45609
	#27 MeSH descriptor: [Mandatory Testing] explode all trees	2910
	#28 Mandatory Testing	12
	#29 MeSH descriptor: [Clinical Laboratory Techniques] explode all trees	105 189
	#30 Clinical Laboratory Techniques	6985
	#31 Refferal	22548
	#32 Redirection	142203
	#33 Specialized Interdisciplinary	
	#34 Specialized Health	
	#35 Laboratory Test	49868
	#36 #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35	8364 64197 15874
	#37 #15 AND #36	113982
	#38 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	119878 10270
	#39 primary health care	426
	#40 primary healthcare	1462
	#41 primary care	2023
	#42 #38 OR #39 OR #40 OR #41	12
	#43 #37 AND #42	40665 1471

Copia no Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#44 MeSH descriptor: [Early Medical Intervention] explode all trees #45 MeSH descriptor: [Early Detection of cancer] explode all trees #46 MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees #47 MeSH descriptor: [Early Goal-Directed Therapy] explode all trees #48 Early Intervention #49 Diagnostic Confirmation #50 Early Therapy #51 Early treatment #52 Early Detection #53 #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 #54 #43 AND #53	71191 79716 10647 112328 1804
Referencias identificadas	**1804**	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.4		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	LILACS	
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud	
Fecha de búsqueda	Junio 26, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	("neoplasias de la mama" OR "cáncer de mama" OR "cáncer de seno" OR "tumores malignos de la mama") AND ("derivación y consulta" OR "exámenes médicos" OR "exámenes obligatorios" OR "técnicas de laboratorio clínico" OR "remisión" OR "remisión a	**0**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.4		
	especialista" OR "interconsulta" OR "referencia y contrarreferencia" OR "exámenes complementarios" OR "exámenes especializados") AND ("intervención médica temprana" OR "diagnóstico precoz" OR "detección precoz del cáncer" OR "tratamiento precoz dirigido por objetivos" OR "intervención médica" OR "tratamiento oportuno" OR "diagnóstico oportuno" OR "tratamiento precoz" OR "confirmación diagnóstica" OR "inicio de tratamiento") AND ("atención primaria de salud" OR "primer nivel de atención") AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("sysrev_observational_studies" OR "systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	
Referencias identificadas	**0**	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.5		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Epistemonikos	
Plataforma	Epistemonikos	
Fecha de búsqueda	Junio 26, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(title:(breast AND (neoplasms OR cancer OR carcinoma OR tumors)) OR abstract:(breast AND (neoplasms OR cancer OR carcinoma OR tumors))) AND (title:(referral AND consultation) OR abstract:(referral AND consultation)) OR (title:(physician self-referral) OR abstract:(physician self-referral)) OR (title:(secondary care) OR abstract:(secondary care)) OR (title:(secondary care centers) OR abstract:(secondary care centers)) OR (title:(tertiary healthcare) OR abstract:(tertiary healthcare)) OR (title:(tertiary care centers) OR	**0**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.5		
	abstract:(tertiary care centers)) OR (title:(mandatory testing) OR abstract:(mandatory testing)) OR (title:(clinical laboratory techniques) OR abstract:(clinical laboratory techniques)) OR (title:(refferal) OR abstract:(refferal)) OR (title:(redirection) OR abstract:(redirection)) OR (title:(specialized interdisciplinary) OR abstract:(specialized interdisciplinary)) OR (title:(specialized health) OR abstract:(specialized health)) OR (title:(laboratory test) OR abstract:(laboratory test)) AND (title:(early medical intervention) OR abstract:(early medical intervention)) OR (title:(early detection of cancer) OR abstract:(early detection of cancer)) OR (title:(early diagnosis) OR abstract:(early diagnosis)) OR (title:(early goal directed therapy) OR abstract:(early goal directed therapy)) OR (title:(early intervention) OR abstract:(early intervention)) OR (title:(diagnostic confirmation) OR abstract:(diagnostic confirmation)) OR (title:(early therapy) OR abstract:(early therapy)) OR (title:(early treatment) OR abstract:(early treatment)) OR (title:(early detection) OR abstract:(early detection)) AND (title:(primary AND (health care OR healthcare OR care)) OR abstract:(primary AND (health care OR healthcare OR care)))	
Referencias identificadas	0	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.6	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Google académico
Plataforma	Google
Fecha de búsqueda	Junio 26, 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.6		
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(“Breast” AND (“neoplasm” OR “cancer)) AND (“referral” OR “redirection” OR “specialized interdisciplinary” OR “specialized health” OR “laboratory test”) AND (“early” AND (“detection” OR “diagnosis” OR “treatment”)) AND (“primary health care” OR “primary care”) AND (“systematic review” OR “metanalysis”)	**0**
Referencias identificadas	**0**	

Pregunta 4

¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención, a utilizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.1			
Tipo de búsqueda	Sistemática		
Base de datos	Medline		
Plataforma	Ovid Recursos: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions 1946 to June 27, 2022		
Fecha de búsqueda	Junio 27, 2022		
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años		
Restricciones de lenguaje	Ninguno		
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis		
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	exp Breast Neoplasms/	328137

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

2	exp Breast/	51310
3	(mammary or breast).mp.	621358
4	exp Neoplasms/ or exp Carcinoma/	3703867
5	(neoplasm$ or carcinoma$ or tumor$).mp.	4061434
6	((breast or mammary) adj1 (cancer or carcinoma or neoplasm or tumor)).mp.	346507
7	or/2-3	622282
8	or/4-5	4517304
9	and/7-8	448313
10	or/1,6,9	483807
11	exp Primary Health Care/	183796
12	(primary and (medical or health) and care).mp.	256979
13	or/11-12	345533
14	exp Health Promotion/	83388
15	exp Preventive Health Services/	653537
16	exp Health Education/	258593
17	exp Primary Prevention/	172645
18	exp Awareness/	21547
19	((Promotion* or Prevention) and Health).mp.	574480
20	((Health or awareness) and Campaign*).mp.	31903
21	(Education and Health).mp.	470927
22	((Prevention and (Primary or primordial)) or wellness program).mp.	174150
23	or/14-22	1440772
24	and/10,13,23	2266
25	limit 24 to (yr="2017 -Current" and "reviews (maximizes sensitivity)")	441

Referencias identificadas	441
Kll	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.2			
Tipo de búsqueda	Sistemática		
Base de datos	Embase		
Plataforma	Elsevier		
Fecha de búsqueda	Junio 28, 2022		
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años		
Restricciones de lenguaje	Ninguno		
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis		
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1	'breast tumor'/exp OR 'breast cancer'/exp	629,943
	#2	'breast'/exp	126,844
	#3	breast:ti,ab OR mammary:ti,ab	735,845
	#4	'neoplasm'/exp OR 'carcinoma'/exp	5,660,145
	#5	cancer:ti,ab OR carcinoma:ti,ab OR neoplasm:ti,ab OR tumor:ti,ab	4,201,208
	#6	((breast OR mammary) NEAR/1 (cancer OR carcinoma OR neoplasm OR tumor)):ti,ab	488,518
	#7	#2 OR #3	753,933
	#8	#4 OR #5	6,405,827
	#9	#7 AND #8	630,265
	#10	#1 OR #6 OR #9	433,392
	#11	'primary health care'/exp OR 'primary medical care'/exp	192,806
	#12	primary:ti,ab AND (medical:ti,ab OR health:ti,ab) AND care:ti,ab	230,331
	#13	#11 OR #12	333,517
	#14	'health promotion'/exp OR 'promotion'/exp	110,353
	#15	'preventive health service'/exp OR 'prevention'/exp	1,675,604
	#16	'health education'/exp	362,839
	#17	'primary prevention'/exp	44,414
	#18	'awareness'/exp	113,326
	#19	(promotion*:ti,ab OR prevention:ti,ab) AND health:ti,ab	253,657
	#20	(health:ti,ab OR awareness:ti,ab OR wellness:ti,ab) AND (campaign*:ti,ab OR program:ti,ab)	230,124
	#21	education:ti,ab AND health:ti,ab	277,800

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	#22	prevention:ti,ab AND (primary:ti,ab OR primordial:ti,ab)	113,997
	#23	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22	2,430,326
	#24	#10 AND #13 AND #23	1,260
	#25	#24 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	1,090
	#26	#24 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py) AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de)	24
Referencias identificadas		24	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.3			
Tipo de búsqueda		Sistemática	
Base de datos		Cochrane reviews	
Plataforma		Biblioteca de Cochrane	
Fecha de búsqueda		Junio 28, 2022	
Rango de fecha de búsqueda		Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje		Ninguno	
Otros límites		Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1	Breast	54426
	#2	MeSH descriptor: [Breast] explode all trees	837
	#3	MeSH descriptor: [Mammary Glands, Human] explode all trees	41
	#4	Mammary	1526
	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	55195
	#6	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	88476
	#7	Neoplasms	75002

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

#8	MeSH descriptor: [Carcinoma] explode all trees	14894
#9	Carcinoma	44900
#10	Tumors	26184
#11	Cancer	202720
#12	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	234814
#13	#5 AND #12	42568
#14	MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees	14567
#15	#13 OR #14	42568
#16	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	8364
#17	Primary Health Care	64197
#18	primary care	113982
#19	primary healthcare	15874
#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19	119878
#21	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees	7130
#22	MeSH descriptor: [Preventive Health Services] explode all trees	34160
#23	MeSH descriptor: [Health Education] explode all trees	21304
#24	MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees	4625
#25	MeSH descriptor: [Awareness] explode all trees	1012
#26	((Promotion* OR Prevention) AND Health)	68907
#27	((Health OR awareness) AND Campaign*)	2183
#28	(Education AND Health)	51539
#29	(Prevention AND (Primary OR primordial))	58103
#30	wellness program	965
#31	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30	150888
#32	#15 AND #20 AND #31 with Cochrane Library publication date Between Jan 2017 and Dec 2022, in Cochrane Reviews	191

Referencias identificadas	191

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.4		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	LILACS	
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud	
Fecha de búsqueda	Junio 28, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(("neoplasias de la mama" OR "cáncer de mama" OR "cáncer de seno" OR "tumores malignos de la mama")) AND (("atención primaria de salud" OR "primer nivel de atención")) AND ((promoción OR prevención OR conciencia OR educación OR campaña OR programa OR bienestar)) AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	**3**
Referencias identificadas	3	

Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.5	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Epistemonikos
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	Junio 28, 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	2017 a 2022, systematic review, no Cochrane review.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reporte de búsqueda No.5		
Estrategia de búsqueda (resultados)	1	breast AND (neoplasm* OR cancer OR carcinoma OR tumor*)
	2	primary AND (health care OR healthcare OR care)
	3	(promotion OR prevention OR preventive OR education OR campaign OR awareness) AND Health
Referencias identificadas	103	

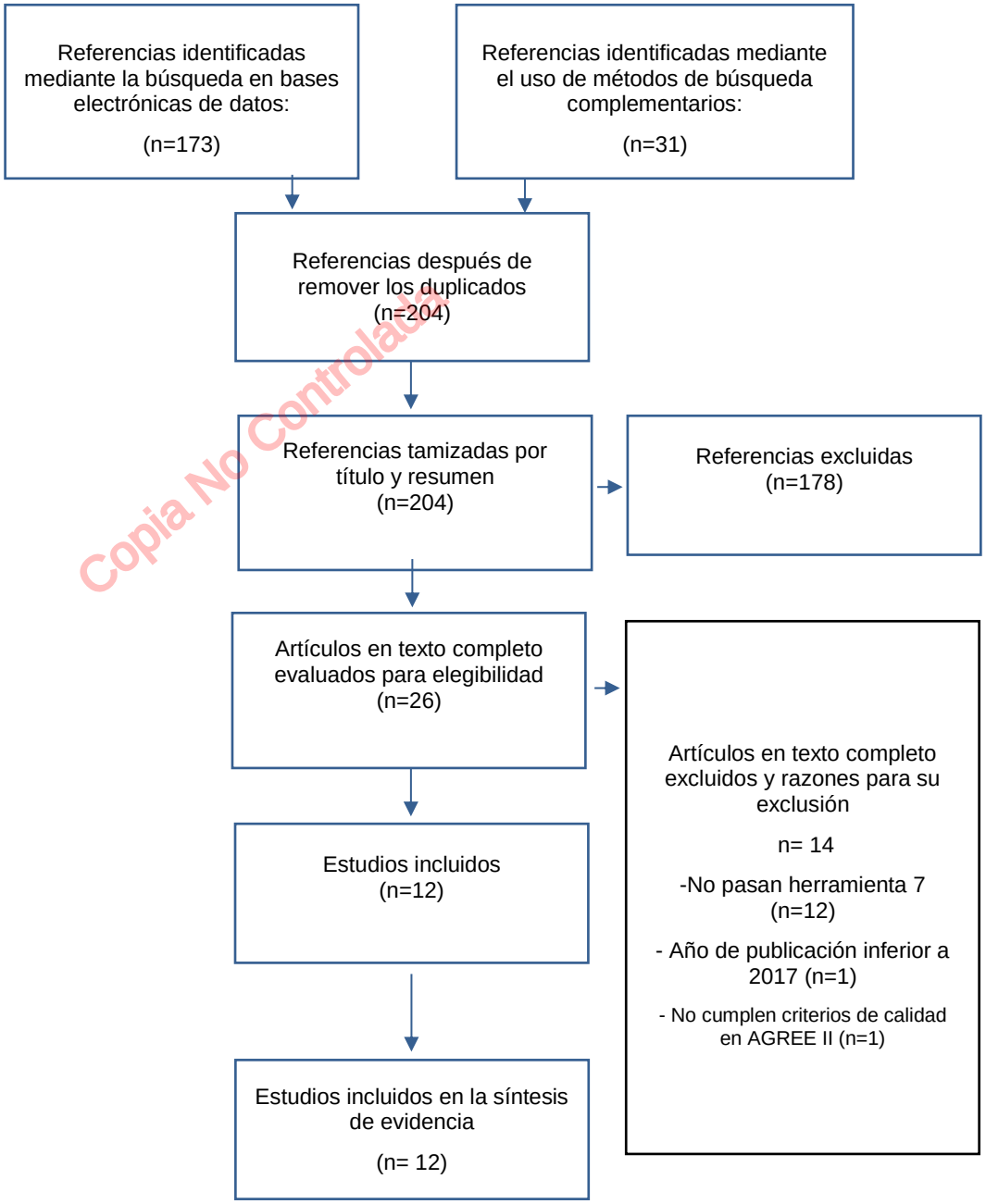
Copia No Controlada

Reporte de búsqueda No.6		
Tipo de búsqueda	Sistemática	
Base de datos	Google académico	
Plataforma	Google	
Fecha de búsqueda	Junio 7, 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Revisiones sistemáticas y/o metanálisis	
Estrategia de búsqueda (resultados)	(breast AND (neoplasm* OR cancer OR carcinoma OR tumor*)) + (primary AND (health care OR healthcare OR care)) + ((promotion OR prevention OR preventive OR education OR campaign OR awareness) AND Health) + (“systematic review” OR “metanalysis”)	**100**
Referencias identificadas	Se revisarán los primeros 100 resultados	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Anexo 4. Diagramas de flujo de la búsqueda, tamizaje y selección de evidencia

Guías de práctica clínica

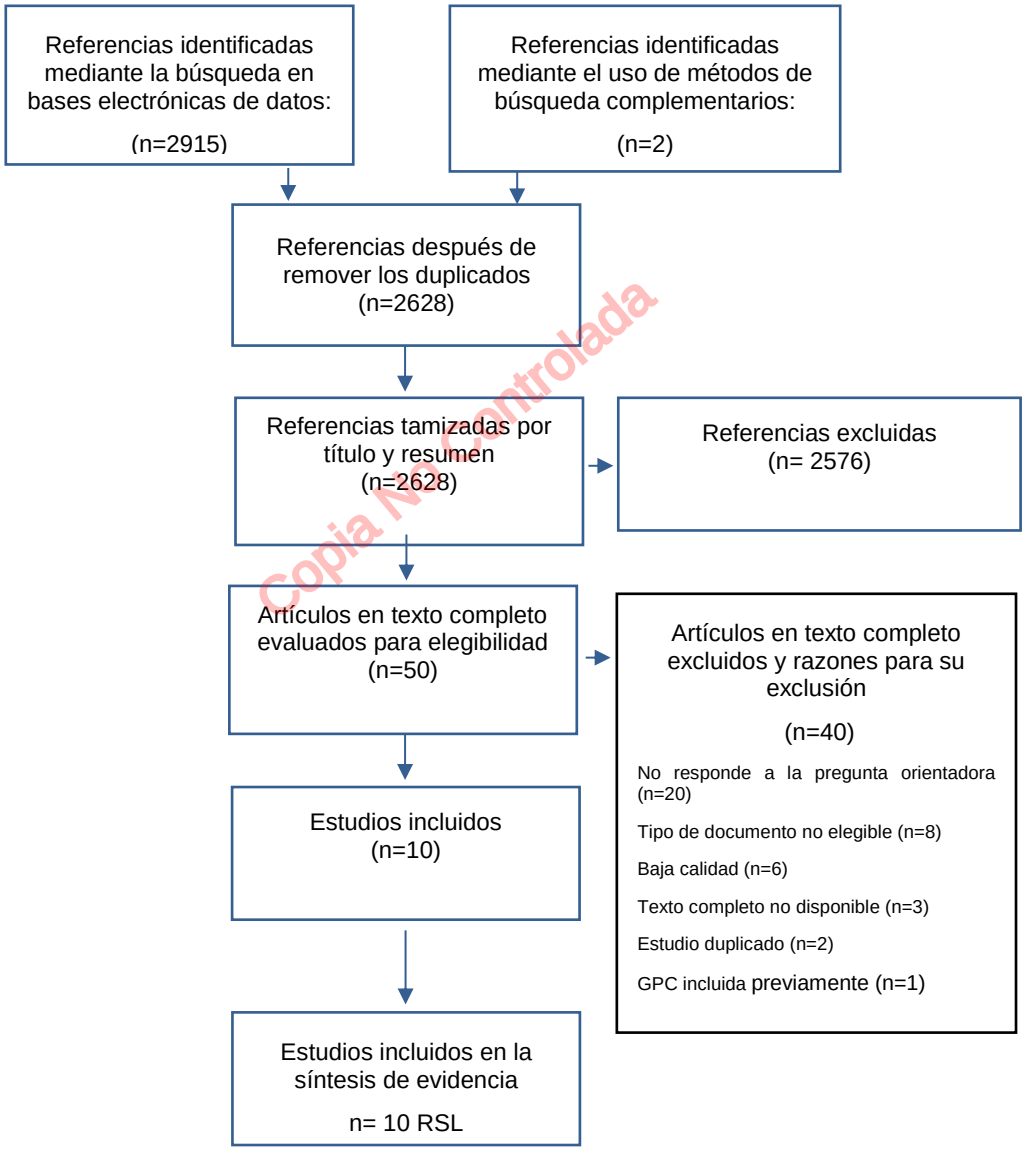


Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Revisiones sistemáticas de la literatura

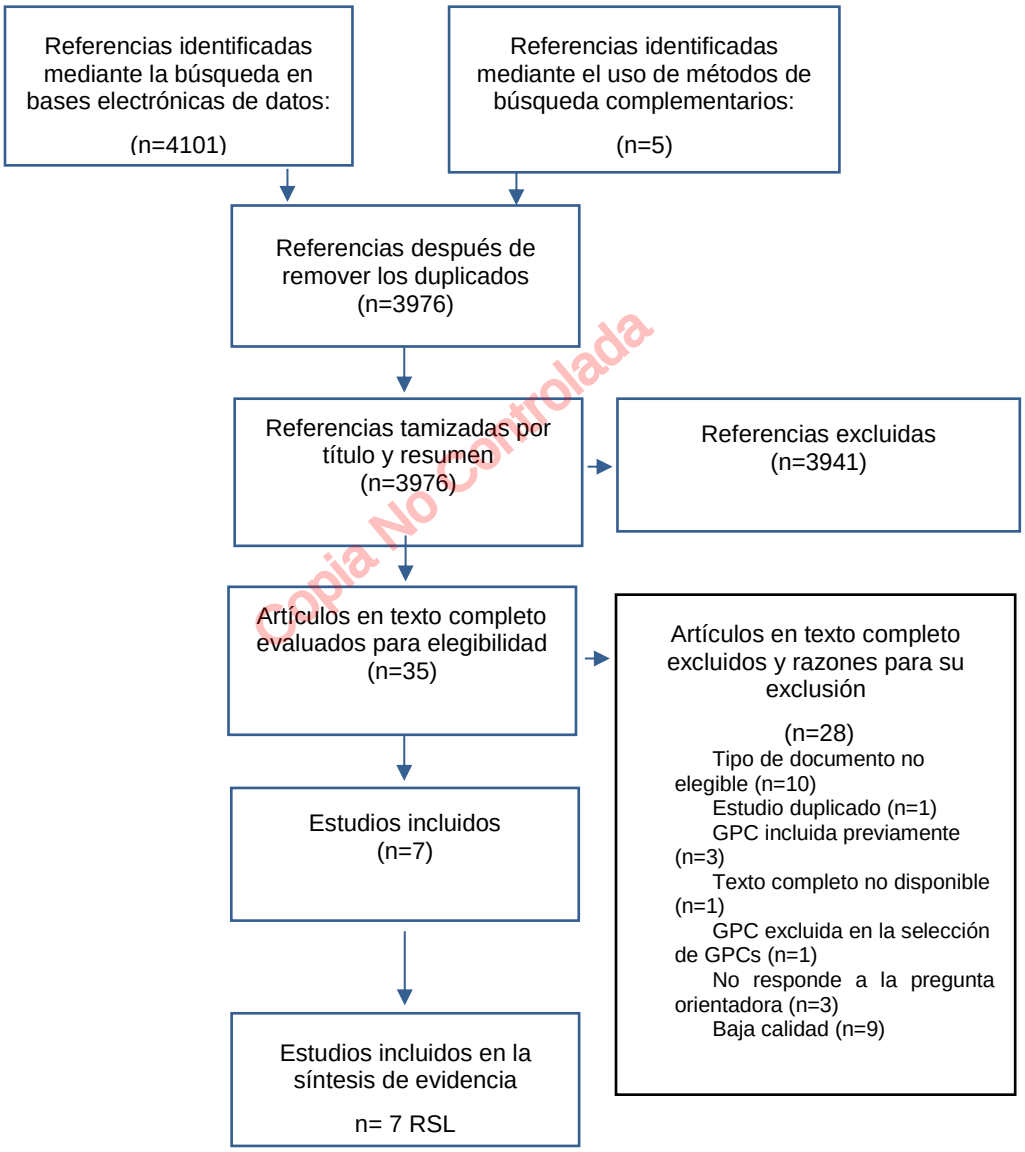
Pregunta 1



Copia No controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

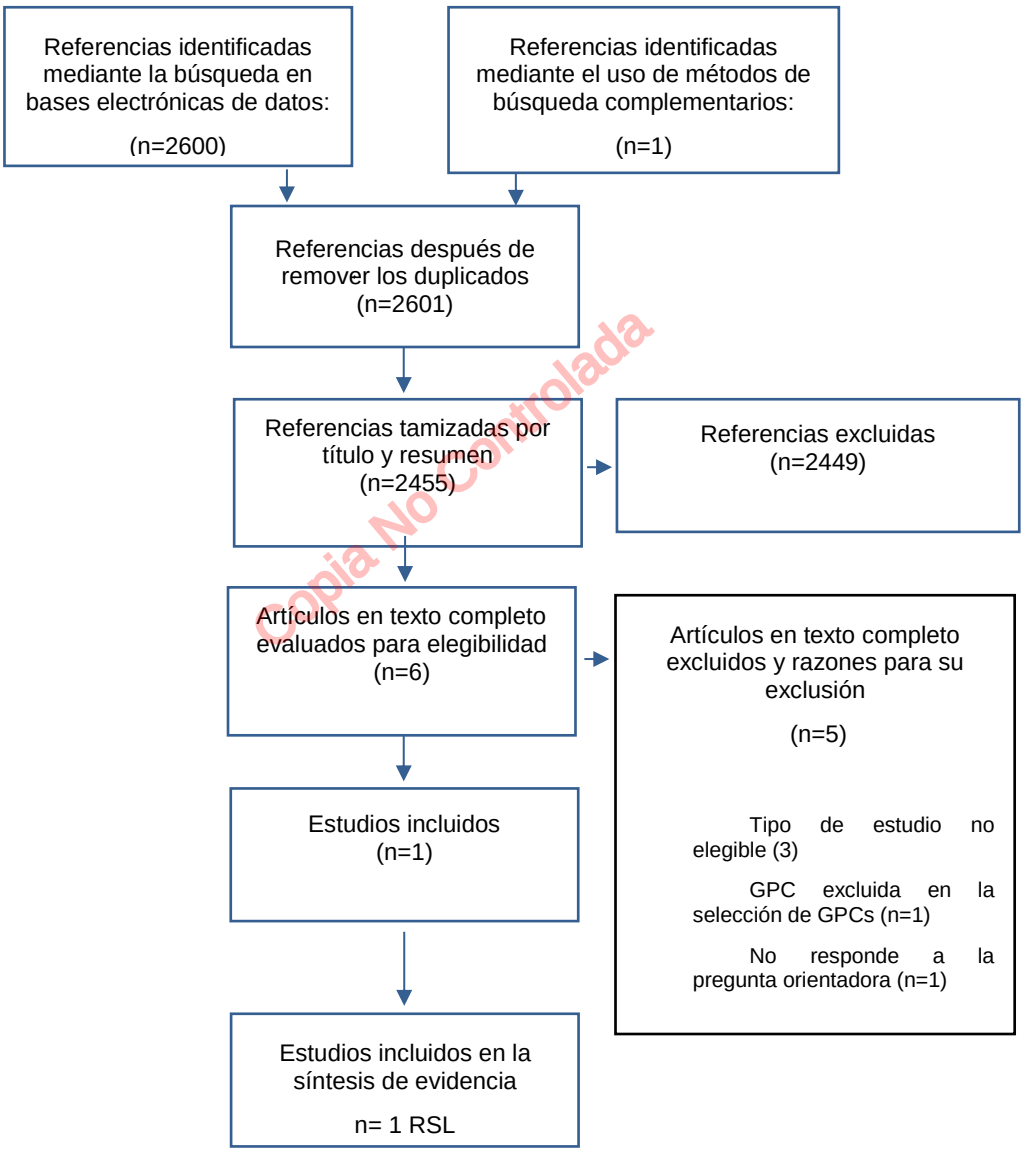
Pregunta 2



Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

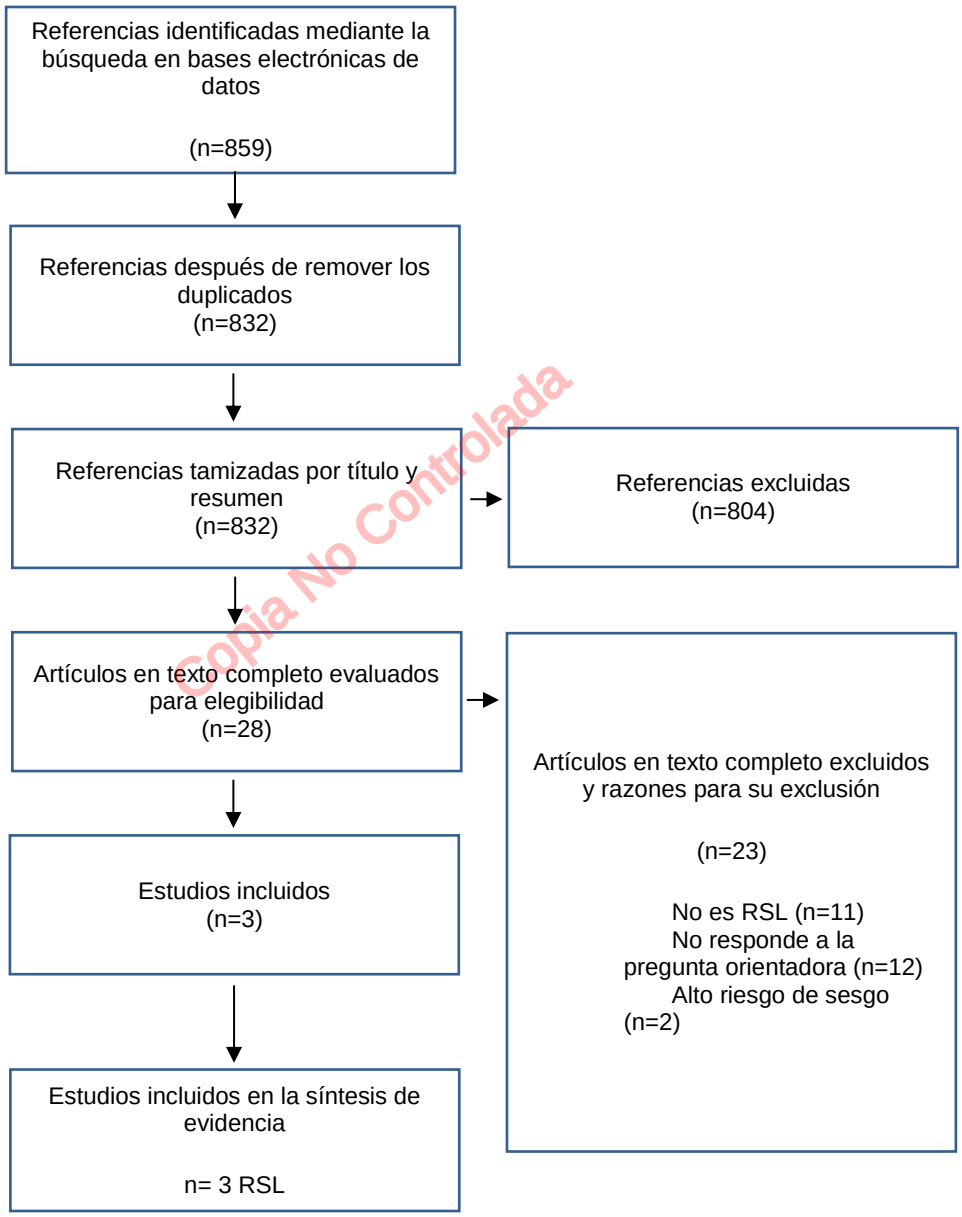
Pregunta 3



Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 4



Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Anexo 5. Listado de documentos incluidos y excluidos

Tabla 1. Listado de documentos incluidos y excluidos

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio
1	Klarenbach 2018	Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer	GPC
2	ACR -Brown et al 2021(transgender)	American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening	GPC
3	Migowski 2018	Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies	GPC
4	MSPS 2017	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama	GPC
5	ACR- Weinstein et al 2021 (breast density)	ACR Appropriateness Criteria Supplemental Breast Cancer Screening Based on Breast Density	GPC
6	ACR- Niell et al 2018 (male breast)	ACR Appropriateness Criteria Evaluation of the Symptomatic Male Breast	GPC
7	ACR- Holbrook et al 2018 (breast pain)	ACR Appropriateness Criteria Breast Pain	GPC
8	ACR- Slanetz et al 2018 (lactacting women)	ACR Appropriateness Criteria Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women	GPC
9	ACR- Mainiero et al 2017	ACR Appropriateness Criteria Breast. Cancer Screening	GPC
10	ACR- Moy et al 2017 (palpable masses)	ACR Appropriateness Criteria Palpable	GPC
11	ACR- Lee et al 2017 (nipple discharge)	ACR Appropriateness Criteria Evaluation of Nipple Discharge	GPC

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio
12	ACR- Le Petro et al 2022	ACR Appropriateness Criteria Imaging of the Axilla	GPC
13	Hild S. et al. 2020	Quality of Decision Aids Developed for Women at Average Risk of Breast Cancer Eligible for Mammographic Screening: Systematic Review and Assessment According to the International Patient Decision Aid Standards Instrument	RSL
14	Humphrys E. et al, 2017	The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review	RSL
15	Laforest F. et al. 2019	Genetic cancer risk assessment in general practice: systematic review of tools available, clinician attitudes, and patient outcomes	RSL
16	Lee S. et al. 2020	Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review	RSL
17	Li C et al. 2020	Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis	RSL
18	Nnaji CA et al 2022	Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review	RSL
19	Priaulx j. et al. 2020	The influence of health systems on breast, cervical and colorectal cancer	RSL

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio
		screening: an overview of systematic reviews using health systems and implementation research frameworks	
20	Qu L. et al 2020	Interventions Addressing Barriers to Delayed Cancer Diagnosis in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review	RSL
21	Sharma R et al. 2018	Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review	RSL
22	Smith J et al. 2020	Patient-Reported Factors Associated With Older Adults' Cancer Screening Decision-making A Systematic Review	RSL
23	Hild S, et al.2020	Quality of decision aids developed for women at average risk of breast cancer eligible for mammographic screening: Systematic review and assessment according to the International Patient Decision Aid Standards instrument. Cancer	RSL
24	Martínez-A 2017	Assessment of the effects of decision aids about breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis	RSL
25	Meggetto O 2019	Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. C Open	RSL
26	Ren W 2022	Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review	RSL

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio
27	Sharma R. 2018	Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review	RSL
28	Smith J. 2021	Patient-Reported Factors Associated With Older Adults' Cancer Screening Decision-making. JAMA Netw Open	RSL
29	Sood R. 2020	Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis	RSL
30	Reece JC. 2021	Delayed or failure to follow-up abnormal breast cancer screening mammograms in primary care: a systematic review	RSL.
31	Agide FD. 2018	A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years	RSL
32	Jongerius C	Research-Tested Mobile Apps for Breast Cancer Care: Systematic Review.	RSL
33	O'Mahony M. 2017	Interventions for raising breast cancer awareness in women	RSL

Copia No Controlada

Fuente: elaboración IETS, 2022.

Tabla 2. Listado de estudios excluidos en texto completo y razones de exclusión

No	Referencia	Razón de exclusión
1	Siu AL, Force USPST. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2016;164(4):279–96.	Año de publicación (2016)
2	Ministry of Health Malaysia. Management of breast cancer (third edition) [Internet]. 2019. 124 p. Available from: https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Kanser/Breast 2019	Es una guía basada en otras GPC, no es replicable la búsqueda de la

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
		evidencia pues toca ingresar a las guías seleccionadas, mismas que ya revisamos
3	Liu M, Wang C-B, Xie F, Peng Y, Wang S, Surgery CS of B. Clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of invasive breast cancer: Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS) practice guidelines 2021. Chin Med J (Engl). 2021;134(09):1009–13. (116).	No pasa herramienta 7: No se identificó información relacionada con la metodología
4	German Guideline Program in Oncology. Evidence-based Guideline for the Early Detection, Diagnosis, Treatment and Follow-up of Breast Cancer. 2021	No pasa herramienta 7: No se identificó información relacionada con la metodología, probablemente relacionado porque todo el material adicional está disponible sólo en alemán
5	Uematsu T, Nakashima K, Kikuchi M, Kubota K, Suzuki A, Nakano S, et al. The Japanese Breast Cancer Society clinical practice guidelines for breast cancer screening and diagnosis. Breast Cancer. 2020;27(1):17–24.	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura
6	Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019;30(8):1194–220.	No pasa herramienta 7: No se identificó el proceso de búsqueda de la literatura
7	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical Guideline. Familial breast cancer: classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer Full Guideline. Update of clinical guideline [Internet]. 2019 [cited 2022 May 20]. p. 253. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg164/evidence/full-guideline-pdf-190130941	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
8	Clinical Guidelines for the Management of Breast Cancer West Midlands Expert Advisory Group for Breast Cancer	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura
9	Park YH, Senkus-Konefka E, Im S-A, Pentheroudakis G, Saji S, Gupta S, et al. Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of patients with early breast cancer: a KSMO-ESMO initiative endorsed by CSCO, ISMPO, JSMO, MOS, SSO and TOS. Ann Oncol. 2020;31(4):451–69.	No pasa herramienta 7: Es una guía basada en otras GPC, no es replicable la búsqueda de la evidencia pues toca ingresar a las guías seleccionadas, mismas que ya revisamos
10	Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama. 2019;322(7):652–	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura
11	Schünemann HJ, Lerda D, Quinn C, Follmann M, Alonso-Coello P, Rossi PG, et al. Breast cancer screening and diagnosis: a synopsis of the European Breast Guidelines. Ann Intern Med. 2020;172(1):46–56.	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura
12	Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Niell B, Monsees B, Sickles EA. Breast cancer screening in women at higher-than-average risk: recommendations from the ACR. J Am Coll Radiol. 2018;15(3):408–14.	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
13	Urban LABD, Chala LF, Bauab S di P, Schaefer MB, Santos RP dos, Maranhão NM de A, et al. Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations. Radiol Bras. 2017;50:244–9.	No pasa herramienta 7: No se identificó la metodología ni el proceso de búsqueda de la literatura
15	Gupta R, Gupta S, Mehrotra R, Sodhani P. Risk factors of breast cancer and breast self-examination in early detection: systematic review of awareness among Indian women in community and health care professionals. J Public Health (Oxf). 2020 Feb 28;42(1):118-131. doi: 10.1093/pubmed/fdy228. PMID: 30608560.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
16	Larimi NA, Belash I, Abedi M, Bandari P, Mousavi G, Ekhtiari S, Khademloo FH, Rahnamaei K, Konari ME, Rahmdel S, Saripour E. An investigation of efficient nursing interventions in early diagnosis of cancer: A systematic review and meta-analysis. J Family Med Prim Care. 2021 Aug;10(8):2964-2968. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2148_20. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34660432; PMCID: PMC8483087.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
17	Mathioudakis AG, Salakari M, Pylkkanen L, Saz-Parkinson Z, Bramesfeld A, Deandrea S, Lerda D, Neamtiu L, Pardo-Hernandez H, Solà I, Alonso-Coello P. Systematic review on women's values and preferences concerning breast cancer screening and diagnostic services. Psychooncology. 2019 May;28(5):939-947. doi: 10.1002/pon.5041. Epub 2019 Mar 24. PMID: 30812068; PMCID: PMC6594004.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
18	Prusaczyk A, Żuk P, Guzek M, Bogdan M, Nitsch-Osuch A, Oberska J et al. An overview of factors influencing cancer screening uptake in primary healthcare institutions. Family Medicine & Primary Care Review. 2022;24(1):71-77. doi:10.5114/fmpcr.2022.113019.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
19	Rainey L, van der Waal D, Jervaeus A, Wengström Y, Evans DG, Donnelly LS, Broeders MJM. Are we ready for the challenge of implementing risk-based breast cancer screening and primary prevention? Breast. 2018 Jun;39:24-32. doi: 10.1016/j.breast.2018.02.029. Epub 2018 Mar 10. PMID: 29529454.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
20	McClintock AH, Golob AL, Laya MB. Breast Cancer Risk Assessment: A Step-Wise Approach for Primary Care Providers on the Front Lines of Shared Decision Making. Mayo Clin Proc. 2020 Jun;95(6):1268-1275. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.04.017. PMID: 32498779.	Tipo de documento no elegible

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
21	Atere-Roberts J, Smith JL, Hall IJ. Interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among rural women: a scoping review. Cancer Causes Control. 2020 Nov;31(11):965-977. doi: 10.1007/s10552-020-01340-x. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32840707; PMCID: PMC8657510.	Tipo de documento no elegible
22	Burton A, Maskarinec G, Perez-Gomez B, Vachon C, Miao H, Lajous M, López-Ridaura R, Rice M, Pereira A, Garmendia ML, Tamimi RM, Bertrand K, Kwong A, Ursin G, Lee E, Qureshi SA, Ma H, Vinnicombe S, Moss S, Allen S, Ndumia R, Vinayak S, Teo SH, Mariapun S, Fadzli F, Peplonska B, Bukowska A, Nagata C, Stone J, Hopper J, Giles G, Ozmen V, Aribal ME, Schüz J, Van Gils CH, Wanders JOP, Sirous R, Sirous M, Hipwell J, Kim J, Lee JW, Dickens C, Hartman M, Chia KS, Scott C, Chiarelli AM, Linton L, Pollan M, Flugelman AA, Salem D, Kamal R, Boyd N, Dos-Santos-Silva I, McCormack V. Mammographic density and ageing: A collaborative pooled analysis of cross-sectional data from 22 countries worldwide. PLoS Med. 2017 Jun 30;14(6):e1002335. doi: 10.1371/journal.pmed.1002335. PMID: 28666001; PMCID: PMC5493289.	Tipo de documento no elegible
23	DuBenske LL, Schrager SB, Hitchcock ME, Kane AK, Little TA, McDowell HE, Burnside ES. Key Elements of Mammography Shared Decision-Making: a Scoping Review of the Literature. J Gen Intern Med. 2018 Oct;33(10):1805-1814. doi: 10.1007/s11606-018-4576-6. Epub 2018 Jul 20. PMID: 30030738; PMCID: PMC6153221.	Tipo de documento no elegible
24	Kiely D. Transgender Patient Screening: Breast Cancer Risk Assessment and Screening Recommendations. Clin J Oncol Nurs. 2017 Jun 1;21(3):E67-E70. doi: 10.1188/17.CJON.E67-E70. PMID: 28524897.	Tipo de documento no elegible
25	Lau J, Shrestha P, Shaina Ng J, Jianlin Wong G, Legido-Quigley H, Tan KK. Qualitative factors influencing breast and cervical cancer screening in women: A scoping review. Prev Med Rep. 2022 May 13;27:101816. doi: 10.1016/j.pmedr.2022.101816. PMID: 35656228; PMCID: PMC9152777.	Tipo de documento no elegible
26	Paluch-Shimon S, Cardoso F, Partridge AH, Abulkhair O, Azim HA Jr, Bianchi-Micheli G, Cardoso MJ, Curigliano G, Gelmon KA, Harbeck N, Merschdorf J, Poortmans P, Pruneri G, Senkus E, Spanic T, Stearns V, Wengström Y, Peccatori F, Pagani O. ESO-ESMO 4th International Consensus Guidelines for Breast Cancer in Young Women (BCY4). Ann Oncol. 2020 Jun;31(6):674-696. doi: 10.1016/j.annonc.2020.03.284. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32199930.	Tipo de documento no elegible
27	Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies	GPC incluida en el proceso de selección de GPC

Copia no controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
28	Al-Ajmi K, Lophatananon A, Yuille M, Ollier W, Muir KR. Review of non-clinical risk models to aid prevention of breast cancer. Cancer Causes Control. 2018 Oct;29(10):967-986. doi: 10.1007/s10552-018-1072-6. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30178398; PMCID: PMC6182451.	No responden a la pregunta orientadora
29	Bellhouse S, Hawkes RE, Howell SJ, Gorman L, French DP. Breast Cancer Risk Assessment and Primary Prevention Advice in Primary Care: A Systematic Review of Provider Attitudes and Routine Behaviours. Cancers (Basel). 2021 Aug 18;13(16):4150. doi: 10.3390/cancers13164150. PMID: 34439302; PMCID: PMC8394615.	No responden a la pregunta orientadora
30	Benito L, Espinosa J, Binefa G, Vidal C, Lluch MT, Puig M, Fernandez M, Padrol I, García M. Population-based Cancer Screening: Measurement of Coordination and Continuity of Care. Cancer Nurs. 2018 Jul/Aug;41(4):E1-E11. doi: 10.1097/NCC.0000000000000514. PMID: 28622194.	No responden a la pregunta orientadora
31	Ferreira CS, Rodrigues J, Moreira S, Ribeiro F, Longatto-Filho A. Breast cancer screening adherence rates and barriers of implementation in ethnic, cultural and religious minorities: A systematic review. Mol Clin Oncol. 2021 Jul;15(1):139. doi: 10.3892/mco.2021.2301. Epub 2021 May 19. PMID: 34055354; PMCID: PMC8145341.	No responden a la pregunta orientadora
32	Filipe MD, Patuleia SIS, de Jong VMT, Vriens MR, van Diest PJ, Witkamp AJ. Network Meta-analysis for the Diagnostic Approach to Pathologic Nipple Discharge. Clin Breast Cancer. 2020 Dec;20(6):e723-e748. doi: 10.1016/j.clbc.2020.05.015. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32665191.	No responden a la pregunta orientadora
33	Hamilton JG, Abdiwahab E, Edwards HM, Fang ML, Jdayani A, Breslau ES. Primary care providers' cancer genetic testing-related knowledge, attitudes, and communication behaviors: A systematic review and research agenda. J Gen Intern Med. 2017 Mar;32(3):315-324. doi: 10.1007/s11606-016-3943-4. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27995427; PMCID: PMC5331015.	No responden a la pregunta orientadora
34	Huang, Junjie & Huang, Jason & Wang, Jingxuan & Chung, Vincent & Wong, Martin. (2018). Metabolic syndrome and risk of cancer in Chinese populations: a systematic review and meta-analysis in 57 260 individuals. The Lancet. 392. S15. 10.1016/S0140-6736(18)32644-8.	No responden a la pregunta orientadora
35	Maes-Carballo M, Moreno-Asencio T, Martín-Díaz M, Mignini L, Bueno-Cavanillas A, Khan KS. Shared decision making in breast cancer screening guidelines: a systematic review of their quality and reporting. Eur J Public Health. 2021 Oct 11;31(4):873-883. doi: 10.1093/eurpub/ckab084. PMID: 34148093.	No responden a la pregunta orientadora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
36	McAlpine K, Lewis KB, Trevena LJ, Stacey D. What Is the Effectiveness of Patient Decision Aids for Cancer-Related Decisions? A Systematic Review Subanalysis. JCO Clin Cancer Inform. 2018 Dec;2:1-13. doi: 10.1200/CCI.17.00148. PMID: 30652610.	No responden a la pregunta orientadora
37	Meggetto O, Peirson L, Yakubu M, Farid-Kapadia M, Costa-Fagbemi M, Baidoobonso S, Moffatt J, Chun L, Chiarelli AM, Muradali D. Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. CMAJ Open. 2019 Oct 1;7(3):E598-E609. doi: 10.9778/cmajo.20180028. PMID: 31575606; PMCID: PMC6773550.	No responden a la pregunta orientadora
38	Nelson HD, Pappas M, Cantor A, Haney E, Holmes R. Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer in Women: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2019 Aug 20;322(7):666-685. doi: 10.1001/jama.2019.8430. PMID: 31429902.	No responden a la pregunta orientadora
39	Nelson HD, Cantor A, Wagner J, Jungbauer R, Fu R, Kondo K, Stillman L, Quiñones A. Effectiveness of Patient Navigation to Increase Cancer Screening in Populations Adversely Affected by Health Disparities: a Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2020 Oct;35(10):3026-3035. doi: 10.1007/s11606-020-06020-9. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32700218; PMCID: PMC7573022.	No responden a la pregunta orientadora
40	Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	Estudio duplicado
41	Rainey L, van der Waal D, Wengström Y, Jervaeus A, Broeders MJM. Women's perceptions of the adoption of personalised risk-based breast cancer screening and primary prevention: a systematic review. Acta Oncol. 2018 Oct;57(10):1275-1283. doi: 10.1080/0284186X.2018.1481291. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29882455.	No responden a la pregunta orientadora
42	Friedemann Smith, C., Tompson, A., Holtman, G., Bankhead, C., Gleeson, F., Lasserson, D., & Nicholson, B. (2018). General practitioner referrals to one-stop clinics for symptoms that could be indicative of cancer: a systematic review of use and clinical outcomes. Family Practice, 36(3), 255–261.	No responden a la pregunta orientadora
43	Starkings R, Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. A systematic review of communication interventions to help healthcare professionals discuss genetic testing for breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2020 Aug;183(1):9-21. doi: 10.1007/s10549-020-05741-z. Epub 2020 Jun 23. PMID: 32577939; PMCID: PMC7376076.	No responden a la pregunta orientadora
44	Usher-Smith JA, Silarova B, Sharp SJ, et alEffect of interventions incorporating personalised cancer risk information on intentions and behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised	No responden a la pregunta orientadora

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
	controlled trialsBMJ Open 2018;8:e017717. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017717	
45	Walker-Smith TL, Baldwin S. A Quality Improvement Initiative: Improving Mammogram Screening Rates Among Low-income Hispanic Women in Primary Care. J Dr Nurs Pract. 2020 Mar 1;13(1):71-78. doi: 10.1891/2380-9418.JDNP-D-19-00004. Epub 2020 Jan 27. PMID: 32701468.	Texto completo no disponible
46	Wang F, Duan XN, Ling R, Yu ZG; Chinese Society of Breast Surgery. Clinical practice guidelines for risk assessment to identify women at high risk of breast cancer: Chinese Society of Breast Surgery (CSBrS) practice guidelines 2021. Chin Med J (Engl). 2021 Jun 10;134(14):1655-1657. doi: 10.1097/CM9.0000000000001502. PMID: 34116529; PMCID: PMC8318626.	No responden a la pregunta orientadora
47	Xiao Y, Xia J, Li L, Ke Y, Cheng J, Xie Y, Chu W, Cheung P, Kim JH, Colditz GA, Tamimi RM, Su X. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Breast Cancer Res. 2019 Jan 29;21(1):16. doi: 10.1186/s13058-019-1096-1. PMID: 30696460; PMCID: PMC6352362.	No responden a la pregunta orientadora
48	Young B, Bedford L, Kendrick D, Vedhara K, Robertson JFR, das Nair R. Factors influencing the decision to attend screening for cancer in the UK: a meta-ethnography of qualitative research. J Public Health (Oxf). 2018 Jun 1;40(2):315-339. doi: 10.1093/pubmed/fdx026. PMID: 28486650.	No responden a la pregunta orientadora
49	Yuan X, Zhu C, Wang M, Mo F, Du W, Ma X. Night Shift Work Increases the Risks of Multiple Primary Cancers in Women: A Systematic Review and Meta-analysis of 61 Articles. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2018 Jan;27(1):25-40. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-17-0221. Retraction in: Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2019 Feb;28(2):423. PMID: 29311165.	No responden a la pregunta orientadora
50	2020 Annual Meeting of the American Society of Breast Surgeons Official Proceedings	Texto completo no disponible
51	Evaluating the shared decision making process scale in patient-provider conversations about cancer screening and medication decisions	Tipo de documento no elegible
52	Brooke Nickel, Tessa Copp, Meagan Brennan, Rachel Farber, Kirsten McCaffery, and Nehmat Houssami. Breast Density Notification: A Systematic Review of the Impact on Primary Care Practitioners. Journal of Women's Health 2021 30:10, 1457-1468	Texto completo no disponible

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
53	Grimm LJ, Avery CS, Hendrick E, Baker JA. Benefits and Risks of Mammography Screening in Women Ages 40 to 49 Years. J Prim Care Community Health. 2022;13:215013272110583. doi:10.1177/21501327211058322	Tipo de documento no elegible
54	Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2016;164(4):279. doi:10.7326/M15-2886	Tipo de documento no elegible
55	Jatoi I, Pinsky PF. Breast Cancer Screening Trials: Endpoints and Overdiagnosis. JNCI J Natl Cancer Inst. 2021;113(9):1131-1135. doi:10.1093/jnci/djaa140	Tipo de documento no elegible
56	Kim H, Chang CF. Effectiveness of Using Personal Health Records to Improve Recommended Breast Cancer Screening and Reduce Racial and Geographic Disparities Among Women. J Cancer Educ. 2022;37(2):343-351. doi:10.1007/s13187-020-01821-2	Tipo de documento no elegible
57	Ching R. Recommendations on prevention and screening for breast cancer in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2018;24(3):298-306. doi:10.12809/hkmj177037	Tipo de documento no elegible
58	Abstracts P. Paper Abstract. J Am Geriatr Soc. 2017;65:S1-S289. doi:10.1111/jgs.14915	Tipo de documento no elegible
59	Pons-Rodriguez A, Marzo-Castillejo M, Cruz-Esteve I, Galindo-Ortego G, Hernández-Leal MJ, Rué M. Avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria. Atención Primaria. 2022;54(5):102288. doi:10.1016/j.aprim.2022.102288	Tipo de documento no elegible
60	Schrager S, Ovsepyan V, Burnside E. Breast Cancer Screening in Older Women: The Importance of Shared Decision Making. J Am Board Fam Med. 2020;33(3):473-480. doi:10.3122/jabfm.2020.03.190380	Tipo de documento no elegible
61	Pradhan P, Sharpe L, Butow P, Heathcote LC. Abstracts for Poster Presentations (with mini-oral). Asia Pac J Clin Oncol. 2021;17(S5):23-72. doi:10.1111/ajco.13652	Tipo de documento no elegible
62	Tsang TH, Wong K, Allen K, et al. Update on the Recommendations on Breast Cancer Screening by the Cancer Expert Working Group on Cancer Prevention and Screening. Hong Kong Med J. 2022;28(2):161-168. doi:10.12809/hkmj219622	Tipo de documento no elegible
63	Sala DCP, Okuno MFP, Taminato M, Castro CP de, Louvison MCP, Tanaka OY. Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):1-8. doi:10.1590/0034-7167-2020-0995	Estudio duplicado (en otro idioma)
64	Brown A, Lourenco AP, Niell BL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening. J Am Coll Radiol. 2021;18(11):S502-S515. doi:10.1016/j.jacr.2021.09.005	GPC incluida en el proceso de selección de GPC

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
65	Migowski A, Silva GA e, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cad Saude Publica. 2018;34(6):1-15. doi:10.1590/0102-311x00074817	GPC incluida en el proceso de selección de GPC
66	Le-Petross HT, Slanetz PJ, Lewin AA, et al. ACR Appropriateness Criteria® Imaging of the Axilla. J Am Coll Radiol. 2022;19(5):S87-S113. doi:10.1016/j.jacr.2022.02.010	GPC incluida en el proceso de selección de GPC
67	Nickel B, Copp T, Brennan M, Farber R, McCaffery K, Houssami N. Breast Density Notification: A Systematic Review of the Impact on Primary Care Practitioners. J Women's Heal. 2021;30(10):1457-1468. doi:10.1089/jwh.2020.8898	Texto completo no disponible
68	Wöckel A, Albert U-S, Janni W, Scharl A, Kreienberg R, Stüber T. The Screening, Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Breast Cancer. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(18):316-323. doi:10.3238/arztebl.2018.0316	GPC excluida en la selección de GPCs
69	Bromley HL, Petrie D, Mann GB, Nickson C, Rea D, Roberts TE. Valuing the health states associated with breast cancer screening programmes: A systematic review of economic measures. Soc Sci Med. 2019;228:142-154. doi:10.1016/j.socscimed.2019.03.028	No responden a la pregunta orientadora
70	Nelson HD, Cantor A, Wagner J, et al. Effectiveness of Patient Navigation to Increase Cancer Screening in Populations Adversely Affected by Health Disparities: a Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2020;35(10):3026-3035. doi:10.1007/s11606-020-06020-9	No responden a la pregunta orientadora
71	Nickel B, Copp T, Brennan M, Farber R, McCaffery K, Houssami N. Breast Density Notification: A Systematic Review of the Impact on Primary Care Practitioners. J Women's Heal. 2021;30(10):1457-1468. doi:10.1089/jwh.2020.8898	No responden a la pregunta orientadora
72	Abrokwa SK, Ruby LC, Heuvelings CC, Bélard S. Task shifting for point of care ultrasound in primary healthcare in low- and middle-income countries-a systematic review. eClinicalMedicine. 2022;45:101333. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101333	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
73	Bowser D, Marqusee H, El Koussa M, Atun R. Health system barriers and enablers to early access to breast cancer screening, detection, and diagnosis: a global analysis applied to the MENA region. Public Health. 2017;152:58-74. doi:10.1016/j.puhe.2017.07.020	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
74	Go L, Sandhu P. Standardizing mammogram screening in primary care: Integrating an evidence-based approach. J Am Assoc Nurse Pract. 2021;33(9):688-697. doi:10.1097/JXX.0000000000000418	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
75	Martín-Díaz M, Maes-Carballo M, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. To image or not in noncyclic breast pain? A systematic review. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017;29(6):404-412. doi:10.1097/GCO.0000000000000407	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
76	Mathioudakis AG, Salakari M, Pylkkanen L, et al. Systematic review on women's values and preferences concerning breast cancer screening and diagnostic services. Psychooncology. 2019;28(5):939-947. doi:10.1002/pon.5041	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
77	Muradali D, Kennedy EB, Eisen A, Holloway CMB, Smith CR, Chiarelli AM. Breast screening for survivors of breast cancer: A systematic review. Prev Med (Baltim). 2017;103:70-75. doi:10.1016/j.ypmed.2017.07.026	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
78	Sala DCP, Okuno MFP, Taminato M, Castro CP de, Louvison MCP, Tanaka OY. Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20200995. doi:10.1590/0034-7167-2020-0995	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
79	Prusaczyk A, Żuk P, Guzek M, et al. An overview of factors influencing cancer screening uptake in primary healthcare institutions. Fam Med Prim Care Rev. 2022;24(1):71-77. doi:10.5114/fmpcr.2022.113019	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
80	Rainey L, van der Waal D, Wengström Y, Jervaeus A, Broeders MJM. Women's perceptions of the adoption of personalised risk-based breast cancer screening and primary prevention: a systematic review. Acta Oncol (Madr). 2018;57(10):1275-1283. doi:10.1080/0284186X.2018.1481291	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
81	Chelmow D, Pearlman M, Young A, Bozzuto L, MD MS, Dayaratna S, et al. Executive Summary of the Early-Onset Breast Cancer Evidence Review Conference. Obs Gynecol 2020;135:1457–78. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003889	Tipo de documento no elegible
82	Kumar Das D. Insights Into a Phased Approach to Breast Cancer Early Detection Programs. ONCOL TIMES 2021;43:15–6. https://doi.org/10.1097/01.COT.0000741752.81548.de.	Tipo de documento no elegible
83	Ginsburg O, Yip C-H, Brooks A, MD Mse, Cabanes A, PhD MPH, et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. Cancer 2020;126:2379–93. https://doi.org/10.1002/cncr.32887.	Tipo de documento no elegible
84	Paladine H, MD Me, Ekanadham H, MD MS, Diaz D. Health Maintenance for Women of Reproductive Age. Am Fam Physician 2021;103:209–17.	GPC excluida en la selección de GPCs
85	Friedemann Smith C, Tompson A, Holtman GA, Bankhead C, Gleeson F, Lasserson D, et al. General practitioner referrals to one-stop clinics for symptoms that could be indicative of cancer: A systematic review of use and clinical outcomes. Fam Pract 2018;36:255–61. https://doi.org/10.1093/fampra/cmy069.	No responden a la pregunta orientadora
86	Aim-Eusebi A, Cussac F, Aubin-Auger I. [Cancer prevention and screening: What french GPs could do?]. Place des medecins generalistes dans le dispositif de prevention/depistage des cancers en France. 2019;106(7-8):707-13.	Tipo de documento no elegible

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
87	Atere-Roberts J, Smith JL, Hall IJ. Interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among rural women: a scoping review. Cancer causes & control : CCC. 2020;31(11):965-77.	Tipo de documento no elegible
88	Kolak A, Kamińska M, Sygit K, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Ann Agric Environ Med. 2017;24(4):549-553. doi:10.26444/aaem/75943	Tipo de documento no elegible
89	Lam TH, Wong KH, Chan KK, Chan MC, Chao DV, Cheung AN, et al. Recommendations on prevention and screening for breast cancer in Hong Kong. Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi. 2018;24(3):298-306.	Tipo de documento no elegible
90	LoConte NK, Gershenwald JE, Thomson CA, Crane TE, Harmon GE, Rechis R. Lifestyle Modifications and Policy Implications for Primary and Secondary Cancer Prevention: Diet, Exercise, Sun Safety, and Alcohol Reduction. American Society of Clinical Oncology educational book American Society of Clinical Oncology Annual Meeting. 2018;38:88-100	Tipo de documento no elegible
91	Lopes Oliveira DA, Santos Dutra CR, Santos Silva ME, Pereira de Oliveira MR, Queiroz de Lima LJ, Pereirra de Lima AS, et al. Technology for health education in the prevention and screening of breast cancer. Nursing (São Paulo). 2021;24(275):5530-43.	Tipo de documento no elegible
92	Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespin C, Bellas-Beceiro B, Bartolome-Moreno C, Melus-Palazon E, Vilarrubi-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer Actualización PAPPS 2018. 2018;50 Suppl 1:41-65.	Tipo de documento no elegible
93	McClintock AH, Golob AL, Laya MB. Breast Cancer Risk Assessment: A Step-Wise Approach for Primary Care Providers on the Front Lines of Shared Decision Making. Mayo Clinic proceedings. 2020;95(6):1268-75.	Tipo de documento no elegible
94	Nelson HD, Cantor A, Wagner J, Jungbauer R, Fu R, Kondo K, et al. Effectiveness of Patient Navigation to Increase Cancer Screening in Populations Adversely Affected by Health Disparities: a Meta-analysis. Journal of general internal medicine. 2020;35(10):3026-35	Tipo de documento no elegible
95	Ogunkorode A, Holtslander L, Anonson J, Maree J. Promoting Early Detection of Breast Cancer and Care Strategies for Nigeria. African journal of reproductive health. 2017;21(2):18-25.	Tipo de documento no elegible
96	Ortega Jimenez MdC, Rodriguez DE, Brenda Hidalgo M, Ortega Jimenez M. Educational interventions on breast cancer in men and women: a necessity in primary healthcare. Ecancermedicalscience. 2021;15:1255.	Tipo de documento no elegible
97	Rim SH, Allaire BT, Ekwueme DU, et al. Cost-effectiveness of breast cancer screening in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Cancer Causes Control. 2019;30(8):819-826. doi:10.1007/s10552-019-01178-y	Tipo de documento no elegible

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
98	Bellhouse S, Hawkes RE, Howell SJ, Gorman L, French DP. Breast cancer risk assessment and primary prevention advice in primary care: A systematic review of provider attitudes and routine behaviours. Cancers. 2021;13(16).	No responde a la pregunta orientadora
99	Bernardo BM, Zhang X, Beverly Hery CM, Meadows RJ, Paskett ED. The efficacy and cost-effectiveness of patient navigation programs across the cancer continuum: A systematic review. Cancer. 2019;125(16):2747-61.	No responde a la pregunta orientadora
100	Daly AA, Rolph R, Cutress RI, Copson ER. A review of modifiable risk factors in young women for the prevention of breast cancer. Breast Cancer: Targets and Therapy. 2021;13:241.	No responde a la pregunta orientadora
101	Emery J, Nguyen P, Minshall J, Cummings K-L, Walker J. Chemoprevention: A new concept for cancer prevention in primary care. Australian journal of general practice. 2018;47(12):825-8.	No responde a la pregunta orientadora
102	Gupta R, Gupta S, Mehrotra R, Sodhani P. Risk factors of breast cancer and breast self-examination in early detection: systematic review of awareness among Indian women in community and health care professionals. Journal of Public Health. 2020;42(1):118-31.	No responde a la pregunta orientadora
103	Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. International journal of nursing studies. 2020;110:103684.	No responde a la pregunta orientadora
104	Manchanda R, Gaba F. Population based testing for primary prevention: A systematic review. Cancers. 2018;10(11):424.	No responde a la pregunta orientadora
105	McAlpine K, Lewis KB, Trevena LJ, Stacey D. What Is the Effectiveness of Patient Decision Aids for Cancer-Related Decisions? A Systematic Review Subanalysis. JCO clinical cancer informatics. 2018;2:1-13.	No responde a la pregunta orientadora
106	Mühlberger N, Sroczynski G, Gogollari A, Beate Jahn BJ, Pashayan N, Widschwendter M, et al. Cost-effectiveness of breast cancer screening and prevention-a systetmatic review of decision-analytic models for European settings. International Journal of Gynecological Cancer. 2017;27:365.	No responde a la pregunta orientadora
107	Rainey L, van der Waal D, Jervaeus A, Wengstrom Y, Evans DG, Donnelly LS, et al. Are we ready for the challenge of implementing risk-based breast cancer screening and primary prevention? Breast (Edinburgh, Scotland). 2018;39:24-32.	No responde a la pregunta orientadora
108	Uy C, Lopez J, Trinh-Shevrin C, Kwon SC, Sherman SE, Liang PS. Text messaging interventions on cancer screening rates: a systematic review. Journal of medical Internet research. 2017;19(8):e7893.	No responde a la pregunta orientadora

Copia no controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Referencia	Razón de exclusión
109	Houghton LC, Howland RE, McDonald JA. Mobilizing Breast Cancer Prevention Research Through Smartphone Apps: A Systematic Review of the Literature. Front Public Health. 2019;7:298. Published 2019 Nov 6. doi:10.3389/fpubh.2019.00298	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
110	K. Lamore, J. Foucaud, L. Cambon, A. Untas. Prévention primaire et secondaire des cancers féminins: comment améliorer la sensibilisation des femmes ? Une revue de la littérature, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 65, Issue 6, 2017, Pages 453-465, ISSN 0398-7620, doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.005.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro
111	K. Lamore, J. Foucaud, L. Cambon, A. Untas. Prévention primaire et secondaire des cancers féminins: comment améliorer la sensibilisation des femmes? Une revue de la littérature, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 65, Issue 6, 2017, Pages 453-465, ISSN 0398-7620, doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.005.	Alto riesgo de sesgo/Riesgo de sesgo no claro

Fuente elaboración IETS, 2022.

Copia No Controlada

Anexo 6. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Todos los documentos incluidos tuvieron moderada o alta calidad metodológica; bajo riesgo de sesgo. Por lo anterior ninguno de los estudios seleccionados se excluyó por calidad. Los detalles del AGREE-II, pueden verse a continuación:

Evaluaciones de GPC con el instrumento AGREE II

Tabla 1. Valoraciones de calidad de Guías de práctica clínica con el instrumento AGREE II

Guías de práctica clínica	D1 (%)	D2 (%)	D3 (%)	D4 (%)	D5 (%)	D6 (%)	Global (%)
1. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer (126)	78	72	69	86	67	79	75
2. American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening (97)	47	67	69	86	29	75	58

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

3. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies(127)	86	64	69	86	56	75	67
4. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama (128)	92	92	82	83	65	88	83
5. Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en primer nivel de atención (129)	86	56	58	61	19	42	50
6. ACR Appropriateness Criteria Supplemental Breast Cancer Screening Based on Breast Density (130)	56	78	67	72	42	67	50
7. ACR Appropriateness Criteria Evaluation of the Symptomatic Male Breast (130)(135)	56	78	67	72	42	67	50
8. ACR Appropriateness Criteria Breast Pain (97)	56	75	66	72	40	67	50
9. ACR Appropriateness Criteria Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women(131).	56	78	67	72	42	67	50
10. ACR Appropriateness Criteria Breast. Cancer Screening (132)(138)	56	78	67	72	35	67	50
11. ACR Appropriateness Criteria Palpable(133)	47	67	68	81	29	67	50
12. ACR Appropriateness Criteria Evaluation of Nipple Discharge (134)	50	67	69	86	29	75	58
13. ACR Appropriateness Criteria Imaging of the Axilla(135)	50	67	69	86	29	75	58

Dominios: D1: alcance y objetivos; D2: participación de los implicados; D3: rigor en la elaboración; D4: claridad en la presentación; D5: aplicabilidad y D6: independencia editorial.

Copia No Controlada

Evaluación de riesgo de sesgos de revisiones sistemáticas de la literatura

Se realizó por medio de la herramienta *Risk of Bias of Systematic Reviews* (RoBIS) cuyos dominios son:

- Dominio 1: preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios.
- Dominio 2: preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Dominio 3: preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios.
- Dominio 4: preocupaciones respecto a la síntesis y resultados.
- Revisión: riesgo de sesgos en la revisión.

En cada uno de los dominios la calificación pudo ser: bajo riesgo de sesgo; riesgo de sesgo poco claro, alto riesgo de sesgo. A continuación, se presenta la evaluación detallada de cada uno de los dominios.

Pregunta 1: ¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de las RSL identificadas para la Pregunta 1, empleando el instrumento RoBIS

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
Gupta R. 2019	🟢	🟡	🔴	🔴	🔴 a
Hild S. 2020	🟢	🟢	🟡	🟡	🟢 b
Humphrys E. 2018	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Laforest F. 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Larimi 2021	🟢	🟡	🟡	🔴	🔴 c
Lee S. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Li C. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Mathioudakis A. 2019	🟡	🔴	🟢	🟡	🔴 d
Meggetto O. 2019	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢
Nnaji CA. 2022	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Priaulx J. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Prusaczyk A. 2022	🟢	🟡	🔴	🔴	🔴 e
Qu L. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Raney L. 2018	🟡	🟢	🔴	🔴	🔴 f
Raney L. 2018_2	🟢	🟢	🟡	🟡	🟢 g
Ren et al. 2022	🟡	🟢	🔴	🔴	🔴 j
Sharma R. 2018	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢 h
Walji L. 2021	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
US Preventive Services Task Force2019/Nelson et al. 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
Gupta R. 2019	🟢	🟡	🔴	🔴	🔴 a
Hild S. 2020	🟢	🟢	🟡	🟡	🟢 b
Humphrys E. 2018	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Laforest F. 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Larimi 2021	🟢	🟡	🟡	🔴	🔴 c
Lee S. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Li C. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Mathioudakis A. 2019	🟡	🔴	🟢	🟡	🔴 d
Meggetto O. 2019	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢
Nnaji CA. 2022	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Priaulx J. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Prusaczyk A. 2022	🟢	🟡	🔴	🔴	🔴 e
Qu L. 2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Raney L. 2018	🟡	🟢	🔴	🔴	🔴 f
Raney L. 2018_2	🟢	🟢	🟡	🟡	🟢 g
Ren et al. 2022	🟡	🟢	🔴	🔴	🔴 j
Sharma R. 2018	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢 h

Copia No Controlada

[a] No se describe cómo se llevó el proceso de tamizaje por título y resumen y por texto completo, si fue duplicado y que software se utilizó. No se menciona si evaluaron la calidad o riesgo de sesgos de los estudios. No muestran gráficos o análisis de sensibilidad para evaluar si los resultados son sólidos. No refieren cómo abordaron los sesgos en los estudios. Carece de información importante en la metodología.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

[b] No evaluaron el riesgo de sesgos de los estudios, pero justifican que no aplica, porque el objetivo de la revisión fue evaluar la calidad de las herramientas. No existe información clara acerca de la heterogeneidad de los estudios de los cuales provienen las ayudas para la toma de decisiones. Se enfoca en la evaluación de calidad de las ayudas, no de los estudios que las reportan.

[c] No refieren si utilizaron métodos de búsquedas adicionales, no muestran la estrategia de búsqueda completa, ni mencionan si el proceso de tamizaje fue realizado por duplicado. No es claro el proceso para minimizar el riesgo de sesgos. La heterogeneidad no se discute de manera clara y no se mencionan los resultados de la evaluación de la calidad de los estudios. Tiene algunas falencias metodológicas que son importantes para la calidad de la RSL.

[d] Excluyeron los estudios realizados en países fuera de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) o los que se centran exclusivamente en minorías de regiones geográficas fuera de Europa. Solo un revisor examinó los resultados de la búsqueda por título y el resumen. No se describen métodos adicionales a la búsqueda en bases de datos.

[e] Las bases de datos utilizadas para búsquedas solo fueron Medline y Embase. No hay información del proceso de tamizaje por duplicado. No mencionan la realización por duplicado o de manera independiente. Justifican la no realización de evaluación de calidad con el hecho de que el objetivo es mostrar la evidencia disponible. No hay información que permita verificar que se realizaron todos los análisis debido a que no hay protocolo y la metodología no tiene el detalle suficiente.

Copia No Controlada

[f] No se menciona una publicación previa de un protocolo, no hay información sobre restricción en fechas, tamaños de muestra, etc. Se limita al idioma inglés. No se puede determinar si la extracción se hizo por duplicado, o si se hizo un piloto de la extracción. No se dispone del resultado de las evaluaciones de calidad, las cuales fueron desarrolladas por un solo revisor. No se integra la evaluación de la calidad en la presentación de los resultados. Tampoco se mencionan o analiza en la discusión. Algunas de las limitaciones no se analizan en la discusión o conclusiones, no se tiene en cuenta la certeza en la evidencia.

[g] No mencionan si se realizó la evaluación de calidad de la evidencia. Se identificaron algunas falencias metodológicas debido a que el proceso no fue realizado por duplicado y no se menciona si se realizó la evaluación de calidad de los estudios. Sin embargo, este estudio tiene un enfoque más cualitativo.

[h] Buscaron solo en dos bases de datos, no está disponible la estrategia de búsqueda completa.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 3. Evaluación de la calidad metodológica de las RSL identificadas para la Pregunta 2, empleando el instrumento RoBIS

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
Abrokwa et al. 2022	🟢	🔴	🟢	🔴	🔴 a
Bowser et al. 2017	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴 b
Go et al. 2020	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴 c
Hild et al. 2020	🟢	🟢	🟡	🟡	🟢 d
Martín-Díaz et al. 2017	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡 e
Martínez-Alonso et al. 2017	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Mathioudakis et al. 2019	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴 f
Meggetto et al. 2019	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Muradali et al. 2017	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴 g
Paquier et al. 2021	🔴	🟡	🔴	🟡	🔴 h
Prusaczyk et al. 2020	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴 i
Ren et al. 2022	🟡	🟢	🔴	🔴	🔴 j
Rainey et al. 2018	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Sharma et al. 2018	🟡	🟡	🟢	🟡	🟢 k
Smith et al. 2021	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Sood et al. 2018	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢 l

[a] Se realizaron búsquedas en solo dos bases de datos, que, aunque robustas pudieron dejar por fuera otros estudios. No se hicieron búsquedas manuales ni en literatura gris, y la estrategia de búsqueda no incluyó términos MesH y otros términos libres relevantes. En el protocolo mencionan restricción del idioma a inglés. La heterogeneidad y alto riesgo de sesgos solo fue mencionado superficialmente al inicio de la discusión. Los estudios incluidos para la evaluación de mamas y axila con POCUS no fueron discutidos.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

[b] Excepto en la fecha de publicación, no justifican otras restricciones como el uso de investigación original, revisión por pares, la exclusión de literatura gris, la exclusión de cáncer de mama en hombres o poblaciones de discapacitados y homosexuales. Aunque se incluyeron 4 bases de datos y se describen los términos usados para las búsquedas, no se provee una estrategia completa, no se realizaron búsquedas manuales ni se tuvieron en cuenta otros tipos de fuentes para recuperar más estudios relevantes. No se brinda información acerca de cuantos revisores participaron en el proceso. No proveen información del proceso completo de selección de los estudios ni refieren en ninguna parte del artículo acerca de la evaluación de riesgo de sesgos. Aunque en los resultados manifiestan que los estudios provienen de poblaciones diferentes, no se aborda la heterogeneidad de los estudios más allá ni se analizaron los sesgos en los estudios primarios para los cuales manifestaron fueron en su mayoría transversales o cualitativos.

[c] No se describe claramente los criterios de elegibilidad y de exclusión que permita evidenciar como se llevó a cabo este proceso, adicionalmente, no se explica por qué se realizó la restricción de la elegibilidad a 11 años. Se eligieron solo artículos en inglés que pudo dejar por fuera muchos estudios. Aunque se proveen los términos de búsqueda, no se adjunta la estrategia completa. No se explica por qué se realizó la restricción de la elegibilidad a 11 años. Se eligieron solo artículos en inglés que pudo dejar por fuera. No describe estrategias para minimizar el riesgo de sesgos (tamización, selección y extracción por duplicado). Tampoco hay referencia a un protocolo previo para determinarlo. No hay referencia de la herramienta empleada para evaluar riesgo de sesgo. La ausencia de claridad metodológica no permite determinar si se incluyeron todos los análisis.

[d] No evaluaron el riesgo de sesgos de los estudios, pero justifican que no aplica, porque el objetivo de la revisión fue evaluar la calidad de las herramientas. No existe información clara acerca de la heterogeneidad de los estudios de los cuales provienen las ayudas para la toma de decisiones. Se enfoca en la evaluación de calidad de las ayudas, no de los estudios que las reportan.

[e] Los criterios de elegibilidad son poco claros y no se mencionan restricciones relacionadas con tamaños de muestra o tipos de estudio, idioma o criterios de elegibilidad. Se realizaron búsquedas en dos bases de datos robustas como Pubmed y EMBASE pero no ofrecen la estrategia de búsqueda completa. Aunque mencionan que realizaron evaluación de calidad metodológica, solo hablan de la calidad de la evidencia, pero no de los estudios. No mencionan la realización de la extracción o evaluación de calidad por duplicado. Falta información clara acerca del riesgo de sesgo de los estudios incluidos y de la síntesis e interpretación de los resultados. No se dispone de un protocolo previo para determinar si se recolectaron todos los datos relevantes y los análisis propuestos.

[f] Se hicieron dos búsquedas, una para revisiones sistemáticas sin restricciones como fuentes de estudios primarios, que no es del todo claro por qué, y otra para estudios primarios con un límite de fechas que no es justificado por los autores. Además, la restricción al idioma inglés hace que dejaran pasar estudios importantes en otros idiomas. Solo se realizó una búsqueda en una base de datos. La restricción de fechas para estudios primarios no es justificada, y limitar al idioma inglés hace que dejaran pasar estudios importantes en otros idiomas. Se realizó selección en texto completo por duplicado, pero el proceso inicial no lo fue. No informaron acerca de que datos se propusieron extraer de cada estudio, y aunque realizaron evaluación de la calidad de la evidencia no hay claridad de si esto se realizó por duplicado. No se presenta una tabla con las características de los estudios incluidos ni se proveen razones por las cuales fueron excluidos los estudios en texto completo. No hay información acerca de los resultados de la evaluación de riesgo de sesgos y no se indica si la evaluación de calidad se hizo por duplicado. En el protocolo mencionan GRADE para cuantitativos

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

y CASP para cualitativo, no CERQual. Dada la restricción en el idioma y en país se pudieron perder estudios.

[g] No hay información sobre el estado de publicación de los estudios, tampoco una justificación sobre el tamaño de muestra seleccionado para incluirlos. El criterio de idioma puede limitar los resultados. No hay referencia a un protocolo previo y la metodología no es detallada. Aunque plantearon criterios de elegibilidad no se encuentran criterios de exclusión, ni se brindan explicaciones de en qué momento se ampliaron los criterios de elegibilidad. Tampoco se establece una ventana de observación (no hay información). No se proveen términos ni estrategias de búsqueda, adicionalmente no se justifican ambas búsquedas, es decir, no se explica cuando se realizó la primera búsqueda y que se encontró y por qué se realizó otra. Aunque se realizó algún tipo de revisión al proceso de tamizaje de estudio, este no se realizó completamente por duplicado. El proceso no fue realizado en su totalidad por duplicado, no se provee flujograma de PRISMA, y aunque se describe claramente que las revisiones sistemáticas fueron evaluadas con la herramienta AMSTAR, no especifican que instrumento usaron para los otros tipos de estudios. De acuerdo con lo planteado en la metodología se realizó una síntesis narrativa debido a la heterogeneidad de los estudios, pero no se provee un análisis de esto ni tampoco se profundiza en el análisis de sesgos. Como no se dispone de una estrategia de búsqueda, no se puede inferir si se incluyeron todos los estudios relevantes.

[h] No se da información acerca de un protocolo preestablecido y registrado. Los criterios de inclusión y exclusión son muy amplios, sin determinar tipo de publicación, ventana de observación, o idioma. Falta información acerca de otros métodos para obtener documentos relevantes, de restricciones de idioma o tipos específicos de publicación. No hay información o no se realizó evaluación de riesgo de sesgos de los estudios incluidos. Tampoco se mencionan los sesgos en los estudios incluidos. No se especifica cómo se hizo la extracción (número de revisores, formatos, etc.). Aunque se menciona un protocolo de investigación, no se puede acceder a él. No se hace un análisis de la variación en los resultados de los estudios para juzgar heterogeneidad. La heterogeneidad de los estudios fue mencionada mínimamente en las limitaciones del estudio, pero no se abordó de una forma más robusta.

[i] No se da información acerca de un protocolo preestablecido y registrado. Los criterios de inclusión y exclusión son muy amplios, sin determinar tipo de publicación, ventana de observación, o idioma. Se realizaron búsquedas en solo dos bases de datos robustas pero que pudieron dejar por fuera muchos estudios, sumado a la restricción al idioma inglés. La estrategia de búsqueda no da cuenta del uso de términos indexados o adicionales para los distintos elementos de la pregunta. Incluyen cualquier tipo de estudio desde que mencione los factores en un nivel primario. Aunque el enfoque del estudio está en los proveedores de servicios de salud a nivel primario, no se incluyeron palabras claves relacionadas. No se informa de si el proceso de selección se realizó por duplicado. Justifican la no realización de evaluación de calidad, indicando que el objetivo es mostrar la evidencia disponible. Sin embargo, este juicio no da cuenta de la certeza de la relación de estos factores con la no realización de la tamización. Aunque en la metodología se menciona que la heterogeneidad de los estudios hizo que se llevara a cabo una síntesis narrativa, esto no vuelve a mencionarse en el análisis. No se mencionan sesgos en los estudios primarios porque no se realizó esta evaluación.

[j] No se da información acerca de un protocolo preestablecido y registrado. No se determinó una ventana de observación. Hacen restricción a artículos en idioma inglés. No se puede determinar si la extracción se hizo por duplicado, o si se hizo un piloto de la extracción. No se dispone del resultado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

de las evaluaciones de calidad, las cuales fueron desarrolladas por un solo revisor. No se integra la evaluación de la calidad en la presentación de los resultados. Tampoco se mencionan o analiza en la discusión. Algunas de las limitaciones no se analizan en la discusión o conclusiones, no se tiene en cuenta la certeza en la evidencia.

[k] No se puede acceder al registro en PROSPERO para juzgar el cumplimiento con los criterios. No hay información sobre el estatus de publicación (excepto el idioma). No hacen búsqueda de literatura gris, la estrategia de búsqueda no indica si usaron o no términos indexados, vocabulario controlado, etc. Justifican únicamente la restricción por fecha. Restringen por idioma. Se hace referencia a un número de registro, pero no se puede acceder a él o corresponde a otra revisión y otros autores, por lo que no se puede dar cuenta de si realizaron los análisis predefinidos. No se presenta un análisis de la heterogeneidad.

[l] No se indica si el proceso de tamizaje y selección fue realizado por duplicado y de manera independiente. No hacen búsqueda de literatura gris. Aunque se mencionan términos de búsqueda no se presenta una estrategia y no se puede acceder al material suplementario en los enlaces.

Copia No Controlada

Pregunta 3: ¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5), ¿desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?

Tabal 4. Evaluación de la calidad metodológica de las RSL identificadas para la Pregunta 3, empleando el instrumento RoBIS

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
Reece JC et al. 2021	●	●	●	●	●

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención a realizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 5. Evaluación de la calidad metodológica de las RSL identificadas para la Pregunta 4, empleando el instrumento RoBIS.

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
Agide 2018	🟡	🟢	🟢	🟡	🟢 a
Houghton 2019	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴 b
Jongerius 2019	🟡	🔴	🟢	🟡	🟢 c
Lamore 2017	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴 d
O'Mahony 2017	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢 e

[a.] Dominios: 1. No se proporciona información sobre criterios de elegibilidad basada en las fuentes o disponibilidad de los datos; restringen a inglés. 2. Mencionan dos evaluadores de manera independiente, pero no explican si para tamizaje y selección o solo selección. Mencionan las bases, literatura gris y adicional y proporcionan la estrategia en tiab. 3. Usan la escala de Jadad pero no reportan una evaluación independiente del ocultamiento; indican que incluyeron los de más alto puntaje (2 a 3), pero reconocen que hay algún grado de sesgo en los estudios. No hay una declaración explícita de la realización por duplicado, de la evaluación de calidad. 4. Aunque no hay una declaración explícita de la heterogeneidad entre estudios, se hizo el reporte de manera narrativa; cuando se presenta la síntesis de efectividad de intervenciones no se hace referencia a la certeza de esa evidencia. Revisión: se reconoce la limitación del idioma, la baja calidad de los estudios incluidos y la heterogeneidad entre los mismos. Y por lo tanto las limitaciones para la generalización.

[b.] Dominios: 1. No se hace referencia a un protocolo previo; no hay información sobre la elegibilidad basada en fecha, tamaño de la muestra, calidad del estudio, desenlaces medidos; se limita a estudios en inglés. 2. Usaron solo dos bases: Pubmed y WOS; no mencionan literatura gris o búsquedas adicionales; incluyeron solo artículos en inglés; no se puede determinar si el tamizaje se hizo por duplicado, la selección se hizo por un revisor (solo en dudas intervinieron dos adicionales y solo se revisó el 20% de las excluidas). 3. Solo un revisor extrajo la información, no se evaluó la calidad de los estudios. 4. No se puede afirmar que la síntesis haya incluido todos los estudios, dado que la búsqueda fue limitada a dos bases; no se hizo evaluación de calidad de los estudios. Revisión: en la discusión solo se abordó la preocupación relacionada con las bases de datos consultadas.

[c.] Dominios: 1. No se presenta información relacionada con restricciones en la elegibilidad de los estudios relacionada con tamaño de la muestra, calidad del estudio, desenlaces medidos, estado o formato de publicación, disponibilidad de los datos. La limitación a estudios en inglés pudo perder estudios. 2. Proporcionaron una estrategia de búsqueda, pero no indicaron campos usados o uso de lenguaje controlado. No mencionaron si buscaron en otras fuentes o en literatura gris. No mencionaron si el proceso de tamizaje y selección se hizo por duplicado o de manera independiente. 3. Ninguna 4. En el protocolo mencionaron que utilizarían la herramienta de RoB de Cochrane, pero reportaron otras; el resultado de la evaluación de calidad no se reporta al describir cada una de las intervenciones. Revisión: reconocen limitaciones en la búsqueda de estudios y que trataron de

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

reducirlas buscando palabras en el texto completo, así mismo que fue limitado el número de estudios enfocados en prevención primaria.

d. Dominios: 1. No mencionan tipos de estudios, no hay referencia a un protocolo previo. No hacen restricción por fecha. Solo incluyen estudios en los que se privilegian valores del individuo sobre el grupo, dado el contexto francés. 2. Mencionan el proceso en etapas: tamización, selección en texto completo. Pero no se indica si el proceso fue realizado en duplicado, o el número de revisores involucrado. Si bien mencionan las bases y los términos, no se indican campos usados para replicar la estrategia. 3. No se indica si el proceso fue realizado en duplicado, o el número de revisores involucrado. Si bien mencionan las bases y los términos, no se indican campos usados para replicar la estrategia. 4. No se abordó la calidad de los estudios incluidos. Revisión: en esta parte se declaró que solo un revisor realizó la selección, lo cual puede llevar a pérdidas de estudios. Si bien no se reportó evaluación de calidad, se hizo referencia a que varios estudios no tuvieron un grupo control, pero no se abordó sus implicaciones sobre la certeza en la efectividad de las intervenciones.

e. Dominios: 1. No se especifican otras restricciones basadas en formato de publicación, tamaño de muestra y fecha de publiacación, tampoco en estado de publicación. 2. Ninguna. 3. Ninguna. 4. Ninguna. Revisión: no hay preocupaciones relevantes.

Copia No Controlada

Anexo 7. Informe de participación panel de definición de lineamientos

Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (134). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (134).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud(123). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan a un grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (136).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con una formación y trayectoria suficientes y adecuadamente soportados para ser reconocidos como conocedores en profundidad (137).

Para lograr que la participación de los expertos o actores sea efectiva se requiere de un proceso adecuado de gestión que va desde la identificación de los actores clave hasta el desarrollo del espacio de participación mismo. Con esto presente, este informe describe de manera sintética el proceso de gestión del panel de expertos para la votación de los Lineamientos para cáncer de mama en Bogotá, Distrito Capital.

Copia No Controlada

Objetivo

Desarrollar un panel de expertos para la votación de los Lineamientos para atención integral de cáncer de mama en adultos en Bogotá, Distrito Capital.

Metodología de convocatoria

Identificación de los actores

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados. De acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés), estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión; también son grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política en salud (137). Así, el mapeo o identificación de los actores clave se desarrolla conforme el objetivo del espacio y la temática.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Para el caso en particular, se identificaron las siguientes organizaciones relacionadas con el tema:

- Asociación Colombiana de Mastología – ACM
- Asociación Colombiana de Hematología y Oncología - ACHO
- Organización Colegial de Enfermería - OCE
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC
- Asociación Colombiana de Nutrición Clínica - ACNC
- Subredes integradas de prestación de servicios de la ciudad de Bogotá
- Delegados de dependencias de la Secretaría Distrital de Salud
- Instituto Nacional de cancerología
- Subredes Integradas de Servicios de Salud

Copia No Controlada

Convocatoria

Se procedió a convocar a los delegados que participaron en el proceso de socialización de los objetivos y alcance de los lineamientos, para que participaran realizando su respectiva votación.

Desarrollo del espacio de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo el panel virtual por la plataforma Zoom el día 18/08/2022 a las 6:00 pm, con la siguiente agenda:

- Presentación del contexto de los lineamientos
- Presentación de cada uno de los lineamientos para votación
- Votación por cada uno de los lineamientos

Dada la deliberación, y por decisión de los participantes, el panel debió extenderse a otra sesión virtual el 25/08/2022 a las 6:30 pm para así continuar con la votación. En esta nueva sesión, se avanzó con los mastólogos en el ajuste de la pregunta No. 2. Esta pregunta se votó de manera asincrónica por parte de los demás asistentes.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Dada la importancia de continuar con la deliberación, se citó a una nueva sesión virtual el día 01/09/2022 a las 6:30 AM. Por limitaciones de tiempo de la mitad de los asistentes al panel, se decidió enviar el ajuste de la pregunta No. 3 para votación asincrónica.

A continuación, se presenta la lista de participantes en las sesiones realizadas:

Tabla 1. Lista de participantes en los diferentes paneles realizados

No.	Organización oAsociación	Delegado	Perfil	Sesión 17 agosto	Sesión 22 agosto	Sesión 1 septiembre
1	Asociación Colombiana de Mastología - ACM	Sandra Esperanza Díaz Casas	Médica cirujana. Especialista en cirugía general. Especialista en cirugía de mama y tejidos blandos.	Asiste	Asiste	Asiste
2		Ximena Briceño Morales	Médica cirujana. Especialista en ginecología y obstetricia. Especialista en mastología.	Asiste	Asiste	Asiste
3		Luís Hernán Guzmán Abi-Saab	Médico cirujano. Especialista en ginecología y obstetricia. Especialista en mastología. Especialista en cirugía oncoplástica de la mama.	Asiste	Asiste	Asiste

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No.	Organización oAsociación	Delegado	Perfil	Sesión 17 agosto	Sesión 22 agosto	Sesión 1 septiembre
4	Colsubsidio Clínica 127	Deicy Yohana Mora	Enfermera de vigilancia epidemiológica.	Asiste	No asiste	Asiste
5	UT Servisalud San José - Magisterio	Ingrid Johana Riveros	Enfermera Jefe. Auditora de alto costo, cohorte cáncer.	Asiste	No asiste	Asiste
6		Viviana Mejía Almeida	Enfermera. Líder programa paciente consentido/ cáncer.	Asiste	No asiste	Asiste
7	Compensar EPS	Lady Burgos Mahecha	Enfermera. Gestora cohorte de oncología, cáncer de mama.	Asiste	No asiste	Asiste
8	Mallamás EPS Indígena.	Andrea Paola Caicedo	Enfermera. Profesional universitario de apoyo a la ruta de cáncer.	Asiste	No asiste	Asiste
9	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	Olena Palamarchuk	Observadora del proceso.	Asiste	Asiste	Asiste
10		Beatriz Guerrero	Observadora del proceso.	Asiste	Asiste	No asiste
11		Ricardo Durán Arango	Observador del proceso.	Asiste	Asiste	Asiste

Fuente: IETS, 2022.

Copia No Controlada

El equipo técnico que acompaña este proceso se refiere a continuación:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Taba 2. Equipo técnico IETS.

No.	Nombre	Perfil
1	Eliana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
2	César Huérfano	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
3	Ana Milena Herrera	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
4	Carlos Pinto	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
5	Karime Osorio	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
6	Andrea Lara Sánchez	Especialista de participación – Jefatura de Métodos Cualitativos e investigación Social

Fuente: IETS, 2022.

Copia No Controlada

Anexo 8. Resultados votación de los lineamientos

Se contó con la participación de 9 expertos (ver Anexo 9), quienes declararon no tener conflictos de interés.

La discusión y votación para los lineamientos correspondientes fueron los siguientes:

Para las preguntas No 1 y 2 se llevó a cabo un panel virtual por la plataforma Zoom el día 18/08/2022 a las 6:00 p.m. Para la pregunta No 1, votaron nueve expertos y se obtuvo un porcentaje de 88.9 % de votos con puntuación entre 7 y 9, con una mediana de 9 a favor de los lineamientos (Figura 1).

Dado lo extenso de la deliberación en los contenidos de la respuesta No 2, y por decisión de los participantes, se realizó una nueva sesión virtual el 25/08/2022 a las 6:30 p.m., para continuar con el proceso de votación, el cual se realizó de manera sincrónica por los profesionales que asistieron, y de manera asincrónica por los que no pudieron asistir en tiempo real.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Para esta pregunta, votaron siete expertos y se obtuvo un porcentaje de acuerdo de 85.7% con puntuación entre 7 y 9, con una mediana de 9 a favor de los lineamientos (Figura 2).

Por limitaciones de tiempo de los expertos clínicos, se decidió enviar el ajuste de la pregunta No. 3 para votación asincrónica, en la cual participaron 7 expertos y se obtuvo un porcentaje de 57.2 % de votos con puntuación entre 7 y 9, (Figura 4) con una mediana de 8 a favor del lineamiento (Figura 3).

La votación para la pregunta No 4, se realizó día 01/09/2022 a las 6:30 am con participación de 6 expertos y se obtuvo un porcentaje de 100 % de votos con puntuación entre 7 y 9), con una mediana de 9 a favor de los lineamientos (Figura 3).

Figura 1. Resultado de las votaciones sobre los lineamientos de la pregunta No. 1

Copia No Controlada



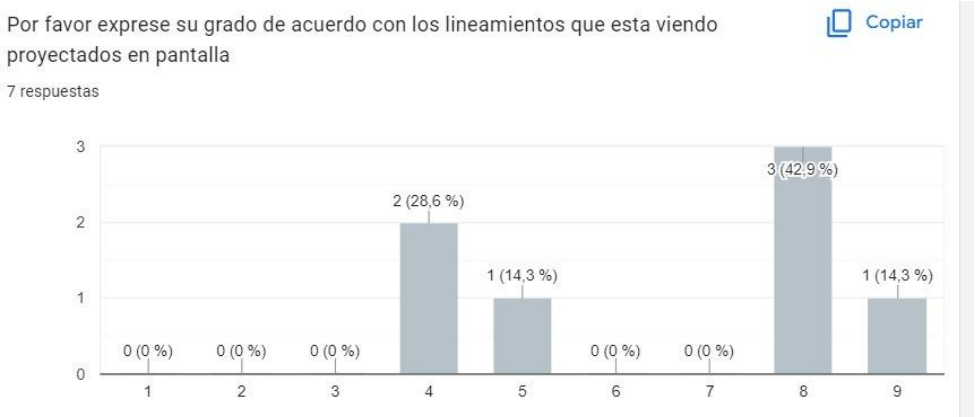
Figura 2. Resultado de las votaciones sobre los lineamientos de la pregunta No. 2

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



Copia No Controlada

Figura 3. Resultado de las votaciones sobre los lineamientos de la pregunta No. 3



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Figura 4. Resultado de las votaciones sobre los lineamientos de la pregunta No. 4



Copia No Controlada

A continuación, se detalla este proceso para cada pregunta.

Pregunta No. 1.

¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

Lineamiento propuesto	**Las estrategias que se deben utilizar para la detección temprana del cáncer de mama en la población adulta general, por parte de profesionales de salud en las IPS primarias de atención son las siguientes:** ✔ Entrenar a los médicos que realizan el examen clínico de la mama con el fin de que usen métodos estandarizados. ✔ Implementar intervenciones de capacitación dirigidas a mejorar el conocimiento y las habilidades de diagnóstico de los trabajadores de la salud para mejorar el tiempo de espera de diagnóstico, las tasas de detección y la reducción del estadio. ✔ Realizar el examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado. ✔ Ante hallazgos anormales o sospechosos de cáncer en el examen clínico se deben ordenar los exámenes paraclínicos y pruebas diagnósticas (mamografía o ecografía mamaria) de acuerdo con la

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	edad, y asegurar la remisión inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado. ✔ Evaluar a las mujeres con algún factor de riesgo identificable con un examen familiar breve apropiado con herramientas de evaluación de riesgos. Las mujeres con un resultado positivo en la evaluación de riesgos deben ser derivadas a consulta especializada para recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas. Incluir capacitación y reentrenamiento regular con respecto a los factores de riesgo del cáncer de mama en la población en riesgo y los profesionales de la salud. ✔ El asesoramiento genético debe ser realizado por profesionales de la salud capacitados en consejería genética y los exámenes genéticos deben ser ordenados de acuerdo con los criterios estandarizados. ✔ Las ayudas para la toma de decisiones deben adaptarse a las necesidades de los pacientes, estar redactadas en lenguaje sencillo, simplificadas con diagramas e integrar ilustraciones para que sean fáciles de entender.
Comentarios	El panel de expertos realizó modificaciones en el lineamiento propuesto basados en: ✔ El lineamiento propuesto es claro, excepto acerca de la identificación de riesgo, ya que, para el médico general es difícil aplicar herramientas de evaluación de riesgo, por lo que se propone solamente dejar enlistados los factores de riesgo que hacen considerar pacientes de alto riesgo como las mutaciones genéticas, la biopsia con atipias, mama densa e historia familiar y si identifica estos factores realizar remisión. ✔ No poner derivar y hacer pruebas genéticas, ya que, estas no están indicadas si no hay diagnóstico de cáncer, se hace la prueba es al caso índice (familiar) por lo que se sugiere ajustar la redacción y poner que estas pruebas se hagan basadas en estándares NCCN. ✔ Fortalecimiento de registros en historia clínica ✔ Denominar como médicos de atención primaria y no médicos generales.
Lineamiento consensuado	Ver numeral 5.3- Pregunta 1

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta No. 2. ¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

Lineamiento propuesto	**Las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta general*, por parte de profesionales de salud en las IPS primarias de atención son las siguientes:** ✔ Estrategias para la toma de decisión acerca del tamizaje para cáncer de mama ✔ Los profesionales de la salud deben tomar el tiempo para informar debidamente a las/los pacientes acerca de los beneficios y riesgos del tamizaje con mamografía de acuerdo con el grupo etario y el perfil de riesgo de cada uno. ✔ La toma de decisión acerca del tamizaje para cáncer de mamá debe realizarse contando con suficiente información y se deben emplear herramientas informativas amigables y didácticas para las poblaciones más vulnerables. ✔ Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con las pruebas de tamizaje vigentes para cáncer de mama para orientar con confianza y seguridad a las/los pacientes y evitar el uso excesivo de pruebas de detección. ✔ En los adultos mayores, se deben considerar factores relacionados con el envejecimiento, como son la esperanza de vida y el estado general de salud para la toma de decisión con respecto al tamizaje para cáncer de mama, que implique una aproximación positiva a la preservación de la salud y al mismo tiempo evite efectos deletéreos en la calidad de vida de los pacientes. Los factores de riesgo de cáncer de mama identificados en las directrices se enmarcan principalmente en cinco categorías principales: antecedentes personales de lesiones precancerosas y/o cáncer de mama; antecedentes familiares de cáncer de mama; conocida predisposición genética al cáncer de mama; antecedente de radioterapia de manto o de tórax y mamas densas. **Tamizaje para cáncer de mama en población de riesgo** ✔ En mujeres con riesgo mayor de cáncer de mama, realizar mamografía o resonancia magnética de manera anual. ✔ En mujeres con tejido mamario denso que presentan alto riesgo de cáncer de mama y que son asintomáticas, realizar resonancia magnética o ecografía mamaría anual. ✔ En mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, realizar mamografía y resonancia magnética anual comenzando 10 años antes de la edad de diagnóstico del pariente afectado más joven, pero no antes de los 30 años.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	✔ En personas con mutaciones genéticas o parientes de primer grado con mutaciones BRCA comprobadas, realizar mamografía y resonancia magnética anual desde los 25 años. ✔ En personas con antecedentes de radioterapia, las pruebas de detección (la mamografía y la o resonancia magnética) deben realizarse anualmente después de 8 a 10 años de la radioterapia y realizar visitas periódicas para evaluación clínica cada 6 a 12 meses. **Tamizaje para cáncer de mama en población transgénero** ✔ En hombres transgénero sin mastectomía total o que se les ha realizado mastectomía parcial, realizar tamizaje para cáncer de mama de acuerdo con los criterios de elegibilidad de edad y riesgo que aplican para las mujeres cisgénero. ✔ En hombres transgénero, el tamizaje para cáncer de mama puede ser realizada de acuerdo con las preferencias y actitudes de estos frente a los exámenes de tamizaje disponibles. ✔ En mujeres transgénero con antecedentes de 5 años o más de uso de hormonas cruzadas deben ser tamizadas de acuerdo con los criterios de elegibilidad de edad y riesgo que aplican para las mujeres cisgénero. ✔ En mujeres transgénero el tamizaje para cáncer de mama debe ser realizado considerando factores como la presencia de implantes mamarios, el crecimiento mamario, el estado de orquiectomía.Consideración adicional: pacientes con antecedente personal de cáncer de mama deben tener dentro de su seguimiento mamografía anual de las dos mamas o de la mama unilateral cuando han sido mastectomizadas durante toda su vida. Se adiciona ecografía mamaria en pacientes con mama densa o ante hallazgos en la mamografía. **Tamizaje para cáncer de mama en población general** ✔ Mujeres de 40-49 años y mayores de 75 con una expectativa de vida menor a 10 años: No realizar pruebas de tamizaje con mamografía. ✔ Mujeres de 50 a 75 años: tamizaje con mamografía anual o bienal. ✔ La ecografía portátil podría usarse, con el debido entrenamiento del personal de salud, para la detección temprana de lesiones mamarias en áreas de difícil acceso geográfico para priorizar la remisión de las/los pacientes a la prueba de tamizaje de acuerdo con edad y perfil de riesgo. ✔ No utilizar imágenes por resonancia magnética nuclear, tomografía computarizada, tomosíntesis o ultrasonido para detectar mujeres con riesgo promedio. ✔ Mujeres con mamografía de tamizaje BI-RADS 0 (mama densa) requieren siempre ecografía complementaria.
Comentarios	El panel de expertos realizó modificaciones en el lineamiento propuesto basados en:

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	✔ Hay preocupaciones en la poblaciones de alto riesgo, ya que, las resonancia magnética está indicada en población que tenga mutaciones genéticas y que no desean una cirugía reductora de riesgo y en pacientes con un BCDA>20%, estandarizar eso en un lineamiento es muy difícil, y enviar a todas a resonancia es un descalabro para el sistema salud, por lo que se sugiere que solo se haga en pacientes con mutaciones o factores de riesgo para no impactar los costos del sistemas de salud y además no se cuenta en todos los sitios con entrenamiento adecuado en resonancia. ✔ Ecografía y mamografía podrían reemplazar la resonancia ✔ Mama densa no es factor de riesgo alto, a pesar de que tienen unas particularidades no debería ser considerada alto riesgo, es muy difícil meter estos pacientes en resonancia, dada que la interpretación no es fácil. ✔ Mamografía y ecografía se debe realizar de manera anual después de determinada edad. ✔ Dificultades relacionadas con el paciente definido como de alto riesgo, que debe ir a manejo especializado, entonces es un desafío definirlo y establecer el rol desde atención primaria.
Lineamiento consensuado	Ver numeral 5.3- Pregunta 2

Copia No Controlada

Pregunta No. 3.

¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y de remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5 desde prestadores primarios hacia servicios complementarios y especializados de salud?

Lineamiento propuesto	**Se debe considerar realizar mamografía diagnostica en pacientes adultos en los siguientes casos:** ✔ En mujeres de 35 años o más con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico), la mamografía, y la ecografía, son adecuadas y son alternativas equivalentes ✔ Como modalidad de imagen inicial de elección para evaluar una masa mamaria palpable detectada clínicamente en una mujer de 35 años o más ✔ Como imagen inicial de la secreción patológica del pezón (ver cuadro x.) en pacientes adultos, hombres o mujeres de 35 años o más

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- ✔ Como imagen inicial de la secreción patológica del pezón en pacientes adultos hombres menores de 35 años
- ✔ Como imagen inicial de la secreción patológica del pezón en mujer transgénero.
- ✔ Como seguimiento a corto plazo en mujeres de 40 años o más, con masa mamaria palpable al examen físico y con hallazgos mamográficos probablemente benignos
- ✔ En mujeres embarazadas con secreción patológica del pezón, la mamografía de diagnóstico con vista de aumento retroareolar se puede obtener como un examen de imagen inicial complementario para buscar calcificaciones que pueden estar ocultas en la ecografía o se pueden obtener si la ecografía no muestra la etiología de la secreción del pezón.

Se debe considerar ecografía mamaria en pacientes adultos en los siguientes casos:

- ✔ En mujeres menores de 35 años con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico)
- ✔ Como modalidad de imagen inicial de elección para evaluar una masa mamaria palpable detectada clínicamente en una mujer menor de 35 años.
- ✔ Como modalidad de evaluación inicial en mujeres de 35 a 39 años con una masa palpable sospechosa
- ✔ Como seguimiento a corto plazo en mujeres con 35 años o menos, con una masa mamaria palpable y con hallazgos ecográficos previos probablemente benignos, si el examen clínico también sugiere una etiología benigna.
- ✔ En mujeres de 40 años o más, con masa mamaria al examen físico y resultados negativos en la mamografía, debido a su capacidad de correlacionar directamente los hallazgos clínicos y de imagen.
- ✔ Como seguimiento a corto plazo en mujeres de 40 años o más, con masa mamaria palpable al examen físico y con hallazgos mamográficos probablemente benignos.
- ✔ En mujeres embarazadas con una masa palpable; si la ecografía es sospechosa de malignidad o no muestra la etiología de la masa, se recomienda una mamografía de diagnóstico.
- ✔ Como imagen inicial de un paciente masculino con una masa mamaria palpable indeterminada o sospechosa.
- ✔ Como imagen inicial en pacientes adultas menores de 35 años con una secreción patológica del pezón.
- ✔ Como imagen inicial en mujeres embarazadas con secreción patológica del pezón.
- ✔ La ecografía axilar suele ser apropiada como examen imagenológico inicial, en una paciente con una nueva masa o ganglio axilar unilateral o bilateral palpable.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	✔ La ecografía de la axila o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para un estudio de imagenológico posterior en una paciente con un ganglio axilar sospechoso identificado en cualquier otra modalidad de imagen (excluidas la mamografía y la ecografía).
Comentarios	✔ Ajustar los lineamientos por prueba y no por síntomas ✔ Estandarizar la edad a 35 años. ✔ Retirar el lineamiento de indicación de mamografía para pacientes adultos hombres menores de 35 años debido a que esta prueba está más indicada en mujeres. ✔ Considerar realizar mamografía diagnostica de seguimiento a corto plazo en mujeres con hallazgos mamográficos BI-RADS 3 hasta obtener estabilidad por 18 meses. ✔ Considerar la ecografía mamaria como modalidad de imagen inicial de elección para evaluar una masa mamaria palpable detectada clínicamente en una mujer de cualquier edad. ✔ Se ajustó el considerar la ecografía mamaria en mujeres mayores de 35 años cuya mamografía diagnóstica o de tamizaje muestre nódulo, asimetría focal o áreas de distorsión de la arquitectura. ✔ Se adicionó que se debe considerar la ecografía mamaria en Pacientes con mamografía de tamizaje BI-RADS 0 por mama densa.
Lineamiento consensuado	Ver numeral 5.3- Pregunta 3

Copia No Controlada

Pregunta No. 4. ¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención a realizar por parte de los prestadores primarios de servicios de salud para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Lineamiento propuesto	**Para establecer estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención para sensibilizar a la población alrededor del diagnóstico de cáncer de mama desde las IPS primarias de atención, tener en cuenta:** ✔ La implementación de estrategias de concientización sobre la mama para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. ✔ Los profesionales de la salud deben informar a las pacientes sobre los síntomas del cáncer de mama, cómo incrementa el riesgo de acuerdo con la edad y la importancia de realizar el autoexamen de la mama, como una estrategia de concientización, por lo menos una vez al mes. Se debe tener una interacción con las pacientes de por lo menos 10 minutos. ✔ Los profesionales de la salud deben apoyar la entrega verbal de información a las pacientes por medio del uso de folletos que contengan información sobre los síntomas de cáncer de mama, cómo incrementa el riesgo de acuerdo con la edad y la importancia de realizar el

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	autoexamen de la mama, como una estrategia de concientización, por lo menos una vez al mes. ✔ Si se realizan sesiones colectivas de educación del cáncer de mama comportamientos para la prevención del cáncer de mama, deben acompañarse de la entrega de material a las participantes, tales como folletos o material digital. ✔ El equipo de salud puede realizar llamadas telefónicas para recordar a las pacientes mujeres la importancia del tamizaje de cáncer de mama; en estas debería indicar que la no realización de este la misma disminuye las posibilidades de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. ✔ El equipo de salud puede realizar llamadas telefónicas para entregar educación sobre el cáncer de mama a las y los pacientes. La entrega de esta información puede realizarse también por medio de la internet ✔ Si se realizan intervenciones educativas comunitarias estas deben incluir demostraciones de la realización adecuada del autoexamen, como estrategia de concientización, y utilizar distintos medios de difusión tales como periódicos, conferencias, puntos de información, carteles, entre otros. ✔ Si se dispone de aplicaciones móviles, el profesional de la salud puede sugerirlas a las y las pacientes mujeres. Las aplicaciones que se escojan deben entregar material educativo sobre el cáncer de mama, síntomas, diagnóstico y tratamientos.
Comentarios	✔ Se complementó que la implementación de estrategias de concientización sea sobre el diagnóstico temprano del cáncer mama ✔ Se especificó que son los profesionales de la salud de los grupos de promoción y prevención deben informar a las mujeres sobre los síntomas del cáncer de mama, el aumento del riesgo a medida que avanza la edad y la importancia de realizar el autoexamen de la mama, como una estrategia de concientización, por lo menos una vez al mes. ✔ Se complementó que, si se realizan sesiones colectivas de educación sobre las estrategias de promoción para la detección temprana del cáncer de mama, deben acompañarse de la entrega de material a las participantes, tales como folletos o material digital. ✔ Se ajustó que los equipos de prevención y promoción deben realizar llamadas telefónicas para recordar a las mujeres la importancia del tamizaje del cáncer de mama; indicar resaltando que la no realización de este disminuye las posibilidades de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Se especificó que la entrega de esta información puede realizarse también por medio de redes sociales.
Lineamiento consensuado	Ver numeral 5.3- Pregunta 4

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Anexo 9. Síntesis de la evidencia

Dos revisores (CP y KO) realizaron la extracción de información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados, en la Tabla se detallan los documentos incluidos.

Documentos incluidos en la síntesis

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio	Calidad metodológica o riesgo de sesgo
1	Klarenbach 2018 (126)	Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer	GPC (pregunta 1y 2)	Rigor metodológico 69% Independencia editorial 79%
2	ACR -Brown et al 2021(transgender) (136)	American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening	GPC (pregunta 2)	Rigor metodológico 69% Independencia editorial 75%
3	Migowski 2018 (127)	Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies	GPC (pregunta 1, 2, 3 y 4)	Rigor metodológico 69% Independencia editorial 75%
4	MSPS 2017 (128)	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama	GPC (pregunta 1, 2 y 4)	Rigor metodológico 82% Independencia editorial 88%
5	ACR- Weinstein et al 2021 (breast density) (137)	ACR Appropriateness Criteria Supplemental Breast Cancer Screening	GPC (pregunta 2)	Rigor metodológico 67% Independencia editorial 67%

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio	Calidad metodológica o riesgo de sesgo
		Based on Breast Density		
6	ACR- Niell et al 2018 (male breast) (97)	ACR Appropriateness Criteria Evaluation of the Symptomatic Male Breast	GPC (pregunta 3)	Rigor metodológico 67% Independencia editorial 67%
7	ACR- Holbrook et al 2018 (breast pain) (97))	ACR Appropriateness Criteria Breast Pain	GPC (pregunta 2 y 3)	Rigor metodológico 66% Independencia editorial 67%
8	ACR- Slanetz et al 2018 (lactacting women) (131)	ACR Appropriateness Criteria Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women	GPC (pregunta 2 y 3)	Rigor metodológico 67% Independencia editorial 67%
9	ACR- Mainiero et al 2017 (132)	ACR Appropriateness Criteria Breast. Cancer Screening	GPC (pregunta 2)	Rigor metodológico 67% Independencia editorial 67%
10	ACR- Moy et al 2017 (palpable masses))	ACR Appropriateness Criteria Palpable	GPC (pregunta 3)	Rigor metodológico 68% Independencia editorial 67%
11	ACR- Lee et al 2017 (nipple discharge) (133)	ACR Appropriateness Criteria Evaluation of Nipple Discharge	GPC (pregunta 2 y 3)	Rigor metodológico 69% Independencia editorial 75%
12	ACR- Le Petro et al 2022 (135)	ACR Appropriateness Criteria Imaging of the Axilla	GPC (preunta 3)	Rigor metodológico 69% Independencia editorial 75%

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título		Tipo de estudio	Calidad metodológica o riesgo de sesgo
13	Hild S. et al. 2020 (138)		Quality of Decision Aids Developed for Women at Average Risk of Breast Cancer Eligible for Mammographic Screening: Systematic Review and Assessment According to the International Patient Decision Aid Standards Instrument	RSL (pregunta 1 y 2)	Bajo sesgo de riesgo
14	Humphrys E. et al, 2017 (139)		The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review	RSL (pregunta 1)	Bajo sesgo de riesgo
15	Laforest F. et al. 2019 (140)		Genetic cancer risk assessment in general practice: systematic review of tools available, clinician attitudes, and patient outcomes	RSL (pregunta 1)	Bajo sesgo de riesgo
16	Lee S. et al. 2020		(141)	RSL (pregunta 1)	alto riesgo de sesgo.
17	Li C et al. 2020 (151)		Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A	RSL (pregunta 1)	Bajo sesgo de riesgo
18	Nnaji CA et al 2022 (152)		(142)	RSL (pregunta 1)	Bajo sesgo de riesgo
19	Priaulx j. et al. 2020 (143)		The influence of health systems on breast, cervical and colorectal cancer screening: an	RSL (pregunta 1)	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título		Tipo de estudio	Calidad metodológica o riesgo de sesgo
			overview of systematic reviews using health systems and implementation research frameworks		Bajo sesgo de riesgo
20	Qu L. et al 2020 (144)		Interventions Addressing Barriers to Delayed Cancer Diagnosis in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review	RSL (pregunta 1)	Bajo sesgo de riesgo
21	Sharma R et al. 2018 (145)		Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review	RSL (pregunta 1 y 2)	Bajo sesgo de riesgo
22	Martínez-A 2017(146)		Assessment of the effects of decision aids about breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis	RSL (pregunta 2)	Bajo sesgo de riesgo
23	Meggetto O 2019 (147)		Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. C Open	RSL (pregunta 2)	Bajo sesgo de riesgo
24	Ren W 2022 (115)		Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review	RSL (pregunta 2)	alto riesgo de sesgo.
25	Smith J. 2021(148)		Patient-Reported Factors Associated With Older Adults' Cancer Screening Decision-making. JAMA Netw Open	RSL (pregunta 2)	Bajo sesgo de riesgo
26	Sood R. 2020 (149)		Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A	RSL (pregunta 2)	Bajo sesgo de riesgo

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio	Calidad metodológica o riesgo de sesgo
		Systematic Review and Meta-Analysis		
27	Reece JC. 2021 (150)	Delayed or failure to follow-up abnormal breast cancer screening mammograms in primary care: a systematic review	RSL. (pregunta 3)	Bajo sesgo de riesgo
28	Agide FD. 2018 (151)	A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years	RSL (pregunta 4)	Bajo sesgo de riesgo
29	Jongerius C (152)	Research-Tested Mobile Apps for Breast Cancer Care: Systematic Review.	RSL (pregunta 4)	Bajo sesgo de riesgo
30	O'Mahony M. 2017 (153)	Interventions for raising breast cancer awareness in women	RSL (pregunta 4)	Bajo sesgo de riesgo

Copia No Controlada

Fuente: elaboración IETS, 2022.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 1

¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

Para responder a esta pregunta, se usaron 4 GPC y 10 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Tabla 1. Instrumento de extracción de datos de los estudios seleccionados en la búsqueda de evidencia para dar respuesta a la Pregunta 1.

Copia No Controlada

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Klarenback et al 2018 (138)	Recommendations on screening for breastca cancer in women aged	Recomendamos realizar exámenes clínicos de mama para detección de cáncer de mama	Calificación sistema GRADE Recomendación condicional;	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
GPC Canadá	40–74 years who are not at increased risk for breast cancer	Recomendamos no aconsejar a las mujeres que se practiquen el autoexamen de mamas para detectar cáncer de mama	Calificación sistema GRADE Recomendación condicional; Certeza de evidencia baja. La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 2 ECA por grupos que compararon el autoexamen de mamas con la atención habitual. La evidencia de certeza baja de estos ensayos no mostró que el autoexamen de las mamas como modalidad de detección redujera la mortalidad por todas las causas (1,79 muertes menos por cada 1000 mujeres examinadas; IC del 95%: 5,36 más a 8,48 menos). -evidencia de certeza de que el autoexamen probablemente no reduce la mortalidad por cáncer de mama (0,03 muertes más por cada 1000 mujeres examinadas: IC del 95%: 0,19 menos a 0,31 más).	
Migowski 2018 GPC(139 Brasil	**Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II –**	**Autoexamen de mama** Recomendación en contra de enseñar	Sistema GRADE Recomendación débil: los posibles daños probablemente superen los	Ministerio de salud del Brasil

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	New national recommendations, main evidence, and controversies	el autoexamen como método de detección del cáncer de mama.	posibles beneficios La evidencia que soporta esta recomendación, en cuanto a la enseñanza del autoexamen de mama con fines de detección del cáncer. Ninguna de las revisiones sistemáticas seleccionadas de ensayos clínicos demostró eficacia en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Mientras tanto, las revisiones identificaron evidencia de un exceso de intervenciones innecesarias para el diagnóstico debido a resultados falsos positivos con la detección. Por ejemplo, en uno de los dos ensayos clínicos analizados en las revisiones se diagnosticó prácticamente el doble de lesiones benignas en el grupo de intervención, acompañado de un aumento del número de biopsias	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Examen clínico de mama Ausencia de recomendación:	El equilibrio entre posibles daños y beneficios es incierto La evidencia que soporta esta recomendación, proviene de información previa que determinaba evidencia de que en la práctica clínica, la sensibilidad de detección del examen clínico de mama es menor que en los ensayos clínicos, alrededor de 28% a 36%. En la actualización de esta evidencia (2017). Un metanálisis identificado comparó los resultados en ensayos clínicos de mamografía con examen clínico de mama versus sin examen clínico de mama. Los resultados mostraron una estimación puntual más pequeña de la reducción de la mortalidad en los ensayos con examen clínico mamario complementario, aunque los intervalos de confianza de los dos grupos se superpusieron	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
MSPS 2017 GPC Colombia	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía No 19 – Segunda edición	**Examen clínico:** Se recomienda la realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas.	Sistema GRADE Recomendación fuerte a favor La evidencia que soporta esta recomendación es controversial: Un ensayo poblacional de examen clínico realizado por médicos combinado con autoexamen fue incluido en la Revisión Cochrane de autoexamen mamario, la intervención fue descontinuada por pobre seguimiento y sin que pudieran obtenerse conclusiones por lo tanto los beneficios y daños permanecen inciertos.El estudio de Sankaranarayanan realizado en India, presenta en los hallazgos de la primera ronda trianual: 275 conglomerados que incluyeron 115.652 mujeres de 39 a 69 años. La asignación los grupos fue aleatoria, para examen clínico: 133 conglomerados 55.844 mujeres, en el grupo control: 142 conglomerados y 59.808 mujeres. Sensibilidad del examen clínico: 51.7%, IC95% 38.2-65; especificidad: 94.3%, IC95% 94.1-	Ministerio de salud de Colombia

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			94.5, falsos positivos: 5.7%, IC95% 5.5-5.9, valor predictivo positivo (VPP) 1.%, IC95% 0.7-1.5	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		PBP: No se recomienda la realización del autoexamen de la mama como estrategia de tamización. Se recomienda la enseñanza del autoexamen como estrategia de concientización y autoconocimiento	No aplica calificación, debido a que es un punto de buena práctica (PBP) Dos ensayos clínicos conducidos en Rusia y Shan GPC no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por cáncer mamario entre quienes se realizaron el autoexamen y quienes no lo hicieron (RR 1.05, IC95% 0.90-1.24); casi el doble de biopsias con resultados benignos se hicieron en el grupo de autoexamen comparado con el grupo control. Se concluyó con estos resultados que el autoexamen no disminuye la mortalidad por cáncer de mama	
MSPS 2017 GPC Colombia	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama.	**Examen clínico: Se recomienda la realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y por parte de**	Sistema GRADE Recomendación fuerte a favor La evidencia que soporta esta recomendación es controversial: Un ensayo poblacional de examen clínico realizado por médicos combinado con	Ministerio de salud de Colombia

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía No 19 – Segunda edición	**médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas.**	autoexamen fue incluido en la Revisión Cochrane de autoexamen mamario, la intervención fue descontinuada por pobre seguimiento y sin que pudieran obtenerse conclusiones por lo tanto los beneficios y daños permanecen inciertos.El estudio de Sankaranarayanan realizado en India, presenta en los hallazgos de la primera ronda trianual: 275 conglomerados que incluyeron 115.652 mujeres de 39 a 69 años. La asignación los grupos fue aleatoria, para examen clínico: 133 conglomerados 55.844 mujeres, en el grupo control: 142 conglomerados y 59.808 mujeres. Sensibilidad del examen clínico: 51.7%, IC95% 38.2-65; especificidad: 94.3%, IC95% 94.1-94.5, falsos positivos: 5.7%, IC95% 5.5-5.9, valor predictivo positivo (VPP) 1.%, IC95% 0.7-1.5	
		PBP: No se recomienda la realización del autoexamen de la mama como estrategia de tamización. Se recomienda la enseñanza del	No aplica calificación, debido a que es un punto de buena práctica (PBP) Dos ensayos clínicos conducidos en	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		autoexamen como estrategia de concientización y autoconocimiento	Rusia y Shan GPC no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por cáncer mamario entre quienes se realizaron el autoexamen y quienes no lo hicieron (RR 1.05, IC95% 0.90-1.24); casi el doble de biopsias con resultados benignos se hicieron en el grupo de autoexamen comparado con el grupo control. Se concluyó con estos resultados que el autoexamen no disminuye la mortalidad por cáncer de mama	
Hild et al. 2020 (153) RSL FRA	Quality of decision aids developed for women at average risk of breast cancer eligible for mammographic screening: Systematic review and assessment according to the International Patient Decision Aid Standards instrument	Las ayudas de decisión que incluyen pictogramas y más de una forma de visualizar las probabilidades mostró mejores resultados, ya que las pictografías pueden ser más fáciles de entender que las frecuencias naturales. Los pictogramas permiten comparar las características positivas y negativas de las opciones disponibles y pueden describir las características con detalle. También se ha informado como alternativa presentar los riesgos como	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 8 estudios; 1 RSL, 3 ECAs, 2 observacionales u otros, donde se identifica que, ante el desafío que representa la comunicación sobre el riesgo de cáncer de mama, herramientas para la ayuda de toma de decisiones que contengan imágenes	Este estudio fue financiado por el Instituto Nacional Francés del Cáncer.

Copia no controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		cifras de población, el uso de descripciones verbales de riesgos numéricos puede ayudar a las personas a comprender mejor los mensajes sobre el riesgo.	explicativas tienen mejores resultados que la comunicación técnica del personal del salud. Los pictogramas permiten comparaciones de los factores positivos y negativos del tamización. Adicionalmente, si se ayuda con la descripción o explicación verbal de cifras de riesgo, la aceptación del tamizaje mejora. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos"	
		El uso de ayudas para la toma de decisiones entre poblaciones socialmente desfavorecidas demostraron un efecto positivo en el conocimiento, la elección informada y la participación en la toma de decisión, de modo que las disparidades entre los grupos tendieron a desaparecer después de que una intervención se adaptó a las necesidades de los	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 3 estudios; 1 RSL, 1 ECA, y 1 observacional, donde se identifica que, el uso de ayudas para la toma de decisiones entre poblaciones socialmente desfavorecidas ha	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		desfavorecidos al reducir la cantidad de texto, reemplazar el lenguaje técnico con lenguaje sencillo, simplificar diagramas médicos e integrar ilustraciones.	demostrado un efecto positivo en el conocimiento, la elección informada y la participación en la toma de decisiones. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	
		Teniendo en cuenta que las personas con menor alfabetización y niveles educativos más bajos tienen un mayor riesgo de cáncer avanzado, tienen la mayor necesidad de apoyo en la toma de decisiones con diferentes tipos de ayudas o herramientas.		
		Las preferencias del paciente deben integrarse en la toma de decisiones. Las ayudas para la toma de decisiones son herramientas diseñadas para respaldar las decisiones de los pacientes sobre pruebas de detección temprana.	No aplica calificación, debido a que es un punto de buena práctica (PBP).	
Humphrys et al. 2019 (148) RSL UK	The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review	La baja alfabetización en salud está asociada con una mala aceptación de las pruebas de detección del cáncer, dificultad para tomar decisiones de tratamiento una vez diagnosticado y	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja La evidencia que soporta esta recomendación es un estudio	Esta investigación está financiada por el Consejo de Investigación Médica y el Fondo Raymond y Beverly Sackler como parte del doctorado de EH. JB cuenta con el

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		reducción de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Por lo tanto, las personas con menor alfabetización y niveles educativos más bajos tienen un mayor riesgo de cáncer avanzado, tienen la mayor necesidad de apoyo en la toma de decisiones con diferentes tipos de ayudas o herramientas.	cualitativo buscó evaluar la influencia de la alfabetización en salud en el diagnóstico oportuno del cáncer sintomático. Debido a los pocos estudios identificados a partir de la búsqueda sistemática, y su debilidad metodológica y calidad relativamente baja, no fue posible evaluar completamente la influencia de la alfabetización en salud en el diagnóstico oportuno del cáncer sintomático. Los detalles del estudio, como el entorno, la estrategia de muestreo y los criterios de exclusión, se describieron de manera deficiente. Los tamaños de muestra pequeños afectaron el análisis. Los criterios de inclusión y exclusión fueron pobres. No está quedó claro si los datos reflejaban con precisión las voces de la mayoría de los participantes o de una minoría por ser un estudio cualitativo.	apoyo de la Escuela de Investigación de Atención Primaria del Instituto Nacional de Investigación en Salud. JE cuenta con el apoyo de una beca de practicante del Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud. FMW cuenta con el apoyo de un premio científico clínico del Instituto Nacional de Investigación en Salud.
US Preventive Services Task Force	Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for	Se recomienda que los médicos de atención primaria evalúen a las mujeres con antecedentes personales	No hay calificación de la evidencia La evidencia proviene de	El Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. (USPSTF) es un organismo voluntario

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Recommendation Statement 2019 (156) EEUU	BRCA-Related Cáncer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.	o familiares de cáncer de mama, o que tengan ascendencia asociada con mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer de mama 1 y 2 (BRCA1/2) con un examen familiar breve apropiado con herramienta de evaluación de riesgos. Las mujeres con un resultado positivo en la herramienta de evaluación de riesgos deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado después del asesoramiento, pruebas genéticas (recomendación B).	recomendación del Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. de 2013 sobre evaluación de riesgos, asesoramiento genético y pruebas genéticas para el cáncer relacionado con BRCA. La revisión sistemática para estas recomendaciones es la de Nelson et al. 2019 que posee una muy buena calidad metodológica.	independiente. El Congreso de los EE. UU. ordena que la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) respalde las operaciones del USPSTF.
		Las herramientas de evaluación de riesgos familiares son precisas para identificar a las mujeres con mayor probabilidad de BRCA1/2mutaciones Estas herramientas pueden ser utilizadas por los médicos de atención primaria para guiar las derivaciones a asesoramiento genético.		
		Se recomienda que no se realicen evaluaciones de riesgo, asesoramiento genético o pruebas genéticas de rutina para mujeres cuyos antecedentes		

Copia No controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		personales o familiares o ascendencia no estén asociados con mutaciones genéticas BRCA1/2 potencialmente dañinas. El proceso de asesoramiento genético incluye un análisis detallado de la familia y una evaluación del riesgo de mutaciones BRCA1/2 potencialmente dañinas. También incluye la identificación de candidatos para la prueba, la educación del paciente, la discusión de los beneficios y daños de las pruebas genéticas, la interpretación de los resultados después de la prueba y la discusión de las opciones de manejo. El asesoramiento genético sobre las pruebas de mutación BRCA1/2 debe ser realizado por profesionales de la salud capacitados, incluidos médicos de atención primaria debidamente capacitados.		
Laforest et al. 2019 (149)	Genetic cancer risk assessment in general practice: systematic	El historial médico familiar se usa comúnmente en la práctica general y podría considerarse como una	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja	Ninguna

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
RSL UK	review of tools available, clinician attitudes, and patient outcomes	estrategia de detección genética, pero su uso debe desarrollarse y estandarizarse para optimizar los resultados de salud para las personas con riesgo de cáncer hereditario. Actualmente, no hay pruebas suficientes para respaldar la implementación de la detección genética del riesgo de cáncer en toda la población. Hay varias herramientas disponibles para los médicos de cabecera que pueden permitirles identificar el riesgo genético de cáncer; la mayoría de estos incluyen un componente de antecedentes familiares como una forma eficaz de determinar el riesgo de un paciente. Hubo mayores probabilidades de que un paciente calificara correctamente su riesgo de cáncer de mama como 'alto' en aquellas que tenían familiares de primer grado afectados con cáncer de mama.	Seis estudios evaluaron los resultados de los pacientes después de los diversos métodos de detección del riesgo de cáncer genético. La estrategia de búsqueda está disponible a pedido de los autores, por lo que no se pudo verificar, sin embargo los autores mencionan que desarrollaron una estrategia de búsqueda integral para una alta sensibilidad. Excluyeron los estudios de idiomas distintos del inglés. En general, los estudios incluidos estaban bien diseñados e informados. El reclutamiento de participantes fue adecuado y los métodos y análisis se describieron claramente. Hubo una gran heterogeneidad en los resultados, lo que hizo inviable el análisis estadístico y se realizó una síntesis narrativa.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Las pacientes que se habían realizado recientemente un examen de antecedentes médicos familiares tenían menos probabilidades de preocuparse por desarrollar cáncer de mama que aquellas que no se habían hecho ningún examen. Esta asociación estuvo presente incluso en aquellas con alto riesgo, aunque fue más fuerte para las mujeres con antecedentes familiares de menor riesgo.		
Lee et al. 2020 ()(141) RSL UK	Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review	La evaluación del riesgo de cáncer familiar puede mejorar la precisión de la percepción del riesgo y la ansiedad de los pacientes. Todavía se necesitan grandes estudios bien diseñados para ayudar a determinar si la evaluación sistemática del riesgo de cáncer familiar debe introducirse como un enfoque de detección de casos de rutina en la atención primaria.	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja La evidencia fue tomada de 3 estudios, dos fueron ECA grupales y un estudio no controlado antes y después. Los tres estudios incluidos tenían alto riesgo de sesgo. Para el ECA por grupos de Emery y cols., no fue posible la ocultación de la asignación ni el cegamiento de los participantes y los médicos. La no asistencia del paciente a la clínica de genética fue del 28%	SL y MP son becarios clínicos académicos financiados por el Instituto Nacional de Investigación en Salud.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			(45/162) para intervención y del 38% (32/84) para control, lo que contribuye al sesgo de deserción. El sesgo del respondedor fue evidente en el 74 % (125/170) de las prácticas que se negaron a participar. El Family Healthware Trial no tenía una descripción de la generación de la secuencia aleatoria ni de la ocultación de la asignación. A partir del diseño del estudio publicado, aparentemente no hubo cegamiento. La tasa de reclutamiento de participantes fue baja (18 %) con alta deserción: 20 % de intervención (542/2650) y 20 % de control (324/1598) participantes retiraron su consentimiento para el seguimiento. Los resultados del cambio en la percepción del riesgo solo se informaron para el subgrupo que subestimó su riesgo. La selección de participantes libres de comorbilidades condujo a un sesgo de voluntarios sanos. El extenso cuestionario inicial puede haber alterado el comportamiento en el grupo	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			de control, reduciendo el efecto de la intervención. En el estudio no controlado antes y después de Van Erkelen, no hubo control de los factores de confusión como la edad y los factores sociodemográficos. Finalmente, el 35% (101/287) de los pacientes al inicio del estudio se perdieron durante el seguimiento.	
Li et al. 2020 (154) RSL CHN	Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis	Las formas presenciales, virtuales y las redes sociales pueden usarse para ofrecer información de salud, orientación y apoyo a los participantes para la detección temprana del cáncer. Las intervenciones dirigidas por enfermeras mejoran la tasa de aceptación de detección temprana en cáncer de mama a través de la mamografía, el examen clínico de mama y el autoexamen de mama. Los análisis de subgrupos mostraron una mejora significativa en las tasas de aceptación de la mamografía y el examen clínico de las mamas para las	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja La evidencia proviene de 4 estudios para las tasas de captación de detección temprana a través de la mamografía y el examen clínico de mama y 3 estudios para el autoexamen de mama. Algunos estudios presentaron algunas preocupaciones debido a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación, uso de listas de nombres de participantes y alta proporción de exclusión de datos	Sin financiación externa.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		intervenciones realizadas en los centros de salud que en domicilio. La intervención también mejoró el conocimiento del cáncer, las creencias de detección temprana y los casos de lesiones precancerosas detectadas.	faltantes. La medición de resultados se consideró como alto riesgo de sesgo debido al uso de métodos de autoinforme para medir el comportamiento de detección temprana. Algunas preocupaciones debido a la ausencia de protocolos registrados para evaluar el plan de análisis preespecificado. Dada la heterogeneidad de los diferentes contextos, los efectos de la intervención sobre la aceptación de la mamografía y el examen clínico de las mamas deben considerarse con cautela.	
		El conocimiento del cáncer de mama en los grupos de estudio, incluidos los factores de riesgo, los síntomas, las indicaciones de detección, los métodos y frecuencia, fue significativamente mayor después de la educación.	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja La evidencia proviene de 2 estudios. Algunos estudios presentaron algunas preocupaciones debido a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación, uso de listas de nombres de participantes y alta proporción de exclusión de datos	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			faltantes. La medición de resultados se consideró como alto riesgo de sesgo debido al uso de métodos de autoinforme para medir el comportamiento de detección temprana. Algunas preocupaciones debido a la ausencia de protocolos registrados para evaluar el plan de análisis preespecificado.	
		Aumentos significativos en amenaza de cáncer percibida (susceptibilidad y gravedad percibidas) después de la educación.	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja La evidencia proviene de 4 estudios. Algunos estudios presentaron algunas preocupaciones debido a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación, uso de listas de nombres de participantes y alta proporción de exclusión de datos faltantes. La medición de resultados se consideró como alto riesgo de sesgo debido al uso de métodos de autoinforme para medir el comportamiento de detección temprana. Algunas preocupaciones	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			debido a la ausencia de protocolos registrados para evaluar el plan de análisis preespecificado	
		Disminución significativa de barreras, pero mayores beneficios percibidos del comportamiento de detección temprana del cáncer (autoexamen de mama, mamografía) después de la educación.	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja La evidencia proviene de 5 estudios. Algunos estudios presentaron algunas preocupaciones debido a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación, uso de listas de nombres de participantes y alta proporción de exclusión de datos faltantes. La medición de resultados se consideró como alto riesgo de sesgo debido al uso de métodos de autoinforme para medir el comportamiento de detección temprana. Algunas preocupaciones debido a la ausencia de protocolos registrados para evaluar el plan de análisis preespecificado.	
Nnaji et al. 2022 (152)	Effectiveness of interventions for	Se demostró que las intervenciones de capacitación dirigidas a mejorar el	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja	Esta investigación fue apoyada conjuntamente por la Asociación

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
RSL ZA	improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review	conocimiento y las habilidades de diagnóstico de los trabajadores de la salud mejoran el tiempo de espera de diagnóstico aumentan, las tasas de detección y la reducción del estadio. El uso de programas de navegación de pacientes basados en la comunidad impulsados por trabajadores de la salud comunitarios o no profesionales capacitados para el examen de los senos, la recolección de muestras, el diagnóstico patológico y el seguimiento mejoran los resultados del diagnóstico temprano. El uso de campañas de promoción de la educación y la concientización sobre la salud dirigidas a las mujeres puede ser eficaz para mejorar el conocimiento, la actitud y el comportamiento de búsqueda de ayuda sobre el cáncer de mama. Estos podrían incluir estrategias culturalmente sensibles y apropiadas al contexto, como una intervención de	Ocho estudios informaron sobre intervenciones destinadas a abordar las barreras en el paso 1 (promover la concientización y abordar los retrasos en el acceso a la atención); otros ocho se centraron en intervenciones que abordan el paso 2 (abordar el retraso en el diagnóstico mediante la optimización de la evaluación clínica, el diagnóstico y la estadificación); un estudio informó sobre una intervención dirigida a los pasos 1 y 2; mientras que cinco estudios evaluaron las intervenciones dirigidas a los tres pasos (abordar los retrasos en el acceso, el diagnóstico y el tratamiento). Los estudios tienen algunas limitaciones metodológicas. La mayoría de los estudios incluidos evaluaron los resultados de la intervención mediante métodos observacionales, no experimentales y	de Cáncer de Sudáfrica (CANSA), la Universidad de Ciudad del Cabo y el Consejo de Investigación Médica de SA con fondos recibidos del Departamento Nacional de Salud de SA, GlaxoSmithKline Africa Non-Communicable Disease Open Lab (a través de una subvención de apoyo Proyecto Número: 023), el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (a través del Fondo Newton).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		autoayuda para reducir el tiempo de diagnóstico en mujeres con síntomas de cáncer de mama, que consiste en educación para la salud y psicoeducación a través de narrativas, testimonios y narración de historias. Las intervenciones que abordan las barreras estructurales para los servicios de diagnóstico y la atención médica adecuada, como las visitas domiciliarias proactivas, los programas de navegación del paciente y la descentralización de los servicios de diagnóstico de los establecimientos de atención de nivel terciario a los de nivel primario, han mostrado resultados prometedores en la reducción del tiempo de respuesta del diagnóstico y la reducción del estadio del cáncer. El uso de intervenciones tecnológicas, como los sistemas computarizados de seguimiento de pacientes con cáncer de mama para mejorar la detección temprana del cáncer de mama, el	no estandarizados, lo que los hace propensos al sesgo de memoria, sesgo de selección, factores de confusión no controlados y validez externa limitada. Probable sesgo de publicación en el informe de los resultados del estudio, en el que los resultados positivos tienen una mayor probabilidad de ser informados, esto puede haberse reflejado en el hallazgo de pruebas muy limitadas de falta de efectividad de las intervenciones. Solo unos pocos estudios midieron los resultados de la intervención más allá de un año.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		seguimiento de las pacientes y la toma de decisiones clínicas, puede ser factible incluso en entornos rurales.		
Priaulx et al. 2020 (165) RSL UK	The influence of health systems on breast, cervical and colorectal cancer screening: an overview of systematic reviews using health systems and implementation research frameworks	Mejorar las invitaciones a la detección con el objetivo de aumentar la aceptación. Los ejemplos incluyeron cartas respaldadas por un médico, personalizadas, acompañadas de una llamada telefónica o vinculadas a eventos especiales que promueven la detección y seguimiento a los invitados. Buscar reducir las barreras geográficas para la detección (incluida la reducción de la distancia necesaria para viajar y aumentar la cantidad de instalaciones por persona o en un área); proporcionar asistencia con el transporte o transporte gratuito; organizar servicios de extensión basados en clínicas para ofrecer exámenes de detección más cerca de áreas con baja participació; ofreciendo sitios de detección alternativos o	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja Esta revisión está potencialmente sujeta al idioma inglés y otros sesgos de publicación. Debido a la naturaleza heterogénea y cualitativa de gran parte de la evidencia incluida, la síntesis cuantitativa y las pruebas estadísticas no fueron factibles. No hay espacio suficiente en este documento para evaluar completamente la efectividad de cada una de las intervenciones incluidas en las revisiones sistemáticas, dado el gran número y diversidad de estudios, poblaciones, intervenciones y resultados evaluados.	Los autores declararon haber recibido el siguiente apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo: Este estudio es parte del proyecto EU-TOPIA financiado por el Programa Marco de la UE (Horizonte 2020) de la Unión Europea Comisión, proyecto de referencia 634753; IP: Prof. HJ de Koning, MD PhD, Erasmus MC.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		introduciendo unidades móviles de detección. Tener horarios de citas programados (a diferencia de las citas abiertas, donde el destinatario de la invitación tiene la responsabilidad de hacer su propia cita).		
		Mejora en las capacidades de los proveedores por medio de la educación y capacitación y medidas para aumentar que los proveedores recomienden la detección.		
		Medidas para mejorar la aceptación por parte de las poblaciones objetivo como: educación personalizada; material educativo enviado por correo; comunicación cara a cara o telefónica; asesoramiento; educación impartida por trabajadores sanitarios legos; información multimedia; material de impresión; educación en la clínica; materiales educativos de audio; materiales personalizados; información personalizada; educación en grupos pequeños; educación basada en la		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		comunidad; educación impartida por los medios.		
Qu et al. 2020 RSL AUS(144)	Interventions Addressing Barriers to Delayed Cancer Diagnosis in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review	El uso de campañas de promoción de la salud a través de carteles y volantes dirigidos a la población en general reportó eficacia variable en la reducción del estadio de la enfermedad. Se observaron mejoras significativas en los programas para el cáncer de mama.	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja En total, 13 estudios se dirigieron a la población general. Los estudios variaron sustancialmente y la cantidad de estudios fue pequeña. La mitad de los estudios revisados utilizaron un diseño de estudio cuasiexperimental. Estos estudios están limitados debido al posible sesgo de selección, la confusión no controlada y la validez externa limitada.	Este trabajo fue apoyado por fondos del Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU.
		Las intervenciones de capacitación para mejorar las habilidades clínicas de los profesionales de la salud mejoran el tiempo de diagnóstico, el acceso al tratamiento, aumentan las tasas de detección y las tasas de supervivencia de los pacientes.	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja Catorce estudios examinaron intervenciones dirigidas a profesionales de la salud, incluidos ocho estudios de intervención controlados, cinco estudios cuasiexperimentales y un estudio	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			transversal descriptivo. Puede existir un sesgo de publicación en el informe de los resultados del estudio, ya que se encontró una ausencia de estudios publicados que informaran un efecto limitado o nulo de la intervención educativa probada. El uso de diferentes medidas de resultado en los estudios complicó la interpretación de los resultados del estudio y la definición de una intervención efectiva.	
Sharma et al. 2018 (157) RSL EEUU	Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review	Los médicos que desconocen o que tienen poca confianza en las directrices para la detección de cáncer de mama tienen más probabilidades de abusar de la detección que los médicos que están comprometidos con la práctica de la atención concordante con las directrices clínicas. La detección puede ser la opción predeterminada para los médicos que tienen tiempo o habilidades limitadas para discutir los daños y beneficios de la detección con cada paciente	Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 15 estudios observacionales que muestran que todos los estudios incluidos, excepto uno, evaluaron los factores de los pacientes que contribuyeron al uso excesivo de la tamización; diez de los 14 estudios identificaron una asociación significativa entre algunos factores del	Apoyo de K24 AG049036-01A1 del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento; U1QHP28710 de la Administración de Servicios y Recursos de Salud; 2016 MSTAR Summer Scholar de la Federación Estadounidense de Capacitación en Investigación; y el Fondo del Decano de la Universidad Johns Hopkins.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		individual, especialmente con múltiples pautas contradictorias. La atención a la calidad y la base de evidencia de las guías puede aumentar la confianza del médico en las guías. Los esfuerzos por lograr la coherencia entre las guías de las sociedades profesionales y otras organizaciones productoras de guías pueden contribuir en gran medida a la aplicación segura de las recomendaciones de las guías.	paciente y el uso excesivo de la detección. Ocho estudios evaluaron los factores clínicos que contribuyen al uso excesivo de la detección del cáncer de mama. Siete de ellos encontraron una asociación de factores clínicos con el uso excesivo de la detección. Los factores ambientales o del sistema se exploraron en nueve estudios. Solo dos encontraron una asociación positiva entre cualquier factor del sistema y el uso excesivo de la detección.	

Copia No Controlada

Pregunta 2

¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

Para responder a esta pregunta, se usaron 9 GPC y 7 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 2. Instrumento de extracción de datos de los estudios seleccionados en la búsqueda de evidencia para dar respuesta a la Pregunta 2.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Klarenback et al 2018 GPC Canadá (138)	Recommendations on screening for breastcancer in women aged 40–74 years who are notat increased risk for breast cancer	**Mujeres de 40 a 49 años** Para las mujeres de 40 a 49 años, se recomienda no realizar pruebas de detección con mamografía; la decisión de someterse a un examen es condicional sobre el valor relativo que una mujer otorga a los posibles beneficios y daños causados por la detección.	**Calificación sistema GRADE Recomendación condicional; Certeza de evidencia baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 8 ECA que muestran el beneficio absoluto del cribado en la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 a 49 años es de 0,58 muertes menos por cada 1000 mujeres examinadas durante una mediana de 7 años (IC del 95%: 0,27 a 0,85). El número necesario para la detección (NNS) para prevenir una muerte por cáncer de mama es 1724 (IC del 95%: 1176 a 3704). Entre las mujeres de 40 a 49 años, 5 años después de la detección, se estima que el 41 % de los cánceres invasivos e in situ identificados están sobrediagnosticados, y el 32 % de los cánceres invasivos identificados están sobrediagnosticados. Entre 1000 mujeres examinadas durante 7 años, 294 recibirán un resultado falso positivo y 43 se someterán a una biopsia.	No reportado.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Mujeres de 50 a 69 años Para las mujeres de 50 a 69 años, recomendamos la detección con mamografía cada 2 a 3 años; la decisión de someterse a un cribado está condicionada al valor relativo que una mujer otorga a los posibles beneficios y perjuicios del cribado.	**Calificación sistema GRADE Recomendación condicional; Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 6 ECA en mujeres de 50-59 años y 4 ECA en mujeres 60-69 años. El beneficio absoluto del cribado sobre la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 50 a 59 años es de 0,75 muertes menos por cada 1000 mujeres que se han sometido a cribado durante una mediana de 7 años (IC del 95 %: 0,35 a 1,10 menos). El NNS para prevenir una muerte por cáncer de mama en mujeres de 50 a 59 años es 1333 (IC del 95%: 909 a 2857). Para mujeres entre 60-69 años el cribado sobre la mortalidad es 0,92 muertes menos por cada 1000 mujeres examinadas durante 7 años (IC del 95%: 0,43 a 1,35 menos). El NNS para prevenir una muerte por cáncer de mama en mujeres de 60 a 69 años es 1087 (IC del 95%: 741 a 2326). Entre 1000 mujeres de 60 a 69 años examinadas durante 7 años, 256 recibirán un resultado falso positivo y 35 se someterán a una biopsia.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Mujeres de 70 a 74años Para mujeres de 70 a 74 años de edad, recomendamos tamizaje con mamografía cada 2 a 3 años; la decisión de someterse a un cribado está condicionada al valor relativo que una mujer otorga a los posibles beneficios y perjuicios del cribado.	**Calificación sistema GRADE Recomendación condicional; Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 2 ECA. El beneficio absoluto del cribado en la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 70 a 74 años es de 1,55 muertes menos por cada 1000 mujeres examinadas durante una mediana de 7 años (IC del 95 %: 0,72 a 2,27 menos). El NNS para prevenir una muerte por cáncer de mama en mujeres de 70 a 74 años es 645 (IC 95% 441 a 1389). Entre 1000 mujeres examinadas durante 7 años, 219 recibirán un resultado falso positivo y 30 de ellas se someterán a una biopsia.	
		Recomendamos no utilizar imágenes por resonancia magnética, tomosíntesis o ultrasonido para detectar cáncer de mama en mujeres que no tienen un mayor riesgo.	**Calificación sistema GRADE Recomendación fuerte; Certeza de evidencia no evidencia.**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR -Brown et al 2021 (transgender) (157) GPC miEE.UU	ACR Appropriateness Criteria Transgender Breast Cancer Screening	La tomosíntesis digital de mama (DBT) o la mamografía pueden ser apropiadas para la detección del cáncer de mama en una paciente transfemenina (de hombre a mujer) de riesgo promedio que tenga 40 años de edad o más y que ha usado hormonas en el pasado o en la actualidad durante ≥5 años.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La evidencia que soportó esta recomendación se basó en 10 estudios realizado entre 1998 y 2018, de los cuales 5 fueron observacionales, 1 experimental y 4 revisiones. En cuanto a las categorías de calidad de los estudios 7 fueron clasificados en categoría 4, 1 en categoría 3 y 2 en categoría 2. Donde, aunque hay escasa información sobre el uso de la imágenes en población transgénero, si se encuentran estudios relacionados con el riesgo en este grupo de pacientes: un estudio de cohorte de 3.489 pacientes transgénero mostró un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres transgénero que recibieron terapia hormonal de afirmación de género en comparación con hombres cisgénero (tasa de incidencia estandarizada [SIR]: 46.7, IC95%: 27.2 a 75.4, pero no en comparación con mujeres cisgénero (SIR: 0.3, IC95 %: 0.2 a 0.4). El riesgo de cáncer de mama aumentó durante una duración hormonal relativamente corta (mediana de 18 años,	Colegio Americano de Radiología.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			rango de 7 a 37 años). Tres estudios previos concluyeron que el riesgo de cáncer de mama en mujeres transgénero es comparable con la de hombres cisgénero; sin embargo, la incidencia aumentó en mujeres transgénero que recibieron tratamiento hormonal (31.4 por 100 000 años-persona en comparación con 1.2 por 100 000 años-persona para hombres cisgénero y 170 por 100.000 años-persona para mujeres cisgénero).	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La DBT o la mamografía suelen ser apropiadas para la detección del cáncer de mama en pacientes transfemeninas (de hombre a mujer) con un riesgo superior al promedio con edad mayor a 25 años, y usan o han usado hormonas por un periodo mayor o igual a 5 años. Los pacientes en esta categoría de riesgo tienen antecedentes personales de cáncer de mama o de irradiación del tórax entre los 10 y los 30 años de edad, tienen una predisposición genética al cáncer de mama, tienen antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario, o no se han hecho pruebas con un familiar de primer grado. con predisposición genética al cáncer de mama. Estos procedimientos son	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 3 y 4*** La evidencia que soportó esta recomendación se basó en las precisiones epidemiológicas tenidas en cuenta para la recomendación previa, adicional a 4 estudios realizados entre 2014 y 2019, 2 observacionales categoría 3 y 2 revisiones categoría 4: Un estudio retrospectivo de hombres cisgénero con mayor riesgo de cáncer de mama (edades de 18 a 96 años; mediana: 55 años) mostró una tasa de detección del cáncer (CDR) de 18 por 1000 mamogramas de detección, incluido un subconjunto realizado con DBT. El uso de DBT se limitó a solo 46 estudios (2,2%). Un estudio de cohorte retrospectivo más pequeño y 3 informes de casos también respaldan la detección del cáncer de mama en hombres cisgénero con riesgo superior al promedio. Los factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de cáncer de mama en hombres cisgénero incluyen antecedentes personales de cáncer de mama, predisposición genética (es decir, mutaciones en el gen del cáncer	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente).	de mama [BRCA], ascendencia Ashkenazi), exposición previa a la radiación, antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario y niveles elevados de niveles de estrógeno (es decir, síndrome de Klinefelter, obesidad, etc.).	
		Por lo general, las imágenes no son apropiadas para la detección del cáncer de mama en una paciente transfemenina (de hombre a mujer) de riesgo promedio de cualquier edad sin uso de hormonas o con menos de 5 años de uso de hormonas Por lo general, las imágenes no son apropiadas para la detección del cáncer de mama en un paciente	No se identifica evidencia relevante, que soporte el uso de imágenes en estas poblaciones para el screenning de cáncer de mama.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		transmasculino (de mujer a hombre) de cualquier edad y riesgo que se haya sometido a mastectomías bilaterales ("cirugía superior").		
		La DBT o la mamografía pueden ser apropiadas para la detección del cáncer de mama en una paciente transfemenina (de hombre a mujer) de riesgo bajo, que tenga más de 25 años de edad sin uso de hormonas o con < 5 años de uso de hormonas. Estos pacientes en esta categoría de riesgo candidatos a mamografía suelen tener antecedentes personales de cáncer de mama o irradiación del tórax, una predisposición genética al cáncer de mama, antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario,	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 3 y 4*** La evidencia que soportó esta recomendación se basó en las precisiones epidemiológicas tenidas en cuenta para la recomendación previa, adicional a 3 estudios realizados entre 2015 y 2019, 2 observacionales categoría 3 y 1 revisión categoría 4: Un estudio retrospectivo de hombres cisgénero con mayor riesgo de cáncer de mama (edades de 18 a 96 años; mediana: 55 años) mostró una tasa de detección del cáncer (CDR) de 18 por 1000 mamogramas de detección, incluido un subconjunto realizado con DBT. El uso de DBT se limitó a solo 46 estudios (2,2%). Un estudio de cohorte retrospectivo más pequeño y 3 informes de casos también	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		o un familiar de primer grado con una predisposición genética al cáncer de mama.	respaldan la detección del cáncer de mama en hombres cisgénero con riesgo superior al promedio. Los factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de cáncer de mama en hombres cisgénero incluyen antecedentes personales de cáncer de mama, predisposición genética (es decir, mutaciones en el gen del cáncer de mama [BRCA], ascendencia Ashkenazi), exposición previa a la radiación, antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario y niveles elevados de niveles de estrógeno (es decir, síndrome de Klinefelter, obesidad, etc.).	
		La DBT o la mamografía suelen ser apropiadas para la detección del cáncer de mama en un paciente transmasculino (de mujer a hombre), de riesgo medio que tiene 40 años de edad o más, con mamoplastia de reducción.. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La evidencia que soportó esta recomendación se basó en 10 estudios realizados entre 2002 y 2021, 3 observacionales categoría 2-3 y 7 revisiones categoría 4: El tejido mamario denso reduce la sensibilidad de la mamografía y aumenta el riesgo de cáncer de mama en comparación con las mamas grasas. En pacientes con mamas densas	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente).	y sin factores de riesgo adicionales, la ecografía mamaria puede ser útil como complemento de la mamografía para la detección incremental de cáncer; sin embargo, el mayor riesgo de un examen falso positivo debe ser considerado en la decisión.	
		La DBT o la mamografía suelen ser apropiadas para la detección del cáncer de mama en un paciente transmasculino (de mujer a hombre) de riesgo medio que tiene 30 años de edad o más con mamoplastia de reducción. Los pacientes en esta categoría de riesgo pueden tener antecedentes personales de cáncer de mama, neoplasia lobulillar, hiperplasia ductal atípica o un riesgo de desarrollar cáncer del 15% al 20%. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente).		
		La DBT o la mamografía suelen ser apropiadas para la detección del cáncer de mama en un paciente transmasculino (de mujer a hombre) de alto riesgo que tiene entre 25 y 30 años de edad o más con mamoplastia de reducción. Los pacientes en esta categoría de riesgo pueden tener una predisposición genética al cáncer de mama, antecedentes de irradiación torácica entre los 10 y los 30 años de edad y un 20 % de riesgo de padecer cáncer de mama, o son pacientes con		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		un familiar de primer grado con un trastorno genético. Predisposición al cáncer de mama. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para brindar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente). Se recomienda la resonancia magnética con y sin contraste intravenoso como complemento de la DBT o la mamografía para la detección.		
Migowski 2018 (139) GPC Brasil	Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies	***Mamografía***	La evidencia que soportó esta evidencia corresponde a una actualización realizada en el 2017, que identificó 3 RSL que, en lo relacionado a la mortalidad por cáncer de mama, el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) siguió presentando resultados similares a la versión anterior, excepto por la pérdida de significación estadística en el grupo de edad de 40 a 49 años (RR = 0,92; IC95%: 0,75- 1.02). El daño más común de la mamografía de	Ministerio de salud de Brasil

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			detección es un resultado falso positivo, cuya probabilidad acumulada después de diez años de detección es del 61 % en la detección anual y del 42 % en la detección bianual, según datos de EE.UU.	
		Mamografía en <50 años Recomendación en contra del tamizaje mamográfico en mujeres menores de 50 años.	**Calificación sistema GRADE para todos Recomendación fuerte.**	
		Mamografía en 50-59 años Recomienda tamizaje mamográfico en mujeres de 50 a 59 años de edad.	**Recomendación débil: los posibles beneficios y daños probablemente sean similares.**	
		Mamografía en 60-69 años Recomienda tamizaje mamográfico en mujeres de 60 a 69 años de edad.	**Recomendación débil: los posibles beneficios probablemente superen los posibles daños.**	
		Mamografía en 70-74 años Recomienda tamizaje mamográfico en mujeres de 70 a 74 años de edad.	**Recomendación débil: el equilibrio entre los posibles daños y beneficios es incierto.**	
		Mamografía en ≥75 años Recomendación en contra el	**Recomendación fuerte: los posibles daños probablemente superen los posibles beneficios.**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		tamizaje mamográfico en mujeres de 75 años o más.		
		Periodicidad Recomienda cribado bienal en los tramos de edad recomendados.	**Recomendación fuerte: los posibles beneficios probablemente superen los posibles daños en comparación con intervalos más cortos que cada dos años.**	
		Otras imágenes Recomendación en contra detección de cáncer de mama con resonancia magnética, ultrasonografía, termografía o tomosíntesis en mujeres con riesgo estándar de desarrollar este cáncer, ya sea solo o con mamografía.	**Recomendación fuerte: los posibles daños probablemente superen los posibles beneficios** Los autores soportaron esta recomendación en el hecho de que no se encontraron ensayos clínicos que evaluaran el tamizaje por ultrasonido con o sin mamografía, termografía o tomosíntesis de mama. Con respecto a la tomosíntesis, dos revisiones sistemáticas de estudios sobre la precisión diagnóstica identificaron resultados heterogéneos de sensibilidad y especificidad entre los estudios, además de problemas de validez. Por lo tanto, todavía no hay evidencia suficiente para evaluar si la detección del cáncer de mama con estos métodos puede traer algún beneficio y si los posibles beneficios superan los daños	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			asociados con ellos. Ninguna de las tres revisiones sistemáticas seleccionadas presentó los resultados de ensayos clínicos sobre la eficacia de la tamizaje con resonancia magnética nuclear (RMN) para reducir la mortalidad por cáncer de mama.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

ACR - diFlorio-Alexander RM et al 2018 (lactacting women) (131) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria ® Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women	Para las mujeres lactantes, la DBT o la mamografía están indicadas con modificaciones menores para abordar el aumento de la densidad mamográfica, el aumento de la vascularización mamaria y la duración de la lactancia.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** Existe evidencia limitada sobre la detección del cáncer de mama en mujeres lactantes. Debido al posible aumento del riesgo de cáncer de mama en esta población, considere la posibilidad de continuar con las pruebas de detección durante la lactancia según el nivel de riesgo subyacente y la duración esperada de la lactancia. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** **Diagnóstico por mamografía: usualmente apropiado** Con el inicio de la lactancia, la densidad mamaria aumenta en grados variables entre pacientes debido a la distensión de los lóbulos con leche. La evaluación ecográfica de la distribución del tejido glandular y adiposo durante la lactancia ha demostrado que hasta la mitad del volumen mamario sigue siendo tejido adiposo. La lactancia o el bombeo antes de la mamografía pueden disminuir la densidad del parénquima y, por lo tanto, mejorar la sensibilidad de la mamografía	Colegio Americano de Radiología

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			en pacientes lactantes. No existe contraindicación para realizar una mamografía durante la lactancia. Hay datos limitados disponibles sobre cánceres de mama asociados con el embarazo (PABC, por sus siglas en inglés) detectados en la pantalla. En un estudio reciente, 9 de 117 (7,7%) cánceres en pacientes con PABC fueron subclínicos, y 5 de estos casos se detectaron solo con mamografía de detección en mujeres de alto riesgo. En otro estudio pequeño, 2 de 22 casos de PABC se detectaron en una mamografía de detección. Por lo tanto, la mamografía de detección puede ser beneficiosa para las mujeres lactantes, de acuerdo con los Criterios de idoneidad del ACR ® para la "detección del cáncer de mama", y se debe alentar la lactancia o el bombeo antes del examen para minimizar la densidad mamaria y optimizar la sensibilidad de la mamografía de detección. No hay estudios que evalúen específicamente la DBT en esta población de pacientes. Es más probable que el aumento de la densidad mamaria observado en mujeres más jóvenes y en los senos alterados hormonalmente de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			mujeres lactantes enmascare lesiones pequeñas. Por lo tanto, esta población puede beneficiarse de la capacidad de la mamografía tridimensional para disminuir el efecto de enmascaramiento del tejido mamario denso. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** No hay estudios que evalúen específicamente la detección manual o automatizada de alteraciones de la mama en mujeres que están amamantando. Dado el aumento de la densidad mamográfica durante la lactancia, la ecografía de detección podría considerarse como una opción complementaria en mujeres lactantes con riesgo intermedio y alto de cáncer de mama. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la ecografía de detección puede aumentar la tasa de falsos positivos y provocar biopsias adicionales con un pequeño riesgo adicional de fístula de leche en mujeres lactantes. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			El aumento fisiológico de la vascularización en la lactancia provoca un marcado aumento del realce parenquimatoso de fondo en la DCE-MRI de mama. Aunque esto puede limitar la sensibilidad para detectar pequeñas masas realzadas y realce no masivo, los estudios han demostrado que la DCE-MRI de mama puede diferenciar el cáncer de mama realzado del realce parenquimatoso de fondo en función de la cinética y la morfología. Un estudio de 53 pacientes con PABC conocido demostró realce parenquimatoso de fondo moderado o marcado en el 58% de los pacientes. A pesar del aumento del realce parenquimatoso de fondo, hubo una sensibilidad del 98 % para la detección de PABC conocido; sin embargo, se desconoce cuántas mujeres estaban amamantando en el momento de la resonancia magnética. Hay escasos datos sobre el cribado por resonancia magnética en mujeres lactantes. En un estudio, se detectaron 4 cánceres de mama en 3 pacientes en la resonancia magnética de detección de alto riesgo. Puede ser útil esperar hasta 3 meses después de dejar de amamantar. Sin embargo, si una mujer	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			planea amamantar durante un período prolongado o tiene un riesgo muy alto de cáncer de mama, se puede considerar la resonancia magnética de mama durante la lactancia. La cantidad de gadolinio excretado en la leche materna humana durante las primeras 24 horas después de la administración de contraste IV es <1% de la dosis permitida para neonatos. Las recomendaciones actualizadas con respecto a la lactancia después de la administración IV de gadolinio se describen en detalle en el Manual sobre medios de contraste del ACR. Por lo tanto, aunque no es la herramienta de imagen inicial de elección, la resonancia magnética de mama no está contraindicada durante la lactancia y se puede considerar en mujeres lactantes con un alto riesgo de cáncer de mama a lo largo de la vida. La madre debe tomar una decisión informada con respecto a la continuación de la lactancia después del examen. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** Las imágenes moleculares de mama (MBI, por sus siglas en inglés) no tienen ningún	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			papel en la detección del cáncer de mama durante la lactancia.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La detección del cáncer de mama no está contraindicada durante el embarazo. Para las mujeres menores de 30 años con alto riesgo de cáncer de mama, la DBT o la mamografía son adecuadas.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** No se recomienda la detección para mujeres embarazadas con riesgo promedio o intermedio de cáncer de mama si son menores de 30 años. Sin embargo, considere la detección antes de los 30 años para mujeres embarazadas con alto riesgo de cáncer de mama. Los criterios de alto riesgo y la edad a la que se deben comenzar las pruebas de detección en mujeres con alto riesgo se analizan en los Criterios de idoneidad del ACR ® para "Exámenes de detección del cáncer de mama". **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** **Diagnóstico por mamografía: usualmente apropiado** La mamografía de detección se puede realizar en mujeres embarazadas con alto riesgo de cáncer. La mamografía no está contraindicada durante el embarazo y la dosis para el feto es insignificante. La	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			dosis de radiación fetal de una mamografía de 4 vistas es <0,03 mGy. No se han demostrado efectos teratogénicos por debajo de 50 mGy. Las pautas de la Red Nacional Integral del Cáncer establecen que la mamografía del seno con protección se puede realizar de manera segura en mujeres embarazadas. El blindaje de plomo se debe utilizar para pacientes embarazadas que se someten a una mamografía. La mamografía de detección no se recomienda para mujeres embarazadas que tienen un riesgo promedio o intermedio de cáncer de mama. Sin embargo, en mujeres que tienen un alto riesgo de cáncer de mama, se debe considerar la detección mamográfica con blindaje de plomo. No hay estudios que evalúen específicamente la DBT en esta población de pacientes. El aumento de la densidad mamaria que se observa en las mujeres más jóvenes y en las mamas alteradas hormonalmente de las mujeres embarazadas es más probable que oculte pequeñas lesiones. Por lo tanto, esta	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			población puede beneficiarse de la capacidad de la mamografía tridimensional para disminuir el efecto de enmascaramiento del tejido mamario denso. La hiperplasia ductal y lobulillar, combinada con un mayor contenido de agua y una disminución de la grasa del estroma, pueden aumentar la densidad mamográfica durante el embarazo. Un pequeño estudio ha demostrado que los cambios anticipados en la densidad mamaria son menos pronunciados durante el embarazo que durante la lactancia, y que la mayoría de las pacientes embarazadas tenían tejido fibroglandular disperso o heterogéneamente denso. Muchos estudios han demostrado que las mamografías pueden ser diagnósticas en el 74 % al 100 % de las mujeres embarazadas grávidas. Con las técnicas digitales actuales y un mayor uso de DBT, la capacidad de detectar el cáncer de mama con mamografía en pacientes embarazadas puede mejorar. Hay varios estudios que informan PABC detectado	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			por pantalla en un pequeño número de pacientes. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** A lo largo del embarazo, hay una hiperplasia ductal y lobulillar progresiva, así como un aumento de la ectasia ductal. Estos cambios conducen a conductos y lóbulos hipoecoicos prominentes con disminución difusa de la ecogenicidad mamaria. No hay estudios disponibles en este momento que evalúen el uso de la ecografía de mama completa durante el embarazo. A pesar de los cambios fisiológicos que alteran la apariencia ecográfica de los senos durante el embarazo, la ecografía de seno completo puede usarse como una modalidad de detección complementaria en mujeres embarazadas menores de 30 años con alto riesgo de cáncer de seno. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la ecografía de detección puede aumentar la tasa de falsos positivos y provocar biopsias adicionales.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado Está bien establecido que los quelatos de gadolinio IV atraviesan la placenta y entran en la circulación fetal. Aunque no se han informado efectos fetales adversos debido al gadolinio intravenoso en la madre embarazada, existe la posibilidad de disociación del ion de gadolinio tóxico libre con datos limitados en esta población de pacientes. Las pautas sobre la administración de gadolinio durante el embarazo se describen en detalle en el Manual sobre medios de contraste de ACR. Debido a las preocupaciones acerca de que el gadolinio atraviese la placenta y los datos limitados con respecto a su seguridad en este entorno, no se recomienda el cribado de mama DCE-MRI en mujeres embarazadas con cualquier perfil de riesgo de cáncer de mama. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La MBI no tiene ningún papel en la detección del cáncer de mama durante el embarazo.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La detección del cáncer de mama no está contraindicada durante el embarazo. Para las mujeres entre 30 y 39 años de edad con riesgo elevado de cáncer de mama (riesgo intermedio o alto), la TDC o la mamografía son adecuadas.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** No se recomienda la detección para mujeres embarazadas que tienen un riesgo promedio de cáncer de mama si tienen entre 30 y 39 años. Sin embargo, en mujeres embarazadas con alto riesgo de cáncer de mama, la detección del cáncer de mama entre las edades de 30 a 39 años puede ser apropiada. Las mujeres embarazadas que tienen un riesgo intermedio de cáncer de mama también pueden beneficiarse de las pruebas de detección antes de los 40 años. Los criterios para el riesgo intermedio y alto, y la edad a la que comenzar a evaluar a las mujeres con riesgo intermedio y alto, se analizan en los Criterios de idoneidad del ACR ® para “Detección de cáncer de mama”. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** **Diagnóstico por mamografía: usualmente apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La mamografía no está contraindicada durante el embarazo. La dosis de radiación fetal de una mamografía de 4 vistas es <0,03 mGy. No se han demostrado efectos teratogénicos por debajo de 50 mGy. Las pautas de la Red Nacional Integral del Cáncer establecen que la mamografía del seno con protección se puede realizar de manera segura en mujeres embarazadas. El blindaje de plomo se debe utilizar para pacientes embarazadas que se someten a una mamografía. No hay estudios que evalúen específicamente la DBT en esta población de pacientes. El aumento de la densidad mamaria que se observa en las mujeres más jóvenes y en las mamas alteradas hormonalmente de las mujeres embarazadas es más probable que oculte pequeñas lesiones. Por lo tanto, esta población puede beneficiarse de la capacidad de la mamografía tridimensional para disminuir el efecto de enmascaramiento del tejido mamario denso. La hiperplasia ductal y lobulillar, combinada con un mayor contenido de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			agua y una disminución de la grasa del estroma, pueden aumentar la densidad mamográfica durante el embarazo. Un pequeño estudio ha demostrado que los cambios anticipados en la densidad mamaria son menos pronunciados durante el embarazo que durante la lactancia, y que la mayoría de las pacientes embarazadas tenían tejido fibroglandular disperso o heterogéneamente denso. Muchos estudios han demostrado que las mamografías pueden ser diagnósticas en el 74 % al 100 % de las mujeres embarazadas. Con las técnicas digitales actuales y un mayor uso de DBT, la capacidad de detectar el cáncer de mama con mamografía en pacientes embarazadas puede mejorar. Hay varios estudios que informan PABC detectado por pantalla en un pequeño número de pacientes. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** A lo largo del embarazo, hay una hiperplasia ductal y lobulillar progresiva,	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			así como un aumento de la ectasia ductal. Estos cambios conducen a conductos y lóbulos hipoecoicos prominentes con disminución difusa de la ecogenicidad mamaria. No hay estudios disponibles en este momento que evalúen el uso de la ecografía de mama completa durante el embarazo. A pesar de los cambios fisiológicos que alteran la apariencia ecográfica de los senos durante el embarazo, la ecografía de seno completo puede usarse como una modalidad de detección complementaria en mujeres embarazadas entre 30 y 39 años de edad con alto riesgo de cáncer de seno. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la ecografía de detección puede aumentar la tasa de falsos positivos y provocar biopsias adicionales. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** Está bien establecido que los quelatos de gadolinio IV atraviesan la placenta y entran en la circulación fetal. Aunque no se han	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			informado efectos fetales adversos debido al gadolinio intravenoso en la madre embarazada, existe la posibilidad de disociación del ion de gadolinio tóxico libre con datos limitados en esta población de pacientes. Las pautas sobre la administración de gadolinio durante el embarazo se describen en detalle en el Manual sobre medios de contraste de ACR. Debido a las preocupaciones acerca de que el gadolinio atraviese la placenta y los datos limitados con respecto a su seguridad en este entorno, no se recomienda el cribado de mama DCE-MRI en mujeres embarazadas con cualquier perfil de riesgo de cáncer de mama. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** La MBI no tiene ningún papel en la detección del cáncer de mama durante el embarazo.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La detección del cáncer de mama no está contraindicada durante el embarazo. Para las mujeres de 40 años o más, es apropiada la detección mediante DBT o una mamografía.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La prueba de detección de cáncer de mama durante el embarazo se recomienda para las mujeres embarazadas de 40 años o más que tienen un riesgo promedio de cáncer de mama, según se define en los Criterios de idoneidad de ACR ® para "Exámenes de detección de cáncer de mama". **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** **Diagnóstico por mamografía: usualmente apropiado** La mamografía no está contraindicada durante el embarazo. La dosis de radiación fetal de una mamografía de 4 vistas es <0,03 mGy. No se han demostrado efectos teratogénicos por debajo de 50 mGy. Las pautas de la Red Nacional Integral del Cáncer establecen que la mamografía del seno con protección se puede realizar de manera segura en mujeres embarazadas. El blindaje de plomo se debe utilizar para	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			pacientes embarazadas que se someten a una mamografía. No hay estudios que evalúen específicamente la DBT en esta población de pacientes. El aumento de la densidad mamaria que se observa en las mujeres más jóvenes y en las mamas alteradas hormonalmente de las mujeres embarazadas es más probable que oculte pequeñas lesiones. Por lo tanto, esta población puede beneficiarse de la capacidad de la mamografía tridimensional para disminuir el efecto de enmascaramiento del tejido mamario denso. La hiperplasia ductal y lobulillar, combinada con un mayor contenido de agua y una disminución de la grasa del estroma, pueden aumentar la densidad mamográfica durante el embarazo. Un pequeño estudio ha demostrado que los cambios anticipados en la densidad mamaria son menos pronunciados durante el embarazo que durante la lactancia, y que la mayoría de las pacientes embarazadas tenían tejido fibroglandular disperso o heterogéneamente denso.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Muchos estudios han demostrado que las mamografías pueden ser diagnósticas en el 74 % al 100 % de las mujeres embarazadas. Con las técnicas digitales actuales y un mayor uso de DBT, la capacidad de detectar el cáncer de mama con mamografía en pacientes embarazadas puede mejorar. Hay varios estudios que informan PABC detectado por pantalla en un pequeño número de pacientes. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** A lo largo del embarazo, hay una hiperplasia ductal y lobulillar progresiva, así como un aumento de la ectasia ductal. Estos cambios conducen a conductos y lóbulos hipoecoicos prominentes con disminución difusa de la ecogenicidad mamaria. No hay estudios disponibles en este momento que evalúen el uso de la ecografía de mama completa durante el embarazo. A pesar de los cambios fisiológicos que alteran la apariencia ecográfica de los senos durante el	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			embarazo, la ecografía de seno completo puede usarse como una modalidad de detección complementaria en mujeres embarazadas de 40 años o más, especialmente aquellas con riesgo elevado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la ecografía de detección puede aumentar la tasa de falsos positivos y provocar biopsias adicionales. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** Está bien establecido que los quelatos de gadolinio IV atraviesan la placenta y entran en la circulación fetal. Aunque no se han informado efectos fetales adversos debido al gadolinio intravenoso en la madre embarazada, existe la posibilidad de disociación del ion de gadolinio tóxico libre con datos limitados en esta población de pacientes. Las pautas sobre la administración de gadolinio durante el embarazo se describen en detalle en el Manual sobre medios de contraste de ACR. Debido a las preocupaciones acerca	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			de que el gadolinio atraviese la placenta y los datos limitados con respecto a su seguridad en este entorno, no se recomienda el cribado de mama DCE-MRI en mujeres embarazadas con cualquier perfil de riesgo de cáncer de mama. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** La MBI no tiene ningún papel en la detección del cáncer de mama durante el embarazo.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR - Holbrook AI et al 2018 (breast pain) (112) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain	Para mujeres con dolor de mama clínicamente insignificante (no focal [más de un cuadrante], difuso o cíclico) sin otros hallazgos clínicos sospechosos, no se indica ninguna imagen más allá de las recomendaciones de detección habituales.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** **Mamografía: por lo general, no es apropiado** Hay literatura muy limitada que evalúa específicamente el uso de imágenes en pacientes con dolor de mama no focal o cíclico. En una revisión retrospectiva de 236 pacientes con dolor mamario, los autores no encontraron correlaciones mamográficas o ecográficas en las 10 pacientes que tenían dolor mamario cíclico. Dado que este tipo de dolor mamario no está asociado con malignidad, no se espera que el uso de mamografías más allá de las recomendaciones habituales de detección resulte en una mayor detección de cáncer. Algunos argumentan que las imágenes pueden ser útiles para tranquilizar al paciente sobre la ausencia de malignidad. Un estudio encontró que los pacientes con dolor de mama informaron una disminución del nivel de dolor y ansiedad después de la ecografía. Sin embargo, la suposición de	Colegio Americano de Radiología.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			que las imágenes negativas tranquilizan a la paciente o al médico es cuestionada por un estudio de cohorte retrospectivo que encontró que las imágenes de mujeres con dolor mamario en el momento de la visita clínica inicial aumentaron las probabilidades de visitas clínicas posteriores. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso específico de DBT en la evaluación del dolor mamario no focal o cíclico. **Evaluación por ultrasonido de mama: por lo general, no es apropiado** Hay poca literatura que evalúe específicamente el uso de imágenes por ultrasonido (US, por sus siglas en inglés) en pacientes con dolor mamario no focal o cíclico. En una revisión retrospectiva de 236 pacientes con dolor mamario, los autores no encontraron correlaciones	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			mamográficas o ecográficas en las 10 pacientes que tenían dolor mamario cíclico. Un estudio prospectivo de 76 pacientes menores de 30 años que presentaban dolor mamario cíclico como única queja y se sometieron a ecografía no encontró malignidad. Una limitación de este estudio fue la falta de seguimiento. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de la RM en la evaluación del dolor mamario no focal o cíclico. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de imágenes moleculares de mama (MBI) en la evaluación del dolor mamario no focal o cíclico. La MBI no tiene ningún papel como evaluación inicial por imágenes en la secreción del pezón durante el embarazo.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR - Mainiero MB et al 2017 (screening) (144) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria ® Breast Cancer Screening	Para las mujeres de riesgo promedio, se recomienda una mamografía de detección anual o DBT (con imágenes planares o sintetizadas en 2D) a partir de los 40 años. Para mujeres con senos densos, también se puede considerar la ecografía, pero el equilibrio entre una mayor detección de en la decisión se debe considerar un mayor riesgo de un examen falso positivo.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** En el seguimiento de ensayos controlados aleatorizados de mamografía de detección en mujeres de 40 a 74 años de edad, sigue habiendo una disminución muy significativa de la mortalidad en las aleatorizadas a la invitación para una mamografía de detección. Debido a que la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad, más mujeres entre el grupo de edad más joven (40-50) deberán someterse a pruebas de detección por cada vida salvada que las mujeres de 50 años o más. Sin embargo, debido a que las mujeres más jóvenes tienen una esperanza de vida más larga, los años de vida ganados por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mediante el cribado a los 40 años es mayor que en la población de 50 a 70 años. La edad a la que varias	Colegio Americano de Radiología.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			organizaciones recomiendan comenzar con la mamografía de detección y la frecuencia con la que se recomienda la mamografía en diferentes grupos de edad varía según el peso que se le dé a los riesgos percibidos (exámenes falsos positivos y la posibilidad de sobrediagnóstico) y los beneficios de la detección (reducción de la mortalidad y opciones de tratamiento menos invasivas). Algunos grupos recomiendan la detección para todas las mujeres a partir de los 50 años, y se recomienda la detección entre los 40 y los 50 años según la preferencia de la paciente o el riesgo. Sin embargo, la detección personalizada en el grupo de edad de 40 a 49 años haría que la mayoría de los cánceres detectados por la detección quedaran excluidos de la detección. Los grupos también varían en cuanto a si se recomienda la mamografía de detección como un examen anual o bienal. Sobre la base de una revisión de los ensayos aleatorios y los metanálisis posteriores, el ACR recomienda la detección anual a partir de los 40 años de edad. No hay un límite de edad superior	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			establecido para la mamografía de detección, pero dado que los beneficios de la mamografía de detección pueden tardar años en materializarse por completo, las recomendaciones de detección deben tener en cuenta la esperanza de vida y las condiciones comórbidas, y la mamografía de detección sigue siendo apropiada cuando la esperanza de vida de una mujer supera los 5 años a 7 años. La tomosíntesis mamaria digital (DBT) puede abordar algunas de las limitaciones encontradas con las vistas mamográficas estándar. Además de las imágenes planas, DBT permite la creación y visualización de imágenes reconstruidas de sección delgada que pueden disminuir el efecto de enmascaramiento de la lesión del tejido normal superpuesto y revelar la verdadera naturaleza de los posibles hallazgos falsos positivos sin necesidad de recordarlos. Varios estudios confirman que, en un entorno de detección, la tasa de detección de cáncer aumenta con el uso de DBT en comparación con la mamografía 2-D sola. Además, la tasa de recuperación de hallazgos benignos	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			(falsos positivos) puede reducirse. Algunos autores encontraron que estas ventajas son especialmente pronunciadas en mujeres menores de 50 años, en aquellas con mamas densas y con tipos de lesiones que incluyen masas espiculadas y asimetrías. El tiempo de interpretación de las imágenes DBT es mayor que el de la mamografía estándar. Además, la dosis aumenta si se obtienen imágenes 2D estándar además de las imágenes DBT. Sin embargo, las imágenes reconstruidas sintetizadas (una imagen plana virtual creada a partir del conjunto de datos tomográficos) pueden reemplazar la necesidad de una vista correlativa en 2D; los datos actuales sugieren que estas imágenes sintéticas funcionan tan bien como las imágenes digitales estándar de campo completo. DBT casi siempre se realiza como parte de un examen que también incluye mamografía digital. La parte de mamografía digital del examen puede ser en forma de mamografía de proyección tradicional o imagen sintetizada de los datos DBT.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado La presencia de tejido mamario denso reduce la sensibilidad de la mamografía y aumenta el riesgo de cáncer de mama en comparación con pacientes con mamas grasas. Agregar ultrasonido (US) de seno manual o automatizado a la mamografía en mujeres con senos densos aumenta la tasa de detección de cáncer, pero también aumenta sustancialmente la tasa de falsos positivos. En la experiencia clínica inicial con ecografía mamaria de detección después de que se promulgó una ley de notificación mamaria densa a nivel estatal, la tasa de detección de cáncer aumentó, pero la cantidad de recomendaciones de seguimiento de intervalo corto aumentó sustancialmente y el valor predictivo positivo de una recomendación de biopsia fue mucho menor. Para las mujeres con tejido mamario denso, pero sin factores de riesgo adicionales, la ecografía puede ser útil como complemento de la mamografía para la detección progresiva del cáncer, pero se debe considerar el equilibrio entre	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			el aumento de la detección del cáncer y el aumento del riesgo de un examen falso positivo. la decisión. No hay datos que apoyen el uso de la ecografía en mujeres de riesgo medio con mamas no densas. **MBI and FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** Complementar la mamografía con imágenes moleculares de mama (MBI) en mujeres con mamas densas aumenta la tasa de detección de cáncer. Sin embargo, no se han realizado grandes estudios poblacionales de MBI para el cribado, y la dosis de radiación en todo el cuerpo con esta técnica es preocupante. La tomografía por emisión de positrones con flúor 18-2-fluoro-2-desoxi-D-glucosa (FDG-PET) de mama está igualmente limitada por la dosis de radiación y la falta de evidencia en grandes detecciones poblacionales. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No hay pruebas suficientes para apoyar el uso de imágenes por resonancia magnética (MRI) para la detección de mujeres de riesgo promedio.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Para mujeres de riesgo intermedio, se recomienda una mamografía mamaria o DBT (con imágenes bidimensionales sintetizadas o planas adjuntas). La MRI se puede considerar como un complemento de la mamografía o DBT (con imágenes bidimensionales planas o sintetizadas que lo acompañan) según los factores de riesgo. Para las mujeres con senos densos, la ecografía puede ser una opción, pero en la decisión se debe considerar el equilibrio entre una mayor detección de cáncer y el mayor riesgo de un examen falso positivo.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** Algunas mujeres con un riesgo intermedio de cáncer de mama pueden beneficiarse si comienzan a realizarse mamografías de detección antes de los 40 años y también pueden beneficiarse de exámenes de detección complementarios. Las recomendaciones para la detección complementaria para mujeres con riesgo intermedio de cáncer de mama, incluidas aquellas con antecedentes personales de cáncer de mama, antecedentes de carcinoma lobulillar in situ o ADH, aquellas con antecedentes familiares intermedios y un riesgo de por vida de 15% a 20%, o las mujeres con mamas densas sigue siendo un tema de debate. **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Se recomienda una mamografía de detección anual para mujeres con neoplasia lobulillar comprobada por	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			biopsia o hiperplasia ductal atípica desde el momento del diagnóstico, pero no antes de los 30 años de edad. Se recomienda que las mujeres que tienen antecedentes de cáncer de mama se hagan una mamografía cada 12 meses (y de 6 a 12 meses después de la radiación si se conserva la mama). La sensibilidad de la mamografía depende de la densidad mamaria, y la sensibilidad disminuye a medida que aumenta la densidad mamaria. DBT puede abordar algunas de las limitaciones encontradas con las vistas mamográficas estándar. Además de las imágenes planas, DBT permite la creación y visualización de imágenes reconstruidas de sección delgada que pueden disminuir el efecto de enmascaramiento de lesiones del tejido normal superpuesto y revelar la verdadera naturaleza de posibles hallazgos falsos positivos sin necesidad de recordarlos. Varios estudios confirman que, en un entorno de detección, la tasa de detección de cáncer aumenta con el uso de DBT en comparación con la mamografía 2-D sola.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Además, la tasa de recuperación de hallazgos benignos (falsos positivos) puede reducirse. Algunos autores encontraron que estas ventajas son especialmente pronunciadas en mujeres menores de 50 años, en aquellas con mamas densas y con tipos de lesiones que incluyen masas espiculadas y asimetrías. El tiempo de interpretación de las imágenes DBT es mayor que el de la mamografía estándar. Además, la dosis aumenta si se obtienen imágenes 2D estándar además de las imágenes DBT. Sin embargo, las imágenes reconstruidas sintetizadas (una imagen plana virtual creada a partir del conjunto de datos tomográficos) pueden reemplazar la necesidad de una vista correlativa en 2D; los datos actuales sugieren que estas imágenes sintéticas funcionan tan bien como las imágenes digitales estándar de campo completo. DBT casi siempre se realiza como parte de un examen que también incluye mamografía digital. La parte de mamografía digital del examen puede ser en forma de mamografía de proyección tradicional o sintetizada a partir	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			de los datos de DBT. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** En mujeres con senos densos y mayor riesgo de cáncer de seno, la sensibilidad de la mamografía puede ser tan baja como 50%; complementar el cribado mamográfico con ecografía aumentará significativamente la detección de cáncer, aunque las tasas de falsos positivos también aumentan sustancialmente. En mujeres de riesgo intermedio con senos densos, la exploración ecográfica complementaria es una opción. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: puede ser apropiado** La Sociedad Estadounidense del Cáncer considera que no hay pruebas suficientes a favor o en contra de la RM como complemento de la mamografía en mujeres con riesgo intermedio de cáncer de mama. Sin embargo, estudios recientes	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			respaldan el uso de la resonancia magnética de detección en ciertos subgrupos de esta población, incluidas las mujeres con antecedentes de carcinoma lobulillar in situ o antecedentes personales de cáncer de mama. **MBI and FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** Complementar la mamografía con MBI en mujeres con mamas densas aumenta la tasa de detección de cáncer. Sin embargo, no se han realizado grandes estudios poblacionales de MBI para la detección y la dosis de radiación de cuerpo entero con esta técnica es preocupante. La mama FDG-PET está igualmente limitada por la dosis de radiación y la falta de evidencia en grandes poblaciones de detección.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Para las mujeres de alto riesgo, se recomienda una mamografía o DBT (con imágenes bidimensionales sintetizadas o planares complementarias). Se recomienda la MRI como un complemento de la mamografía de detección o DBT (con imágenes bidimensionales planas o sintetizadas que lo acompañan). Se recomienda la ecografía cuando el paciente no puede tolerar la resonancia magnética.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** Las mujeres con alto riesgo de cáncer de mama incluyen aquellas con BRCA u otras predisposiciones genéticas conocidas, mujeres con antecedentes familiares muy fuertes que las colocan en más del 20 % de riesgo de cáncer de mama durante su vida y aquellas con radioterapia de manto previa entre 10 y 30 años. de edad. Además de comenzar la mamografía de detección antes que la población general, las mujeres en este grupo de alto riesgo se benefician de la detección complementaria. **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Se recomienda una mamografía anual comenzando 8 años después de la radioterapia, pero no antes de los 25 años para las mujeres que recibieron radiación de manto entre los 10 y los 30 años. Dado que existe cierta preocupación acerca de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			que las mujeres jóvenes con una predisposición hereditaria al cáncer tengan una mayor sensibilidad a la radiación, se recomienda que las mujeres con una predisposición genética se realicen exámenes de detección anuales comenzando 10 años antes que el pariente afectado en el momento del diagnóstico, pero no antes de los 30 años. La sensibilidad de la mamografía depende de la densidad mamaria, y la sensibilidad disminuye a medida que aumenta la densidad mamaria. DBT puede abordar algunas de las limitaciones encontradas con las vistas mamográficas estándar. Además de las imágenes planas, DBT permite la creación y visualización de imágenes reconstruidas de sección delgada que pueden disminuir el efecto de enmascaramiento de lesiones del tejido normal superpuesto y revelar la verdadera naturaleza de posibles hallazgos falsos positivos sin necesidad de recordarlos. Varios estudios confirman que, en un entorno de detección, la tasa de detección de cáncer aumenta con el uso de DBT en	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			comparación con la mamografía 2-D sola. Además, la tasa de recuperación de hallazgos benignos (falsos positivos) puede reducirse. Algunos autores encontraron que estas ventajas son especialmente pronunciadas en mujeres menores de 50 años, en aquellas con mamas densas y en aquellas con tipos de lesiones que incluyen masas espiculadas y asimetrías. El tiempo de interpretación de las imágenes DBT es mayor que el de la mamografía estándar. Además, la dosis aumenta si se obtienen imágenes 2D estándar además de las imágenes DBT. Sin embargo, las imágenes reconstruidas sintetizadas (una imagen plana virtual creada a partir del conjunto de datos tomográficos) pueden reemplazar la necesidad de una vista correlativa en 2D; y los datos actuales sugieren que estas imágenes sintéticas funcionan tan bien como las imágenes digitales estándar de campo completo. DBT es casi siempre se realiza como parte de un examen que también incluye mamografía digital. La parte de mamografía digital del examen puede ser en forma de mamografía de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			proyección tradicional o imagen sintetizada de los datos DBT. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: usualmente apropiado** La RM de mama en mujeres de alto riesgo tiene una mayor sensibilidad que la mamografía, y la combinación de mamografía y RM en esta población tiene la mayor sensibilidad. En una población de alto riesgo, la RM y la mamografía combinada tienen una mayor sensibilidad (92,7 %) que la ecografía y la mamografía combinadas (52 %). Por lo tanto, en mujeres de alto riesgo para las que está indicada la detección complementaria, se recomienda la resonancia magnética cuando sea posible. Se recomienda la resonancia magnética de detección en mujeres con mutaciones del gen BRCA y sus parientes de primer grado no examinados, así como en mujeres con un riesgo de por vida de cáncer de mama de ~20% o más. También se incluyen en este grupo de alto riesgo las mujeres que han	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			recibido radioterapia en el tórax entre los 10 y los 30 años de edad, así como las mujeres con otros síndromes genéticos que aumentan el riesgo de cáncer de mama. La detección de mujeres de alto riesgo con resonancia magnética de mama es rentable, y la rentabilidad de la detección mediante resonancia magnética aumenta con el aumento del riesgo de cáncer de mama. La Sociedad Estadounidense del Cáncer recomienda la resonancia magnética de detección de seno en mujeres de alto riesgo, y el ACR y la Sociedad de Imagenología del Seno respaldan esas recomendaciones. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** La ecografía de detección está indicada en pacientes de alto riesgo que no pueden tolerar la resonancia magnética. La mamografía sola no funciona tan bien como la mamografía más la detección complementaria en mujeres de alto riesgo,	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			especialmente aquellas con una predisposición genética, y la ecografía complementaria está indicada en pacientes de alto riesgo que no pueden tolerar la RM. **MBI and FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** Complementar la mamografía con MBI en mujeres con mamas densas aumenta la tasa de detección de cáncer. Sin embargo, no se han realizado grandes estudios poblacionales de MBI para el cribado y la dosis de radiación en todo el cuerpo con esta técnica es preocupante. La mama FDG-PET está igualmente limitada por la dosis de radiación y la falta de evidencia en grandes poblaciones de detección.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR - Lee SJ et al 2017 (nipple discharge) (134) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria Evaluation of Nipple Discharge	Por lo general, las imágenes diagnósticas no son apropiadas para evaluar la secreción fisiológica del pezón en pacientes adultos femeninos, masculinos, transfemeninos (de hombre a mujer) o transmasculinos (de mujer a hombre).	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** La secreción fisiológica del pezón se define como bilateral, que se origina en múltiples conductos, de color blanco/verde/amarillo o de apariencia lechosa. Tiende a ocurrir solo cuando se le provoca. Varios estudios han demostrado que la secreción fisiológica del pezón es benigna, sin asociación con carcinoma in situ o invasivo. **Mamografía diagnóstica: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del	Colegio Americano de Radiología

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. **Evaluación por ultrasonido de mama: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. **Ductografía: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** La biopsia central guiada por imágenes no es necesaria para la evaluación de la secreción fisiológica del pezón en la paciente femenina. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** No se requiere aspiración con aguja fina (FNA) guiada por imágenes para la evaluación de la secreción fisiológica del	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			pezón en la paciente femenina. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** Si el historial del paciente y el examen físico demuestran secreción fisiológica del pezón y la mamografía de detección de rutina está actualizada, no se necesita más investigación radiológica. Por lo tanto, si los hallazgos clínicos son consistentes con la secreción fisiológica del pezón y el mantenimiento de la salud de la mujer, incluida la mamografía de detección, es actual, es probable que no sea necesario el diagnóstico por imágenes del seno.	
MSPS 2017 (128) GPC Colombia	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema General de	**Mamografía** Se recomienda realizar tamizaje de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años en mujeres de **50 a 69 años** de edad, siempre Incluido dentro de un	**Sistema GRADE** **Recomendación fuerte a favor** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de la identificación de una RSL en la actualización de esta guía, de buena calidad publicada por Gotzche y Nielsen en 2011, que estima que el tamizaje con	Ministerio de Salud de Colombia.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía No 19 – Segunda edición	programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.	mamografía probablemente reduzca la mortalidad por cáncer de mama, pero la magnitud del efecto es incierta. El tamizaje arroja resultados de tumores que no necesariamente se manifiestan clínicamente o producen la muerte; si bien es cierto lleva a una reducción de la mortalidad en el 15% hay un aumento de 30% en sobrediagnóstico y sobre tratamiento, por lo cual no es claro si el cribado produce más daño que beneficio.	
		No se recomienda realizar tamizaje de rutina con mamografía en mujeres de 40-49 años de edad. La decisión de iniciar tamizaje regular con mamografía cada dos años antes de los 50 años debe ser individual y debe tener en cuenta el contexto del paciente incluyendo sus valores en relación con beneficios y daños.	**Sistema GRADE Recomendación fuerte en contra** La evidencia que soporta esta recomendación, provine de dos estudios diseñados específicamente para evaluar la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 a 49 años mostraron que no hubo una reducción significativa de la mortalidad luego de 10 a 14 años de seguimiento (RR 0.84, IC95% 0.74–0.95). En un ejercicio de evaluación del beneficio tardío contra los daños por los falsos positivos, el tamizaje rutinario no debiera ser indicada en mujeres de 40 a 49 años, excepto cuando la decisión médico-	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			paciente es compartida, con la declaración explícita de los potenciales daños y beneficios.	
		PBP: Se recomienda realizar detección temprana en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las estrategias diagnósticas adecuadas que pueden incluir la mamografía o la ecografía.	No aplica calificación, debido a que es un punto de buena práctica (PBP).	
ACR- Weinstein et al 2021 (breast density) (164) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria Supplemental Breast Cancer Screening Based on Breast Density	La detección de DBT generalmente es apropiada como la detección suplementaria de cáncer de mama de mujeres de riesgo promedio con senos no densos.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de estudios que evaluaron la adición de DBT a la mamografía 2-D encontrando un aumento en la tasa de detección de cáncer (CDR) en comparación con la mamografía 2-D	Colegio Americano de Radiología
		La detección de DBT generalmente es apropiada		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		como la detección suplementaria de cáncer de mama de mujeres de riesgo intermedio con senos no densos. La detección de DBT y la resonancia magnética de mama sin y con contraste intravenoso suelen ser apropiadas para la detección suplementaria de cáncer de mama en mujeres de alto riesgo con senos no densos. Estos procedimientos son complementarios (es decir, se ordena más de un procedimiento como un conjunto o simultáneamente donde cada procedimiento proporciona información clínica única para administrar eficazmente la atención del paciente)	sola, lo que da como resultado un aumento en la CDR, que varía de 1,2/1000 a 3,0/1000. Aunque la mayoría de los estudios informaron un aumento estadísticamente significativo en la CDR con la adición de DBT, algunos estudios no lograron alcanzar una significación estadística. Otro beneficio de agregar DBT a la mamografía 2-D es la reducción en la tasa de recuperación. En un programa de cribado de un solo centro, Sharpe et al. informaron una reducción en la tasa de repetición del 18,8 %. En el estudio prospectivo de detección de tomosíntesis de Oslo, la tasa de recuperación se redujo de 6,7/1000 a 3,6/1000	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La detección de DBT generalmente es apropiada como la detección suplementaria de cáncer de mama de mujeres de riesgo promedio con senos densos. El panel no estuvo de acuerdo en recomendar la US breast para pacientes en este escenario clínico. No hay suficiente literatura médica para concluir si estos pacientes se beneficiarían o no de este procedimiento. Las imágenes con US breast son controvertidas, pero pueden ser apropiadas.		
		La detección de DBT generalmente es apropiada para la detección suplementaria de cáncer de mama en mujeres de riesgo intermedio con senos densos.		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La prueba de detección de DBT y la resonancia magnética de mama sin y con contraste intravenoso suelen ser apropiadas para la detección complementaria de cáncer de mama en mujeres de alto riesgo con mamas densas. Estos procedimientos son complementarios (es decir, se ordena más de un procedimiento como un conjunto o simultáneamente, donde cada procedimiento proporciona información clínica única para administrar de manera efectiva la atención del paciente). La resonancia magnética de mama sin y con contraste intravenoso abreviada y la ecografía de mama son alternativas a la resonancia magnética de mama sin y con contraste intravenoso (es decir, solo se		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente), pero la resonancia magnética tiene la mayor sensibilidad para la detección del cáncer de mama.		
Hild et al. 2020 (153) RSL Francia	Quality of Decision Aids Developed for Women at Average Risk of Breast Cancer Eligible for Mammographic Screening: Systematic Review and Assessment According to the International Patient Decision Aid Standards Instrument	Los pictogramas pueden ser más fáciles de entender que las frecuencias naturales y pueden ayudar en la toma de la decisión de tamizaje para cáncer de mama y el uso de descripciones verbales de riesgos numéricos puede ayudar a las personas a comprender mejor los mensajes sobre el riesgo.	**Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 8 estudios; 1 RSL, 3 ECAs, 2 observacionales u otros, donde se identifica que, ante el desafío que representa la comunicación sobre el riesgo de cáncer de mama, herramientas para la ayuda de toma de decisiones que contengan imágenes explicativas tienen mejores resultados que la comunicación técnica del personal de salud. Los pictogramas permiten comparaciones de los factores positivos y negativos de la	French National Institute for Cancer (Instituto Nacional Francés del Cáncer).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			tamización. Adicionalmente, si se ayuda con la descripción o explicación verbal de cifras de riesgo, la aceptación del tamizaje mejora. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	
		Teniendo en cuenta que las personas con menor alfabetización y niveles educativos más bajos tienen un mayor riesgo de cáncer avanzado, tienen la mayor necesidad de apoyo en la toma de decisiones con diferentes tipos de ayudas o herramientas.	**Calificación sistema GRADE** **Certeza de evidencia baja** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 3 estudios; 1 RSL, 1 ECA, y 1 observacional, donde se identifica que, el uso de ayudas para la toma de decisiones entre poblaciones socialmente desfavorecidas ha demostrado un efecto positivo en el conocimiento, la elección informada y la participación en la toma de decisiones. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	
		Las ayudas de decisión en línea respaldan un proceso de toma de decisiones deliberativo a pesar de la ausencia de un encuentro clínico presencial con un médico u otro profesional de la salud.	**Calificación sistema GRADE** **Certeza de evidencia baja** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 10 estudios; 2 RSL, 1 ECA, 3 observacionales y 4 de otros diseños, donde se identifica que, las ayudas para la toma de decisión en línea permiten que el paciente proporcione información personal (edad, factores de riesgo, preferencias, puntos de vista sobre beneficios y daños, y temores). Otras ventajas son la posibilidad de acceder a videos interactivos de aprendizaje, la personalización del proceso de toma de decisiones y la posibilidad de tomar decisiones paso a paso. Como desventaja: las herramientas en	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			línea requieren el uso de una computadora, o al menos un teléfono inteligente conectado, y requieren conocimientos informáticos; en consecuencia, pueden excluir a las poblaciones desfavorecidas. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	
		Las mujeres esperan que un médico de familia dedique tanto tiempo como sea necesario a explicar los beneficios y las limitaciones de la detección oportuna del cáncer de mama.	**Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia baja** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 2 RSL, donde se identifica que, los profesionales de la salud informaron barreras para usar ayudas para la toma de decisiones como resultado de las limitaciones de tiempo o la falta de aplicabilidad. También encontraron que la cantidad de información incluida en la ayuda para la toma de decisiones, combinada con las limitaciones de tiempo, tuvo un efecto negativo y paradójico: los participantes no tuvieron tiempo de revisar todas las	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			secciones y los del grupo con bajo nivel de alfabetización ocasionalmente se vieron abrumados por la cantidad de información disponible. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	
		El uso de una ayuda para la toma de decisiones de alta calidad debería favorecer la implementación de la toma de decisiones compartida para las mujeres con un riesgo promedio de cáncer de mama que son elegibles para la detección mamográfica.	No aplica calificación, debido a que es un punto de buena práctica (PBP).	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Martínez-Alonso et al. 2017 (154) RSL y metanálisis España	(146)	Las ayudas a la decisión (AD) sobre el tamizaje del cáncer de mama (CM) pueden mejorar el conocimiento y promover la toma de decisiones informadas, de acuerdo con sus preferencias, para las mujeres que enfrentan la decisión de tamizar.	**Calificación sistema GRADE** **Certeza de evidencia baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 3 ECAs que muestran las AD aumentaron la proporción de mujeres que tomaron una decisión informada, 58,0 % frente a 36,5 % (p<0,001) en un estudio y 24,2 % frente a 15,4 % (p=0,002) en otro estudio. La estimación del metanálisis de la diferencia de riesgos fue del 14 %, IC del 95 % (2 % a 27 %). Los estudios presentaron alto nivel de herogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	Grant para investigación: 'Participación de la mujer en las decisiones y estrategias de detección precoz del cáncer de mama' (PI14/00113) del Instituto de Salud Carlos III y cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) 'Una manera de hacer Europa'.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Las mujeres deben usar las AD para estar informadas y respaldar sus decisiones sobre el tamizaje de CM dadas sus preferencias y actitudes. Es importante asegurarse de que todas las mujeres comprendan bien la información proporcionada, incluidas aquellas con niveles educativos más bajos.	**Calificación sistema GRADE** **Certeza de evidencia baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 2 ECAs que muestran que con las AD un estudio observó una disminución significativa posterior a la intervención en el conflicto decisional y un aumento significativo en la confianza decisional. Por el contrario, dos estudios no observaron un efecto significativo de la intervención sobre el conflicto decisional y una disminución significativa en la confianza decisional. El metanálisis de los ECA mostró una disminución significativa en la escala de confianza que pudo estar relacionada con el nivel educativo de las pacientes. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. Posible sesgo de publicación debido a que no se informan hallazgos negativos.	
Meggetto et al. 2019 (156) RSL Canadá	Breast cancer risk and breast screening for trans people: an	Se recomendó el examen de mama para hombres trans no sometidos a reconstrucción torácica. El	**Calificación sistema GRADE** **Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soporta estas	Cancer Care Ontario.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	integration of 3 systematic reviews	examen también se recomendó para hombres trans que se han sometido a una reconstrucción torácica parcial. La elegibilidad para la detección en hombres trans también depende de la edad y los requisitos de elegibilidad que aplican para las mujeres cisgénero. Las modalidades recomendadas para tamizaje en hombres trans varían e incluyen ultrasonografía, resonancia magnética y mamografía.	recomendaciones proviene de 1 RSL, a partir de 7 documentos, 2 documentos de posición y 5 guías de práctica clínica, en donde se identifica que, para los hombres trans en general (es decir, el estado de reconstrucción torácica no especificado), las recomendaciones de detección variaron. La elegibilidad dependía de tener antecedentes de uso masculino de CSH, haber desarrollado tejido mamario, tener antecedentes familiares de cáncer de mama y la presencia de otros factores de riesgo. No se identificó evidencia sobre los beneficios y los daños del examen de mama entre hombres trans. Ninguno de los documentos proporcionó una recomendación específica sobre el intervalo de detección. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Para las mujeres trans con antecedentes de uso de hormonas cruzadas (CSH), la elegibilidad para la detección depende de la duración del uso de CSH, la edad, la presencia de implantes mamarios, el crecimiento mamario, el estado de orquiectomía, otros factores de riesgo y las pautas para mujeres cisgénero. No se recomendó el tamizaje para mujeres trans con menos de 5 años de uso de CSH y aquellas sin antecedentes de uso de CSH.	**Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 1 RSL, a partir de 10 documentos, 3 documentos de posición y 7 guías de práctica clínica, en donde se identifica que, Para las mujeres trans en general (es decir, no se especifica el uso de CSH), las recomendaciones variaron. Los estudios presentaron alto nivel de herogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. **Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja** En cuanto a los beneficios y daños del examen de mama entre mujeres trans, se identificó evidencia sobre 1 daño relacionado con el tamizaje entre mujeres trans. Un estudio transversal informó sobre el dolor experimentado por 50 mujeres trans durante la mamografía y la ecografía. No se identificó evidencia sobre otros daños relacionados con la detección	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			y sobre los beneficios de la detección entre mujeres trans. Los estudios presentaron alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado.	
Ren et al. 2022 (115) RSL China	Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review	Se recomienda mamografía anual o bienal para mujeres de riesgo medio de 40 a 74 años; mujeres de 50 a 69 años es el grupo de edad óptimo para la tamización.	**Calificación sistema GRADE** **Recomendación fuerte** **Certeza de evidencia alta** La evidencia proviene de 11 GPCs.	Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, Francia; Organización Mundial de la Salud, Suiza [números de subvención CRA/SCR/2019/1].
		Para mujeres de 70 o más años: **#1.** La edad para finalizar la detección debe determinarse en función del estado de salud de la mujer, por ejemplo, suspender la detección para mujeres con esperanza de vida inferior a 5-7 años o 10 años; ó **#2.** No se recomienda el tamizaje de cáncer de mama para mujeres	**#1.** La evidencia proviene de 3 GPCs; No hay c**alificación de la evidencia** #2. La evidencia proviene de 3 GPCs; Calificación sistema USPSTF y OCEBM + GRADE Recomendación insuficiente y D; Certeza de evidencia III #3. La evidencia proviene de 2 GPCs; No hay calificación de la evidencia.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		mayores de 75 años a menos que su esperanza de vida sea superior a 7 años o 10 años; ó **#3.** Se recomienda suspender las pruebas de detección a los 70 años.		
		Se recomendó la mamografía anual o bienal como la modalidad de detección primaria para las mujeres de riesgo promedio.	**Calificación con diferentes sistemas** **Recomendación fuerte o A** **Certeza de evidencia alta o 1 o I** La evidencia proviene de 21 GPCs.	
		Todas las pautas no recomendaron el uso del autoexamen de mamas, la resonancia magnética nuclear y la tomografía computarizada para detectar mujeres con riesgo promedio debido a la falta de evidencia de beneficio.	**Calificación con diferentes sistemas** **Recomendación fuerte o condicional en contra** **Certeza de evidencia alta o 1 o I** La evidencia proviene de 23 GPCs.	
		Para las mujeres con mayor riesgo, hubo un consenso entre la mayoría de las pautas de que se debe realizar una prueba de detección Mamografía anual	**Calificación con diferentes sistemas** **Recomendación fuerte o A** **Certeza de evidencia alta o 1 o I** La evidencia proviene de 23 GPCs.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		o una prueba de resonancia magnética anual, y la edad de inicio debe ser más temprana que el grupo de riesgo promedio.		
		Para las mujeres con carcinoma lobulillar in situ (LCIS) comprobado por biopsia, hiperplasia ductal atípica (ADH), carcinoma ductal in situ (DCIS) o cáncer de mama invasivo o cáncer de ovario, se recomendó principalmente MAM anual o MRI anual después del diagnóstico en adelante. *Especialmente para pacientes con cáncer de mama invasivo unilateral, se recomendó una estrecha monitorización de la mama contralateral.*	**Calificación con diferentes sistemas Recomendación intermedia o C Certeza de evidencia intermedia o 2 o II** La evidencia proviene de 6 GPCs.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Para las mujeres con antecedentes familiares sospechosos de predisposición hereditaria al cáncer de mama, se recomienda que una MAM anual o una resonancia magnética anual comiencen 10 años antes de la edad de diagnóstico del pariente afectado más joven, pero no antes de los 30 años. Además, se recomiendan visitas clínicas periódicas cada 6 a 12 meses una vez que se identifica que las mujeres tienen un mayor riesgo de cáncer de mama.	**Calificación sistema adaptado del Sistema de Calificación del Servicio de Salud Pública de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América-Estados Unidos, Recomendación A Certeza de evidencia III** La evidencia proviene de 4 GPCs.	
		Las mujeres con mutaciones en el gen 1 de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA1) o en el gen 2 de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA2) o no analizadas pero que tienen parientes de primer grado (madres, hermanas o	**Calificación con diferentes sistemas (MOH; OCEBM + GRADE) Recomendación grado D; categorias A y B Certeza de evidencia 2** La evidencia proviene de 6 GPCs.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		hijas) que tienen mutaciones BRCA comprobadas tienen un mayor riesgo de cáncer de mama. *Se recomienda que las mujeres con mutaciones genéticas comiencen a realizarse MAM anual o MRI anual a los 25-30 años.*		
		Para las mujeres con antecedentes de radioterapia de manto o de tórax antes de los 30 años o con una dosis acumulada de 10 Gy de radiación, se recomienda comenzar a hacerse exámenes de detección regulares 8 o 10 años después de la radioterapia. Las estrategias de detección recomendadas incluyeron mamografía anual (no antes de los 30 años), resonancia anual (no antes de los 25 años) o mamografía digital anual (DM) (con o sin	**Calificación con diferentes sistemas (NCCN; OCEBM + GRADE; GRADE) Recomendación categorías C Certeza de evidencia 2** La evidencia proviene de 4 GPCs.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		tomosíntesis digital de mama (DBT)). Además, aumentar el autoexamen de los senos o los encuentros clínicos cada 6 a 12 meses.		
		Para mujeres con tejido mamario denso con alto riesgo y asintomáticas, se recomienda realizar resonancia magnética o ecografía mamaría anual.	**No hay calificación de la evidencia** La evidencia proviene de 5 GPCs.	
Sharma et al. 2018 (157) RSL EE.UU	Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review	Los médicos que desconocen las pautas, que tienen poca confianza en las pautas o que perciben un conflicto en las recomendaciones entre las pautas tienen más probabilidades de abusar de la detección que los médicos que están comprometidos con la práctica de la atención concordante con las pautas.	**Calificación sistema GRADE** **Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 15 estudios observacionales que muestran que todos los estudios incluidos, excepto uno, evaluaron los factores de los pacientes que contribuyeron al uso excesivo de la l tamización; diez de los 14 estudios identificaron una asociación significativa entre algunos factores del paciente y el	Apoyo de K24 AG049036-01A1 del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento; U1QHP28710 de la Administración de Servicios y Recursos de Salud; 2016 MSTAR Summer Scholar de la Federación Estadounidense de Capacitación en

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La detección puede ser la opción predeterminada para los médicos que tienen tiempo o habilidades limitadas para discutir los daños y beneficios de la detección con cada paciente individual, especialmente con múltiples pautas contradictorias.	uso excesivo de la detección. Ocho estudios evaluaron los factores clínicos que contribuyen al uso excesivo de la detección del cáncer de mama. Siete de ellos encontraron una asociación de factores clínicos con el uso excesivo de la detección. Los factores ambientales o del sistema se exploraron en nueve estudios. Solo dos encontraron una asociación positiva entre cualquier factor del sistema y el uso excesivo de la detección.	Investigación; y el Fondo del Decano de la Universidad Johns Hopkins.
		Hay pacientes que tenían un mayor riesgo de uso excesivo de exámenes de detección; estos pueden ser los pacientes que solicitan el cribado: pacientes más jóvenes y pacientes con un nivel socioeconómico más alto, como con más educación, mayores ingresos o seguro privado.		
		La atención a la calidad y la base de evidencia de las guías puede aumentar la confianza del médico en las guías. Los esfuerzos por lograr la coherencia entre las		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		guías de las sociedades profesionales y otras organizaciones productoras de guías pueden contribuir en gran medida a la aplicación segura de las recomendaciones de las guías.		
Smith et al. 2021 (155) RSL Australia	(148)	Los adultos mayores deben considerar los factores relacionados con el envejecimiento, como la esperanza de vida y el estado general de salud, en sus decisiones de detección del cáncer, ya que estos factores tienen implicaciones importantes para su propia posibilidad personal de beneficiarse de la detección y la posibilidad de resultados adversos en la salud y la calidad de vida debido a al daño físico y psicológico a corto plazo.	**Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 12 estudios observacionales que muestran que nueve estudios encontraron que la edad avanzada se asoció con la decisión de renunciar a la detección. Los estudios cuantitativos encontraron consistentemente que aquellos con educación superior o clase social o ingresos tenían más probabilidades de someterse a exámenes de detección. Estar casado se asoció con una mayor probabilidad de someterse a tamizaje mamaria en 2 estudios. Los estudios	Subvención del programa 1113532 de Wiser Healthcare, financiada por el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Las estrategias de comunicación deben abordar estas percepciones y creencias subyacentes sobre la detección, dada la exposición a largo plazo de los adultos mayores a mensajes positivos sobre la detección y el impacto adverso que la detección del cáncer puede tener en su calidad de vida restante.	cualitativos sugirieron que los adultos mayores pueden considerar su estado de salud general o sus problemas de salud al tomar decisiones sobre la detección del cáncer. Los antecedentes personales o familiares de cáncer se asociaron sistemáticamente con la decisión de someterse a tamización, en 5 estudios.	
Sood et al. 2018 (158) RSL y metanálisis EE.UU	Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis	El ultrasonido portátil podría servir como una modalidad de detección primaria global y un método de clasificación para lesiones mamarias, particularmente en áreas de bajos recursos donde la mamografía actualmente no está disponible o no es factible. Como modalidad de detección, el ultrasonido tiene un potencial particular para afectar las tasas de detección temprana en áreas	**Calificación sistema GRADE Certeza de evidencia muy baja** La evidencia que soportó esta recomendación proviene de 26 estudios; 1 ECA, 2 transversales, 8 series retrospectivas y 14 prospectivas; que a través de un metaanálisis muestran que la ecografía tiene una sensibilidad y especificidad combinadas (IC del 95 %) del 80,1 % (72,2 % a 86,3 %) y del 88,4 % (79,8 % a 93,6 %), respectivamente, para la detección de cáncer de mama. La ecografía es eficaz para la detección de cánceres pequeños, invasivos y con	IBM Research (Inst)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		que no tienen acceso a la mamografía.	ganglios negativos en tejido mamario denso, donde la sensibilidad de la mamografía desciende del 85 % al 47,8 % y al 64,4 %. La certeza de la evidencia fue calificada como muy baja debido principalmente a la alta heterogeneidad de los estudios y probablemente tiene un impacto limitado en los resultados y conclusiones.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 3

¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5 desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?

Para responder a esta pregunta, se usaron 7 GPC y 1 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Tabla 3 Instrumento de extracción de datos de los estudios seleccionados en la búsqueda de evidencia para dar respuesta a la Pregunta 3.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

ACR - Moy L et al 2017 (palpable masses) (133) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria Palpable Breast Masses	Masa mamaria palpable. Mujer de 40 años o más, evaluación inicial.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Mamografía diagnóstica o DBT: usualmente apropiado** La mamografía es el examen imagenológico principal para la evaluación inicial de una masa palpable en mujeres de 40 años o más. Se realiza bajo la supervisión directa de un radiólogo y generalmente consiste en vistas oblicuas mediolaterales y craneocaudales de cada seno, lo que permite examinar el resto de cada seno en busca de lesiones adicionales. La mamografía debe incluir solo la mama ipsolateral si la paciente se ha realizado una mamografía bilateral reciente (dentro de los últimos 3 a 6 meses). Se coloca un pequeño marcador radiopaco en la piel sobre el hallazgo palpable para identificar su ubicación. Las vistas de compresión puntual obtenidas con o sin aumento o las vistas tangenciales a menudo se obtienen para evaluar específicamente el hallazgo clínico. Es posible que también se necesiten vistas mamográficas complementarias para aclarar las características o la ubicación de una lesión mamográfica, incluida la craneocaudal exagerada, hendidura, paso oblicua, y vistas laterales de 90°. Se puede utilizar cualquier vista creativa no estándar para visualizar una lesión palpable o acercarla al receptor de imagen. Estas vistas complementarias mejoran la visualización de masas palpables y no palpables y predicen si son benignas o malignas. DBT también se puede utilizar para la evaluación diagnóstica de una lesión palpable. Varios estudios recientes muestran que la precisión diagnóstica de la tomosíntesis mamaria de una vista en el estudio diagnóstico de mujeres con signos y síntomas clínicos y en mujeres recordadas del examen es equivalente o mejor que las vistas mamográficas de diagnóstico suplementarias. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado**	Colegio Americano de Radiología Ref: https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria/Overview

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			La ecografía puede considerarse como un medio inicial de obtención de imágenes si la paciente se ha realizado una mamografía reciente en los últimos 6 meses. La ecografía se utiliza con mayor frecuencia después de la mamografía en este grupo de edad. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** La resonancia magnética sin y con contraste no tiene ningún papel en la evaluación inicial de una mujer que presenta una masa palpable. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay ningún papel para FDG-PEM en la evaluación inicial de una mujer que presenta una masa palpable. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia suficiente para respaldar Tc-99m sestamibi MBI en la evaluación inicial de una mujer que presenta una masa palpable. **Biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Debido a que muchas masas mamarias pueden no exhibir hallazgos físicos distintivos, la evaluación por imágenes es necesaria en casi todos los casos para caracterizar la lesión palpable y examinar el resto de cada mama en busca de lesiones adicionales si la paciente tiene 40 años o más. Es preferible que las imágenes se realicen antes de la biopsia, ya que los cambios relacionados con la biopsia pueden confundir, alterar, oscurecer o limitar la interpretación de la imagen. Por lo tanto, la biopsia central guiada por imágenes no tiene ningún papel en la evaluación inicial de una mujer que presenta una masa palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado Debido a que muchas masas mamarias pueden no exhibir hallazgos físicos distintivos, la evaluación por imágenes es necesaria en casi todos los casos para caracterizar la lesión palpable. Es preferible que las imágenes se realicen antes de la biopsia, ya que los cambios relacionados con la biopsia pueden confundir, alterar, oscurecer o limitar la interpretación de la imagen. Por lo tanto, la FNAB guiada por imagen no tiene ningún papel en la evaluación inicial de una mujer que presenta una masa palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

		Masa mamaria palpable. Mujer de 40 años o más, hallazgos de mamografía sospechosos de malignidad. Próximo examen a realizar.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** La ecografía puede ser útil para caracterizar un hallazgo mamográfico sospechoso y puede identificar lesiones adicionales que no son evidentes en la mamografía o DBT. La ecografía mamaria debe realizarse con un escáner de matriz lineal en tiempo real de alta resolución con una zona focal ajustable y un transductor con una frecuencia central mínima de 10 MHz. Si se identifica una correlación ecográfica, la biopsia se puede realizar bajo guía ecográfica en lugar de guía estereotáctica con la ventaja de no recibir radiación. La biopsia central guiada por ecografía también suele tolerarse más fácilmente debido a la falta de compresión mamaria y puede permitir la biopsia de lesiones de difícil acceso estereotáctico (p. ej., lesiones muy posteriores, lesiones axilares). La ecografía también permite la evaluación de la axila. Si se identifica un ganglio linfático sospechoso, se puede realizar una biopsia guiada por ecografía en el momento de la biopsia de la lesión índice. Si no existe una correlación ecográfica para un hallazgo mamográfico sospechoso, la muestra de tejido (biopsia estereotáctica) debe guiarse por el hallazgo mamográfico sospechoso. Si no existe una correlación ecográfica para un hallazgo DBT sospechoso, el muestreo de tejido (biopsia guiada por imágenes) debe guiarse por el hallazgo DBT sospechoso. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que respalde el uso de la resonancia magnética de la mama sin y con contraste como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico sospechoso. Si la malignidad se establece posteriormente mediante biopsia, la RM puede ser útil para delinear la extensión de la enfermedad en ciertas	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			circunstancias. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es recomendada** Cuando se identifica una lesión sospechosa mamográficamente o DBT que se correlaciona con una masa palpable, se justifica la biopsia. Si es poco probable que se vea el objetivo con la ecografía (p. ej., calcificaciones sin una masa), se puede realizar una biopsia central guiada por estereotáctica. Si una lesión solo se identifica en DBT, la biopsia central guiada por DBT se puede realizar directamente. Sin embargo, si la lesión se puede ver con US, se recomienda US como el siguiente paso en la evaluación, como se describe anteriormente. Se recomienda un clip de marcador posterior a la biopsia con imágenes mamográficas posteriores a la biopsia para confirmar el muestreo de tejido de la lesión y ayudar en la correlación en los casos en los que el hallazgo se observó inicialmente en la mamografía, pero la biopsia se realizó con guía ecográfica. De manera similar, se recomienda un clip de marcador posterior a la biopsia con imágenes posteriores a la biopsia de DBT para confirmar el muestreo de tejido de la lesión y ayudar en la correlación en los casos en los que el hallazgo se observó inicialmente en DBT pero la biopsia se realizó con guía ecográfica. **Seguimiento de intervalo corto con mamografía o diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado** En el contexto de un hallazgo mamográfico sospechoso y una masa palpable, el seguimiento de intervalo corto no se considera un manejo adecuado. Se debe realizar una ecografía o, en ciertos casos, una biopsia de núcleo guiada por estereotáctica directa y está indicada la toma de muestras de tejido (biopsia de núcleo guiada por imagen). En el contexto	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			de un hallazgo sospechoso de DBT y una masa palpable, el seguimiento de intervalo corto no se considera un manejo adecuado. Se debe realizar una ecografía o, en ciertos casos, una biopsia estereotáctica directa o una biopsia central guiada por DBT. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No existe ningún papel que respalde el uso de FDG-PEM como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico sospechoso. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que respalde el uso de Tc-99m sestamibi MBI como el siguiente paso en la evaluación de un hallazgo mamográficamente sospechoso en mujeres que presentan una masa palpable. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Es preferible que las imágenes se realicen antes de la biopsia, ya que los cambios relacionados con la biopsia pueden confundir, alterar, oscurecer o limitar la interpretación de la imagen. Si se identifica una lesión mamográficamente sospechosa que se correlaciona con la masa palpable, se recomienda primero la ecografía como el siguiente paso en la evaluación y luego se puede continuar con la FNA guiada por imágenes. Sin embargo, series más grandes demuestran que la biopsia central es superior a la FNAB en términos de sensibilidad, especificidad y clasificación histológica correcta de las masas palpables. Además, la biopsia central permite una evaluación rápida del estado del receptor tumoral. Se prefiere que se utilice la biopsia central guiada por ecografía,	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

			excepto en situaciones poco comunes en las que las comorbilidades del paciente o las consideraciones técnicas (por ejemplo, una lesión linda con un implante) pueden hacer que una FNA sea preferible a una central.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer de 40 años o más, los hallazgos de la mamografía probablemente sean benignos. Próximo examen a realizar.	**Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Cuando la mamografía o la DBT muestran una masa probablemente benigna (p. ej., una masa circunscrita redonda u ovalada), la ecografía está indicada para caracterizar aún más el hallazgo y, preferiblemente, se dirige específicamente al hallazgo palpable. La adición de ecografía a menudo producirá un resultado definitivamente benigno (p. ej., quiste simple) o una masa sólida con características benignas que incluyen forma ovalada o redonda, margen abrupto bien definido, ecogenicidad homogénea y orientación paralela a la pared torácica sin acústica posterior sombreado. La gran mayoría de estas lesiones representan fibroadenomas benignos. Por otro lado, la ecografía también puede identificar características que son sospechosas, lo que incita apropiadamente a la biopsia en otros casos. **Mamografía o DBT Seguimiento a corto plazo: usualmente apropiado** El seguimiento mamográfico de intervalo corto o el seguimiento DBT de intervalo corto es una alternativa razonable a la biopsia para masas sólidas palpables con características benignas confirmadas por ecografía si la mamografía y el examen clínico también sugieren una etiología benigna y si existe una correlación definitiva entre el Hallazgos mamográficos y sonográficos. Históricamente, la biopsia se ha recomendado para masas sólidas palpables con características benignas. Sin embargo, un creciente cuerpo de evidencia ha demostrado una baja incidencia de cáncer en	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			masas palpables descritas como probablemente benignas en la ecografía cuando se usa apropiadamente el léxico BI-RADS (la incidencia de cáncer en estos estudios oscila entre 0% y 2,0%). Shin y otros encontró una incidencia de cáncer del 3,2%, pero como Lehman et al, todos los pacientes de este estudio se sometieron a una biopsia con aguja, lo que probablemente explique la mayor tasa de cáncer. Sin embargo, la biopsia está justificada si una masa es nueva en las imágenes o si aumenta de tamaño en >20 % en volumen o >20 % en cada diámetro en un período de 6 meses. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** La RM de mama sin y con contraste no tiene ningún papel como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico probablemente benigno en mujeres ≥40 años. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Si una masa palpable tiene características probablemente benignas identificadas en la mamografía y la ecografía, el seguimiento por imágenes suele ser apropiado. Sin embargo, si una masa es nueva o aumenta de tamaño, se recomienda una biopsia guiada por imágenes. Además, existen determinados casos en los que se puede realizar biopsia incluso en lesiones probablemente benignas. Por ejemplo, las lesiones BI-RADS	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			3 en pacientes de alto riesgo, pacientes que esperan un trasplante de órganos, pacientes con cánceres sincrónicos conocidos o pacientes que intentan quedar embarazadas pueden ser candidatos apropiados para el muestreo de tejido. Además, las situaciones en las que la biopsia puede aliviar la ansiedad extrema del paciente pueden impulsar la toma de muestras de tejido. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay ningún papel para FDG-PEM como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico probablemente benigno en mujeres ≥40 años. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que apoye el uso de Tc-99m sestamibi MBI en la evaluación de una mujer con una masa palpable probablemente benigna. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Si una masa palpable tiene características probablemente benignas identificadas en la mamografía y la ecografía, el seguimiento por imágenes suele ser apropiado. Sin embargo, como se discutió anteriormente, si una masa es nueva o está creciendo, la biopsia guiada por imágenes es el método preferido de muestreo de tejido. Además, existen determinados	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			casos en los que se puede realizar biopsia incluso en lesiones probablemente benignas. Por ejemplo, las lesiones BI-RADS 3 en pacientes de alto riesgo, pacientes que esperan un trasplante de órganos, pacientes con cánceres sincrónicos conocidos o pacientes que intentan quedar embarazadas pueden ser candidatos apropiados para el muestreo de tejido. Además, las situaciones en las que la biopsia puede aliviar la ansiedad extrema del paciente pueden impulsar la toma de muestras de tejido.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer de 40 años o más, hallazgos de mamografía benignos (como un lipoma) en el sitio de una masa palpable. Próximo examen a realizar.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Mamografía o DBT Seguimiento a corto plazo: por lo general, no es apropiado** Cuando la mamografía o DBT muestra una masa benigna definitiva (p. ej., ganglio linfático, hamartoma, lipoma, fibroadenoma calcificado, quiste oleoso) que se correlaciona inequívocamente con el hallazgo palpable, el seguimiento clínico es un manejo adecuado y no hay necesidad de intervalos cortos. Seguimiento por imagen. Se ha demostrado que DBT es útil para caracterizar el margen de la lesión y ser preciso para caracterizar masas de acuerdo con la clasificación BI-RADS. **Evaluación por ultrasonido de mama: por lo general, no es apropiado** Cuando la mamografía muestra una masa benigna definitiva (p. ej., ganglio linfático, hamartoma, lipoma, fibroadenoma calcificado, quiste oleoso), la ecografía no es necesaria siempre que la masa benigna identificada en la mamografía sea una correlación definitiva del hallazgo clínico. Además, si se identifica solo tejido graso en la región palpable de interés, es posible que no sea necesario realizar una ecografía. Sin embargo, si la correlación entre el hallazgo mamográfico y la lesión palpable es incierta, está indicada la ecografía. La ecografía se dirige preferentemente específicamente al hallazgo palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado La resonancia magnética de la mama sin y con contraste no tiene ningún papel como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico benigno. FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay ningún papel para FDG-PEM como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico benigno. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay pruebas que respalden el uso de Tc-99m sestamibi MBI en la evaluación de una mujer que presenta una correlación benigna con un bulto palpable en la mamografía. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Esto no está indicado si un bulto palpable tiene una etiología claramente benigna en la mamografía.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado Esto no está indicado si un bulto palpable tiene una etiología claramente benigna en la mamografía.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer de 40 años de edad o más, resultados negativos de la mamografía. Próximo examen a realizar.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Una de las principales ventajas de la ecografía es la capacidad de correlacionar directamente los hallazgos clínicos y de imagen. Se ha defendido el uso de múltiples modalidades en el diagnóstico de masas palpables como una medida para aumentar la tasa de verdaderos positivos. En tres series que evalúan anomalías mamarias palpables, la sensibilidad de la mamografía fue del 86% al 91%. La adición de ecografía detecta del 93 % al 100 % de los cánceres que están ocultos en la mamografía. La adición de ecografía a la mamografía también puede mejorar la detección de una etiología benigna para un hallazgo palpable. En una serie, el 40% de las masas palpables benignas se identificaron solo en la ecografía. Cuando tanto la mamografía como la ecografía son negativas o benignas en la evaluación de una masa palpable en la mama, el valor predictivo negativo es muy alto, superior al 97 %. Juntas, estas modalidades de imagen pueden ser tranquilizadoras cuando el examen físico no es muy sospechoso y se planifica un seguimiento clínico. Sin embargo, un examen físico sospechoso debe inducir una biopsia independientemente de los hallazgos de imagen. **Mamografía o DBT Seguimiento a corto plazo: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La mamografía o la DBT no cumplen ningún papel en el seguimiento a corto plazo de mujeres mayores de 40 años con masas palpables y resultados mamográficos negativos. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** La resonancia magnética de mama sin y con contraste para mujeres con una masa palpable y mamografía negativa no se recomienda como el siguiente paso en un estudio y sigue en fase de investigación. Ultrasonido debe realizarse a continuación. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay ningún papel para FDG-PEM como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable en el contexto de un hallazgo mamográfico negativo. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que respalde el uso de Tc-99m sestamibi MBI como el siguiente paso en la evaluación de una mujer que presenta una mamografía negativa en el contexto de un bulto palpable. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La biopsia central guiada por imágenes no tiene ningún papel como el siguiente paso en la evaluación de una mujer que presenta una mamografía negativa y un bulto palpable. Se debe realizar una ecografía y, si se encuentra una correlación, se recomienda una biopsia central guiada por ecografía. Sin embargo, un examen físico sospechoso debe indicar una biopsia guiada por palpación, independientemente de los hallazgos de imagen negativos. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** La FNAB guiada por imágenes no tiene ningún papel como el siguiente paso en la evaluación de una mujer que presenta una mamografía negativa y un bulto palpable. Se debe realizar una ecografía y, si se encuentra una correlación, se recomienda una biopsia central guiada por ecografía. Sin embargo, un examen físico sospechoso debe indicar una biopsia guiada por palpación, independientemente de los hallazgos de imagen negativos.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer menor de 30 años, evaluación inicial.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama aumenta con la edad; una mujer tiene una probabilidad de 1 en 53 de desarrollar cáncer de mama invasivo desde el nacimiento hasta los 49 años en comparación con una probabilidad de 1 en 15 a los ≥70 años de edad. La mamografía diagnóstica está indicada como examen inicial en la evaluación de un hallazgo mamario palpable para mujeres de 40 años o más. Sin embargo, debido al riesgo de radiación teóricamente mayor de la mamografía y la baja incidencia de cáncer de mama (<1%) en mujeres más jóvenes, su evaluación por imágenes difiere de la realizada para pacientes mayores. Además, la mayoría de las lesiones benignas en mujeres jóvenes no se visualizan en la mamografía y, por lo tanto, la ecografía se usa como la modalidad de imagen inicial en mujeres más jóvenes. La ecografía se dirige preferentemente específicamente al hallazgo palpable. Al igual que con todas las pautas relacionadas con la edad, se deben utilizar los factores clínicos pertinentes, como los antecedentes familiares, para determinar la atención adecuada del paciente. Cabe destacar que a menudo se recomienda la ecografía como primera modalidad para la investigación de un bulto en mujeres embarazadas. La ecografía también puede ser la primera modalidad elegida para evaluar	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			masas palpables en mujeres lactantes porque la densidad del tejido limita la evaluación mamográfica. Sin embargo, la mamografía, cuando se realiza antes de la operación en pacientes embarazadas y/o lactantes con cáncer conocido, tiene una alta sensibilidad para la malignidad, según se informa, del 90% al 100%. La mamografía no está contraindicada durante el embarazo o la lactancia y debe realizarse si se sospecha malignidad porque es particularmente eficaz para detectar microcalcificaciones y distorsiones arquitectónicas sutiles, características que a menudo no se ven tan bien en la ecografía. **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado** Debido al riesgo de radiación teóricamente mayor de la mamografía o DBT y la baja incidencia de cáncer de mama (<1%) en mujeres más jóvenes, la evaluación por imágenes recomendada difiere de la realizada para pacientes mayores. Además, la mayoría de las lesiones benignas en mujeres jóvenes no se visualizan en la mamografía. No se recomienda la mamografía de diagnóstico ni la DBT como modalidad de imagen inicial en mujeres más jóvenes. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que apoye el uso de resonancia magnética de la mama	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			con y sin contraste como parte del estudio inicial en mujeres menores de 30 años con un bulto palpable. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que respalde el uso de FDG-PEM de la mama como parte del estudio inicial en mujeres menores de 30 años con un bulto palpable. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que respalde el uso de Tc-99m sestamibi MBI como parte del estudio inicial en mujeres menores de 30 años con un bulto palpable. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Es preferible que las imágenes se realicen antes de la biopsia, ya que los cambios relacionados con la biopsia pueden confundir, alterar, oscurecer o limitar la interpretación de la imagen. No hay evidencia que respalde el uso de la biopsia central guiada por imágenes como parte del estudio inicial en mujeres menores de 30 años con un bulto palpable. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Es preferible que las imágenes se realicen antes de la biopsia, ya que los cambios relacionados con la biopsia pueden confundir, alterar, oscurecer o limitar la interpretación de la imagen. No hay evidencia que apoye el uso de FNAB guiada por imágenes como parte del estudio inicial en mujeres menores de 30 años con un bulto palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer menor de 30 años de edad, hallazgos ecográficos sospechosos de malignidad. Próximo examen a realizar.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **La biopsia guiada por imágenes: usualmente apropiado** Si se ha identificado una masa sospechosa en la ecografía, se justifica la toma de muestras de tejido (guiada por ecografía), excepto en raras circunstancias (p. ej., si el paciente tiene comorbilidades que contraindicarían la biopsia). Puede ser apropiado proceder directamente a la biopsia guiada por imágenes si una lesión palpable tiene características sospechosas en la ecografía. Algunas prácticas demuestran muy buenos resultados utilizando FNAB como el primer medio de evaluación diagnóstica de una masa mamaria palpable. Sin embargo, series más grandes demuestran que la biopsia central es superior a la FNAB en términos de sensibilidad, especificidad y clasificación histológica correcta de las masas palpables. También puede ser apropiado realizar una mamografía de diagnóstico o DBT antes de la muestra de tejido. **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Puede ser apropiado realizar una mamografía o DBT en una mujer menor de 30 años con un hallazgo ecográfico sospechoso que se correlacione con una masa palpable. La mamografía también puede mostrar hallazgos tales como calcificaciones o distorsiones arquitectónicas sutiles que no se identifican fácilmente en la ecografía y que pueden indicar una extensión	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			de la enfermedad más precisa que la apreciable en la ecografía. Además, la DBT puede tener una precisión diagnóstica relativamente alta en mujeres con senos densos, como puede ser el caso en una población más joven. Incluso en este grupo de edad, la mamografía de diagnóstico o la DBT pueden ser útiles para evaluar lesiones ipsolaterales y contralaterales adicionales. **Seguimiento de intervalo corto con evaluación por ultrasonido de mama: por lo general, no es apropiado** Cuando se identifica un hallazgo sospechoso como correlato de una masa palpable en la ecografía, se debe buscar el muestreo de tejido. No hay evidencia que justifique el seguimiento de la lesión por ultrasonido a intervalos cortos. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** Después de identificar un hallazgo sospechoso en la ecografía, el siguiente paso debe ser una muestra de tejido o una mamografía de diagnóstico. No hay evidencia para apoyar la resonancia magnética de mama sin y con contraste como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable con características ecográficas sospechosas en mujeres	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			menores de 30 años. Si la malignidad se establece posteriormente mediante biopsia, la RM puede ser útil para delinear la extensión de la enfermedad en ciertas circunstancias. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay ninguna evidencia que justifique el FDG-PEM como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable con características ecográficas sospechosas en mujeres menores de 30 años. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que apoye el uso de Tc-99m sestamibi MBI como el siguiente paso en la evaluación de una masa palpable con características ecográficas sospechosas en mujeres menores de 30 años. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Puede ser apropiado proceder directamente a la biopsia guiada por imágenes si una lesión palpable tiene características sospechosas en la ecografía. Aunque algunas prácticas demuestran muy buenos resultados usando FNAB como el primer medio de evaluación diagnóstica de una masa mamaria palpable, series más grandes demuestran que la biopsia central es superior a la FNAB en términos de sensibilidad, especificidad y clasificación histológica correcta de las masas palpables. Además, la	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			biopsia central permite una evaluación rápida del estado del receptor tumoral. Se prefiere que se utilice la biopsia central guiada por ecografía, excepto en situaciones poco comunes en las que las comorbilidades del paciente o las consideraciones técnicas (por ejemplo, una lesión linda con un implante) pueden hacer que una FNA sea preferible a una central.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer menor de 30 años, hallazgos ecográficos probablemente benignos. Próximo examen a realizar	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Seguimiento de intervalo corto con ultrasonido de mama: usualmente apropiado** El seguimiento a intervalos cortos es una alternativa razonable a la biopsia para masas sólidas palpables con características benignas identificadas por ecografía si el examen clínico también sugiere una etiología benigna. Las características ecográficas benignas de una masa sólida incluyen forma ovalada o redonda, margen abrupto bien definido, ecogenicidad homogénea y orientación paralela a la pared torácica sin sombra acústica posterior. La gran mayoría de estas lesiones representan fibroadenomas benignos. Aunque históricamente se ha recomendado la biopsia para masas sólidas palpables con características benignas, un conjunto creciente de pruebas ha demostrado una baja incidencia de cáncer en masas palpables descritas como probablemente benignas en la ecografía cuando se utiliza adecuadamente el léxico BI-RADS. La probabilidad de que una masa con características probablemente benignas represente un cáncer es baja en todas las series y particularmente baja en mujeres jóvenes. En un estudio solo 1 de 357 pacientes (0,3 %) menores de 25 años con tales características fue diagnosticado posteriormente con malignidad. **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Si se ha identificado un correlato para una masa palpable en la ecografía y probablemente sea benigno, no hay indicación para una mamografía de diagnóstico o DBT en este grupo de edad. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Si una masa palpable tiene características probablemente benignas identificadas en la ecografía, se recomienda un seguimiento con ecografía. Sin embargo, la biopsia central guiada por imágenes se puede realizar después de una evaluación completa por imágenes si existen razones atenuantes para establecer un diagnóstico definitivo de manera más inmediata. Por ejemplo, las lesiones BI-RADS 3 en pacientes de alto riesgo, pacientes que esperan un trasplante de órganos, pacientes con cánceres sincrónicos conocidos o pacientes que intentan quedar embarazadas pueden ser candidatos apropiados para el muestreo de tejido. Además, las situaciones en las que la biopsia puede aliviar la ansiedad extrema del paciente pueden impulsar la toma de muestras de tejido. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia que apoye el uso de resonancia magnética de mama sin y con contraste en mujeres menores de 30 años con hallazgos ecográficos	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			probablemente benignos en el contexto de un bulto palpable. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Si una masa palpable tiene características probablemente benignas identificadas en la mamografía y la ecografía, se recomienda un seguimiento por imágenes. La FNAB guiada por imágenes se puede realizar después de una evaluación completa por imágenes si existen razones atenuantes para establecer un diagnóstico definitivo de manera más inmediata. Por ejemplo, las lesiones BI-RADS 3 en pacientes de alto riesgo, pacientes que esperan un trasplante de órganos, pacientes con cánceres sincrónicos conocidos o pacientes que intentan quedar embarazadas pueden ser candidatos apropiados para el muestreo de tejido. Además, las situaciones en las que la biopsia puede aliviar la ansiedad extrema del paciente pueden impulsar la toma de muestras de tejido. Sin embargo, como se discutió anteriormente, la biopsia central guiada por imágenes es el método preferido de muestreo de tejido. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No existe un papel que respalde el uso de FDG-PEM en mujeres menores de 30 años con hallazgos ecográficos probablemente benignos en el contexto de un bulto palpable. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No hay evidencia que apoye el uso de Tc-99m sestamibi MBI en mujeres menores de 30 años con hallazgos ecográficos probablemente benignos en el contexto de un bulto palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer menor de 30 años, hallazgos ecográficos benignos (como quiste simple). Próximo examen a realizar.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado** Si se ha encontrado una entidad benigna en la ecografía y es un correlato definitivo para un bulto palpable, no tiene sentido realizar una evaluación adicional con mamografía de diagnóstico o DBT en mujeres menores de 30 años. Se justifica el seguimiento clínico. **Seguimiento de intervalo corto con ultrasonido de mama: por lo general, no es apropiado** Si se ha encontrado una entidad benigna (p. ej., quiste simple, ganglio linfático benigno y hamartoma) en la ecografía y es un correlato definitivo para un bulto palpable, no hay ningún papel para una mayor investigación o seguimiento. Se justifica el seguimiento clínico. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Si se ha encontrado una entidad benigna en la ecografía y es un correlato definitivo para un bulto palpable, no hay ningún papel para el muestreo de tejido. La probabilidad de que un bulto palpable en una mujer joven que sea benigno tanto en el examen clínico como en la ecografía resulte en un cáncer es extremadamente baja; un estudio que evaluó prospectivamente	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			la biopsia central guiada por ecografía en 248 mujeres jóvenes menores de 25 años con bultos clínicamente benignos y hallazgos predominantemente benignos no encontró cánceres en este grupo. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Si se ha encontrado una entidad benigna en la ecografía y es un correlato definitivo para un bulto palpable, no hay ningún papel para el muestreo de tejido. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** Si se ha encontrado una entidad benigna en la ecografía y es un correlato definitivo para un bulto palpable, la RM de mama sin y con contraste no tiene ningún papel en mujeres menores de 30 años. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** Si se ha encontrado una entidad benigna en la ecografía y es una correlación definitiva para un bulto palpable, la FDG-PEM no tiene ningún papel en mujeres menores de 30 años con un bulto palpable. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Si se ha encontrado una entidad benigna en la ecografía y es una correlación definitiva para un bulto palpable, no hay evidencia de Tc-99m sestamibi MBI.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer menor de 30 años de edad, hallazgos ecográficos negativos. Próximo examen a realizar	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado** La mamografía no está indicada a menos que los hallazgos clínicos sean sospechosos. Al igual que con las mujeres de 40 años o más, si el examen físico es muy sospechoso y la mamografía o la DBT y la ecografía son negativas, se justifica la toma de muestras de tejido con biopsia central o biopsia quirúrgica. Todavía se recomienda la mamografía o la DBT como evaluación previa a la biopsia en los casos en los que existe una fuerte sospecha clínica de cáncer. Si se identifica una correlación mamográfica con un hallazgo sospechoso, se recomienda una biopsia estereotáctica. Si se identifica una correlación con un hallazgo sospechoso únicamente en DBT, se recomienda una biopsia guiada por DBT. En ausencia de una correlación de imágenes y un examen clínico sospechoso, se justifica el muestreo de tejido guiado por palpación. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** La resonancia magnética de la mama sin y con contraste no tiene ningún papel en mujeres menores de 30 años con hallazgos ecográficos negativos.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Seguimiento de intervalo corto con ultrasonido de mama: por lo general, no es apropiado No hay evidencia que respalde el seguimiento de intervalo corto de la mama con ecografía en mujeres jóvenes menores de 30 años con hallazgos ecográficos negativos. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay ningún papel para FDG-PEM en mujeres jóvenes menores de 30 años con hallazgos ecográficos negativos. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia de Tc-99m sestamibi MBI en mujeres jóvenes menores de 30 años con un bulto palpable y hallazgos ecográficos negativos. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** La biopsia central guiada por imágenes no tiene ningún papel en mujeres jóvenes menores de 30 años con hallazgos ecográficos negativos. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La FNAB guiada por imagen no tiene ningún papel en mujeres jóvenes menores de 30 años con hallazgos ecográficos negativos.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Masa mamaria palpable. Mujer de 30 a 39 años de edad, evaluación inicial.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** La mamografía de diagnóstico, la DBT o la ecografía se pueden utilizar como medio inicial de evaluación por imágenes para mujeres de 30 a 39 años con una masa mamaria palpable. La mayoría de las lesiones benignas en mujeres jóvenes no se visualizan en la mamografía y, por lo tanto, la ecografía se usa como la modalidad de imagen inicial en mujeres más jóvenes. El criterio de "joven" históricamente ha sido considerado menor de 30 años. Sin embargo, el riesgo de cáncer de mama sigue siendo relativamente bajo para las mujeres en su cuarta década. La sensibilidad de la ecografía puede ser mayor que la de la mamografía para mujeres menores de 40 años. Un estudio de 1208 mujeres de 30 a 39 años que presentaban síntomas mamarios focales encontró una mayor sensibilidad para la ecografía en comparación con la mamografía (95,7 % frente a 60,9 %), con una especificidad similar (89,2 % y 94,4 %, respectivamente). Por lo tanto, es razonable usar la ecografía como la modalidad de imagen inicial para mujeres menores de 40 años, con un umbral bajo para usar la mamografía si el examen clínico u otros factores de riesgo son preocupantes. Si se identifica una masa sospechosa en la ecografía en este grupo, se recomienda una mamografía bilateral. **Mamografía y diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La mamografía de diagnóstico, la DBT o la ecografía se pueden utilizar como medio inicial de evaluación por imágenes para mujeres de 30 a 39 años con una masa mamaria palpable. Si se tomaron imágenes inicialmente con mamografía o DBT. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** La RMN de mama sin y con contraste no tiene ningún papel en la evaluación inicial de mujeres de 30 a 39 años con un bulto palpable. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** La FDG-PEM no tiene ningún papel en la evaluación inicial de mujeres de 30 a 39 años con un bulto palpable. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay evidencia de Tc-99m sestamibi MBI en la evaluación inicial de mujeres de 30 a 39 años con un bulto palpable. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** La biopsia central guiada por imágenes no tiene ningún papel en la	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			evaluación inicial de mujeres de 30 a 39 años con un bulto palpable. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** La PAAF guiada por imagen no tiene ningún papel en la evaluación inicial de mujeres de 30 a 39 años con un bulto palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR - Lee SJ et al 2017 (nipple discharge) (134) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria Evaluation of Nipple Discharge	La DBT o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para la imagen inicial de la secreción patológica del pezón en pacientes adultos, hombres o mujeres, de 40 años de edad o más. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente). La ecografía mamaria es complementaria a	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Mamografía diagnóstica: usualmente apropiado** La mamografía es la modalidad de imagen de primera línea para la evaluación de la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos de este grupo de edad. Aunque del 3% al 29% de la secreción patológica del pezón se debe a un cáncer de mama subyacente, la mamografía de campo completo a menudo no demuestra estas lesiones porque pueden ser muy pequeñas, no contener calcificaciones o ser completamente intraductales. Para evaluar mejor la mama subareolar en pacientes con asimetría/asimetría focal o microcalcificaciones sospechosas, es posible que se necesiten vistas mamográficas adicionales con compresión puntual y aumento. La mayoría de los casos de secreción patológica del pezón se deben a un papiloma intraductal benigno. Cuando son visibles en la mamografía, los hallazgos de imagen del papiloma incluyen conductos dilatados asimétricamente, una masa subareolar circunscrita de apariencia benigna o microcalcificaciones agrupadas. Hasta el 12 % de los pacientes con carcinoma ductal in situ (CDIS) presenta secreción por el pezón. El CDIS generalmente se detecta mamográficamente como microcalcificaciones finas, lineales, discontinuas y ramificadas en distribución lineal, ductal o segmentaria y, con menor frecuencia, como una masa, asimetría/asimetría focal o distorsión arquitectónica en la mamografía. Las características	Colegio Americano de Radiología Ref: https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria/Overview

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		la DBT y la mamografía de diagnóstico y se puede realizar durante el mismo encuentro con el paciente o muy cerca una de la otra para caracterizar mejor el proceso de la enfermedad.	mamográficas de los carcinomas invasivos son bien conocidas, incluida una masa de diversas características marginales con o sin microcalcificaciones o asimetría, asimetría focal o distorsión de la arquitectura. Para la detección de neoplasias malignas (CDIS y cáncer invasivo), la sensibilidad informada de la mamografía varía ampliamente entre el 15 % y el 68 %, con una especificidad entre el 38 % y el 98 %. En un estudio, el valor predictivo positivo (VPP) fue del 42 % y el valor predictivo negativo (VPN) fue del 90 %. Las lesiones malignas y de alto riesgo se identifican mediante mamografía con una sensibilidad informada del 10 al 26 %, una especificidad del 94 al 95 %, un VPP del 18 % y un VPN del 88 %. Las posibles causas de la amplia variación en la sensibilidad informada incluyen diferencias en la tecnología de imágenes (mamografía digital versus mamografía de pantalla de película) y densidad mamaria variada entre diferentes cohortes de pacientes. En un estudio de 106 pacientes mayores de 30 años con secreción patológica del pezón, Gray et al demostraron que el riesgo de carcinoma era del 3 % con una mamografía negativa y del 0 % cuando la mamografía y la ecografía subareolar eran negativas. Aunque baja en sensibilidad y VPP, la mamografía sigue siendo útil en la evaluación de la secreción patológica del pezón debido a su alta especificidad y alto VPN. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			apropiado Aunque no existe literatura relevante que respalde el uso de DBT solo para evaluar la secreción del pezón, la mamografía es útil para evaluar la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos en este grupo de edad. Los primeros estudios con DBT demuestran que la evaluación de la mama sintomática es prometedora. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** La ecografía es útil para identificar el cáncer invasivo y evaluar la extensión de la enfermedad, pero tiene una menor sensibilidad para detectar el CDIS. En pacientes con secreción patológica del pezón, la ecografía identifica lesiones no visibles en la mamografía entre el 63 y el 69% de las veces. La ecografía agrega especificidad para algunas lesiones en comparación con la mamografía si identifica el hallazgo mamográfico co un quiste simple o ectasia de conducto. La ecografía amplía la capacidad de la ductografía para visualizar y detectar anomalías en varios conductos en lugar de en uno solo. La ecografía sola tiene una sensibilidad informada (56 %–80 %), especificidad (61 %–75 %), VPP (29 %–39 %) y VPN (90 %–91 %) para la detección de neoplasia maligna subyacente en pacientes con enfermedad patológica. secreción del pezón. La amplia variación en el rendimiento	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			informado puede explicarse por las diferencias en la definición de secreción patológica del pezón y la variación en la técnica de ecografía. Aunque es más sensible que la mamografía, la ecografía tiene una menor especificidad para diferenciar las lesiones benignas de las malignas. Los resultados falsos positivos de la ecografía pueden deberse a un promedio de volumen con la pared ductal en un conducto tortuoso, fibrosis intraductal y periductal, coágulos de sangre adheridos o detritos espesos. Estudios previos también informaron que la mamografía y la ecografía no son confiables para predecir la histología en pacientes con secreción patológica del pezón, lo que subraya la necesidad del diagnóstico histológico. En pacientes masculinos y femeninos, la ecografía es útil para identificar y evaluar lesiones y como guía para la biopsia. **Ductografía: por lo general, no es apropiado** La ductografía puede demostrar pequeñas lesiones y localizar el conducto responsable de la secreción del pezón. La ductografía es mínimamente invasiva, puede ser incómoda y llevar mucho tiempo. El procedimiento es técnicamente desafiante con 10% a 15% de los casos que resultan en resultados inadecuados o incompletos. La secreción debe estar presente el día de la ductografía para que se pueda colocar una cánula en el conducto apropiado. Si no se canula el conducto de descarga, se puede producir un falso negativo. No se recomienda la ductografía en mujeres lactantes o pacientes con mastitis activa. La hipersensibilidad conocida a los agentes de contraste yodados es una contraindicación relativa. Los hallazgos en la ductografía sugestivos de lesiones malignas o papilares	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			incluyen defecto de llenado intraductal, obstrucción parcial o completa de un conducto, expansión o distorsión del conducto e irregularidad de la pared del conducto. En pacientes con secreción patológica del pezón y mamografía y ecografía negativas, Morrogh et al comunicaron que el VPP y el VPN de la ductografía para la detección de cáncer y lesiones de alto riesgo era del 19 % y el 63 %, respectivamente. En el contexto de evaluaciones estándar negativas, la ductografía localizó el 76% de las lesiones malignas/de alto riesgo por lo demás ocultas y el 91% de las lesiones benignas. Cuando la evaluación estándar es positiva, la ductografía facilitó la localización preoperatoria de la lesión causal en el 78% de los casos. Para la detección de cáncer en pacientes con secreción patológica del pezón, 2 estudios mostraron que la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la ductografía eran del 75 % al 100 %, del 6 % al 49 %, del 16 % al 18 % y del 93 % al 100 %. %, respectivamente. Para la detección de lesiones de alto riesgo, Adepoju et al comunicaron que la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la ductografía eran del 75 %, 53 %, 22 % y 92 %, respectivamente. La ductografía es más sensible que la mamografía y la ecografía, pero tiene menor especificidad que ambas modalidades. Un ductograma negativo no excluye de forma fiable un cáncer subyacente o una lesión de alto riesgo, y se ha informado que la tasa de falsos negativos llega al 20-30%. Como tal, el valor principal de la ductografía es localizar lesiones	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			intraductales y ayudar en la cirugía. Un estudio encontró que los pacientes que se sometieron a operaciones guiadas por ductografía o cualquier otro procedimiento quirúrgico con guía de imágenes de la lesión tenían significativamente más probabilidades de tener una lesión subyacente específica identificada que los pacientes que se sometieron a la escisión del conducto central solo. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** La sensibilidad de la resonancia magnética de mama para detectar el cáncer de mama invasivo es alta, oscilando entre el 93 % y el 100 %. La especificidad de la RM de mama oscila entre el 37 % y el 97 % y se basa en el análisis de la morfología y la cinética de realce de una lesión. Las lesiones malignas pueden aparecer como un realce de masa o sin masa en una distribución ductal o segmentaria en la MRI. La RM sin contraste, aunque útil para la evaluación de la integridad del implante, tiene poco valor en la detección de lesiones malignas o de alto riesgo en pacientes con secreción del pezón. La resonancia magnética de mama con contraste tiene una alta sensibilidad para detectar lesiones papilares benignas, así como carcinoma in situ e invasivo. Además, la RM permite la identificación de lesiones índice en los conductos periféricos que están más allá del área normalmente abarcada por la escisión del conducto terminal, la ductografía o la ecografía dirigida. Las lesiones índices o sincrónicas	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			encontradas en la MRI sola pueden someterse a una biopsia percutánea con guía de MRI para permitir el tratamiento quirúrgico definitivo en una sola etapa (si son malignas) o potencialmente para evitar la escisión quirúrgica innecesaria para algunas lesiones benignas. En general, se puede considerar la RM en los casos en los que la mamografía y la ecografía no lograron identificar una causa subyacente de la secreción patológica del pezón. La sensibilidad de la RM de mama para detectar la causa de la secreción patológica del pezón es del 86 al 100 % para el cáncer invasivo y del 40 al 100 % para la enfermedad no invasiva. Bahl et al informaron que la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la RM para detectar malignidad en pacientes con secreción patológica del pezón es del 100 %, 68 %, 37 % y 100 %, respectivamente. Varios estudios han demostrado que la RM tiene mayor sensibilidad y especificidad que la ecografía y la ductografía para la detección de lesiones y puede ser una alternativa a la ductografía. Sin embargo, un estudio realizado por van Gelder et al afirmó que la RM tiene un valor agregado limitado en pacientes con secreción sanguinolenta unilateral del pezón que no mostraron signos de malignidad en los exámenes de diagnóstico convencionales, porque se demostró malignidad en <2% de sus casos. A pesar de la alta sensibilidad de la RM de mama, no está indicada como imagen inicial en una paciente con secreción patológica del pezón. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Las cámaras de alta resolución diseñadas específicamente para imágenes de mama han mejorado la detección de carcinomas pequeños y no invasivos. Sin embargo, faltan investigaciones específicas que evalúen a las mujeres con secreción del pezón [41,53]. Actualmente, no hay literatura relevante para el uso de flúor-18-2-fluoro-2-desoxi-D-glucosa (FDG)-PET en la evaluación de un paciente masculino o femenino con secreción patológica del pezón. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Estudios previos demostraron que la mamografía, la ecografía y la ductografía no son confiables para predecir la histología en pacientes con secreción patológica del pezón, lo que subraya la importancia del diagnóstico histológico de las lesiones identificadas en las imágenes. Los procedimientos de biopsia pueden guiarse por mamografía estereotáctica, ecografía, ductografía o resonancia magnética, según la modalidad de imagen que mejor represente la lesión. Se prefiere CNB sobre FNA porque la aguja de mayor calibre mejora el muestreo. La colocación de un marcador de tejido al final de la biopsia permite la localización con aguja y la escisión si la lesión de la biopsia produce una histología maligna o de alto riesgo. La CNB asistida por vacío es particularmente útil para asegurar el muestreo completo de pequeñas lesiones papilares intraductales [24]. Aunque la biopsia es un procedimiento de diagnóstico, el proceso de extirpar una cantidad suficiente de la lesión papilar intraductal durante la	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			biopsia central asistida por vacío puede ser terapéutico y conducirá al cese permanente de la secreción del pezón en el 90% al 97,2% de los pacientes. Sin embargo, Reiner et al advirtieron que la biopsia estereotáctica asistida por vacío de calibre 11 guiada por ductografía no debe utilizarse como sustituto de la escisión quirúrgica del conducto en casos de secreción patológica del pezón con anomalías en la ductografía debido a la alta tasa de subestimación (50%) para lesiones de alto riesgo y CDIS, tasa de falsos negativos (7%) y detección histopatológica de restos de lesión en todos los casos. Históricamente, los papilomas se han considerado lesiones de alto riesgo, con tasas notificadas de evolución a malignidad de entre el 3 y el 14%. El manejo de los papilomas diagnosticados en la BGC es controvertido y varía según la institución. Debido a que los papilomas diagnosticados con CNB a menudo se extirpan, la biopsia por escisión en lugar de CNB puede ser útil cuando se anticipa una lesión papilar según los hallazgos de imágenes. Un estudio reciente sugiere que los pacientes con secreción patológica del pezón no sanguinolenta, un CNB benigno o imágenes normales (riesgo de cáncer <2%) pueden ser considerados para tratamiento no quirúrgico si no tienen factores de riesgo como cáncer de mama ipsilateral previo, mutación BRCA o atipia en CNB. De acuerdo con la literatura quirúrgica, la escisión del conducto principal sigue siendo el estándar de referencia para excluir malignidad en pacientes con estudios de imagen normales, cuando incluso un	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			ductograma negativo (VPN 63%–82%) o una RM (VPN 87%–100%) no excluye un cáncer subyacente o una lesión de alto riesgo. Además, la ecografía no distingue de forma fiable entre lesiones intraductales pequeñas benignas y malignas. Por lo tanto, la decisión de realizar una biopsia percutánea versus una escisión del conducto principal debe involucrar al paciente y a su proveedor de atención médica. La CNB guiada por imágenes es igualmente útil en pacientes masculinos para obtener un diagnóstico de tejido y ayudar en el manejo del paciente. La CNB guiada por imágenes no está indicada como examen inicial para evaluar la secreción patológica del pezón. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Una vez que se identifica una lesión sospechosa que probablemente sea responsable de la secreción patológica del pezón en las imágenes, se puede realizar FNA o CNB guiada por imágenes para el diagnóstico histológico. Aunque algunas instituciones demuestran buenos resultados con la PAAF, series más grandes han demostrado que la biopsia central es superior a la PAAF en términos de sensibilidad, especificidad y clasificación histológica correcta de una lesión. La FNA guiada por imágenes no está indicada como examen inicial para evaluar la secreción patológica del pezón.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado No hay literatura relevante que apoye el uso de imágenes moleculares de mama (MBI) en la evaluación de un paciente masculino o femenino con secreción patológica del pezón.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La DBT o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para la imagen inicial de la secreción patológica del pezón en pacientes adultos, hombres o mujeres, de 30 a 39 años de edad. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente). La ecografía mamaria es complementaria a	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** El riesgo de cáncer de mama es relativamente bajo (≤1,4%) para las mujeres en su cuarta década. Hay pocos datos sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres de 30 a 39 años de edad que presentan secreción patológica del pezón. En un estudio, no se registró malignidad entre pacientes de 30 a 39 años de edad con secreción patológica del pezón y sin masa palpable. Sin embargo, un estudio de 19 pacientes <40 años de edad con secreción patológica del pezón encontró 2 cánceres. No hay otra literatura relevante que aborde la idoneidad de las imágenes en mujeres de 30 a 39 años de edad con el síntoma específico de secreción patológica del pezón. **Mamografía diagnóstica: usualmente apropiado** La sensibilidad de la ecografía para el cáncer de mama palpable o no palpable es mayor que la de la mamografía (95,7 % frente a 60,9 %) en mujeres de 30 a 39 años. Se puede utilizar una mamografía o una ecografía como modalidad de imagen inicial, según la preferencia institucional y la consideración de caso por caso. Sin embargo, la mamografía tiene su valor en la detección de microcalcificaciones sospechosas, dada la alta incidencia de pacientes con CDIS que presentan secreción del pezón. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		la DBT y la mamografía de diagnóstico y se puede realizar durante el mismo encuentro con el paciente o muy cerca una de la otra para caracterizar mejor el proceso de la enfermedad.	**apropiado** Aunque no existe literatura relevante que respalde el uso de DBT solo para evaluar la secreción del pezón, la mamografía es útil para evaluar la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos en este grupo de edad. Los primeros estudios con DBT demuestran que la evaluación de la mama sintomática es prometedora. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** La sensibilidad de la ecografía para el cáncer de mama palpable o no palpable es mayor que la de la mamografía (95,7 % frente a 60,9 %) en mujeres de 30 a 39 años. Por lo tanto, la ecografía puede ser útil como modalidad de imagen inicial, con la mamografía agregada cuando sea necesario. **Ductografía: por lo general, no es apropiado** La ductografía puede demostrar pequeñas lesiones y localizar el conducto responsable de la secreción del pezón. La ductografía es mínimamente invasiva, puede ser incómoda y llevar mucho tiempo. El procedimiento es técnicamente desafiante con 10% a 15% de los casos que arrojan en resultados inadecuados o incompletos. La secreción debe estar presente el día de la ductografía para que se pueda colocar una cánula en el conducto apropiado. Si no se canula el conducto de descarga, se puede	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			producir un falso negativo. No se recomienda la ductografía en mujeres lactantes o pacientes con mastitis activa. La hipersensibilidad conocida a los agentes de contraste yodados es una contraindicación relativa. Los hallazgos en la ductografía sugestivos de lesiones malignas o papilares incluyen defecto de llenado intraductal, obstrucción parcial o completa de un conducto, expansión o distorsión del conducto e irregularidad de la pared del conducto. En pacientes con secreción patológica del pezón y mamografía y ecografía negativas, Morrogh et al comunicaron que el VPP y el VPN de la ductografía para la detección de cáncer y lesiones de alto riesgo era del 19 % y el 63 %, respectivamente. En el contexto de evaluaciones estándar negativas, la ductografía localizó el 76% de las lesiones malignas/de alto riesgo por lo demás ocultas y el 91% de las lesiones benignas. Cuando la evaluación estándar es positiva, la ductografía facilitó la localización preoperatoria de la lesión causal en el 78% de los casos. Para la detección de cáncer en pacientes con secreción patológica del pezón, 2 estudios mostraron que la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la ductografía eran del 75 % al 100 %, del 6 % al 49 %, del 16 % al 18 % y del 93 % al 100 %, respectivamente. Para la detección de lesiones de alto riesgo, Adepoju et al comunicaron que la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la ductografía eran del 75 %, 53 %, 22 % y 92 %, respectivamente. La ductografía es más sensible que la mamografía y la ecografía, pero	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			tiene una especificidad más baja que ambas modalidades. Un ductograma negativo no excluye de forma fiable un cáncer subyacente o una lesión de alto riesgo, y se ha informado que la tasa de falsos negativos llega al 20-30%. Como tal, el valor principal de la ductografía es localizar lesiones intraductales y ayudar en la cirugía. Un estudio encontró que los pacientes que se sometieron a operaciones guiadas por ductografía o cualquier otro procedimiento quirúrgico con guía de imágenes de la lesión tenían significativamente más probabilidades de tener una lesión subyacente específica identificada que los pacientes que se sometieron a la escisión del conducto central solo. En este momento, no hay literatura relevante disponible para el uso de ductografía para la evaluación de un paciente masculino con secreción del pezón. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** La sensibilidad de la resonancia magnética de mama para detectar el cáncer de mama invasivo es alta, oscilando entre el 93 % y el 100 %. La especificidad de la RM de mama oscila entre el 37 % y el 97 % y se basa en el análisis de la morfología y la cinética de realce de una lesión. Las lesiones malignas pueden aparecer como un realce de masa o sin masa en una distribución ductal o segmentaria en la MRI. La RM sin contraste, aunque útil para la evaluación de la integridad del implante, tiene poco valor en la detección de lesiones malignas o de alto riesgo en pacientes	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			con secreción del pezón. La resonancia magnética de mama con contraste tiene una alta sensibilidad para detectar lesiones papilares benignas, así como carcinoma in situ e invasivo. Además, la RM permite la identificación de lesiones índice en los conductos periféricos que se encuentran más allá del área normalmente abarcada por la escisión del conducto terminal, la ductografía o la ecografía dirigida. Las lesiones índice o sincrónicas que se encuentran solo en la RM pueden someterse a una biopsia percutánea guiada por RM para permitir el manejo quirúrgico definitivo en una sola etapa (si son malignas) o potencialmente para evitar la escisión quirúrgica innecesaria para algunas lesiones benignas. En general, se debe considerar la RM en los casos en los que la mamografía y la ecografía no han logrado identificar una causa subyacente de la secreción patológica del pezón. La sensibilidad de la RM de mama para detectar la causa de la secreción patológica del pezón es del 86 al 100 % para el cáncer invasivo y del 40 al 100 % para la enfermedad no invasiva. Bahl et al informaron que la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la RM para detectar malignidad en pacientes con secreción patológica del pezón son del 100 %, 68 %, 37 % y 100 %, respectivamente. Varios estudios han demostrado que la RM tiene una mayor sensibilidad y especificidad que la ecografía y la ductografía para la detección de lesiones y puede ser una alternativa a la ductografía. Sin embargo, un estudio realizado por van Gelder et al afirmó	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			que la RM tiene un valor agregado limitado en pacientes con secreción sanguinolenta unilateral del pezón que no mostraron signos de malignidad en los exámenes de diagnóstico convencionales, porque se demostró malignidad en <2% de sus casos. En este momento, no hay literatura relevante disponible para el uso de MRI para la evaluación de un paciente masculino con secreción del pezón. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** Las cámaras de alta resolución diseñadas específicamente para imágenes de mama han mejorado la detección de carcinomas pequeños y no invasivos. Sin embargo, faltan investigaciones específicas que evalúen a las mujeres con secreción del pezón. Actualmente, no existe literatura relevante para el uso de FDG-PET en la evaluación de un paciente masculino o femenino con secreción patológica del pezón. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** Estudios previos demostraron que la mamografía, la ecografía y la ductografía no son confiables para predecir la histología en pacientes con secreción patológica del pezón, lo que subraya la importancia del diagnóstico histológico de las lesiones identificadas en las imágenes. Los procedimientos de biopsia pueden guiarse por mamografía estereotáctica, ecografía, ductografía o resonancia magnética, según la modalidad de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			imagen que mejor represente la lesión. Se prefiere CNB sobre FNA porque la aguja de mayor calibre mejora el muestreo. La colocación de un marcador de tejido al final de la biopsia permite la localización con aguja y la escisión si la lesión de la biopsia produce una histología maligna o de alto riesgo. La CNB asistida por vacío es particularmente útil para asegurar el muestreo completo de pequeñas lesiones papilares intraductales. Aunque la biopsia es un procedimiento de diagnóstico, el proceso de extirpar una cantidad suficiente de la lesión papilar intraductal durante la biopsia central asistida por vacío puede ser terapéutico y conducirá al cese permanente de la secreción del pezón en el 90% al 97,2% de los pacientes. Sin embargo, Reiner et al [57] advirtieron que la biopsia estereotáctica asistida por vacío de calibre 11 guiada por ductografía no debe utilizarse como sustituto de la escisión quirúrgica del conducto en casos de secreción patológica del pezón con anomalías en la ductografía debido a la alta tasa de subestimación (50). %) para lesiones de alto riesgo y CDIS, tasa de falsos negativos (7%) y detección histopatológica de restos de lesión en todos los casos. Históricamente, los papilomas se han considerado lesiones de alto riesgo, con tasas notificadas de evolución a malignidad de entre el 3 y el 14%. El manejo de los papilomas diagnosticados en la BGC es controvertido y varía según la institución. Debido a que los papilomas diagnosticados con CNB a menudo se extirpan, la biopsia por escisión en lugar de CNB puede ser útil cuando se anticipa una lesión papilar según los hallazgos de imágenes. Un estudio reciente sugiere que los pacientes con secreción	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			patológica del pezón no sanguinolenta, un CNB benigno o imágenes normales (riesgo de cáncer <2%) pueden ser considerados para tratamiento no quirúrgico si no tienen factores de riesgo como cáncer de mama ipsilateral previo, mutación BRCA o atipia en CNB. De acuerdo con la literatura quirúrgica, la escisión del conducto principal sigue siendo el estándar de referencia para excluir malignidad en pacientes con estudios de imagen normales, cuando incluso un ductograma negativo (VPN 63%–82%) o una RM (VPN 87%–100%) no excluye un cáncer subyacente o una lesión de alto riesgo. Además, la ecografía no distingue de forma fiable entre lesiones intraductales pequeñas benignas y malignas. Por lo tanto, la decisión de realizar una biopsia percutánea versus una escisión del conducto principal debe involucrar al paciente y a su proveedor de atención médica. La CNB guiada por imágenes es igualmente útil en pacientes masculinos para obtener un diagnóstico de tejido y ayudar en el manejo del paciente. La CNB guiada por imágenes no está indicada como examen inicial para evaluar la secreción patológica del pezón. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** Una vez que se identifica una lesión sospechosa que probablemente sea responsable de la secreción patológica del pezón en las imágenes, se	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			puede realizar FNA o CNB guiada por imágenes para el diagnóstico histológico. Aunque algunas instituciones demuestran buenos resultados con la PAAF, series más grandes han demostrado que la biopsia central es superior a la PAAF en términos de sensibilidad, especificidad y clasificación histológica correcta de una lesión. La FNA guiada por imágenes no está indicada como examen inicial para evaluar la secreción patológica del pezón. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de MBI en la evaluación de un paciente masculino o femenino con secreción patológica del pezón.	
		La DBT o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para la imagen inicial de la secreción patológica del pezón en pacientes varones adultos menores de 30 años. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** Para los pacientes masculinos que presentan secreción del pezón, la incidencia de cáncer es alta (23-57%). Dada la alta probabilidad previa a la prueba, las imágenes son apropiadas para pacientes masculinos <30 años de edad. **Mamografía diagnóstica: usualmente apropiado** La mamografía diagnóstica es útil para distinguir la malignidad de las afecciones mamarias benignas en pacientes masculinos sintomáticos con secreción del pezón.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente). La ecografía mamaria es complementaria a la DBT y la mamografía de diagnóstico y se puede realizar durante el mismo encuentro con el paciente o muy cerca una de la otra para caracterizar mejor el proceso de la enfermedad.	**Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Aunque no existe literatura relevante que respalde el uso de DBT solo para evaluar la secreción del pezón, la mamografía es útil para evaluar la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos en este grupo de edad. Los primeros estudios con DBT demuestran ser prometedores en la evaluación de la mama sintomática. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Junto con la mamografía o la DBT, la ecografía suele ser útil para ayudar en las decisiones de tratamiento y para facilitar la biopsia central por ecografía. **Ductografía: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante que apoye el uso de la ductografía para la evaluación de pacientes masculinos con secreción del pezón. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de resonancia magnética para la evaluación de pacientes masculinos con secreción del pezón.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado No hay literatura relevante que apoye el uso de FDG-PET para la evaluación de pacientes masculinos con secreción del pezón. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de la biopsia central para la evaluación de pacientes masculinos con secreción del pezón. Sin embargo, si se identifica una anomalía en la imagen, se puede usar la ecografía para dirigir la biopsia. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FNA guiada por imágenes para la evaluación de pacientes masculinos con secreción del pezón. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de MBI para la evaluación de pacientes masculinos con secreción del pezón.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La ecografía mamaria suele ser adecuada como imagen inicial de secreción patológica en pacientes adultas menores de 30 años.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama durante la próxima década aumenta con la edad; el riesgo es de 1 en 1681 a los 20 años, 1 en 232 a los 30 años y 1 en 69 a los 40 años. El cáncer de mama es raro en mujeres <30 años de edad, con la excepción de aquellas con una predisposición genética o radiación previa del manto al tórax. En un estudio realizado por Seltzer et al sobre la importancia de la edad en pacientes con secreción del pezón, se encontró malignidad en 1 de 10 pacientes <30 años de edad. Sin embargo, se debe tener precaución al interpretar este resultado dado un tamaño de muestra muy pequeño y la posible inclusión de pacientes de alto riesgo. **Mamografía diagnóstica: por lo general, no es apropiado** La mayoría de las lesiones mamarias en mujeres jóvenes no se visualizan en la mamografía debido a la baja incidencia de cáncer de mama (0,4 % o menos) en mujeres <30 años de edad. La ecografía es más útil para la imagen inicial en esta población; sin embargo, la mamografía de diagnóstico puede ser útil cuando la ecografía muestra un hallazgo sospechoso. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Aunque no existe literatura relevante que respalde el uso de DBT solo para evaluar la secreción del pezón, la mamografía es útil para evaluar la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos en este grupo de edad. Los primeros estudios con DBT demuestran ser prometedores en la evaluación de la mama sintomática. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Yue et al studied 955 women <25 years of age who presented with breast symptoms including palpable mass, pain, and nipple discharge. US was performed in 692 patients and was normal/negative in 671 patients and indeterminate in 21 patients. No cancer was found in this group via biopsy or clinical follow-up. However, it is unknown how many of these patients had pathologic or physiologic discharge. **Ductografía: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante que apoye el uso de la ductografía en mujeres <30 años de edad con síntomas de secreción patológica del pezón. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de la resonancia magnética en mujeres <30 años de edad con síntomas de secreción patológica del	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			pezón. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FDG-PET en mujeres <30 años de edad con síntomas de secreción patológica del pezón. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de la biopsia central guiada por imágenes en mujeres <30 años de edad con síntomas de secreción patológica del pezón. Sin embargo, si se identifica una anomalía en la imagen, se puede usar la ecografía para dirigir la biopsia. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FNA guiada por imágenes en mujeres <30 años de edad con síntomas de secreción patológica del pezón. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de MBI en mujeres <30 años de edad con síntomas de secreción patológica del pezón.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La DBT o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para la imagen inicial de la secreción patológica del pezón en pacientes transfemeninas (de hombre a mujer) de 30 años de edad o más. Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente). La ecografía mamaria	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** En los hombres cisgénero que presentan secreción del pezón, la incidencia de cáncer es alta (23 %-57 %). Por lo tanto, dada la alta probabilidad previa a la prueba, las imágenes son apropiadas en mujeres transgénero ≥30 años de edad. Las mujeres transgénero que reciben terapia hormonal de afirmación de género tienen un mayor riesgo de cáncer de mama. La exposición endógena o exógena a los estrógenos produce un aumento de los lóbulos, los conductos y los acinos idénticos a los de la mama femenina natal. Como tal, las imágenes pueden considerarse independientemente de la duración de la terapia hormonal. **Mamografía diagnóstica: usualmente apropiado** La mamografía de diagnóstico es útil para distinguir la malignidad de las afecciones mamarias benignas en pacientes transfemeninas sintomáticas. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Aunque no existe literatura relevante que respalde el uso de DBT solo para evaluar la secreción del pezón, la mamografía es útil para evaluar la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos en este grupo de edad. Los primeros estudios con DBT demuestran que la evaluación de la mama sintomática es prometedora.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		es complementaria a la DBT y la mamografía de diagnóstico y se puede realizar durante el mismo encuentro con el paciente o muy cerca una de la otra para caracterizar mejor el proceso de la enfermedad.	**Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Junto con la mamografía o la DBT, la ecografía suele ser útil para ayudar en las decisiones de tratamiento y para facilitar la biopsia central por ecografía. **Ductografía: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante que apoye el uso de la ductografía para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de resonancia magnética para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FDG-PET para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de la biopsia central guiada	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			por imágenes para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. Sin embargo, si se identifica una anomalía en la imagen, se puede usar la ecografía para dirigir la biopsia. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FNA guiada por imágenes para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de MBI para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón.	
		La DBT o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para la imagen inicial de la secreción patológica del pezón en pacientes adultas transfemeninas (de hombre a mujer) menores de 30 años.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** En los hombres cisgénero que presentan secreción del pezón, la incidencia de cáncer es alta (23 %-57 %). Por lo tanto, dada la alta probabilidad previa a la prueba, las imágenes son apropiadas en mujeres transgénero <30 años de edad. Las mujeres transgénero que reciben terapia hormonal de afirmación de género tienen un mayor riesgo de cáncer de mama. La exposición endógena o exógena a los estrógenos produce un aumento de los lóbulos, los conductos y los acinos idénticos a los de la mama femenina natal. Como tal, las imágenes pueden considerarse independientemente de la duración de la terapia hormonal.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Estos procedimientos son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la información clínica para administrar de manera efectiva la atención del paciente). La ecografía mamaria es complementaria a la DBT y la mamografía de diagnóstico y se puede realizar durante el mismo encuentro con el paciente o muy cerca una de la otra para caracterizar mejor el	**Mamografía diagnóstica: usualmente apropiado** La mamografía diagnóstica es útil para distinguir la malignidad de las afecciones mamarias benignas en pacientes transfemeninas sintomáticas con secreción del pezón. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Aunque no existe literatura relevante que respalde el uso de DBT solo para evaluar la secreción del pezón, la mamografía es útil para evaluar la secreción patológica del pezón en pacientes masculinos y femeninos en este grupo de edad. Los primeros estudios con DBT demuestran que la evaluación de la mama sintomática es prometedora. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Junto con la mamografía o la DBT, la ecografía suele ser útil para ayudar en las decisiones de tratamiento y para facilitar la biopsia central por ecografía. **Ductografía** No existe literatura relevante que apoye el uso de la ductografía para la	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		proceso de la enfermedad.	evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de resonancia magnética para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **FDG-PET dedicado de mama: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FDG-PET para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **La biopsia guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de la biopsia central para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. Sin embargo, si se identifica una anomalía en la imagen, se puede usar la ecografía para dirigir la biopsia. **Biopsia por aspiración con aguja fina: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FNA guiada por imágenes para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No hay literatura relevante que apoye el uso de MBI para la evaluación de pacientes transgénero con secreción del pezón.	
ACR - Le-Petross HT et al 2022 (135) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria Imaging of the Axilla	La ecografía de la axila suele ser apropiada para la imagen inicial de la axila en una paciente con un nuevo bulto axilar unilateral palpable.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** Un bulto axilar palpable tiene un amplio diagnóstico diferencial, que va desde etiologías no malignas hasta cáncer mamario primario o enfermedad metastásica de un tumor maligno no mamario o linfoma. Hay muchas etiologías no malignas y lesiones vasculares que pueden presentarse como un bulto axilar palpable unilateral, incluidos tumores de la vaina nerviosa, infección, enfermedad inflamatoria y enfermedad autoinmune. El riesgo de cáncer en mujeres sin antecedentes personales de cáncer de mama es bajo, pero aumenta con la edad [20]. En un estudio de 171 mujeres que se sometieron a una biopsia por un ganglio anormal detectado en la ecografía axilar, solo el 7% resultó ser maligno. De acuerdo con las pautas de la NCCN, una mamografía de diagnóstico y/o una tomosíntesis digital de mama (DBT) complementan la ecografía axilar	Colegio Americano de Radiología Ref: https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria/Overview

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			al evaluar la mama en busca de lesiones subyacentes en el contexto de pacientes que presentan linfadenopatía axilar. **TC de tórax, abdomen y pelvis: por lo general, no es apropiado** Si se sospecha una lesión de la pared torácica o una masa axilar que invade la pared torácica, la TC de tórax puede determinar si existe alguna afectación ósea adyacente o alguna afectación de la pared torácica o del espacio pleural. Una masa axilar también puede ser un hallazgo de imagen incidental detectado en un examen de TC que incluye el tórax. En tales situaciones, puede ser útil una mayor investigación con ecografía axilar y una posible biopsia guiada por ecografía. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: puede ser apropiado** No hay datos suficientes para respaldar el uso de DBT como la única prueba de imagen inicial para una masa palpable axilar, aunque una parte o la totalidad de la masa axilar puede ser visible en DBT. Si hay antecedentes personales de cáncer de mama o sospecha clínica de carcinoma de mama de la cola axilar, la DBT, como prueba adjunta a la ecografía axilar, puede proporcionar una evaluación global de la mama ipsilateral y también evaluar otros hallazgos sospechosos, como microcalcificaciones asociadas con la Masa axilar palpable. DBT permite una mejor caracterización de las lesiones y aborda algunas de las limitaciones asociadas con la mamografía 2-D estándar.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Si la masa axilar unilateral es sospechosa de adenopatía metastásica de un cáncer de mama primario o un cáncer de mama oculto, los datos informados de ensayos multicéntricos para el uso de DBT en esta población, además de la mamografía digital, se asociaron con una mayor tasa de detección de cáncer de mama primario en comparación con mamografía digital sola. DBT, además de la mamografía digital, demostró mejores ganancias de rendimiento en mujeres de 40 a 49 años. **FDG-PET/CT Base del cráneo hasta la mitad del muslo: por lo general, no es apropiado** La FDG-PET/CT no es beneficiosa para evaluar una masa axilar de etiología desconocida como evaluación de imagen inicial debido a su bajo rendimiento para detectar una neoplasia maligna primaria oculta sin confirmar primero que la masa axilar unilateral es de etiología maligna. Menos del 1% de los cánceres de mama se presentan inicialmente como adenopatías axilares. Si la FDG-PET/CT detecta incidentalmente un ganglio linfático ávido de FDG, entonces la ecografía axilar es útil para caracterizar la morfología del ganglio y guiar la biopsia, si se justifica. **Mamografía diagnóstica: puede ser apropiado** No hay datos suficientes para respaldar el uso de la mamografía como prueba de imagen inicial para una masa palpable axilar, aunque los	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			ganglios agrandados patológicamente pueden verse como ganglios o masas densamente agrandadas en la proyección mediolateral o mediolateral-oblicua de una mamografía. Sin embargo, si hay antecedentes personales de cáncer de mama o sospecha clínica de carcinoma de mama de la cola axilar o adenopatía metastásica de una mama primaria, entonces la mamografía como prueba adjunta a la ecografía axilar puede proporcionar una evaluación global de la mama ipsilateral e identificar otros hallazgos sospechosos como como microcalcificaciones asociadas a la masa palpable. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** La resonancia magnética de la mama no se realiza de forma rutinaria como la evaluación de imagen inicial para una masa axilar palpable unilateral. La RM puede ser útil para definir la extensión de la enfermedad y caracterizar la mama primaria si la ecografía axilar revela adenopatía de una neoplasia maligna primaria desconocida y la mamografía es negativa para una neoplasia maligna primaria de la mama. La MRI también puede ayudar a caracterizar la masa axilar al determinar cualquier afectación vascular adyacente, afectación de la pared torácica y afectación de otras estructuras axilares. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de imágenes moleculares de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			mama (MBI) con Tc-99m sestamibi para evaluar una masa axilar palpable unilateral. **Ecografía axilar: usualmente apropiado** Múltiples estudios respaldan el uso de la ecografía para caracterizar los hallazgos en la axila. La etiología más frecuente, además del tejido normal, es la adenopatía por enfermedad benigna o maligna, típicamente de origen linfático o mamario. Además, se puede observar tejido mamario accesorio y lesiones tanto benignas como cancerosas dentro del tejido accesorio. Si se identifica una masa o un hallazgo ecográfico sospechoso, se puede realizar una biopsia guiada por ecografía para el diagnóstico definitivo, incluso si la tasa de malignidad puede ser baja en una mujer con una masa axilar palpable y sin otros signos de malignidad.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La ecografía axilar suele ser apropiada para la imagen inicial de la axila en una paciente con un nuevo bulto axilar bilateral palpable.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** Los bultos axilares palpables bilaterales tienen un amplio diferencial que va desde linfadenopatía reactiva benigna debida a procesos infecciosos e inflamatorios hasta metástasis de cáncer de mama primario y neoplasias malignas no mamarias, más comúnmente linfoma y leucemia. La ecografía axilar puede ayudar a diferenciar las etiologías benignas de las malignas cuando la interpretación se realiza junto con la historia clínica y los resultados de laboratorio. Sin embargo, la elección de las modalidades de imagen puede variar según la edad de la paciente, la presentación o situación clínica y los factores de riesgo de cáncer de mama de la paciente. **TC de tórax, abdomen y pelvis: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de la TC con o sin contraste intravenoso (IV) como prueba de imagen inicial para la masa axilar palpable. Si el diagnóstico diferencial incluye una enfermedad sistémica o una neoplasia maligna no mamaria, como el linfoma, la TC de tórax puede ser útil para determinar otras áreas de linfadenopatía, así como para evaluar la afectación ósea local, de la pared torácica o intratorácica. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No hay datos suficientes para respaldar el uso de DBT como la prueba de imagen inicial para evaluar masas axilares palpables bilaterales, aunque una parte de la región axilar se puede visualizar en DBT. DBT puede proporcionar una evaluación global de los senos, así como evaluar microcalcificaciones asociadas con la(s) masa(s) axilar(es). Las pautas de NCCN sugieren que una mamografía de diagnóstico y/o DBT pueden complementar la ecografía axilar al evaluar la mama en busca de lesiones subyacentes en el contexto de pacientes que presentan linfadenopatía axilar. **FDG-PET/CT Base del cráneo hasta la mitad del muslo: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de FDG-PET/CT como prueba de imagen inicial para la adenopatía axilar bilateral, aunque la FDG-PET/CT puede detectar la linfadenopatía axilar, así como otras linfadenopatías en el cuello, el tórax, el abdomen y pelvis. En una serie de pacientes con cáncer de mama, la FDG-PET/TC fue significativamente más precisa que la ecografía (75 % frente a 62 %) para la detección de metástasis en los ganglios linfáticos axilares, pero no hubo diferencia en la sensibilidad (54 % frente a 38 %). La captación incidental de FDG axilar en PET/CT puede requerir una evaluación adicional con mamografía, DBT y ecografía, seguida de una posible biopsia guiada por imágenes. **Mamografía diagnóstica: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No hay datos suficientes para respaldar el uso de la mamografía como prueba de imagen inicial para evaluar masas axilares palpables bilaterales, aunque una parte de la región axilar se puede visualizar en la mamografía. Las pautas de NCCN también sugieren que una mamografía de diagnóstico y/o DBT pueden complementar la ecografía axilar al proporcionar una evaluación global de la mama en busca de lesiones subyacentes en el contexto de pacientes que presentan linfadenopatía axilar. Sin embargo, la elección de la modalidad de imagen varía según la edad de la paciente, la presentación o situación clínica y los factores de riesgo de cáncer de mama de la paciente. **Resonancia Magnética de mama: por lo general, no es apropiado** La resonancia magnética de la mama no se realiza de forma rutinaria como evaluación de imagen inicial para masas axilares palpables bilaterales. Si la mamografía digital o la DBT son negativas para una neoplasia maligna mamaria primaria en una paciente con linfadenopatía axilar sospechosa, la RM a menudo puede identificar la mama primaria. En un metanálisis de 9 estudios retrospectivos, la resonancia magnética detectó un cáncer de mama oculto en más de dos tercios de los pacientes. La MRI también puede ayudar a caracterizar mejor la(s) masa(s) axilar(es) al determinar la participación de los vasos adyacentes, la pared torácica y otras estructuras axilares.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado No hay bibliografía relevante que apoye el uso de Tc-99m sestamibi MBI como imagen inicial de pacientes que presentan masas axilares palpables bilaterales. **Ecografía axilar: usualmente apropiado** El diagnóstico diferencial de las masas axilares bilaterales es amplio e incluye variantes normales (p. ej., mama accesoria, tejido mamario ectópico, cambios en la lactancia), etiologías infecciosas o no malignas (p. ej., adenopatía reactiva por mastitis, granulomas, lipomas) y neoplasias malignas (p. ej., linfoma , leucemia, cáncer de mama metastásico). La ecografía axilar puede determinar si la masa es sólida o quística. El manejo del hallazgo varía dependiendo de la apariencia ecográfica. Por ejemplo, los lipomas no requieren una evaluación adicional, mientras que los ganglios linfáticos agrandados pueden requerir una biopsia a menos que la historia clínica proporcione una explicación razonable. La mamografía también se realiza a menudo para detectar un carcinoma de mama primario como causa de la adenopatía axilar. Las imágenes iniciales con una ecografía de la axila son apropiadas en el contexto de un nuevo bulto axilar bilateral palpable.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La biopsia central del ganglio axilar guiada por ecografía o la biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ecografía del ganglio axilar suelen ser apropiadas para un próximo estudio por imágenes en una paciente con un ganglio axilar sospechoso identificado mediante mamografía o ecografía. Los procedimientos de biopsia son alternativas equivalentes (es decir, solo se ordenará un procedimiento para proporcionar la	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **TC de tórax, abdomen y pelvis: por lo general, no es apropiado** La TC no se usa con frecuencia para evaluar los ganglios axilares anormales detectados en la ecografía o la mamografía; sin embargo, a menudo se usa para evaluar un ganglio axilar maligno no mamario comprobado por biopsia. Un estudio con 297 pacientes de dos centros no encontró cambios en el número de segundas cirugías axilares entre los pacientes a los que se les realizó una tomografía computarizada de la axila frente a los que no. Hay pocos datos que respalden el uso de TC con o sin contraste para esta indicación si no hay sospecha clínica de enfermedad sistémica adicional. **FDG-PET/CT Base del cráneo hasta la mitad del muslo: por lo general, no es apropiado** Menos del 1% de los cánceres de mama se presentan inicialmente como adenopatías axilares. Históricamente, la mamografía, la ecografía y la resonancia magnética de mama han ayudado a identificar la neoplasia maligna primaria en pacientes con adenopatía axilar patológica de origen primario desconocido. Sin embargo, la mamografía y la ecografía tienen una sensibilidad relativamente baja para detectar la lesión mamaria primaria. La adición de la RM de mama ha mejorado la sensibilidad porque la RM puede detectar la lesión mamaria primaria en el 36% al 86% de los	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		información clínica para gestionar eficazmente la atención del paciente). El panel no estuvo de acuerdo en recomendar la resonancia magnética de la mama sin y con contraste intravenoso para este escenario clínico. No hay literatura médica suficiente para concluir si estos pacientes se beneficiarían o no de esta modalidad para el escenario clínico. La obtención de imágenes con este procedimiento en esta población de	casos. Aunque PET/CT puede ser útil para identificar el sitio de un tumor primario desconocido, para el cáncer de mama, hay pocos datos que respalden su uso de rutina. **Resonancia Magnética de mama: puede ser apropiado** Una vez que el ganglio axilar sospechoso se ha documentado como enfermedad ganglionar metastásica, la resonancia magnética de la mama puede detectar una lesión mamaria oculta mamográfica o ecográfica con alta sensibilidad para detectar una lesión en la mama o confirmar que no hay una mama primaria. En un metaanálisis de 8 estudios retrospectivos con 220 pacientes, la RM detecta un cáncer de mama oculto en el 72 % de los casos con una sensibilidad combinada del 90 % y una especificidad del 31 %. La MRI también puede ayudar a caracterizar mejor la masa axilar al evaluar su relación con los vasos adyacentes, la pared torácica y otras estructuras axilares. En un metaanálisis de 26 estudios que analizan el rendimiento diagnóstico de la RM en la detección de enfermedad ganglionar metastásica, la sensibilidad y especificidad combinadas en pacientes con cáncer de mama es del 77 % y el 90 %, respectivamente. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No hay literatura relevante que apoye el uso de Tc-99m sestamibi MBI para obtener imágenes de la axila en pacientes con ganglios axilares sospechosos detectados en mamografía y ecografía.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		pacientes es controvertida, pero puede ser apropiada.	**Biopsia de nódulo axilar guiada por ecografía: usualmente apropiado** La biopsia guiada por ecografía (ya sea biopsia con aguja gruesa o FNA) puede proporcionar un diagnóstico de ganglios linfáticos morfológicamente anormales detectados en imágenes. En un metaanálisis de 1353 pacientes de 6 estudios, la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía fue superior a la FNA guiada por ecografía en el diagnóstico de metástasis ganglionares axilares con una sensibilidad agrupada informada del 88 % frente al 74 %, respectivamente. Tanto la biopsia con aguja gruesa guiada por ultrasonido como la FNA tuvieron una alta especificidad del 100%. Las complicaciones como dolor, hematoma y hematomas fueron mayores con la biopsia con aguja gruesa que con la FNA. **Biopsia de nódulo axilar por aspiración con aguja fina guiada por ecografía: usualmente apropiado** La biopsia FNA guiada por ultrasonido es un procedimiento confiable asociado con mínimas complicaciones. En un metaanálisis de 31 estudios, la PAAF guiada por ecografía mejoró la mediana de la sensibilidad de la ecografía del 61 al 79 % y la especificidad del 82,0 al 100 %. En otra publicación de 3781 pacientes con cáncer de mama, la sensibilidad y la especificidad de la ecografía axilar sola fueron del 59 % y el 89 %, respectivamente. La especificidad mejoró al 100% cuando se combinó US axilar con FNA. La FNA dio como resultado una sensibilidad, especificidad,	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			VPP, VPN y precisión del 52 %, 100 %, 100 %, 74,8 % y 80 %, respectivamente. La decisión de realizar una FNA o una biopsia central de un ganglio axilar sospechoso no está estandarizada y depende de la elección del proveedor y de los factores del paciente.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La ecografía de la axila, la DBT de diagnóstico o la mamografía de diagnóstico suelen ser apropiadas para un próximo estudio de imagen en una paciente con un ganglio axilar sospechoso identificado en cualquier otra modalidad de imagen (excluidas la mamografía y la ecografía). Estos procedimientos son complementarios (es decir, se ordena más de un procedimiento como un conjunto o simultáneamente en el que cada procedimiento	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 1 y 4*** **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Cuando se identifica un ganglio linfático sospechoso en imágenes, la correlación con la historia clínica y el examen físico es esencial para guiar el manejo. Si una mama primaria es motivo de preocupación, la mamografía y la DBT pueden ayudar a identificar la mama primaria. Al menos un estudio ha demostrado que la DBT es superior a la mamografía digital de campo completo para la detección de distorsiones arquitectónicas sutiles. **Mamografía diagnóstica: usualmente apropiado** Cuando se identifica un ganglio linfático sospechoso en imágenes, que no sean mamografía o DBT, la correlación con la historia clínica y el examen físico es esencial para guiar las imágenes adicionales. Si una mama primaria es motivo de preocupación, la mamografía y/o DBT pueden ayudar a identificar una neoplasia maligna mamaria primaria. La mamografía no es óptima para evaluar la axila. Valente et al encontraron que la mamografía tiene una FNR alta en la detección de linfadenopatía metastásica axilar. **Ecografía axilar: usualmente apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		proporciona información clínica única para administrar de manera efectiva la atención del paciente). El panel no estuvo de acuerdo en recomendar una biopsia central del ganglio axilar guiada por ecografía para este escenario clínico. No hay literatura médica suficiente para concluir si estos pacientes se beneficiarían o no de esta modalidad para el escenario clínico. La obtención de imágenes con este procedimiento en esta población de	Si la mamografía o la DBT identifican una neoplasia mamaria primaria, entonces la ecografía axilar después de la mamografía y/o la DBT puede evaluar el tamaño de los ganglios, la morfología de la cortical ganglionar y del hilio. La sensibilidad y especificidad de la ecografía axilar para diferenciar ganglios benignos de malignos es variable, con una sensibilidad informada que oscila entre el 26 y el 94% y una especificidad entre el 53 y el 98. La ecografía axilar por sí sola tiene un VPN y una sensibilidad relativamente bajos y, por lo tanto, no es un predictor fiable de la carga ganglionar axilar. Sin embargo, cuando se combina con la biopsia con aguja, la sensibilidad mejora del 61 % al 79 % en un metaanálisis de 21 estudios. Algunas características de la ecografía que tienen más probabilidades de estar asociadas con malignidad incluyen un diámetro del eje corto > 1 cm, un grosor cortical > 0,3 cm y la ausencia de hilio graso. La ausencia de un hilio graso tiene el VPP más alto (90% a 93%) de malignidad. Un ganglio sospechoso en la ecografía justifica una biopsia percutánea porque una ecografía axilar positiva ayuda a identificar a las pacientes con riesgo de mayor carga tumoral. Sin embargo, una ecografía axilar negativa con o sin biopsia no descarta la enfermedad ganglionar. **Biopsia de nódulo axilar guiada por ecografía: puede ser apropiado (desacuerdo)**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		pacientes es controvertida, pero puede ser apropiada.	Según un metaanálisis de 1353 pacientes con cáncer de mama recién diagnosticado, la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía es superior a la PAAF guiada por ecografía con una sensibilidad informada del 88 % para la biopsia con aguja gruesa y del 74 % para la PAAF. La sensibilidad global de la biopsia guiada por ecografía oscila entre el 52 % y el 90 %, mientras que la especificidad oscila entre el 98 % y el 100 %. **Biopsia de nódulo axilar por aspiración con aguja fina guiada por ecografía: puede ser apropiado** La FNA guiada por ecografía de un ganglio axilar es un procedimiento de bajo riesgo bien tolerado que puede confirmar con precisión la enfermedad metastásica en un ganglio linfático sospechoso. Aunque un metaanálisis reciente de 1353 pacientes mostró que la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía es superior a la PAAF guiada por ecografía, la PAAF tiene un papel en el diagnóstico de pacientes con linfadenopatía sospechosa, especialmente si un paciente no puede suspender los anticoagulantes. El citopatólogo in situ no es una práctica común, aunque la evaluación anatomopatológica inmediata por muestreo inadecuado es muy beneficiosa porque las tasas de muestreo inadecuadas pueden ocurrir en el 5% al 10% de los casos.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR - Holbrook AI et al 2018 (breast pain) (97) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain	En mujeres menores de 30 años con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico), la ecografía es apropiada.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** **Mamografía: por lo general, no es apropiado** Hay poco en la literatura que evalúe específicamente el uso de la mamografía en pacientes menores de 30 años que tienen dolor mamario focal y no cíclico. Debido a la mayor densidad mamaria, se sabe que la mamografía es menos precisa que la ecografía en la evaluación de mujeres sintomáticas menores de 30 años. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de DBT en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico en pacientes menores de 30 años. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** La literatura sobre la eficacia de la ecografía en la evaluación del dolor mamario está algo limitada por la falta de resultados específicos por grupo de edad. La mayoría de los autores han encontrado que el cáncer es una causa rara de dolor mamario focal y clínicamente significativo, y que la ecografía tiene un alto valor predictivo negativo (VPN), sensibilidad y especificidad para la evaluación del dolor mamario. Leddy et al realizaron una revisión retrospectiva de 257 pacientes que se sometieron a US	Colegio Americano de Radiología Ref: https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria/Overview

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			después de presentar dolor mamario focal y encontraron cáncer en el 1,2% de los pacientes, con una sensibilidad del 100%, especificidad del 92,5%, valor predictivo positivo del 13,6%, y VAN del 100%. Loving et al encontraron un VPN y una sensibilidad del 100 % en su estudio retrospectivo de 830 pacientes menores de 30 años con signos o síntomas mamarios focales (no limitados a, pero incluido el dolor mamario). Algunos autores sugieren que, a pesar de la baja incidencia de malignidad, la ecografía puede ser útil porque podría encontrar causas tratables de dolor mamario, como los quistes. Por otro lado, un estudio de seguimiento observacional prospectivo de 987 pacientes con dolor mamario solo encontró hallazgos benignos en el 8,6% de los casos, que consistieron principalmente en pequeños quistes. Los autores argumentaron que, en ausencia de una anomalía palpable, es poco probable que cualquier quiste que se pueda encontrar mediante ecografía sea lo suficientemente grande como para causar dolor o beneficiarse de la aspiración. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de la RM en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No existe literatura relevante sobre el uso de MBI en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico.	
		En mujeres de 30 a 39 años de edad con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico), la mamografía, incluida la DBT, y la ecografía son adecuadas y son alternativas equivalentes.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** **Mamografía: usualmente apropiado** Aunque la incidencia es baja, la mamografía se puede utilizar para excluir malignidad en casos de dolor mamario focal y no cíclico. Se encontró que la mamografía tiene una alta sensibilidad (100%) y VPN (100%) en una revisión retrospectiva de 206 pacientes con dolor mamario focal. Si bien este estudio encontró que la especificidad era ligeramente inferior al 87,6 %, otro estudio retrospectivo de dolor focal no cíclico calculó una especificidad de la mamografía del 97 % para mamas no densas y del 96 % para mamas densas [9]. Además, Tumyan et al [38] en un estudio retrospectivo de mamografía en combinación con US encontraron un VPN del 100%, aunque el estudio estuvo limitado por un número significativo de pacientes que se perdieron durante el seguimiento.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado Si bien no hay literatura que evalúe específicamente el uso de DBT en el estudio del dolor mamario focal y no cíclico, DBT puede ser útil en el entorno de diagnóstico. Se sabe que mejora la caracterización de lesiones en lesiones no calcificadas y la detección de cáncer en comparación con el estudio mamográfico convencional. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Si bien hay pocos estudios que evalúen la ecografía independientemente de la mamografía en el contexto del dolor mamario focal y no cíclico, la literatura existente sugiere que la ecografía puede ser útil para excluir la malignidad en estos casos. Una revisión retrospectiva de 110 casos de dolor mamario focal evaluado por ecografía no encontró anomalías en las imágenes en 85 casos (77,3 %) y no hubo neoplasias malignas. En 15 casos (13,6%) se identificaron quistes y en 3 pacientes (2,7%) masas sólidas, todas benignas. En los casos restantes se observaron colecciones líquidas y edema. Varios estudios han evaluado la utilidad de la ecografía además de la mamografía en casos de dolor mamario no cíclico focal y han concluido que, en el contexto de una mamografía negativa, la ecografía puede no estar indicada, especialmente en pacientes con mamas no densas. Un estudio retrospectivo de 206 pacientes con dolor mamario focal como	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			único síntoma evaluado con ecografía después de una mamografía encontró que la ecografía resultó en 8 biopsias adicionales y 14 exámenes de seguimiento adicionales a los 6 meses sin detectar ningún cáncer adicional. Otro estudio retrospectivo encontró 76 anomalías en las imágenes en 413 casos de dolor focal, con 46 (61 %) observados solo con ecografía, con una especificidad del 82 %. Si bien no hubo neoplasias malignas, la ecografía encontró una lesión benigna en 40 de 56 casos en los que la mamografía fue negativa en pacientes con mamas densas y encontró una lesión benigna en 6 de 20 casos con una mamografía negativa y mamas no densas. La especificidad de la ecografía fue del 95 % para las mamas no densas y del 87 % para las mamas densas. Algunos autores sugieren que, a pesar de la baja incidencia de malignidad, la ecografía puede ser útil porque podría encontrar causas tratables de dolor mamario, como los quistes. Por otro lado, un estudio de seguimiento observacional prospectivo de 987 pacientes con dolor mamario solo encontró hallazgos benignos en el 8,6% de los casos, que consistieron principalmente en pequeños quistes. Los autores argumentaron que, en ausencia de una anomalía palpable, es poco probable que cualquier quiste que se pueda encontrar mediante ecografía sea lo suficientemente grande como para causar dolor o beneficiarse de la aspiración. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			No existe literatura relevante sobre el uso de la RM en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de MBI en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico.	
		En mujeres de 40 años o más con dolor mamario clínicamente significativo (focal y no cíclico), la mamografía y la DBT son alternativas equivalentes apropiadas y son complementarias a la ecografía.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** **Mamografía: usualmente apropiado** Aunque la incidencia es baja, la mamografía se puede utilizar para excluir malignidad en casos de dolor mamario focal y no cíclico. Se encontró que la mamografía tiene una alta sensibilidad (100%) y VPN (100%) en una revisión retrospectiva de 206 pacientes con dolor mamario focal. Si bien este estudio encontró que la especificidad era ligeramente inferior al 87,6 %, otro estudio retrospectivo de dolor focal no cíclico calculó una especificidad de la mamografía del 97 % para mamas no densas y del 96 % para mamas densas. Además, Tumyan et al en un estudio retrospectivo de mamografía en combinación con US encontraron un VPN del 100%, aunque el estudio estuvo limitado por un número significativo de pacientes	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			que se perdieron durante el seguimiento. Se debe obtener una mamografía si el paciente no se ha realizado una mamografía en los últimos 3 a 6 meses. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** Si bien no hay literatura que evalúe específicamente el uso de DBT en el estudio del dolor mamario focal y no cíclico, DBT puede ser útil en el entorno de diagnóstico y se sabe que mejora la caracterización de lesiones en lesiones no calcificadas en comparación con el estudio mamográfico convencional. **Evaluación por ultrasonido de mama: usualmente apropiado** Si bien hay pocos estudios que evalúen la ecografía independientemente de la mamografía en el contexto del dolor mamario focal y no cíclico, la literatura existente sugiere que la ecografía puede ser útil para excluir la malignidad en estos casos. Una revisión retrospectiva de 110 casos de dolor mamario focal evaluado por ecografía no encontró anomalías en las imágenes en 85 casos (77,3 %) y no hubo neoplasias malignas. En 15 casos (13,6%) se identificaron quistes, y de ellos, 3 pacientes (2,7%) presentaban masas sólidas, todas benignas. En los casos restantes se observaron colecciones líquidas y edema.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Varios estudios han evaluado la utilidad de la ecografía además de la mamografía en casos de dolor mamario no cíclico focal y han concluido que, en el contexto de una mamografía negativa, la ecografía puede no estar indicada, especialmente en pacientes con mamas no densas. Un estudio retrospectivo de 206 pacientes con dolor mamario focal como único síntoma evaluado con ecografía después de una mamografía encontró que la ecografía resultó en 8 biopsias adicionales y 14 exámenes de seguimiento adicionales a los 6 meses sin detectar ningún cáncer adicional. Otro estudio retrospectivo encontró 76 anomalías en las imágenes en 413 casos de dolor focal, con 46 (61 %) observados solo con ecografía, con una especificidad del 82 %. Si bien no hubo neoplasias malignas, la ecografía encontró una lesión benigna en 40 de 56 casos en los que la mamografía fue negativa en pacientes con mamas densas y encontró una lesión benigna en 6 de 20 casos con una mamografía negativa y mamas no densas. La especificidad de la ecografía fue del 95 % para las mamas no densas y del 87 % para las mamas densas. Algunos autores sugieren que, a pesar de la baja incidencia de malignidad, la ecografía puede ser útil porque podría encontrar causas tratables de dolor mamario, como los quistes. Por otro lado, un estudio de seguimiento observacional prospectivo de 987 pacientes con dolor mamario solo encontró hallazgos benignos en el 8,6% de los casos, que consistieron principalmente en pequeños quistes. Los autores argumentaron que, en ausencia de una anomalía palpable, es poco probable que cualquier quiste que se encuentre por ecografía sea lo suficientemente grande como para	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			causar dolor o beneficiarse de la aspiración. Si se ha obtenido una mamografía en los últimos 3 a 6 meses, la paciente puede proceder directamente a la ecografía. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de la RM en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** No existe literatura relevante sobre el uso de MBI en la evaluación del dolor mamario focal y no cíclico.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
ACR - diFlorio-Alexander RM et al 2018 (lactacting women) (143) GPC EE.UU	ACR Appropriateness Criteria ® Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women	Las mujeres embarazadas con una masa palpable deben ser evaluadas inicialmente por ecografía. Si la ecografía es sospechosa de malignidad o no muestra la etiología del bulto, se recomienda una mamografía de diagnóstico.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La presentación más común de PABC es una masa palpable. Por lo tanto, la evaluación por imágenes de una lesión palpable en una mujer embarazada o lactante no debe retrasarse. Dado el desafío del examen clínico en pacientes embarazadas y lactantes, las imágenes diagnósticas de las mamas, en particular la ecografía mamaria, desempeñan un papel fundamental en la caracterización de las características de las lesiones palpables y en la determinación del tratamiento adecuado. US tiene la mayor sensibilidad para el diagnóstico de PABC. Además, debido a la edad predominantemente joven de las pacientes y la menor sensibilidad de la mamografía en el contexto de tejido mamario denso, la ecografía mamaria es el examen por imágenes de primera línea en pacientes embarazadas y lactantes. Si la ecografía de mama es negativa, o si hay hallazgos ecográficos sospechosos, pueden estar indicadas imágenes adicionales con mamografía o DBT. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** **Diagnóstico por mamografía: usualmente apropiado** La mamografía tiene una sensibilidad ligeramente menor en comparación con la ecografía mamaria en este entorno clínico, que va del 74 % al 90 % en la mayoría de los estudios. Un estudio reciente ha informado una sensibilidad del 100% de la mamografía que puede explicarse en parte por	Colegio Americano de Radiología Ref: https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria/Overview

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			el uso de la técnica digital de campo completo en lugar de la mamografía con pantalla de película. La etapa avanzada de PABC también puede contribuir a la sensibilidad moderada de la mamografía de diagnóstico dado el aumento fisiológico de la densidad mamaria en estas pacientes que puede comprometer la mamografía. Por lo tanto, aunque la mamografía diagnóstica no se recomienda como examen inicial en pacientes con una masa palpable, la mamografía diagnóstica tiene un papel como complemento de la ecografía. Si la ecografía no muestra una etiología para la masa palpable, se debe realizar una mamografía de diagnóstico para buscar calcificaciones malignas o distorsión de la arquitectura. Si se observa un hallazgo sospechoso en la ecografía, también se recomienda una mamografía para evaluar hallazgos sospechosos adicionales, en particular microcalcificaciones que pueden estar ocultas en la ecografía. La mamografía no está contraindicada durante el embarazo y la dosis para el feto es insignificante. La dosis de radiación fetal de una mamografía de 4 vistas es <0,03 mGy y no se han demostrado efectos teratogénicos por debajo de 50 mGy. Las pautas de la Red Nacional Integral del Cáncer establecen que la mamografía del seno con protección se puede realizar de manera segura en mujeres embarazadas. No hay estudios que evalúen específicamente la DBT en esta población de pacientes. DBT puede mejorar la visualización de masas mamarias en mujeres embarazadas. El aumento de la densidad mamaria que se	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			observa en las mujeres más jóvenes y en las mamas alteradas hormonalmente de las mujeres embarazadas es más probable que oculte pequeñas lesiones; por lo tanto, esta población puede beneficiarse de la capacidad de la mamografía tridimensional para disminuir el efecto de enmascaramiento del tejido mamario denso. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** El PABC se presenta más comúnmente como una masa palpable, y se recomienda la ecografía de mama como la modalidad de imagen de primera línea en mujeres embarazadas y lactantes, independientemente de la edad. La ecografía de mama puede definir etiologías benignas para masas palpables que no requieren evaluación adicional, como quistes simples o galactoceles. La ecografía de mama tiene la mayor sensibilidad para el diagnóstico de PABC en el contexto de una masa palpable con una sensibilidad del 100% informada en muchos estudios. Varios autores han advertido que PABC puede tener características benignas, que incluyen orientación paralela, márgenes circunscritos y realce acústico posterior. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** Está bien establecido que los quelatos de gadolinio IV atraviesan la placenta y entran en la circulación fetal. Aunque no se han informado efectos fetales adversos debido al gadolinio intravenoso en la madre	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			embarazada, existe la posibilidad de disociación del ion de gadolinio tóxico libre con datos limitados en esta población de pacientes. Las pautas sobre la administración de gadolinio durante el embarazo se describen en detalle en el Manual sobre medios de contraste de ACR. La resonancia magnética no tiene ningún papel como evaluación inicial por imágenes en el estudio de diagnóstico de bultos palpables en pacientes embarazadas. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** La MBI no tiene ningún papel como evaluación inicial por imágenes en el estudio diagnóstico de bultos palpables en pacientes embarazadas. **Biopsia central de mama guiada por imágenes: por lo general, no es apropiado** La biopsia central guiada por imágenes no debe usarse en la evaluación inicial de una masa palpable, ya que los cambios posteriores a la biopsia pueden oscurecer la visualización de la lesión o afectar negativamente la interpretación de la imagen. Si la evaluación inicial de diagnóstico por imágenes demuestra una masa sospechosa, se debe obtener una biopsia central guiada por imágenes. Se recomienda el consentimiento por bajo riesgo de fístula de leche y mayor riesgo de sangrado para mujeres embarazadas y lactantes. Si una masa palpable es clínicamente sospechosa y las imágenes iniciales no demuestran la etiología de una masa clínicamente sospechosa, se debe realizar una biopsia no guiada	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			por imágenes mediante palpación. **Aspiración mamaria con aguja fina guiada por imagen: por lo general, no es apropiado** La aspiración con aguja fina no debe ser la evaluación inicial de una masa palpable, ya que los cambios posteriores a la aspiración pueden oscurecer la visualización de la lesión o afectar negativamente la interpretación de la imagen. Si la evaluación inicial de diagnóstico por imágenes demuestra una masa sospechosa, se debe obtener una biopsia central guiada por imágenes. Si las imágenes iniciales no demuestran la etiología de una masa clínicamente sospechosa, se debe realizar una biopsia no guiada por imágenes o una aspiración con aguja fina mediante palpación.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Las mujeres embarazadas con secreción patológica del pezón deben ser evaluadas inicialmente por ecografía. La DBT o la mamografía de diagnóstico con vistas de aumento retroareolar se pueden obtener como un examen de imagen inicial complementario para buscar calcificaciones que pueden estar ocultas en la ecografía o se pueden obtener si la ecografía no muestra la etiología de la secreción del pezón.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La secreción sanguinolenta aislada del pezón sin masa palpable asociada puede ocurrir hasta en el 20% de las mujeres embarazadas y se debe más comúnmente a causas benignas. Los cambios epiteliales proliferativos y el aumento asociado de la vascularización mamaria del embarazo pueden provocar una secreción sanguinolenta del pezón unilateral o bilateral que se considera fisiológica y, a veces, se denomina "síndrome de la tubería oxidada". Esta condición puede ocurrir durante el embarazo o la lactancia temprana y generalmente es autolimitada. Sin embargo, la secreción sanguinolenta unilateral persistente del pezón puede ser secundaria a infección, papiloma o, con menos frecuencia, cáncer de mama. Una revisión de los datos disponibles limitados de un informe anterior sugiere que, en pacientes no gestacionales de edad similar, hasta el 12 % de los casos de secreción sanguinolenta aislada del pezón pueden deberse a cáncer de mama. El riesgo de malignidad en mujeres menores de 40 años con secreción patológica aislada del pezón es de aproximadamente 3%. Por lo tanto, aunque hay muy pocos datos sobre la secreción patológica del pezón en mujeres embarazadas, se recomienda un estudio de diagnóstico por imágenes de la secreción patológica del pezón con sangre en pacientes embarazadas. **Diagnóstico por tomosíntesis digital de mama: usualmente apropiado** **Diagnóstico por mamografía: usualmente apropiado**	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			Existe una amplia variación en el grado de densidad mamográfica durante el embarazo, y muchos estudios han demostrado que las mamografías tienen una sensibilidad del 74 % al 100 % en el entorno de diagnóstico. Esto es particularmente cierto para la detección de calcificaciones sospechosas que pueden detectarse a pesar del tejido mamario denso en la mamografía y que pueden estar ocultas en la ecografía. La mamografía no está contraindicada durante el embarazo y la dosis para el feto es insignificante. La dosis de radiación fetal de una mamografía de 4 vistas es <0,03 mGy y no se han demostrado efectos teratogénicos por debajo de 50 mGy. Las pautas de la Red Nacional Integral del Cáncer establecen que la mamografía del seno con protección se puede realizar de manera segura en mujeres embarazadas. Por lo tanto, las mamografías de diagnóstico con vistas de aumento retroareolar pueden ser beneficiosas como examen inicial en mujeres embarazadas con secreción persistente del pezón o como complemento de la ecografía mamaria de diagnóstico. **Evaluación por ultrasonido de mama: puede ser apropiado** Aunque no existen estudios que evalúen específicamente la ecografía diagnóstica para la secreción del pezón en mujeres embarazadas, la evaluación ecográfica retroareolar debe ser el examen de imagen de primera línea para buscar papiloma u otras masas mamarias como causa de la secreción patológica del pezón, independientemente de la edad de la paciente. La técnica de compresión periférica, la técnica de compresión	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			a dos manos y la técnica de pezón enrollado descrita por Stavros pueden aumentar la capacidad de la ecografía mamaria para detectar la causa de la secreción del pezón con sangre. **Resonancia Magnética de mama con y sin contraste intravenoso: por lo general, no es apropiado** Está bien establecido que los quelatos de gadolinio IV atraviesan la placenta y entran en la circulación fetal. Aunque no se han informado efectos fetales adversos debido al gadolinio intravenoso en la madre embarazada, existe la posibilidad de disociación del ion de gadolinio tóxico libre con datos limitados en esta población de pacientes. Las pautas sobre la administración de gadolinio durante el embarazo se describen en detalle en el Manual sobre medios de contraste de ACR. La resonancia magnética no tiene ningún papel como evaluación inicial por imágenes en la secreción del pezón durante el embarazo. **Sestamibi-99mTc MBI: por lo general, no es apropiado** La MBI no tiene ningún papel como evaluación inicial por imágenes en la secreción del pezón durante el embarazo.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Migowski 2018 (131) GPC Brasil	Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies	Recomienda considerar los siguientes signos y síntomas para la derivación urgente a los servicios de diagnóstico mamario • Cualquier bulto en el seno en mujeres mayores de 50 años; • Bulto en el seno en mujeres mayores de 30 años que persiste por más de un ciclo menstrual; • Bulto mamario de consistencia endurecida y fija o que ha aumentado de tamaño en mujeres adultas de cualquier edad; • Secreción unilateral del pezón con sangre;	Recomendación débil: los posibles beneficios probablemente superen los posibles daños La evidencia que soporta estas recomendaciones fue debido a que no se identificaron daños asociados con esta estrategia. A diferencia de la técnica del autoexamen de mamas, la lógica de la estrategia de concienciación no es para enseñar un método de detección, sino para que las mujeres sean más conscientes de los primeros signos de cáncer de mama en la vida cotidiana normal, con la esperanza de mejorar la calidad de sus demandas de atención de la salud mamaria. En la búsqueda actualizada en 2017, se seleccionó una nueva revisión sistemática. En esta revisión se identificaron dos ensayos clínicos sobre estrategia de concientización. Sin embargo, eran heterogéneos en relación con la calidad, intervención y resultados. En el ensayo de mejor calidad – nivel de evidencia “moderado” según el sistema GRADE – la intervención, es decir, un folleto más una reunión individual con un médico profesional aumentó significativamente el conocimiento sobre los signos tempranos de cáncer de mama y sobre el mayor riesgo de la enfermedad a los 38 años.	Ministerio de salud de Brasil.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		• Lesión eccematosa de la piel del seno que no responde a los tratamientos tópicos; • Hombres mayores de 50 años con un bulto palpable unilateral; • Presencia de linfadenopatía axilar; • Aumento progresivo del tamaño de las mamas con signos de edema, como piel de naranja; • Retracción de la piel del seno; • Cambio en la forma del pezón.		
ACR - Baron et al 2018 (male	ACR Appropriateness Criteria Evaluation	No se recomiendan las imágenes para la imagen inicial de un	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 3 y 4*** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 17 estudios, 9	Colegio Americano de Radiología Ref:

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
breast) (135) GPC EE.UU	of the Symptomatic Male Breast	paciente masculino de cualquier edad con síntomas de ginecomastia y un examen físico compatible con ginecomastia o pseudoginecomastia.	observacionales y 8 revisiones u otros, donde no se idenfitica evidencia reelevante sobre el uso de imágenes de mama como evaluación inicial por imágenes de sospecha de ginecomastia.	https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria/Overview
		La ecografía mamaria suele ser apropiada como imagen inicial de un paciente masculino menor de 25 años con una masa mamaria palpable indeterminada.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 9 estudios, 4 observacionales y 5 revisiones u otros, donde se identifica la baja incidencia de ca de mama entre hombres menores de 25 años, pero Algunos autores sugieren que usar US es útil como la modalidad de imagen inicial que es poco probable que tenga cáncer de mama y que presente un síntoma físico indeterminado. Sin embargo, la ginecomastia y los quistes oleosos pueden tener una apariencia sospechosa en la ecografía, pero generalmente se pueden diagnosticar como benignos en una mamografía o DBT. Por lo tanto, si hay características sospechosas en la ecografía, se debe realizar una mamografía o DBT antes de recomendar una biopsia.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		La mamografía de diagnóstico o DBT suele ser apropiada para la imagen inicial de un paciente masculino de 25 años de edad o más con una masa mamaria palpable indeterminada. Estos procedimientos son alternativas equivalentes.	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 13 estudios, 5 observacionales y 8 revisiones u otros, donde se identifica que, la mamografía es muy sensible y específica para distinguir enfermedades benignas de malignas y es probable que sea más sensible que el US para detectar el cáncer de mama porque las microcalcificaciones se pueden visualizar de forma óptima con esta modalidad. Los estudios demuestran sensibilidades que van del 92 % al 100 %, especificidades que van del 90 % al 96 % y valores predictivos negativos (VPN) del 99 % al 100 %. En cuanto al DBT los datos sobre la utilidad incremental de DBT en comparación con la mamografía sola en la evaluación de la mama masculina son limitados. Sin embargo, DBT se puede realizar en hombres y demuestra apariencias de imagen similares para trastornos mamarios masculinos benignos y malignos como la mamografía.	
		La ecografía mamaria suele ser adecuada para obtener imágenes de un paciente masculino de 25 años o más con una masa mamaria considerada indeterminada o	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios de 3** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 2 estudios observacionales, que identifican que en resultados de mamografía indeterminados o sospechosos El rendimiento del US en los hombres puede ser más variable que la mamografía. Carrasco et al, en su serie de 638 pacientes, informaron una menor sensibilidad del US para distinguir enfermedad benigna de maligna (88,9 % en comparación con 95 % para la mamografía), pero una alta especificidad similar del 95 %. Sin embargo, Patterson et al, en una serie de 166 pacientes, informaron que la ecografía	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		sospechosa en una mamografía de diagnóstico o DBT.	tiene la misma sensibilidad que la mamografía (100 %) pero menor especificidad (74 %).	
		La mamografía diagnóstica o DBT y la ecografía mamaria suelen ser apropiadas para la imagen inicial de un paciente masculino de cualquier edad con sospecha de cáncer de mama en el examen físico (masa mamaria palpable sospechosa, adenopatía axilar, secreción del pezón	**Calificación de la evidencia: calidad de estudios entre 2 y 4*** La evidencia que soporta esta recomendación proviene de 19 estudios, 9 observacionales y 10 revisiones u otros, donde se identifica que, el cáncer de mama es una enfermedad de hombres mayores y, por lo general, se presenta a una edad más avanzada (media de edad de 63 años) respecto a las mujeres, donde la mamografía es muy sensible y específica para distinguir las enfermedades benignas de las malignas y es probable que sea más sensible que el US para detectar el cáncer de mama porque las microcalcificaciones se pueden visualizar de manera óptima en esta modalidad. En cuanto al DBT, se puede realizar en hombres y demuestra apariencias de imagen similares para trastornos mamarios masculinos benignos y malignos como la mamografía. No se ha informado ningún caso documentado de cáncer de mama masculino identificado únicamente en DBT. En cuanto el US, un estudio encontró que tiene una sensibilidad un poco menor respecto a la mamografía (88.9% vs 95%	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		o retracción del pezón). La mamografía diagnóstica y la DBT son alternativas equivalentes como modalidad de imagen inicial. La ecografía mamaria suele ser apropiada como una modalidad de imagen complementaria.	respectivamente), pero una especificidad similar (95.3%), aunque otro estudio encontró que la sensibilidad es igual, pero con menor especificidad, no obstante, el US suele ser útil para ayudar en las decisiones de gestión y para facilitar la biopsia central por ecografía.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Reece JC et al. 2021 (151) RSL Australia	Delayed or failure to follow-up abnormal breast cancer screening mammograms in primary care: a systematic review	Efectividad de los recordatorios a los médicos de atención primaria para mejorar el seguimiento.	**No hay calificación de la evidencia** Dos estudios proporcionaron evidencia para respaldar la efectividad de los recordatorios para mejorar el seguimiento. En el primer estudio, las mamografías anormales fueron marcadas y rastreadas internamente por el departamento de radiología, que era responsable de notificar a las pacientes los resultados anormales por carta y programar las pruebas de seguimiento. En caso de que el departamento de radiología no pudiera comunicarse con el paciente, se contactó al médico remitente para obtener ayuda. Esto demostró ser un método altamente efectivo para el seguimiento de las mujeres, con solo el 1% de las mujeres sin seguimiento, y a los 3 meses solo el 7,7% de los médicos de atención primaria desconocían la mamografía anormal. En el segundo estudio, los radiólogos enviaron un recordatorio a los médicos de atención primaria si las mujeres estaban atrasadas en su seguimiento de seis meses y dieron como resultado una reducción de la falta de asistencia al seguimiento del 71,6 al 32,5 %.	Jeanette C Reece cuenta con el apoyo de una beca de investigación de carrera temprana Peter Doherty del Consejo Nacional de Investigación Médica en Salud (NHMRC, por sus siglas en inglés) (APP1120081). Jon D Emery recibió el apoyo de una beca de practicante del NHMRC y es miembro del cuerpo docente principal de la multiinstitucional CanTest Collaborative, financiada por Cancer Research UK (C8640/A23385). Eleanor FG Neal tiene una beca del Programa de capacitación en investigación (RTP) del gobierno australiano. Peter Nguyen tiene una beca RTP del gobierno australiano, una beca de acceso a la investigación para
		Mayor seguimiento por la inclusión de una recomendación de seguimiento específica por parte del radiólogo en el informe de la	**No hay calificación de la evidencia** Dos de tres estudios encontraron que los comentarios sobre los informes de radiología influyeron en el seguimiento. Burack et al. encontraron que la inclusión de una recomendación de seguimiento específica por parte del radiólogo en el informe de la mamografía índice en comparación con la inclusión de ninguna recomendación se asoció con un mayor seguimiento dentro de los 60 días (ORa = 3,55; IC del 95%: 1,14–11,04) y al menos 11	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		mamografía BIRADS®-4/− 5.	meses después de la mamografía índice (ORa = 4,58; IC del 95 %: 1,54–13,62). Del mismo modo, la no asistencia fue mayor cuando se recomendó un seguimiento a corto plazo en comparación con el seguimiento inmediato. MCarthy et al. (1996a) encontraron que el 7,2 % de las mujeres no se sometieron a pruebas de seguimiento cuando se recomendó un seguimiento inmediato, mientras que el 36,8 % de las mujeres no se sometieron a pruebas de seguimiento cuando se recomendó un seguimiento a corto plazo. Jones et al. encontraron que la falta de asistencia al seguimiento de 3 a 6 meses para las mamografías BIRADS®-3 fue del 47,6 %, mientras que la falta de asistencia dentro de un período de seguimiento de 3 meses para BIRADS®-0 y BIRADS®-4/− 5 fue del 25,5 y 33%, respectivamente. Por el contrario, Grossman et al. no encontró ninguna diferencia en la falta de asistencia al seguimiento para BIRADS®-0/− 3 vs BIRADS®-4/− 5, pero esto no es sorprendente dado que se recomienda un seguimiento inmediato para BIRADS®-0 y BIRADS ®-4/5. Wernli et al. encontraron que las mamografías extremadamente densas en comparación con las 'casi completamente grasas' tenían menos probabilidades de tener un seguimiento retrasado dentro de los 7 días en comparación con al menos 7 días (OR = 0,82; IC del 95%: 0,69–0,96).	graduados de la Universidad de Melbourne y una beca del Fondo Margaret e Irene Stewardson.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 4

¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención a realizar desde los prestadores primarios de servicios de salud, para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Para responder a esta pregunta, se usaron 2 GPC y 3 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Tabla 4. Instrumento de extracción de datos de los estudios seleccionados en la búsqueda de evidencia para dar respuesta a la Pregunta 4

Copia No Controlada

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Migowski 2018 (131) GPC Brasil	Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil, II – New national recommendations, main evidence, and controversies	**Diagnóstico temprano** Recomienda la implementación de estrategias de concientización sobre los senos para el diagnóstico temprano del cáncer de seno.	**Recomendación débil: los posibles beneficios probablemente superen los posibles daños** La evidencia que soporta estas recomendaciones fue debido a que no se identificaron daños asociados con esta estrategia. A diferencia de la técnica del autoexamen de mamas, la lógica de la estrategia de concienciación no es para enseñar un método de detección, sino para que las mujeres sean más conscientes de los primeros signos de cáncer de mama en la vida cotidiana normal, con la esperanza de mejorar la calidad de sus demandas de atención de la salud mamaria. En la búsqueda actualizada	Ministerio de salud del Brasil.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			en 2017, se seleccionó una nueva revisión sistemática. En esta revisión se identificaron dos ensayos clínicos sobre estrategia de concientización. Sin embargo, eran heterogéneos en relación con la calidad, intervención y resultados. En el ensayo de mejor calidad – nivel de evidencia "moderado" según el sistema GRADE – la intervención, es decir, un folleto más una reunión individual con un médico profesional aumentó significativamente el conocimiento sobre los signos tempranos de cáncer de mama y sobre el mayor riesgo de la enfermedad a los 38 años.	
MSPS 2017 (93) GPC Colombia	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía No 19 – Segunda edición	PBP: Se recomienda la implementación de escenarios para la enseñanza del examen clínico de la mama, con el fin de generalizar y estandarizar la técnica.	No aplica calificación, debido a que es un punto de buena práctica (PBP).	Ministerio de salud de Colombia.

Copia No controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
O'Mahony 2017 (159) RSL Irlanda	Interventions for raising breast cancer awareness in women	Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando material escrito o una combinación de material escrito y una interacción de 10 minutos en formato persona a persona tiene el potencial de incrementar el conocimiento de los síntomas de cáncer de mama y este efecto puede mantenerse por lo menos durante un año de seguimiento.	**Certeza en la evidencia: baja** Esta revisión incluyó dos estudios. El estudio Promoting Early Presentation (PEP) (1) es un experimento clínico aleatorizado multicéntrico, realizado en siete unidades de tamizaje de cáncer de mama, en el Reino Unido, en el que se incluyeron mujeres de 60 a 70 años: 287, 294 y 286 en la intervención uno, intervención dos y control. Se compararon dos intervenciones con el cuidado usual. Intervención 1: folleto con mensajes clave de concientización sobre el cáncer de mama, entregado por un radiólogo a cada mujer que había realizado su mamografía de rutina, además del cuidado usual. Intervención 2: interacción de 10 minutos, personal, con un radiólogo o un psicólogo más el folleto más el cuidado usual. El **conocimiento de síntomas de cáncer de mama** fue evaluado por medio de la identificación de síntomas-no bulto en una lista de diez ítems; si se identificaban cinco o más se otorgaba un punto. Después de un mes de seguimiento no se encontraron diferencias entre la intervención 1 y el control, pero sí entre la intervención 2 y el control. Al año de seguimiento se mantuvo este mismo resultado. Sin embargo, a los dos años de seguimiento no se encontraron diferencias entre las intervenciones y el grupo control. En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse los OR y su intervalo de confianza.	Cochrane Fellowship awarded by the Health Research Board, Ireland.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo dado por falta de cegamiento de los participantes, personal y evaluadores de los desenlaces y por imprecisión debido a que el tamaño de muestra fue reducido, de acuerdo con los evaluadores de la revisión (ver perfil de evidencia GRADE).	
		Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando material escrito o una	**Certeza en la evidencia: baja** La evidencia fue tomada del estudio Promoting Early Presentation (PEP). El estudio PEP (1) es un experimento clínico aleatorizado multicéntrico, realizado en siete	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		combinación de material escrito y una interacción de 10 minutos en formato persona a persona tiene el potencial de incrementar el conocimiento del riesgo de cáncer de mama de acuerdo con la edad; este efecto puede mantenerse por lo menos durante un año de seguimiento. Si se combina el material escrito con la interacción el efecto puede mantenerse incluso hasta los dos años de seguimiento.	unidades de tamizaje de cáncer de mama, en el Reino Unido, en el que se incluyeron mujeres de 60 a 70 años: 287, 294 y 286 en la intervención uno, intervención dos y control. Se compararon dos intervenciones con el cuidado usual. Intervención 1: folleto con mensajes clave de concientización sobre el cáncer de mama, entregado por un radiólogo a cada mujer que había realizado su mamografía de rutina, además del cuidado usual. Intervención 2: interacción de 10 minutos, personal, con un radiólogo o un psicólogo más el folleto más el cuidado usual. El **conocimiento de riesgo relacionado con la edad** fue evaluado preguntando si una mujer de 70 años tenía más probabilidad de presentar cáncer de mama que una de 30 años o de 50 años; otorgaban un punto si respondía de manera correcta. Encontraron diferencias entre los dos grupos de intervención versus el grupo control al mes y al año de seguimiento. Sin embargo, a los dos años de seguimiento solo encontraron diferencias entre la intervención 2 y el control. En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse los OR y su intervalo de confianza. La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo dado por falta de cegamiento de los participantes, personal y evaluadores de los desenlaces y por imprecisión debido a que el tamaño de muestra fue	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			reducido, de acuerdo con los evaluadores de la revisión (ver perfil de evidencia GRADE).	
		Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando una combinación de material escrito y una interacción de 10 minutos en formato persona a persona tiene el potencial de incrementar la frecuencia de examen de la mama por lo menos durante un mes de seguimiento.	**Certeza en la evidencia: baja** La evidencia fue tomada del estudio Promoting Early Presentation (PEP). El estudio PEP (1) es un experimento clínico aleatorizado multicéntrico, realizado en siete unidades de tamizaje de cáncer de mama, en el Reino Unido, en el que se incluyeron mujeres de 60 a 70 años: 287, 294 y 286 en la intervención uno, intervención dos y control. Se compararon dos intervenciones con el cuidado usual. Intervención 1: folleto con mensajes clave de concientización sobre el cáncer de mama, entregado por un radiólogo a cada mujer que había realizado su mamografía de rutina, además del cuidado usual. Intervención 2: interacción de 10 minutos, personal, con un radiólogo o un psicólogo más el folleto más el cuidado usual. La **frecuencia de revisión de la mama** fue evaluada con categorías de frecuencia: "Raramente o nunca", "al menos cada seis meses", "al menos una vez al mes", "al menos una vez a la semana". La respuesta en las dos últimas categorías dio lugar a un punto. No se encontraron diferencias entre las intervenciones y el control al año y a los dos años de seguimiento, tampoco al mes de seguimiento, excepto entre la intervención 2 y el control. Sin embargo, en el grupo control se reportó también un	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			incremento del 53,3% (285 mujeres) al 68,6% (229 mujeres). En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse los OR y su intervalo de confianza. La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo dado por falta de cegamiento de los participantes, personal y evaluadores de los desenlaces y por imprecisión debido a que el tamaño de muestra fue reducido, de acuerdo con los evaluadores de la revisión (ver perfil de evidencia GRADE).	
		Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando material escrito o una combinación de material escrito y una interacción de 10 minutos en formato persona a persona tiene el potencial de incrementar la conciencia de cáncer de; este efecto puede mantenerse por lo menos durante un año de seguimiento. Si se combina el material escrito con la interacción	**Certeza en la evidencia: baja** La evidencia fue tomada del estudio Promoting Early Presentation (PEP). El estudio PEP (1) es un experimento clínico aleatorizado multicéntrico, realizado en siete unidades de tamizaje de cáncer de mama, en el Reino Unido, en el que se incluyeron mujeres de 60 a 70 años: 287, 294 y 286 en la intervención uno, intervención dos y control. Se compararon dos intervenciones con el cuidado usual. Intervención 1: folleto con mensajes clave de concientización sobre el cáncer de mama, entregado por un radiólogo a cada mujer que había realizado su mamografía de rutina, además del cuidado usual. Intervención 2: interacción de 10 minutos, personal, con un radiólogo o un psicólogo más el folleto más el cuidado usual. La **conciencia de cáncer de mama** se evaluó como una combinación de respuestas a tres preguntas relacionadas	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		el efecto puede mantenerse incluso hasta los dos años de seguimiento.	con: conocimiento de síntomas, conocimiento de riesgo relacionado con la edad y reporte de chequeo de la mama. Se encontraron diferencias entre las intervenciones y el control al mes, al año y a los dos años de seguimiento, excepto entre a intervención 1 y el control a los dos años de seguimiento. En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse los OR y su intervalo de confianza. La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo dado por falta de cegamiento de los participantes, personal y evaluadores de los desenlaces y por imprecisión debido a que el tamaño de muestra fue reducido, de acuerdo con los evaluadores de la revisión (ver perfil de evidencia GRADE).	
		Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando una intervención de tres sesiones de 60 a 90 minutos tiene el potencial de incrementar el conocimiento de los síntomas de cáncer de mama, efecto que puede mantenerse por lo menos durante un mes de seguimiento.	**Certeza en la evidencia: baja** La evidencia fue tomada del estudio Zahedan University of Medical Sciences (ZUZ) (2) el cual es un experimento clínico aleatorizado, con una muestra a conveniencia, en el que reclutaron mujeres trabajadoras de la Zahedan University of Medical Sciences, con una edad promedio de 35,4 años (desviación estándar 8,0) y de 34, 4 años (desviación estándar 8,9) en el grupo intervención (65 mujeres) y control (65 mujeres) respectivamente. La intervención consistió en un programa de entrenamiento educativo en comportamientos para la prevención de cáncer de mama, basado en un modelo de creencias en salud, entregado por los investigadores a través de	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
			lecciones, presentaciones, videos, folleto y CD en tres sesiones de 90 minutos; se comparó con un grupo control sin intervención. El **conocimiento de síntomas de cáncer de mama** fue evaluado por medio de un cuestionario, pero no se proporcionaron detalles del cuestionario y los autores de la RSL no pudieron obtener los datos originales; se calcularon los puntajes con estos criterios: respuesta correcta: 2, sin comentario: 1, respuesta incorrecta: 0. Después de un mes de seguimiento incrementó el puntaje en el grupo experimental y disminuyó en el grupo control. En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse las diferencias de medias y su desviación estándar. La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo no claro en todos los dominios de RoB, excepto en el de datos incompletos y a imprecisión por el bajo número de eventos (ver perfil de evidencia GRADE).	
		Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando una intervención de tres sesiones de 60 a 90 minutos tiene el potencial de incrementar la actitud de las mujeres acerca de su susceptibilidad o	**Certeza en la evidencia: baja** La evidencia fue tomada del estudio Zahedan University of Medical Sciences (ZUZ) el cual es un experimento clínico aleatorizado, con una muestra a conveniencia, en el que reclutaron mujeres trabajadoras de la Zahedan University of Medical Sciences, con una edad promedio de 35,4 años (desviación estándar 8,0) y de 34, 4 años (desviación estándar 8,9) en el grupo intervención (65 mujeres) y control (65 mujeres) respectivamente. La intervención	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		riesgo, efecto que puede mantenerse por lo menos durante un mes de seguimiento.	consistió en un programa de entrenamiento educativo en comportamientos para la prevención de cáncer de mama, basado en un modelo de creencias en salud, entregado por los investigadores a través de lecciones, presentaciones, videos, folleto y CD en tres sesiones de 90 minutos; se comparó con un grupo control sin intervención. La **actitud de las mujeres hacia su susceptibilidad percibida f**ue evaluada por medio de un cuestionario de seis ítems en los que se indagaba por consideraciones de las mujeres acerca de su riesgo, en una escala de tipo likert con un puntaje de 4 (total acuerdo) a 0 (total desacuerdo). Después de un mes de seguimiento incrementó el puntaje en el grupo experimental y disminuyó en el grupo control. En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse las diferencias de medias y su desviación estándar. La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo no claro en todos los dominios de RoB, excepto en el de datos incompletos y a imprecisión por el bajo número de eventos (ver perfil de evidencia GRADE).	
		Educar a las mujeres acerca del cáncer de mama usando una intervención de tres sesiones de 60 a 90	**Certeza en la evidencia: baja** La evidencia fue tomada del estudio Zahedan University of Medical Sciences (ZUZ) el cual es un experimento clínico aleatorizado, con una muestra a conveniencia, en el que reclutaron mujeres trabajadoras de la Zahedan University	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		minutos tiene el potencial de incrementar los comportamientos de prevención del cáncer de mama, efecto que puede mantenerse por lo menos durante un mes de seguimiento.	of Medical Sciences, con una edad promedio de 35,4 años (desviación estándar 8,0) y de 34, 4 años (desviación estándar 8,9) en el grupo intervención (65 mujeres) y control (65 mujeres) respectivamente. La intervención consistió en un programa de entrenamiento educativo en comportamientos para la prevención de cáncer de mama, basado en un modelo de creencias en salud, entregado por los investigadores a través de lecciones, presentaciones, videos, folleto y CD en tres sesiones de 90 minutos; se comparó con un grupo control sin intervención. Los **comportamientos de prevención fueron** evaluados con una escala de cinco puntos en la que se incluyeron creencias positivas hacia el auto examen; la calificación se hizo en una escala tipo likert con un puntaje desde 3 (siempre) hasta 0 (nunca). Después de un mes de seguimiento incrementó el puntaje en el grupo experimental y se mantuvo en el grupo control. En el perfil de evidencia GRADE pueden observarse las diferencias de medias y su desviación estándar. La certeza en la evidencia es baja debido a riesgo de sesgo no claro en todos los dominios de RoB, excepto en el de datos incompletos y a imprecisión por el bajo número de eventos (ver perfil de evidencia GRADE).	
	A systematic review of health promotion interventions to	El uso de llamadas telefónicas con el envío	**Certeza en la evidencia: muy baja.** La evidencia fue tomada de un estudio no aleatorizado	No reportada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Agide 2018 (152) RSL Irán	increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years	de mensajes de pérdida (es decir, mensajes en los que se indica lo que la persona pierde por no realizar alguna acción) incrementa la realización de mamografías.	realizado en USA, en mujeres de 50 a 64 años, evaluó el uso de llamadas telefónicas e intervenciones enmarcadas en mensajes de pérdida (definidos como lo que la persona pierde por no realizar una acción): encontró un incremento en la realización de mamografías (OR = 1,914 IC95%: 1,20 a 3,05, p =0 ,0063), intervención: 31/112 versus control 157/992. En la evaluación de calidad, de este estudio experimental no aleatorizado, en la lista downs and black Checklist los autores de la revisión disminuyeron el puntaje por validez externa, sesgos, confusión y poder del estudio para un total de 15/27 puntos (ver perfil de evidencia GRADE).	
		La realización de llamadas telefónicas por asesores de salud laicos y las llamadas telefónicas con educación incrementan la realización del autoexamen. Así mismo la educación en salud, persona a persona, realizada por un trabajador social por medio de seguimiento telefónico y las	**Certeza en la evidencia: muy baja.** La evidencia fue tomada de cuatro estudios. El primero fue un ECA realizado en USA (Lindberg et al 2009), en 616 mujeres, en el que se hizo una sesión de consejería de 30 a 45 minutos y entrenamiento con un modelo de silicona y seguimiento por dos llamadas telefónicas breves, encontrando un incremento en la realización del autoexamen del 59% versus 12,2% en el grupo control. El segundo fue un estudio de intervención realizado en USA (Consedine et al 2007) en 5144 mujeres en el que se evaluó una intervención telefónica, educación y entrenamiento, encontrando mayor realización de tamizaje en el grupo intervención (65,6% versus 48,9%); El tercero fue un ECA realizado en USA (Engelman et al	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		intervenciones basadas en la internet, incrementan la realización de tamización.	2011), en 290 mujeres, en el que se hizo educación persona a persona por trabajadores sociales y seguimiento por medio de llamadas telefónicas, encontrando un cambio en la realización de el tamizaje del 25% al 30% en el grupo intervención, versus 15% a no cambio en el comparador. El cuarto fue un ECA realizado por Bowen et al 2011, en USA, en 1354 mujeres en el que se evaluaron llamadas telefónicas e intervenciones en internet, encontrando un incremento en la realización de la mamografía (69 a 82% versus 71% a 71%) y del autoexamen (40 a 62% versus 41 a 41%) en el último año de la intervención. El estudio de Lindberg fue considerado en riesgo de sesgo debido a que no reporta la realización de cegamiento (escala de Jadad 3/5); el estudio de Consedine obtuvo un total de 10/27 en la lista downs and black Checklist debido a fallas en el reporte, validez externa, riesgo de sesgo y análisis de confusión (ver perfil de evidencia GRADE). El estudio de Engelman fue considerado en riesgo de sesgo debido a que no reporta la realización de cegamiento (escala de Jadad 3/5). El estudio de Engelman fue considerado en riesgo de sesgo debido a que no reporta la realización de cegamiento (escala de Jadad 3/5). La certeza en la evidencia fue muy baja debido a estos sesgos en los estudios y a la inclusión de distintos tipos de estudios.	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Las intervenciones educativas comunitarias que incluyen la demostración de la minuciosidad y técnica recomendada en la realización del autoexamen incrementan la conciencia con respecto al tamizaje para el cáncer de mama. Así mismo, la integración de múltiples métodos en las campañas de detección del cáncer de mama, tales como periódicos, exhibiciones, conferencias, puntos de información y carteles incrementa la realización de la mamografía.	**Certeza en la evidencia: muy baja** La evidencia fue tomada de cuatro estudios. Rao et al 2005 realizaron un estudio de intervención no aleatorizado, en 360 mujeres de áreas rurales de la India, que evaluó educación en cáncer y autoexamen por trabajadores de salud entrenados. Nguyen et al 2009 llevaron a cabo un ECA en 1100 mujeres americanas-vietnamitas, en el que evaluaron dos sesiones educativas y dos llamadas telefónicas. Akhtar et al 2010 realizaron un estudio cuasi-experimental en 1766 mujeres en Arabia Saudita, en el que evaluaron un programa de tamizaje incluyendo campañas por medio de canales, periódicos, exhibiciones, puntos de información y carteles y sesiones educativas para la concientización con sesiones educativas interactivas. Ayash et al 2011 realizaron un estudio cuasi-experimental en 597 mujeres en USA, evaluando workshops, una aproximación de participación basada en la comunidad y entrenamientos relacionados con riesgos individuales. Todos los estudios encontraron incremento en la realización de tamizaje y uno reportó incremento de la comprensión de la tamización.	
Jongerius 2019 (153) RSL	Research-Tested Mobile Apps for Breast Cancer Care: Systematic Review	Algunas aplicaciones móviles propuestas para entregar material educativo sobre cáncer	**Certeza en la evidencia: muy baja** La evidencia proviene de dos estudios. Alanzi et al 2018 con el objetivo de crear conciencia sobre el cáncer de	No reportada

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Holanda, Australia, Italia		de mama a través de videos, textos e imágenes incrementan la conciencia de cáncer de mama (aplicación SnapChat. Aplicaciones orientadas a estimular la realización del autoexamen incrementan la realización del número de autoexámenes de manera apropiada en mujeres menores a 30 años.	mama, asignaron 96 mujeres al grupo intervención y 96 al control. La intervención consistió en el uso de la aplicación SnapChat la cual proporcionó información sobre cáncer de mama, síntomas, diagnóstico y tratamientos, cada tres semanas proporcionó nueva información. Heo et al 2013 realizaron un estudio en 45 mujeres con el objetivo de estimular la realización del autoexamen: la aplicación incluyó alarmas con fechas para la realización del autoexamen, recordatorios para estimular la realización del autoexamen de madre e hija y mantener el registro y material educativo por medio de videos. La calidad de la evidencia fue clasificada como baja debido a imprecisión y riesgo de sesgo (ver perfil de evidencia GRADE).	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Anexo 10. Perfiles de evidencia GRADE

Pregunta 1

¿Cuáles son las estrategias para la detección temprana del cáncer de mama en personas adultas, que se deben implementar en los prestadores primarios de servicios de salud?

Copia No Controlada

Tabla 1. Perfiles de evidencia GRADE, Humphrys E, et al. 2018 (139)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Alfabetización en salud comparado con No realizarla para diagnóstico oportuno del cáncer sintomático

Bilbiografía: Humphrys E, Burt J, Rubin G, Emery JD, Walter FM. The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review. Eur J Cancer Care (Engl). 2019 Jan;28(1):e12920. doi: 10.1111/ecc.12920. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30324636; PMCID: PMC6559266**.**

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con No realizarla	Con Alfabetización en salud	

Retraso en la evaluación, la búsqueda de ayuda, el diagnóstico o el intervalo previo al tratamiento

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

0 (1 estudio observacional)	muy serio [a]	muy serio [b]	serio[c]	muy serio [b]	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación toda confusión residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.	⊕◯◯◯ Muy baja	12 de los 15 participantes seleccionados para la entrevista experimentaron un retraso en la evaluación, la búsqueda de ayuda, el diagnóstico o el intervalo previo al tratamiento, aunque los autores no declararon qué constituía un "retraso"

Alfabetización en salud

0 (1 estudio observacional)	muy serio [a]	muy serio [b]	serio[c]	muy serio [b]	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación	⊕◯◯◯ Muy baja	Cuando los participantes no pensaban que estaban en riesgo de cáncer, el tiempo de presentación fue más largo y, por lo tanto, los autores afirmaron que "una alfabetización en salud más pobre aumentó las demoras"

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Alfabetización en salud comparado con No realizarla para diagnóstico oportuno del cáncer sintomático

Bilbiografía: Humphrys E, Burt J, Rubin G, Emery JD, Walter FM. The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review. Eur J Cancer Care (Engl). 2019 Jan;28(1):e12920. doi: 10.1111/ecc.12920. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30324636; PMCID: PMC6559266**.**

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
					toda confusión residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.		

Copia No Controlada

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones
a. Los tamaños de muestra pequeños afectaron el análisis y los criterios de inclusión y exclusión fueron pobres
b. Los detalles del estudio, como el entorno, la estrategia de muestreo y los criterios de exclusión, se describieron de manera deficiente.
c. No está quedó claro si los datos reflejaban con precisión las voces de la mayoría de los participantes o de una minoría por ser un estudio cualitativo.
Tabla 2. Perfiles de evidencia GRADE, Laforest F et al. 2019 (140)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 2. Perfiles de evidencia GRADE, LAforest, et al. 2019 (142)

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Estrategias utilizadas para las pruebas o la detección del riesgo genético del cáncer comparado con No utilizar estrategias en en adultos (≥ 18 años de edad) de cualquier sexo, que se consideraban de alto riesgo de cáncer hereditario

Bilbiografía: Laforest F, Kirkegaard P, Mann B, Edwards A. Genetic cáncer risk assessment in general practice: systematic review of tools available, clinician attitudes, and patient outcomes. Br J Gen Pract. 2019 Feb;69(679):e97-e105. doi: 10.3399/bjgp18X700265. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30510097; PMCID: PMC6355295.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con No utilizar estrategias	Con Estrategias utilizadas para las pruebas o la detección del riesgo genético del cáncer	
Calificación del riesgo de cáncer de mama									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta: Estrategias utilizadas para las pruebas o la detección del riesgo genético del cáncer comparado con No utilizar estrategias en en adultos (≥ 18 años de edad) de cualquier sexo, que se consideraban de alto riesgo de cáncer hereditario

Bilbiografía: Laforest F, Kirkegaard P, Mann B, Edwards A. Genetic cáncer risk assessment in general practice: systematic review of tools available, clinician attitudes, and patient outcomes. Br J Gen Pract. 2019 Feb;69(679):e97-e105. doi: 10.3399/bjgp18X700265. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30510097; PMCID: PMC6355295.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
0 (6 estudios observacionales)	no es serio	serio[a]	no es serio	no es serio	ninguno	⊕◯◯◯ Muy baja	Hubo mayores probabilidades de que un paciente calificara correctamente su riesgo de cáncer de mama como 'alto' en aquellas que tenían familiares de primer grado afectados con cáncer de mama

Gravedad percibida del cáncer de mama

0 (1 estudio observacional)	no es serio	serio[a]	no es serio	no es serio	ninguno	⊕◯◯◯ Muy baja	La educación sobre el riesgo identificado después de la detección se asoció con una menor gravedad percibida del cáncer de mama, pero no con la probabilidad percibida de desarrollar cáncer de mama en el futuro. Las pacientes que se habían realizado recientemente un examen de antecedentes médicos familiares tenían menos probabilidades de preocuparse por desarrollar cáncer de mama que aquellas que no se habían hecho ningún examen.

CI: Intervalo de confianza

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Explicaciones
a. Hubo una gran heterogeneidad en los resultados, lo que hizo inviable el análisis estadístico y se realizó una síntesis narrativa

Tabla 3. Perfiles de evidencia GRADE, Lee SI *et al*. 2020 (141)

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Uso de un software de evaluación de riesgos y apoyo a la toma de decisiones Proporción de los que no cumplen comparado con ninguno para identificar y tratar a los pacientes con riesgo de cáncer familiar

Bilbiografía: Lee SI, Patel M, Dutton B, Weng S, Luveta J, Qureshi N. Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review. J Community Genet. 2020 Jan;11(1):73-83. doi: 10.1007/s12687-019-00419-6. Epub 2019 May 6. PMID: 31062229; PMCID: PMC6962422.

Copia No Controlada

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
							Tasas de eventos de estudio (%)			Efectos absolutos anticipados	
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Con ninguno	Con uso de un software de evaluación de riesgos y apoyo a la toma de decisionesProporción de los que no cumplen	Efecto relativo (95% CI)	Riesgo con ninguno	La diferencia de riesgo con uso de un software de evaluación de riesgos y apoyo a la toma de decisionesProporción de los que no cumplen
Idoneidad de la derivación al especialista: carta de derivación de los médicos generales											

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Uso de un software de evaluación de riesgos y apoyo a la toma de decisiones Proporción de los que no cumplen comparado con ninguno para identificar y tratar a los pacientes con riesgo de cáncer familiar

Bilbiografía: Lee SI, Patel M, Dutton B, Weng S, Luveta J, Qureshi N. Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review. J Community Genet. 2020 Jan;11(1):73-83. doi: 10.1007/s12687-019-00419-6. Epub 2019 May 6. PMID: 31062229; PMCID: PMC6962422.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
166 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	serio[a]	serio	no es serio	serio[b]	ninguno	⊕◯◯◯ Muy baja	73	93	-	La media Idoneidad de la derivación al especialista: carta de derivación de los médicos generales era **4,5** OR	**4.5 OR más alto.** (1.6 más alto. a 13.1 más alto.)

Adopción de estrategias preventivas: mejora en la proporción de pacientes que se adhieren a la detección basada en el riesgo

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Uso de un software de evaluación de riesgos y apoyo a la toma de decisiones Proporción de los que no cumplen comparado con ninguno para identificar y tratar a los pacientes con riesgo de cáncer familiar

Bilbiografía: Lee SI, Patel M, Dutton B, Weng S, Luveta J, Qureshi N. Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review. J Community Genet. 2020 Jan;11(1):73-83. doi: 10.1007/s12687-019-00419-6. Epub 2019 May 6. PMID: 31062229; PMCID: PMC6962422.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
16 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	serio[c]	serio[d]	no es serio	serio[e]	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	7	9	-	La media adopción de estrategias preventivas : mejora en la proporción de pacientes que se adhieren a la detección basada en el riesgo era **0** 0,82	p **0 0,82** (0 a 0)

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Pregunta: Uso de un software de evaluación de riesgos y apoyo a la toma de decisiones Proporción de los que no cumplen comparado con ninguno para identificar y tratar a los pacientes con riesgo de cáncer familiar

Bilbiografía: Lee SI, Patel M, Dutton B, Weng S, Luveta J, Qureshi N. Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review. J Community Genet. 2020 Jan;11(1):73-83. doi: 10.1007/s12687-019-00419-6. Epub 2019 May 6. PMID: 31062229; PMCID: PMC6962422.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
Ansiedad y depresión de los pacientes							
0 (1 estudio observacional)	serio	serio	no es serio	serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación	⨁◯◯◯ Muy baja	Las mujeres a las que se les dijo que estaban en *riesgo* de cáncer de mama habían reducido la ansiedad inmediatamente después de la evaluación del riesgo propio (cambio medio del estado de ansiedad - 2, IC del 95% - 2 a - 1) y a las 2 semanas (− 3, IC 95% − 5 a − 2)

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

a. La no asistencia del paciente a la clínica de genética fue del 28% (45/162) para intervención y del 38% (32/84) para control, lo que contribuye al sesgo de deserción. El sesgo del respondedor fue evidente en el 74 % (125/170) de las prácticas que se negaron a participar.

b. No fue posible la ocultación de la asignación ni el cegamiento de los participantes y los médicos.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

c. La tasa de reclutamiento de participantes fue baja (18 %) con alta deserción: 20 % de intervención (542/2650) y 20 % de control (324/1598) participantes retiraron su consentimiento para el seguimiento. La selección de participantes libres de comorbilidades condujo a un sesgo de voluntarios sanos.

d. No tenía una descripción de la generación de la secuencia aleatoria ni de la ocultación de la asignación. A partir del diseño del estudio publicado, aparentemente no hubo cegamiento.

e. El extenso cuestionario inicial puede haber alterado el comportamiento en el grupo de control, reduciendo el efecto de la intervención.

Tabla 13. Perfiles de evidencia GRADE, Li C *et al*. 2020 (154)

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas por enfermeras comparado con ninguna intervención en la detección temprana del cáncer

Bilbiografía: Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020 Oct;110:103684. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103684. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32702568.

Copia No Controlada

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
							Tasas de eventos de estudio (%)		Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados	
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Con ninguna intervención	Con Intervenciones dirigidas por enfermeras		Riesgo con ninguna intervención	La diferencia de riesgo con Intervenciones dirigidas por enfermeras

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas por enfermeras comparado con ninguna intervención en la detección temprana del cáncer

Bilbiografía: Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020 Oct;110:103684. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103684. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32702568.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
Tasa de aceptación de la mamografía											
952 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	muy serio [a,b,c]	muy serio [d]	no es serio	no es serio	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	71/479 (14.8%)	119/473 (25.2%)	**RR 1.97** (1.17 a 3.33)	148 por 1000	**144 más por 1000** (de 25 más a 345 más)
Tasa de aceptación del examen clínico de los senos											
952 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	muy serio [a,b,c]	muy serio [e]	no es serio	serio	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	86/479 (18.0%)	129/473 (27.3%)	**RR 2.16** (1.02 a 4.59)	180 por 1000	**208 más por 1000** (de 4 más a 645 más)
Tasa de aceptación del autoexamen de los senos											

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas por enfermeras comparado con ninguna intervención en la detección temprana del cáncer

Bilbiografía: Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020 Oct;110:103684. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103684. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32702568.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
442 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	muy serio [a,b,c]	serio[f]	no es serio	no es serio	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	49/204 (24.0%)	128/238 (53.8%)	**RR 2.01** (1.54 a 2.63)	240 por 1000	**243 más por 1000** (de 130 más a 392 más)

Explicaciones

a. Algunos estudios presentaron algunas preocupaciones debido a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación, uso de listas de nombres de participantes y alta proporción de exclusión de datos faltantes

b. La medición de resultados se consideró como alto riesgo de sesgo debido al uso de métodos de autoinforme para medir el comportamiento de detección temprana

c. Algunas preocupaciones debido a la ausencia de protocolos registrados para evaluar el plan de análisis preespecificado

d. Varios de los resultados mostraron un alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. I2:57%, p:0,07

e. Varios de los resultados mostraron un alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado. I2: 78%, p:0,27

f. Los resultados mostraron heterogeneidad media. I2: 30%, p:0,24

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 4. Perfiles GRADE, Li C *et al*. 2020 (154)

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas por enfermeras comparado con ninguna intervención en la detección temprana del cáncer

Bilbiografía: Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020 Oct;110:103684. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103684. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32702568.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con ninuna intervención	Con Intervenciones dirigidas por enfermeras	
Conocimiento del cáncer									
314 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	muy serio [a,b,c]	serio	no es serio	no es serio	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	El conocimiento del cáncer de mama en los grupos de estudio, incluidos los factores de riesgo, los síntomas, las indicaciones de detección, los métodos y frecuencia, fue significativamente mayor después de la educación		

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas por enfermeras comparado con ninguna intervención en la detección temprana del cáncer

Bilbiografía: Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020 Oct;110:103684. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103684. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32702568.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
Creencias sobre la detección temprana del cáncer							
371 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	muy serio [a,b,c]	serio	no es serio	no es serio	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	Aumentos significativos en el riesgo de padecer cáncer (susceptibilidad y gravedad percibidas) después de la educación.
Nuevo desenlace							

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas por enfermeras comparado con ninguna intervención en la detección temprana del cáncer

Bilbiografía: Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020 Oct;110:103684. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103684. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32702568.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
426 (5 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	muy serio [a,b,c]	serio	no es serio	no es serio	ninguno	⨁◯◯◯ Muy baja	Disminución significativa de las barreras y mayores beneficios percibidos del proceso de detección temprana del cáncer (autoexamen de mama, mamografía) después de la educación

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

a. Algunos estudios presentaron algunas preocupaciones debido a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación, uso de listas de nombres de participantes y alta proporción de exclusión de datos faltantes

b. La medición de resultados se consideró como alto riesgo de sesgo debido al uso de métodos de autoinforme para medir el comportamiento de detección temprana

c. Algunas preocupaciones debido a la ausencia de protocolos registrados para evaluar el plan de análisis preespecificado

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 5. Perfiles GRADE Nnaji CA *et al*. 2021 (142)

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos comparado con estándar de atención para los países de ingresos bajos y medianos

Bilbiografía: Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open. 2022 Apr 25;12(4):e054501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054501. PMID: 35470184; PMCID: PMC9039388.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con estandar de atención	Con Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos	
Mejor acceso a los servicios de diagnóstico temprano									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos comparado con estándar de atención para los países de ingresos bajos y medianos

Bilbiografía: Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open. 2022 Apr 25;12(4):e054501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054501. PMID: 35470184; PMCID: PMC9039388.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
0 (8 estudios observacionales)	muy serio [a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación toda confusión residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.	⨁◯◯◯ Muy baja	Las intervenciones de capacitación dirigidas a mejorar el conocimiento y las habilidades de diagnóstico de los trabajadores de la salud mejoran el tiempo de espera de diagnóstico. el uso de programas de navegación de pacientes basados en la comunidad impulsados por trabajadores de la salud comunitarios o no profesionales capacitados para el examen de los senos, la recolección de muestras, el diagnóstico patológico y el seguimiento mejoran los resultados del diagnóstico temprano

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos comparado con estándar de atención para los países de ingresos bajos y medianos

Bilbiografía: Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open. 2022 Apr 25;12(4):e054501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054501. PMID: 35470184; PMCID: PMC9039388.

Evaluación de certeza	Resumen de los resultados
Reducción del tiempo de diagnóstico	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos comparado con estándar de atención para los países de ingresos bajos y medianos

Bilbiografía: Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open. 2022 Apr 25;12(4):e054501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054501. PMID: 35470184; PMCID: PMC9039388.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
0 (8 estudios observacionales)	muy serio [a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación toda confusión residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.	⨁◯◯◯ Muy baja	El uso de campañas de promoción de la educación y la concientización sobre la salud dirigidas a las mujeres puede ser eficaz para mejorar el conocimiento, la actitud y el comportamiento de búsqueda de ayuda sobre el cáncer de mama. Las intervenciones de capacitación dirigidas a mejorar el conocimiento y las habilidades de diagnóstico de los trabajadores de la salud mejoran las tasas de detección

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos comparado con estándar de atención para los países de ingresos bajos y medianos

Bilbiografía: Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open. 2022 Apr 25;12(4):e054501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054501. PMID: 35470184; PMCID: PMC9039388.

Evaluación de certeza	Resumen de los resultados
Reducción del estadio del tumor	

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Autor(es): Karime Osorio

Intervenciones dirigidas a los pasos clave descritos por el marco operativo de la OMS para el diagnóstico temprano de cáncer de mama sintomáticos comparado con estándar de atención para los países de ingresos bajos y medianos

Bilbiografía: Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open. 2022 Apr 25;12(4):e054501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054501. PMID: 35470184; PMCID: PMC9039388.

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados
0 (5 estudios observacionales)	muy serio [a]	no es serio	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación toda confusión residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.	⨁◯◯◯ Muy baja	Las intervenciones de capacitación dirigidas a mejorar el conocimiento y las habilidades de diagnóstico de los trabajadores de la salud mejoran la reducción del estadio.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

a. La mayoría de los estudios incluidos evaluaron los resultados de la intervención mediante métodos observacionales, no experimentales y no estandarizados, lo que los hace propensos al sesgo de memoria, sesgo de selección, factores de confusión no controlados y validez externa limitada

Pregunta 2

¿Cuáles son las estrategias que se deben utilizar para el tamizaje del cáncer de mama en la población adulta, por parte de profesionales de salud en los prestadores primarios de servicios de salud?

Copia No Controlada

Tabla 6. Perfiles GRADE, Hild S,*et al*. 2020 (138). Martinez A *et al*. 2017 (146)

Autor(es): Ana Milena Herrera

Pregunta: Uso de ayudas para la toma de decisión comparado con su no uso en mujeres que tienen un riesgo promedio de cáncer de mama y son elegibles para la detección mamográfica de acuerdo con el instrumento International Patient Decision Aid Standards, versión 3 (IPDASi)

Bilbiografía: Hild S, Johanet M, Valenza A, et al. Quality of decision aids developed for women at average risk of breast cancer eligible for mammographic screening: Systematic review and assessment according to the International Patient Decision Aid Standards instrument. Cancer. 2020;126(12):2765-2774. doi:10.1002/cncr.32858

Martínez-Alonso M, Carles-Lavila M, Pérez-Lacasta MJ, Pons-Rodríguez A, Garcia M, Rué M. Assessment of the effects of decision aids about breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(10):e016894. doi:10.1136/bmjopen-2017-016894[1,2]

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ayudas para la toma de decisión	no usarlas	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Proporción de mujeres que toman una decisión informada												
2	ensayos aleatorios	no es serio	serio[a]	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación[b]	503/714 (70.4%)	601/803 (74.8%)	**RR -7** (-15 a -2)	**1000 menos por 1000** (de 1000 menos a 1000 menos)	⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE
Confianza para tomar la decisión												
3	ensayos aleatorios	no es serio	serio[a]	no es serio	no es serio	se sospecha fuertemente de sesgo de publicación[b]	597	601	-	mean **0.42 menor** (0.64 menor a 0.21 menos)	⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE

Copia No Controlada

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones
a. Varios de los resultados mostraron un alto nivel de heterogeneidad que limita la interpretación del tamaño del efecto agrupado

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

b. Puede haber un sesgo de publicación debido a que no se informaron los hallazgos negativos

Tabla 7. Perfiles GRADE, Smith J, *et al*. 2021(148)

Autor(es): Ana Milena Herrera

Pregunta: Los factores informados por los pacientes asociados con la toma de decisiones para decidir realizar tamizaje para cáncer de mama en adultos mayores

Bilbiografía: Smith J, Dodd RH, Gainey KM, et al. Patient-Reported Factors Associated With Older Adults' cancer Screening Decision-making. JAMA Netw Open. 2021;4 (11):e2133406. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.33406

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Decidión positiva para realización de tamizaje de cáncer de mama									
12	estudios observacionales	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	Se han encontrado múltiples factores psico sociales que influyen sobre la decisión de someterse a pruebas de tamizaje para cáncer de mama después de cierta edad en los adultos mayores. La educación, información y facilidad de acceso a las pruebas de tamizaje son	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
							algunos factores asociados con la tome de decisión positiva hacia el tamización.		

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones
a. Tamaño de la muestra inadecuado o ningún cálculo del tamaño de la muestra en 10/12 estudios, falta de muestras representativas en 6/12 estudios

b. Manejo inadecuado de bajas tasas de respuesta (5/12 estudios)

Copia No Controlada

Tabla 8. Perfiles GRADE, Meggetto O *et al*. 2019 (147)

Autor(es): Ana Milena Herrera

Pregunta: Uso de tamizaje para cáncer de mama comparado con no usarlo en población transgénero

Bilbiografía: Meggetto O, Peirson L, Yakubu M, et al. Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. C Open. 2019;7(3):E598-E609. doi:10.9778/cmajo.20180028

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Resultados Promedio (DE)	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	La tamizaje para cáncer de mama	no hacerlo			
Beneficios del tamizaje para cáncer de mama en población trans (evaluado con: Mortalidad específica por cáncer de mama, mortalidad por todas las causas, tasa de detección de cáncer, tasa de cáncer de intervalo, sensibilidad y especificidad)											
No se identificó evidencia de investigación primaria									no estimable	-	
Daños (evaluado con: Sobrediagnóstico, detección de falsos positivos, ansiedad informada por el paciente y dolor informado por el paciente)											
No se identificó evidencia de investigación primaria									no estimable	-	
Dolor en la mamografía (evaluado con: Evaluado por los participantes utilizando una escala analógica visual que va de 0 a 10.)											
1	estudios observacionales	serio[a]	no es serio [b]	no es serio [c]	no es serio [d]	ninguno	50		Rango de 1.7 (2.1) a 2.0 (2.3) [e]	⊕◯◯◯ Muy baja	NO IMPORTANTE
Dolor en la ecografía mamaria (evaluado con: Evaluado por los participantes utilizando una escala analógica visual que va de 0 a 10)											

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Resultados Promedio (DE)	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	La tamizaje para cáncer de mama	no hacerlo			
1	estudios observacionales	serio[a]	no es serio [b]	no es serio [c]	no es serio [d]	ninguno	50		0.5 (1.2) [f]	⨁◯◯◯ Muy baja	NO IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza; **DE:** Desviación estándar

Copia No Controlada

Explicaciones

a. En ausencia de una herramienta ampliamente aceptada para evaluar la calidad metodológica de los estudios transversales, se utilizó un enfoque cualitativo que consideró la selección de los participantes y la medición de las variables del estudio para evaluar el riesgo de sesgo de este estudio transversal. Dado que no se proporcionó información suficiente sobre las características de los participantes y no participantes del estudio, la validez y confiabilidad de la medida de resultado y los procedimientos de evaluación de resultados, se consideró que este estudio era de baja calidad metodológica y se rebajó por riesgo de sesgo.

b. Debido a que se trataba de un único estudio, no se pudo evaluar la inconsistencia

c. Los resultados de este estudio se basan en datos de 50 mujeres trans adultas (edad media: 43,1 años, SD: 10,4 años) que recibieron dos de las modalidades de detección de interés (mamografía y ecografía) en un entorno hospitalario en Bélgica. Las 50 participantes recibieron cirugía de reasignación de sexo (es decir, vaginoplastia) y 48 (96,0 %) recibieron aumento de senos. Cuarenta y siete (94,0 %) participantes estaban tomando terapia de reemplazo de estrógenos y 2 (4,0 %) también estaban tomando terapia antiandrogénica (es decir, acetato de ciproterona). Las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

características de la población de este estudio son similares a los criterios especificados por las preguntas clave de esta revisión, por lo que no se observaron preocupaciones serias con respecto a la falta de direccionalidad de esta evidencia

d. El tamaño de la muestra para este estudio fue pequeño (n = 50). Debido a que no se proporcionaron intervalos de confianza, no se pudo evaluar la precisión de los resultados del estudio.

e. Se realizaron dos evaluaciones posteriores a la mamografía del dolor experimentado por los participantes. Una evaluación fue administrada por un radiólogo y la otra por una enfermera del estudio. Las puntuaciones de dolor medias (DE) de las evaluaciones administradas por el radiólogo y la enfermera del estudio fueron de 1,7 (2,0) y 2,0 (2,3) puntos, respectivamente. Los datos de este conjunto de pruebas no se combinaron estadísticamente debido a un número insuficiente de estudios.

f. No se informó sobre el personal del estudio responsable de administrar la evaluación posterior a la ecografía del dolor experimentado. Los datos de este conjunto de pruebas no se combinaron estadísticamente debido a un número insuficiente de estudio

Copia No Controlada

Tabla 9. Perfiles GRADE, Sharma R *et al*. 2018 (145)

Autor(es): Ana Milena Herrera

Pregunta: Se debe realizar tamizaje para cáncer de mama en menores de 40 y mayores de 49

Bilbiografía: Sharma R, Pannikottu J, Xu Y, et al. Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. J Women's Heal. 2018;27(9):1142-1151. doi:10.1089/jwh.2017.6689

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Sobreuso de el tamizaje para cáncer de mama (evaluado con: Diferentes metodologías y herramientas)									
15	estudios observacionales	serio[a]	serio[b]	no es serio	serio[c]	ninguno	Diferentes determinantes del sobreuso de tamizaje para cáncer de mama evaluadas de diferente manera y expresadas en tasas de acuerdo con el instrumento de medición usado	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones
a. Falta de notificación de las tasas de respuesta

b. Falta de uso de herramientas validadas para la recopilación de datos.

c. No fue posible examinar la frecuencia de la detección por individuo, ya que algunas pacientes mujeres podrían contribuir con múltiples visitas

Copia No Controlada

Tabla 10. Perfiles GRADE Sood R *et al.* 2019(149).

Autor(es): Ana Milena Herrera

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta: ¿Debería usarse la ecografía mamaria para diagnosticar el cáncer de mama en población con indicaciones para tamización?

Bilbiografía: Sood R, Rositch AF, Shakoor D, et al. Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Glob Oncol. 2019;2019(5):1-17. doi:10.1200/JGO.19.00127

Sensibilidad	0.80 (95% CI: 0.72 a 0.86)
Especificidad	0.88 (95% CI: 0.80 a 0.94)

Prevalencias	0%

Copia No Controlada

Desenlace	№ de estudios (№ de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Probabilidad pre-test de 0%	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación		
Verdaderos positivos (pacientes con el cáncer de mama)	26 estudios 0 pacientes	Estudios de series de casos y transversales	serio[a,b]	no es serio	serio[a,c]	serio[b,c]	ninguno	0 (0 a 0)	⨁◯◯◯ Muy baja
Falsos negativos (pacientes incorrectamente								0 (0 a 0)	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Desenlace	№ de estudios (№ de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Probabilidad pre-test de 0%	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación		
clasificados de no tener el cáncer de mama)									
Verdaderos negativos (pacientes sin el cáncer de mama)	26 estudios 0 pacientes	Estudios de series de casos y transversales	serio[a,b]	no es serio	serio[a,c]	serio[b,c]	ninguno	880 (800 a 940)	⨁◯◯◯ Muy baja
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como el cáncer de mama)								120 (60 a 200)	

Copia No Controlada

Explicaciones

a. Cegamiento inconsistente de los radiólogos a los resultados finales de patología

b. Sesgo en la evaluación del flujo y el tiempo; en concreto, no todos los pacientes recibieron el mismo estándar de referencia

c. El conjunto de estudios fue heterogéneo en cuanto a la sensibilidad ecográfica agrupada general (I2 = 80,9 %) y las estimaciones de especificidad (I2 = 99,7 %).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 3

¿Cuáles son las indicaciones para la solicitud de exámenes complementarios y para la remisión oportuna de pacientes adultos con lesiones sospechosas de cáncer al examen clínico de la mama, o con hallazgos anormales en los paraclínicos (mamografía y/o ecografía categoría BI-RADS 4 y 5) desde los prestadores primarios hacia servicios complementarios especializados de salud?

Tabla 11. Perfiles GRADE, Reece JC *et al*. 2021 (150)

Autor(es): Carlos Pinto

Pregunta: Cuáles son las implicaciones del seguimiento inadecuado y cuáles son las barreras que enfrentan los profesionales para realizar el seguimiento?

Bilbiografía: Reece JC, Neal EFG, Nguyen P, McIntosh JG, Emery JD. Delayed or failure to follow-up abnormal breast cancer screening mammograms in primary care: a systematic review. BMC Cancer. 2021;21(1):373. doi: 10.1186/s12885-021-08100-3

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Efectividad de los recordatorios a los médicos de atención primaria para mejorar el seguimiento									
2	estudios observacionales	no es serio					Se proporcionó evidencia para respaldar la efectividad de los recordatorios para mejorar el seguimiento	-	
Mayor seguimiento por la inclusión de una recomendación de seguimiento específica por parte del radiólogo en el informe de la mamografía BIRADS®-4/− 5									
2	estudios observacionales	no es serio					La inclusión de una recomendación de seguimiento inmediato por parte del radiólogo en el informe de la mamografía en comparación con ninguna recomendación se asoció con un mayor seguimiento dentro de los 60 días	-	

Copia No Controlada

CI: Intervalo de confianza

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta 4

¿Cuáles son las estrategias colectivas e individuales de promoción y prevención a realizar desde los prestadores primarios de servicios de salud, para sensibilizar a la población sobre la importancia del diagnóstico oportuno de cáncer de mama?

Tabla 12. Perfiles GRADE, Agide FD, *et al.* 2018. (151)

Autor(es): Carlos Pinto

Pregunta: ¿Cuál es el efecto de la realización de Llamadas telefónicas y mensajes de textos comparado con comunicación usual (cara a cara) en la mejora del proceso de tamizaje para cáncer de mama[a]

Configuración: Atención primaria

Bilbiografía: Agide FD, Sadeghi R, Garmaroudi G, Tigabu BM. A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years. Eur J Public Health. 2018;28(6):1149-1155. doi:10.1093/eurpub/ckx231

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Llamadas telefónicas y mensajes de pérdida	comunicación usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Realización de mamografías (seguimiento: media 6 meses ; evaluado con : Número de mamografías)												
1[b]	estudios observacionales [c]	serio[d]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	31/112 (27.7%)	157/992 (15.8%)	**OR 1.9114** (1.2000 a 3.0500)	**106 más por 1,000** (de 26 más a 206 más)	⨁◯◯◯ Muy baja	CRITICAL

CI: Intervalo de confianza; **OR:** Razón de momios

Copia No Controlada

Explicaciones
a. La intervención consistió en el envío de mensajes de pérdida, la comparación en la comunicación usual. Los mensajes de pérdida se refieren a mensajes que indican lo que pierde la persona al no realizar una acción.
b. Abood DA, Black DR, Coster DC. Loss-framed minimal intervention increases mammography use. Women's Health Issues 2005; 15: 258–64.
c. Diseño experimental no equivalente
d. En la evaluación de calidad en la lista downs and black Checklist los autores de la revisión disminuyeron el puntaje por validez externa, sesgos, confusión y poder del estudio para un total de 15/27 puntos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 13. Perfiles GRADE, Agide FD *et al.* 2018 (151)

Autor(es): Carlos Pinto

Pregunta: Llamadas telefónicas y educación comparado con no realización de intervención para mejorar la tamizaje para cáncer de mama

Configuración: Atención primaria

Bilbiografía: Agide FD, Sadeghi R, Garmaroudi G, Tigabu BM. A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years. Eur J Public Health. 2018;28(6):1149-1155. doi:10.1093/eurpub/ckx231

Copia No Controlada

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Realización del tamizaje (seguimiento: rango 3 meses a 12 meses ; evaluado con : Mamografía o autoexamen)									
4	estudios observacionales [a]	muy serio [b]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	La evidencia fue tomada de cuatro estudios. El primero fue un ECA realizado en USA (Lindberg et al 2009), en 616 mujeres, en el que se hizo una sesión de consejería de 30 a 45 minutos y entrenamiento con un modelo de silicona y seguimiento por dos llamadas telefónicas	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANT

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
							breves, encontrando un incremento en la realización del autoexamen del 59% versus 12,2% en el grupo control. El segundo fue un estudio de intervención realizado en USA (Consedine et al 2007) en 5144 mujeres en el que se evaluó una intervención telefónica, educación y entrenamiento, encontrando mayor realización de tamizaje en el grupo intervención (65,6% versus 48,9%); El tercero fue un ECA realizado en USA (Engelman et al 2011), en 290 mujeres, en el que se hizo educación persona a persona por trabajadores sociales y seguimiento por medio de llamadas telefónicas, encontrando un cambio en la realización de el tamizaje del 25% al 30% en el grupo intervención, versus 15% a no cambio en el comparador. El cuarto fue un ECA realizado por Bowen et al 2011, en USA, en 1354 mujeres en el que se evaluaron llamadas telefónicas e intervenciones en internet, encontrando un incremento en la realización de la mamografía (69 a 82% versus 71% a 71%) y del autoexamen (40 a 62% versus 41 a 41%) en el último año de la intervención.		

Copia No Controlada

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones
a. Incluyeron tres ECA y un estudio de antes y después.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

b. El estudio de Lindberg fue considerado en riesgo de sesgo debido a que no reporta la realización de cegamiento (escala de Jadad 3/5); el estudio de Consedine obtuvo un total de 10/27 en la lista downs and black Checklist debido a fallas en el reporte, validez externa, riesgo de sesgo y análisis de confusión (ver perfil de evidencia GRADE). El estudio de Engelman fue considerado en riesgo de sesgo debido a que no reporta la realización de cegamiento (escala de Jadad 3/5). El estudio de Engelman fue considerado en riesgo de sesgo debido a que no reporta la realización de cegamiento (escala de Jadad 3/

Tabla 14. Perfiles GRADE, Agide FD *et al.* 2018 (151)

Autor(es): Carlos Pinto

Pregunta: ¿Cuáles son las intervenciones educativas comunitarias que mejoran la conciencia sobre la importancia del autoexamen de mama y que promuevan su realización?

Configuración: Intervenciones comunitarias

Bilbiografía: Agide FD, Sadeghi R, Garmaroudi G, Tigabu BM. A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years. Eur J Public Health. 2018;28(6):1149-1155. doi:10.1093/eurpub/ckx231

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Conciencia sobre tamizacjey realización de tamizaje (seguimiento: rango 3 meses a 2 años ; evaluado con : Autoexamen o mamografía)									
4[a.]	estudios observacionales [b]	serio[c]	no es serio	no es serio	no es serio	Ninguno	La evidencia fue tomada de cuatro estudios. Rao et al 2005 realizaron un estudio de intervención no aleatorizado, en 360 mujeres de áreas rurales de la India, que evaluó educación en cáncer y autoexamen por trabajadores de salud entrenados. Nguyen et al 2009 llevaron a cabo un ECA en 1100 mujeres americanas-vietnamitas, en el que evaluaron dos sesiones educativas y dos llamadas telefónicas. Akhtar et al 2010 realizaron un estudio cuasi-experimental en 1766 mujeres en Arabia Saudita, en el que evaluaron un programa de tamizaje incluyendo campañas por medio de canales, periódicos, exhibiciones, puntos de información y carteles y sesiones educativas para la concientización con sesiones educativas interactivas. Ayash et al 2011 realizaron un estudio cuasi-experimental en 597 mujeres en USA, evaluando workshops, una aproximación de participación basada en la comunidad y entrenamientos relacionados con riesgos individuales. Los resultados fueron, respectivamente: • Incremento del autoexamen de 0 a 93% (z = -15,807; P< 0.001) • Uso de mamografía OR = 3,14 (IC 95%: 1.98 a 5.01; P < 0.001) • 18% de la población participó en el tamizaje con mamografía.	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANT

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
							• Incremento del 68% en la comprensión de el tamizaje y del 29% en la realización de la tamización.		

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones
a. Rao et al 2005, Nguyen et al 2009, Akhtar et al 2010, Ayash et al 2011
b. Un ECA, un estudio de intervención no aleatorizado y dos estudios cuasi-experimentales.
c. El estudio de Nguyen presentó riesgo de sesgo debido a no reporte de cegamiento o método de cegamiento. Los estudios de Rao, Akhtar y Ayash obtuvieron puntajes de 15, 11 y 12 sobre 27 en la lista downs and black Checklist debido a fallas en el reporte, sesgos, confusión y poder del estudio.

Copia No Controlada

Tabla 15. Perfiles GRADE, Jongerius C *et al.* 2019 (155)

Autor(es): Ana Milena Herrera

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Pregunta: Uso de aplicaciones móviles comparado con no uso, para incrementar la conciencia sobre cáncer de mama y la realización del autoexamen

Configuración: No especificado

Bilbiografía: Jongerius C, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. Research-Tested Mobile Apps for Breast Cancer Care: Systematic Review. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(2):e10930. Published 2019 Feb 11. doi:10.2196/10930

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Aplicaciones móviles	no uso de aplicaciones	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Conciencia de cáncer de mama (seguimiento: media 4 semanas; evaluado con : Cuestionario; Escala de: 0 a 18)[a]												
1[b]	estudios observacionales [c]	serio[d]	no es serio	no es serio	serio[e]	ninguno	96	96	-	Tamaño del efecto **2.1 más alto.** (1.7 más alto. a 2.5 más alto.)[f]	⨁◯◯◯ Muy baja	CRITICAL
Realización del autoexamen (seguimiento: media 2 meses; evaluado con: Entrevistas)												

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Aplicaciones móviles	no uso de aplicaciones	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1[g]	estudios observacionales	serio[d]	no es serio	no es serio	serio[h]	ninguno	Incrementó el número de participantes que realizó el autoexamen: 28 a 32 (62,2% a 71,1%), aunque la diferencia no fue significariva (p = 0,503).				⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANT

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones
a. Cuestionario de 18 preguntas sobre el cáncer de mama, adaptado del United Kingdom Cancer Research.
b. Alanzi et al 2018
c. Estudio de intervención, pero no aleatorizado.
d. La calidad de la evidencia para el estudio de Alanzi fue considerada moderada y para el estudio de Heo fue considerada como débil de acuerdo con la herramienta Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool.
e. Tamaño de muestra reducido: 96 pacientes por grupo.
f. En el grupo control fue 0 el tamaño del efecto.
g. Heo et al 2013
h. Tamaño de muestra reducido: 45 pacientes

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 16. Perfiles GRADE, O'Mahony M *et al*. 2017(153)

Autor(es): Ana Milena Herrera

Pregunta: Intervenciones para incrementar la conciencia respecto al cáncer de mama entre mujeres comparado con Cuidado estándar o sin comparador en Mujeres con o sin diagnóstico previo de cáncer de mama

Configuración: Cualquier escenario (clínico, en línea, comunitario).

Bilbiografía: O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, et al. Interventions for raising breast cancer awareness in women. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2(2):CD011396. Published 2017 Feb 10. doi:10.1002/14651858.CD011396.pub2 O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, et al. Interventions for raising breast cancer awareness in women. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2(2):CD011396. Published 2017 Feb 10. doi:10.1002/14651858.CD011396.pub2

Copia No Controlada

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**Inconsistencia**	**Evidencia indirecta**	**Imprecisión**	**Otras consideraciones**			
Conocimiento de síntomas de cáncer de mama (seguimiento: media 1 meses ; evaluado con : Identificación de síntomas en una lista)[a]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,1 IC95%: 0,8 a 1,5, p=0,61; 496 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 2,5 IC95%: 1,7 a 3,6, p=0,001; 488 mujeres. [e]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Conocimiento de síntomas de cáncer de mama (seguimiento: media 1 año; evaluado con: Identificación de síntomas en una lista)[a]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,3 IC95%: 0,9 a 1,9, p=0,23; 469 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 1,7 IC95%: 1,1 a 2,4, p=0,01; 463 mujeres. [e]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Conocimiento de síntomas de cáncer de mama (seguimiento: media 2 años ; evaluado con : Identificación de síntomas en una lista)[a]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,1 IC95%: 0,7 a 1,6, p=0,66; 449 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 1,4 IC95%: 0,9 a 2,1, p=0,11; 434 mujeres.	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Conocimiento de síntomas de cáncer de mama (seguimiento: media 1 mes; evaluado con : Cuestionario de 16 puntos)[f]									
1[g]	ensayos aleatorios	serio[h]	no es serio	no es serio	serio[i]	ninguno	**Grupo experimental:** incremento: diferencia de medias (DM): 3,45 (desviación estándar(DE): 5,11); 65 mujeres. **Grupo control:** disminución: diferencia de medias (DM): -0,68 (desviación estándar(DE): 5,93); 65 mujeres.p<0,001. [j]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Conocimiento de riesgo relacionado con la edad (seguimiento: media 1 años ; evaluado con : Pregunta)[k]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 3,2 IC95%: 1,8 a 5,8, p=0,001; 503 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 9,5 IC95%: 5,1 a 17,6, p=0,001; 499 mujeres.[e]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Conocimiento de riesgo relacionado con la edad (seguimiento: media 1 años ; evaluado con : Pregunta)[k]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 3,4 IC95%: 1,8 a 6,7, p=0,001; 471 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 7,4 IC95%: 3,7 a 14,7, p=0,001; 468 mujeres.[e]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Conocimiento de riesgo relacionado con la edad (seguimiento: media 2 años ; evaluado con : Pregunta)[k]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,8 IC95%: 0,9 a 3,5, p=0,08; 447 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 4,8 IC95%: 2,6 a 9,0, p=0,001; 431 mujeres.[e]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Actitud de las mujeres hacia su susceptibilidad percibida (seguimiento: media 1 meses ; evaluado con : Cuestionario de seis ítems)[lm]									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**Inconsistencia**	**Evidencia indirecta**	**Imprecisión**	**Otras consideraciones**			
1[g]	ensayos aleatorios	serio[h]	no es serio	no es serio	serio[i]	ninguno	**Grupo experimental:** incremento: diferencia de medias (DM): 1,31 (desviación estándar (DE): 3,57); 65 mujeres. **Grupo control:** disminución: diferencia de medias (DM): -0,55 (desviación estándar (DE): 3,31); 65 mujeres. p=0,005. [j]	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Frecuencia de revisión de la mama (seguimiento: media 1 meses ; evaluado con : Categorías de frecuencia)[n]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	En línea de base casi la mitad de las mujeres reportó revisión de las mamas al menos una vez al mes. **Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,2 IC95%: 0,9 a 1,6, p=0,25; 517 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 2,0, IC95%: 1,4 a 2,8, p<0,001; 508 mujeres. [e]	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Frecuencia de revisión de la mama (seguimiento: media 1 años ; evaluado con : Categorías de frecuencia)[n]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	En línea de base casi la mitad de las mujeres reportó revisión de las mamas al menos una vez al mes. **Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,1 IC95%: 0,8 a 1,6, p=0,47; 482 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 1,3 IC95%: 0,9 a 1,8, p<0,23; 473 mujeres. [e]	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**Inconsistencia**	**Evidencia indirecta**	**Imprecisión**	**Otras consideraciones**			
Frecuencia de revisión de la mama (seguimiento: media 2 años ; evaluado con : Categorías de frecuencia)[n]									
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	En línea de base casi la mitad de las mujeres reportó revisión de las mamas al menos una vez al mes. **Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,1 IC95%: 0,8 a 1,6, p=0,54; 457 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 1,3 IC95%: 0,9 a 1,9, p=0,14; 445 mujeres. Se reportó también un incremento del 53,3% (285 mujeres) al 68,6% (229 mujeres) en el grupo control (cuidado usual). [e]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Comportamientos de prevención (seguimiento: media 1 meses ; evaluado con : Escala de cinco puntos)[op]									
1[g]	ensayos aleatorios	serio[h]	no es serio	no es serio	serio[i]	ninguno	**Grupo experimental:** incremento: diferencia de medias (DM): 1,21 (desviación estándar (DE): 2,54); 65 mujeres. **Grupo control:** diferencia de medias (DM): 0,15 (desviación estándar (DE): 2,94); 65 mujeres. p=0,045. [j]	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Conciencia de cáncer de mama (seguimiento: media 1 meses ; evaluado con : Cuestionario)[q]									

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[d]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 4,4 IC95%: 1,6 a 2,0, p=0,004; 481 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 24,0 IC95%: 7,7 a 73,7, p<0,001; 473 mujeres. [e]	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

Conciencia de cáncer de mama (seguimiento: media 1 años ; evaluado con : Cuestionario)[q]

1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[i]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 3,5 IC95%: 1,2 a 10,5, p=0,025; 456 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 15,2 IC95%: 4,8 a 47,8, p<0,001; 454 mujeres. [e]	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

Conciencia de cáncer de mama (seguimiento: media 2 años ; evaluado con : Cuestionario)[q]

1[b]	ensayos aleatorios	serio[c]	no es serio	no es serio	serio[i]	ninguno	**Grupo intervención 1 versus control:** OR 1,8 IC95%: 0,6 a 5,30, p=0,32; 435 mujeres. **Grupo intervención 2 versus control**: OR 8,1 IC95%: 2,7 a 25,0, p<0,001; 420 mujeres. [e]	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

Copia No Controlada

CI: Intervalo de confianza

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Explicaciones

a. Estudio PEP (Forbes 2011, Linsell 2009): la evaluación consistió en la identificación correcta de cinco o más síntomas no bultos de una lista de 11

b. Publicado en (1) Forbes LJ, Linsell L, Atkins L, Burgess C, Tucker L, Omar L, et al. A promoting early presentation intervention increases breast cancer awareness in older women aTer 2 years: a randomised controlled trial. British Journal of Cancer 2011;105(1):18-21. (2) Linsell L, Forbes LJ, Kapari M, Burgess C, Omar L, Tucker L, et al. A randomised controlled trial of an intervention to promote early presentation of breast cancer in older women: eJect on breast cancer awareness. British Journal of Cancer 2009;101(Suppl 2):S40-8.

c. Falta de cegamiento de los participantes, personal y evaluadores de los desenlaces.

d. Tamaño de muestra reducido (de acuerdo con los evaluadores de la revisión).

e. Intervención 1: folleto con mensajes clave de concientización sobre el cáncer de mama, entregado por un radiólogo a cada mujer que había realizado su mamografía de rutina, además del cuidado usual. Intervención 2: interacción de 10 minutos, personal, con un radiólogo o un psicólogo más el folleto más el cuidado usual.

f. No se proporcionaron detalles del cuestionario. Se calcularon los puntajes con estos criterios: respuesta correcta: 2, sin comentario: 1, respuesta incorrecta: 0.

g. Eskandari-Torbaghan A, Kalan-Farmanfarma K, Ansari- Moghaddam A, Zarei Z. Improving breast cancer preventive behavior among female medical staff: The use of educational intervention based on health belief model. Malaysian Journal of Medical Sciences 2014; 21(5):44-50.

h. Riesgo de sesgo no claro en todos los dominios de RoB, excepto en el de datos incompletos.

i. Debido a un bajo número de eventos.

j. Programa de entrenamiento educativo en comportamientos para la prevención de cáncer de mama, basado en un modelo de creencias en salud, entregado por los investigadores a través de lecciones, presentaciones, videos, folleto y CD en tres sesiones de 90 minutos. Grupo control: sin intervención.

k. Preguntaron si una mujer de 70 años tenía más probabilidad de presentar cáncer de mama que una de 30 años o de 50 años. Otorgaron un punto si respondió de manera correcta.

l. Consideraciones de las mujeres acerca de su riesgo

m. En escala tipo likert de 4 (total acuerdo) a 0 (total desacuerdo).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

n. "Raramente o nunca", "al menos cada seis meses", "al menos una vez al mes", "al menos una vez a la semana". Las respuestas en las dos últimas categorías dieron lugar a un punto.
o. Se incluyeron creencias positivas hacia el auto examen.
p. En escala tipo likert desde 3 (siempre) hasta 0 (nunca).
q. Se evaluó como una combinación de respuestas a tres preguntas relacionadas con: conocimiento de síntomas, conocimiento de riesgo relacionado con la edad y reporte de chequeo de la mama.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia C de. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atencion integral del cancer en Colombia [Internet]. 2010. p. 7. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39368
2. Colombia M de S y PS de. Resolución 4496 de 2012. Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer [Internet]. 2012. p. 9. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 4496 de 2012.pdf?msclkid=2a8c399cd07811ec94d6cf9b4d093737
3. Colombia M de S y PS de. Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública [Internet]. 2012. p. 47. Available from: https://actualisalud.com/images/stories/res4505de2012.pdf
4. Colombia C de. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2011. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
5. Colombia M de S y PS de. Resolución 1383 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021 [Internet]. 2013. p. 64. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1383-de-2013.pdf?msclkid=a5d51b6bd07711ec99561fef52625a3b
6. Colombia M de S y PS de. Resolución 1419 de 2013. Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamiento [Internet]. 2013. p. 6. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1419-de-2013.pdf?msclkid=f0db547bd07711ecaa22d12fc201292e
7. SOCIAL MDESYP. Resolución 1442 de 2013 [Internet]. 2013. Available from: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1442_2013.htm
8. Colombia M de S y PS de. Resolución 1552 de 2013. Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2013. p. 3. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf
9. Colombia M de S y PS de. Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. 2013. p. 326. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

10. Colombia M de S y PS de. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) [Internet]. 2013. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf

11. Colombia C de. Ley 1733 de 2014. Diario oficial Congreso de la República [Internet]. 2014;2014(49.268):1–6. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1733014.pdf

12. Salud SN de. Circular 004 de 2014. Instrucciones sobre prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer [Internet]. 2014. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/C_2014_Norma_000004.pdf

13. ESE IN de C. Modelo de cuidado del paciente con cáncer [Internet]. 2015. p. 56. Available from: https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/modelo-cuidado-del-paciente-cancer

14. Colombia M de S y PS de. Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Publica y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC [Internet]. 2015. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf

15. Social. M de S y P. Resolución 1441 de 2016 [Internet]. 2016. p. 46. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 1441 de 2016.pdf

16. social M de salud y protección. Resolución 1477 de 2016. Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto “UFCA” y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil “UACAI” y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2016. Available from: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1477_2016.htm

17. Colombia M de S y PS de. Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud [Internet]. 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf

18. Resolución 3280 de 2018 - Buscar con Google [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Available from: https://www.google.com/search?q=Resoluci%C3%B3n+3280+de+2018&rlz=1C1CHZN_esCO990CO990&oq=Resoluci%C3%B3n+3280+de+2018&aqs=chrome..69i57j0i512l4j0i20i263i512j0i512l4.917j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

19. Colombia M de S y PS de. Resolución 3339 de 2019. Por la cual se establece e implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar [Internet]. 2019. p. 28. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3339 de 2019.pdf

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

20. Colombia M de S y PS de. Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE [Internet]. 2019. p. 17. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf

21. Colombia M de S y PS de. Resolución 1620 de 2020. Por la cual se modifican los artículos 7o y 9o y se sustituye el anexo técnico de la Resolución número 3339 de 2019 que establece e implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las EPS y demás E [Internet]. 2020. p. 19. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=6264

22. Colombia M de S y PS de. Resolución 202 de 2021. Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta [Internet]. 2021. p. 31. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 202 de 2021.pdf

23. Colombia M de S y PS de. Decreto 441 del 2022. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los [Internet]. 2022. p. 22. Available from: https://bit.ly/3NDehPi

24. Social M de S y P. Plan Decenal de Salud Pública - PDSP. 2022-2031 (Borrador) [Internet]. 2022. p. 154. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-2012-2021-colombia&Itemid=40264&lang=es%0Ahttps://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-

25. Bogotá C de. Acuerdo 177 de 2005 [Internet]. 2005. Available from: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=29261#:~:text=4.&text=Acuerdo 177 de 2005 Concejo,de marzo de cada año.

26. Bogotá C de. Acuerdo 220 de 2006. Por medio del cual se institucionaliza en el Distrito Capital la Semana de la Prevención y Lucha contra el Cáncer. [Internet]. 2006. Available from: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=29261#:~:text=4.&text=Acuerdo 177 de 2005 Concejo,de marzo de cada año.

27. C C de BD. Acuerdo 760 de 2020. Por el cual se establecen acciones para el fortalecimiento de la atención integral del cáncer en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2020. p. 8. Available from: https://concejodebogota.gov.co/cbogota/site/artic/20200319/asocfile/20200319175904/edicion_640_acuerdo_758_759_760_de_marzo_de_2020.pdf#page=5

28. El Ca´ncer de Mama en los Paıses con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud [Internet]. [cited 2022 Nov 15]. Available from: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:kAg-aX57mRAJ:scholar.google.com/+normatividad+internacional+cancer+de+mama&hl=es&as_sdt=0,5

29. Institute. NC. Definition of breast self-exam- - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

30. Martínez-Alonso M, Carles-Lavila M, Pérez-Lacasta MJ, Pons-Rodríguez A, Garcia M, Rué M. Assessment of the effects of decision aids about breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(10):e016894–e016894.

31. Institute. NC. Definitions of biopsy- NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/search/biopsy/?searchMode=Begins

32. Organization. WH. Cancer [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

33. Social. M de S y P. Cáncer de mama [Internet]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx

34. Cangiarella J, Simsir A. Breast. Orell & Sterrett's Fine Needle Aspiration Cytology. 2012;156–209.

35. Johns Hopkins Medicine. Cytology [Internet]. Available from: https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/cytology

36. Morales AR, Zárate LEM. Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada. Ed. Médica Panamericana; 2004.

37. D'Orsi CJ Mendelson EB Morris EA et al. SEA. ACR BI-RADS® Atlas, Breast imaging reporting and data system. American College of Radiology: Reston, VA, USA. 2013;

38. Social. M de S y P. Prestador Primario de Servicios de Salud Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Dirección de Promoción y Prevención. [Internet]. 2018. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/documento-marco-prestador-primario.pdf

39. Society AC. What Is a Breast Ultrasound? | Breast Cancer Screening [Internet]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-ultrasound.html

40. Estadística-DANE. DAN de. Enfoque diferencial e interseccional [Internet]. Available from: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional

41. Institute. NC. Definition of epigenetics - NCI Dictionary of Genetics Terms - NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/genetics-dictionary/def/epigenetics

42. Moretti E, Cal IO, Galetto M, Londoño L. Nueva técnica para corrección del pezón invertido sin cicatriz evidente. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2015;41(2):147–54.

43. Cusati MP, de la Muela MH, Hernaez DH, Dionisio MC, Guindo AR, de Santiago Garcia FJ. Correlación entre la expresión de Ki67 con factores clásicos pronósticos y predictivos en el cáncer de mama precoz. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2014;27(4):163–9.

44. Senos densos: Respuestas a las preguntas más frecuentes - NCI [Internet]. [cited 2022 Nov 14]. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/significado-cambios-en-los-senos/senos-densos

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

45. Institute. NC. Mamografías - NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/types/breast/mammograms-fact-sheet#what-is-a-mammogram

46. Arley Hernández R. MENOPAUSIA (MENOPAUSE). 2017;2(12):7–10.

47. Institute. NC. Definition of metastasize - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/metastasize

48. – I de ET en S. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad clínica, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud. Bogotá D.C.; 2020.

49. Institute. NC. Definition of mutation- NCI Dictionary of Genetics Terms-NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/genetics-dictionary/search/mutation/?searchMode=Begins

50. Institute. NC. Definición de neoplasia - Diccionario de cáncer del NCI - [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/neoplasia

51. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama? | CDC [Internet]. [cited 2022 Nov 14]. Available from: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm

52. Doiron KA, Hoffmann TC, Beller EM. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018;(3). Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010754.pub2

53. Salud. OM de la. Promoción de la Salud Glosario Organización Mundial de la Salud Ginebra [Internet]. 1998. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

54. Definition of immunohistochemistry - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/immunohistochemistry

55. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Menopausal Transition. In: Williams Gynecology, 3e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016. Available from: http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1125288284

56. Baratloo A, Hosseini M, Negida A, el Ashal G. Part 1: Simple Definition and Calculation of Accuracy, Sensitivity and Specificity. Emerg (Tehran) [Internet]. 2015;3(2):48–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26495380

57. Heyman B. 15The concept of risk [Internet]. Heyman B, Alaszewski A, Shaw M, Titterton M, editors. Risk, Safety and Clinical Practice: Health care through the lens of risk. Oxford University Press; 2009. p. 0. Available from: https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198569008.003.01

58. Maxim LD, Niebo R, Utell MJ. Screening tests: a review with examples. Inhal Toxicol [Internet]. 2014;26(13):811–28. Available from: https://doi.org/10.3109/08958378.2014.955932

59. Institute. NC. Definition of tumor- NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/search/tumor/?searchMode=Begins

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

60. Institute. NC. Definición de tumor benigno - Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tumor-benigno

61. Intertational Agency For research on cancer. Globocan 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 19]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=170&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&i

62. Alkabban FM, Ferguson T. Breast Cancer [Internet]. StatPearls. 2022. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493913

63. Budh DP, Sapra A. Breast Cancer Screening [Internet]. StatPearls. 2022. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32310510

64. Khattab A, Kashyap S, Monga DK. Male Breast Cancer [Internet]. StatPearls. 2022. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30252292

65. Board PDQATE. Breast Cancer Treatment (Adult) (PDQ®): Patient Version [Internet]. PDQ Cancer Information Summaries. 2002. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26389406

66. Cserni G, Francz M, Járay B, Kálmán E, Kovács I, Krenács T, et al. Pathological Diagnosis, Work-Up and Reporting of Breast Cancer 1st Central-Eastern European Professional Consensus Statement on Breast Cancer. Pathology and Oncology Research [Internet]. 2022;28. Available from: https://www.por-journal.com/articles/10.3389/pore.2022.1610373/full

67. Hortobagyi GN, Edge SB, Giuliano A. New and Important Changes in the TNM Staging System for Breast Cancer. American Society of Clinical Oncology Educational Book [Internet]. 2018;(38):457–67. Available from: https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_201313

68. (NICE) NI for H and CE. Advanced breast cancer: diagnosis and treatment. Full Guideline [Internet]. 2017. p. 122. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg81/evidence/full-guideline-pdf-242246995

69. (NICE) NI for H and CE. Clinical Guideline. Familial breast cancer: classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer Full Guideline. Update of clinical guideline [Internet]. 2019. p. 253. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg164/evidence/full-guideline-pdf-190130941

70. Costo C de A. Día mundial contra el cáncer de mama 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-contra-el-cancer-de-mama-2021/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20Organizaci%C3%B3n,a%20causa%20de%20esta%20enfermedad.

71. Daly AA, Rolph R, Cutress RI, Copson ER. A Review of Modifiable Risk Factors in Young Women for the Prevention of Breast Cancer. Breast Cancer (Dove Med Press) [Internet]. 2021;13:241–57. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33883932

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

72. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. Breast Cancer (Dove Med Press) [Internet]. 2019;11:151–64. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31040712

73. Sun Y sheng, Zhao Z, Yang Z nv, Xu F, Lu H jing, Zhu ZY, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. Int J Biol Sci [Internet]. 2017;13(11):1387–97. Available from: http://www.ijbs.com/v13p1387.htm

74. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2022 Nov 23];59(4):651–72. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681694/

75. Tamimi RM, Spiegelman D, Smith-Warner SA, Wang M, Pazaris M, Willett WC, et al. Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. Am J Epidemiol. 2016 Dec 15;184(12):884–93.

76. Engin A. Obesity-associated Breast Cancer: Analysis of risk factors. Adv Exp Med Biol [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 22];960:571–606. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28585217/

77. Ellingjord-Dale M, Papadimitriou N, Katsoulis M, Yee C, Dimou N, Gill D, et al. Coffee consumption and risk of breast cancer: A Mendelian randomization study. PLoS One [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Nov 15];16(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33465101/

78. Vatten LJ, Solvoll K, Løken EB. Coffee consumption and the risk of breast cancer. A prospective study of 14,593 Norwegian women. Br J Cancer [Internet]. 1990 [cited 2022 Nov 15];62(2):267–70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2386741/

79. McTiernan A, Kooperberg C, White E, Wilcox S, Coates R, Adams-Campbell LL, et al. Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Cohort Study. JAMA. 2003;290(10):1331–6.

80. Gallagher EJ, LeRoith D. Obesity and diabetes: The increased risk of cancer and cancer-related mortality. Physiol Rev. 2015 Jul 1;95(3):727–48.

81. Steenland 1995.

82. Barzaman K, Karami J, Zarei Z, Hosseinzadeh A, Kazemi MH, Moradi-Kalbolandi S, et al. Breast cancer: Biology, biomarkers, and treatments. Int Immunopharmacol [Internet]. 2020;84(April):106535. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1567576920304768

83. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res [Internet]. 2017;50(1):33. Available from: http://biolres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40659-017-0140-9

84. Roulot A, Héquet D, Guinebretière J marc, Vincent-Salomon A, Lerebours F, Dubot C, et al. Tumoral heterogeneity of breast cancer. Ann Biol Clin (Paris) [Internet]. 2016;74(6):653–60. Available from: http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/abc.2016.1192

85. Anderson WF, Rosenberg PS, Prat A, Perou CM, Sherman ME. How Many Etiological Subtypes of Breast Cancer: Two, Three, Four, Or More? JNCI Journal of the National Cancer

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Institute [Internet]. 2014;106(8):dju165–dju165. Available from: https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/dju165

86. Pare R, Yang T, Shin JS, Tan PH, Soon Lee C. Breast cancer precursors: diagnostic issues and current understanding on their pathogenesis. Pathology [Internet]. 2013;45(3):209–13. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031302516315628

87. Tirada N, Aujero M, Khorjekar G, Richards S, Chopra J, Dromi S, et al. Breast Cancer Tissue Markers, Genomic Profiling, and Other Prognostic Factors: A Primer for Radiologists. RadioGraphics [Internet]. 2018;38(7):1902–20. Available from: http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2018180047

88. van de Vijver MJ. Molecular tests as prognostic factors in breast cancer. Virchows Archiv [Internet]. 2014;464(3):283–91. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00428-014-1539-0

89. Giuliano AE, Hurvitz SA. Enfermedades de la mama. In: Doherty GM, editor. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, 15e [Internet]. New York, NY: McGraw Hill; 2021. Available from: http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1184089052

90. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, Mittendorf EA, Rugo HS, Solin LJ, et al. Breast Cancer-Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin [Internet]. 2017;67(4):290–303. Available from: http://doi.wiley.com/10.3322/caac.21393

91. BELL ET. Diseases of the breast. Vol. 6, Bulletin. Minnesota Medical Foundation. 1946. p. 26–31.

92. Social. M de S y P. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 2da edición. Guía No 19 [Internet]. 2017. Available from: https://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_cancer_mama/gpc_cancer_mama_completa.aspx

93. Morrow M. The evaluation of common breast problems. Am Fam Physician. 2000;61(8):2371–8, 2385.

94. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Diseases of the Breast [Internet]. Wolters Kluwer Health; 2014. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=m5qSAwAAQBAJ

95. ESE INdC. Recomendaciones para la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Colombia2006.

96. Barlow WE. Performance of Diagnostic Mammography for Women With Signs or Symptoms of Breast Cancer. CancerSpectrum Knowledge Environment [Internet]. 2002;94(15):1151–9. Available from: https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/94.15.1151

97. Holbrook AI, Moy L, Akin EA, Baron P, Didwania AD, Heller SL, et al. ACR appropriateness criteria® breast pain. Journal of the American College of Radiology. 2018;15(11):S276–82.

98. Liberman L, Abramson AF, Squires FB, Glassman JR, Morris EA, Dershaw DD. The breast imaging reporting and data system: positive predictive value of mammographic features and

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

final assessment categories. American Journal of Roentgenology [Internet]. 1998;171(1):35–40. Available from: https://www.ajronline.org/doi/10.2214/ajr.171.1.9648759

99. Woods RW, Sisney GS, Salkowski LR, Shinki K, Lin Y, Burnside ES. The Mammographic Density of a Mass Is a Significant Predictor of Breast Cancer. Radiology [Internet]. 2011;258(2):417–25. Available from: http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.10100328

100. Lee TC, Reyna C, Shaughnessy E, Lewis JD. Screening of populations at high risk for breast cancer. J Surg Oncol. 2019;120(5):820–30.

101. Fenton JJ, Xing G, Elmore JG, Bang H, Chen SL, Lindfors KK, et al. Short-Term Outcomes of Screening Mammography Using Computer-Aided Detection. Ann Intern Med [Internet]. 2013;158(8):580. Available from: http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-158-8-201304160-00002

102. Rao VM, Levin DC, Parker L, Cavanaugh B, Frangos AJ, Sunshine JH. How Widely Is Computer-Aided Detection Used in Screening and Diagnostic Mammography? Journal of the American College of Radiology [Internet]. 2010;7(10):802–5. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1546144010002735

103. Spak DA, Plaxco JS, Santiago L, Dryden MJ, Dogan BE. BI-RADS(®) fifth edition: A summary of changes. Diagn Interv Imaging. 2017;98(3):179–90.

104. Magny SJ, Shikhman R, Keppke AL. Breast Imaging Reporting and Data System. In 2022.

105. Gradishar WJ, Anderson BO, Abraham J, Aft R, Agnese D, Allison KH, et al. Breast Cancer, Version 3.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network [Internet]. 2020;18(4):452–78. Available from: https://jnccn.org/view/journals/jnccn/18/4/article-p452.xml

106. Gutwein LG, Ang DN, Liu H, Marshall JK, Hochwald SN, Copeland EM, et al. Utilization of minimally invasive breast biopsy for the evaluation of suspicious breast lesions. The American Journal of Surgery [Internet]. 2011;202(2):127–32. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002961010006112

107. Verkooijen HM. Diagnostic accuracy of stereotactic large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: Results of a multicenter prospective study with 95% surgical confirmation. Int J Cancer [Internet]. 2002;99(6):853–9. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.10419

108. Wang M, He X, Chang Y, Sun G, Thabane L. A sensitivity and specificity comparison of fine needle aspiration cytology and core needle biopsy in evaluation of suspicious breast lesions: A systematic review and meta-analysis. The Breast [Internet]. 2017;31:157–66. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960977616302399

109. Board PDQS and PE. Breast Cancer Prevention (PDQ®): Patient Version [Internet]. PDQ Cancer Information Summaries. 2002. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26389410

110. (NCCN) NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Breast Cancer. Version 3.2022 [Internet]. 2022. p. 249. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

111. Saunders KJ, Pilgrim CA, Pennypacker HS. Increased proficiency of search in breast self-examination. Cancer [Internet]. 1986;58(11):2531–7. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19861201)58:11%3C2531::AID-CNCR2820581128%3E3.0.CO

112. Hall DC, Goldstein MK, Stein GH. Progress in manual breast examination. Cancer [Internet]. 1977;40(1):364–70. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(197707)40:1%3C364::AID-CNCR2820400151%3E3.0.CO

113. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does This Patient Have Breast Cancer? JAMA [Internet]. 1999;282(13):1270. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.282.13.1270

114. Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB, et al. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. Breast J. 2003;9 Suppl 2:S51-9.

115. Ren W, Chen M, Qiao Y, Zhao F. Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review. The Breast. 2022;64(January):85-99. doi:10.1016/j.breast.2022.04.003.

116. Miniserio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana , tratamietno integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 2013. p. 1288.

117. Social[Minsalud] M de S y P. Resolución No. 3100 [Internet]. República de Colombia. 2019. p. 230. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf

118. Social M de S y P, Salud I de ET en. Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [Internet]. 2017;1–63. Available from: http://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia_de_Adopcion_VF.pdf%0Ahttp://www.iets.org.co/Documents/Guia_de_Adopcion_VF.pdf

119. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Cmaj. 2010;182(18):839–42.

120. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2022 Nov 13];69:225. Available from: /pmc/articles/PMC4687950/

121. Carrasquilla G, Pulido A, De la Hoz A, Alviar K, Muñoz O, Guerrero R. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano Versión completa final. Bogotá.

122. Participación en la formulación de políticas [Internet]. [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/encuestas/Paginas/Consulta-ciudadana-derecho-a-la-informacion-publica.aspx

123. MANUAL METODOLÓGICO PARTICIPACIÓN Y DELIBERACIÓN.

124. Hunger T, Schnell-Inderst P, Sahakyan N, Siebert U. USING EXPERT OPINION IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: A GUIDELINE REVIEW. Int J Technol Assess Health Care

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

[Internet]. 2016 [cited 2022 Nov 23];32(3):131–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502308/

125. EUnetHTA JA Stakeholder Involvement Policy - EUnetHTA [Internet]. [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.eunethta.eu/eunethta-ja-stakeholder-involvement-policy/

126. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. Cmaj. 2018;190(49):E1441–51.

127. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Silva GAE, Sant'Ana DR, Stein AT. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. III - Challenges for implementation. Cad Saude Publica. 2018;34(6):e00046317–e00046317.

128. Colombia M de S y PS de. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama [Internet]. 2013. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Mama-3.pdf

129. CENETEC. Guía de Práctica Clínica GPC Prevención , Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos Sospechosos de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones [Internet]. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Practica Clínica. 2017. p. 1–71. Available from: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-08/ER.pdf

130. Niell BL, Lourenco AP, Moy L, Baron P, Didwania AD, Heller SL, et al. ACR Appropriateness Criteria® evaluation of the symptomatic male breast. Journal of the American College of Radiology. 2018;15(11):S313–20.

131. Slanetz PJ, Moy L, Baron P, Didwania AD, Heller SL, Holbrook AI, et al. ACR Appropriateness Criteria® breast imaging of pregnant and lactating women. Journal of the American College of Radiology. 2018;15(11):S263–75.

132. Mainiero MB, Moy L, Baron P, Didwania AD, Green ED, Heller SL, et al. ACR appropriateness criteria® breast cancer screening. Journal of the American College of Radiology. 2017;14(11):S383–90.

133. Moy L, Heller SL, Bailey L, D'Orsi C, DiFlorio RM, Green ED, et al. ACR Appropriateness Criteria ® Palpable Breast Masses. Journal of the American College of Radiology [Internet]. 2017;14(5):S203–24. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1546144017302168

134. Lee SJ, Trikha S, Moy L, Baron P, Green ED, Heller SL, et al. ACR appropriateness criteria® evaluation of nipple discharge. Journal of the American College of Radiology. 2017;14(5):S138–53.

135. Le-Petross HT, Slanetz PJ, Lewin AA, Bao J, Dibble EH, Golshan M, et al. ACR Appropriateness Criteria® Imaging of the Axilla. Journal of the American College of Radiology. 2022;19(5):S87–113.

136. Kiely D, RN ANP. Transgender Patient Screening: Breast cancer risk assessment and screening recommendations. Clin J Oncol Nurs [Internet]. 2017;21(3):E67–70. Available from:

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovfts&NEWS=N&AN=00063185-201706000-00029

137. Weinstein SP, Slanetz PJ, Lewin AA, Battaglia T, Chagpar AB, Dayaratna S, et al. ACR Appropriateness Criteria® supplemental breast cancer screening based on breast density. Journal of the American College of Radiology. 2021;18(11):S456–73.

138. Hild S, Johanet M, Valenza A, Thabaud M, Laforest F, Ferrat E, et al. Quality of decision aids developed for women at average risk of breast cancer eligible for mammographic screening: Systematic review and assessment according to the International Patient Decision Aid Standards instrument. Cancer [Internet]. 2020;126(12):2765–74. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2004599881&from=export

139. Humphrys E, Burt J, Rubin G, Emery J, Walter F. The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2019;28(1). Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftt&NEWS=N&AN=00012973-201901000-00020

140. Laforest F, Mann B, Edwards A, Kirkegaard P. Genetic cancer risk assessment in general practice: Systematic review of tools available, clinician attitudes, and patient outcomes. British Journal of General Practice [Internet]. 2019;69(679):E97–105. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L626297585&from=export

141. Lee SI, Patel M, Dutton B, Weng S, Luveta J, Qureshi N. Effectiveness of interventions to identify and manage patients with familial cancer risk in primary care: a systematic review. J Community Genet [Internet]. 2020;11(1):73–83. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L627634182&from=export

142. Nnaji CA, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Effectiveness of interventions for improving timely diagnosis of breast and cervical cancers in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Open [Internet]. 2022;12(4). Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L638040574&from=export

143. Priaulx J, Turnbull E, Heijnsdijk E, Csanadi M, Senore C, de Koning H, et al. The influence of health systems on breast, cervical and colorectal cancer screening: an overview of systematic reviews using health systems and implementation research frameworks. J Health Serv Res Policy [Internet]. 2020;25(1):49–58. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftw&NEWS=N&AN=00061086-202025010-00008

144. LG Q, NR B, Chao A, AM I. Interventions Addressing Barriers to Delayed Cancer Diagnosis in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Oncologist [Internet]. 2020;25(9):1382–95. Available from: http://www.epistemonikos.org/documents/42e385ed2967a27ae567388da5bef8e0e00e1507

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

145. Sharma R, Pannikottu J, Xu Y, Tung M, Nothelle S, Oakes AH, et al. Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. J Womens Health [Internet]. 2018;27(9):1142–51. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L623893596&from=export

146. Martinez-Alonso M, Carles-Lavila M, Perez-Lacasta MJ, Pons-Rodriguez A, Garcia M, Rue M, et al. Assessment of the effects of decision aids about breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2017;7(10):e016894–e016894. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med14&NEWS=N&AN=28988175

147. Meggetto O, Peirson L, Yakubu M, Farid-Kapadia M, Costa-Fagbemi M, Baidoobonso S, et al. Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. CMAJ Open [Internet]. 2019;7(3):E598–609. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L637577397&from=export

148. Smith J, Dodd RH, Gainey KM, Naganathan V, Cvejic E, Jansen J, et al. Patient-Reported Factors Associated with Older Adults' Cancer Screening Decision-making: A Systematic Review. JAMA Netw Open [Internet]. 2021; Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L636443617&from=export

149. Sood R, Rositch AF, Ambinder E, Lee-Pool K, Shakoor D, Pollack E, et al. Ultrasound for breast cancer detection in low-resource settings: Systematic review and meta-analysis. J Glob Oncol [Internet]. 2018;4:43S-43S. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L627138563&from=export

150. JC R, EFG N, Nguyen P, JG M, JD E. Delayed or failure to follow-up abnormal breast cancer screening mammograms in primary care: a systematic review. BMC Cancer [Internet]. 2021;21(1):373. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33827476/

151. Agide FD, Sadeghi R, Garmaroudi G, Tigabu BM. A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years. Eur J Public Health. 2018;28(6):1149–55.

152. Jongerius C, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. tested mobile apps for breast cancer care: systematic review. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(2):e10930–e10930.

153. O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, Corrigan MA, Fitzgerald E, Grunfeld EA, et al. Interventions for raising breast cancer awareness in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(2).

154. Li C, Liu Y, Xue D, Chan CWH. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020;110:103684. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L632437344&from=export

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

155. Jongerius C, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. tested mobile apps for breast cancer care: systematic review. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(2):e10930–e10930.

156. Siu AL, Force USPST. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2016;164(4):279–96.

157. Brown A, Lourenco AP, Niell BL, Cronin B, Dibble EH, DiNome ML, et al. ACR Appropriateness Criteria® transgender breast cancer screening. Journal of the American College of Radiology. 2021;18(11):S502–15.

8. CONTROL DE CAMBIOS

Copia No Controlada

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	18/11/2024	Por actualizaciónde mapa de procesos de la Secretaría Distirtal de Salud

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.