

II JORNADA VIRTUAL INTERNACIONAL Y XI PRESENCIAL DE MEDICINA FAMILIAR, MAYO 2023



Pesquisa de Cáncer de Mama en mujeres mayores del consultorio médico de familia No.8, Bolivia.

Giseidy Cuellar Pol, José Angel Ramírez Isacc, Dayana Lorenzo Vaso, Yasmina Ubals del Toro, Yoel González Hidalgo.

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Policlínico Docente Rafael Pérez González.

jose98@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental con intervención a través de un programa de pesquisa activa cáncer de mama en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del municipio Bolivia, en el período comprendido desde septiembre de 2020 hasta enero de 2022. El universo de estudio estuvo constituido por 329 mujeres. El objetivo fue la implementación de un programa de intervención de pesquisa activa que permitió la detección precoz del Cáncer de Mama. en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del Municipio Bolivia. El grupo de edad más representado fue el de 46 a 65 años con un 65 %, la mayoría nulíparas (76.8 %), con un nivel pre universitario de escolaridad (37 %), sin antecedentes de enfermedades de las mamas positivos en su familia (93.3 %). El 91.7 % no realizaban ejercicios físicos y el 60.1 % no tenían hábitos tóxicos. El 53.1 % recibió terapia hormonal en los últimos 5 años. El 3.3 % del total de las mujeres estudiadas presentaron patologías de mama, en el 0.9 % de ellas se evidenció un Carcinoma Ductal en Estadio I. La presencia de signos sospechosos de cáncer fue bajo lo que demuestra que con las pesquisas activas se detectan precozmente patologías mamarias que constituyen lesiones de riesgo para esta devastadora enfermedad. Se recomienda extender a todas las áreas de salud y población en general este trabajo, con el fin de detectar lesiones mamarias para lograr un diagnóstico precoz del Cáncer de Mama.

Palabras clave: pesquisa activa, cáncer de mama.

I. INTRODUCCIÓN.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, con 10,9 millones de casos nuevos anuales y 6,7 millones de muertes anuales (1, 2). Una de cada ocho mujeres se le diagnostica un cáncer de mama (3, 4, 5). El 70 % de los cánceres de mama son detectados por autoexamen, el resto se diagnostica por mamografía y el examen médico (6). En Cuba el cáncer ocupa el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte y el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer. La mortalidad por esta enfermedad se ubica en alrededor de 1100 mujeres cada año (7). El cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad de la mama y a la eficiencia de los métodos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, su índice de curabilidad es elevado siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos. Más del 60% de las pacientes que acuden a una consulta de cirugía son portadoras de procesos benignos, muchos de los cuales solo son tributarios de tratamiento higiénico-dietético. Sin embargo, hay que estar muy atentos y detectar lo más precozmente los procesos malignos, ya que el cáncer de mama es el más frecuente entre nuestras mujeres y el segundo en orden de aparición en países desarrollados como los Estados Unidos (8). Cada año se le diagnostica cáncer de mama a un millón de mujeres aproximadamente en Norteamérica y ello permite estimar que antes de cumplir los 80 años, una de cada diez habrá padecido esta enfermedad (9). En los últimos años la tasa de mortalidad ha disminuido un 5% en las mujeres menores de 65 años, pero ha incrementado un 10% en las mujeres mayores de 65 años (10). A nivel mundial las tasas más altas están en Inglaterra, Dinamarca y Escocia. Mientras que las tasas más bajas están en China, Corea y Tailandia (11). En Estados Unidos la incidencia es mayor para los negros hasta la edad de 55 a 59 años. Nuestro país cuenta desde el año 1990 con el Programa de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama. Una de las tareas más importantes de este programa es la enseñanza del autoexamen de mama a todas las mujeres (12).

El programa de promoción de la salud de la OMS recomienda que en América Latina el examen se inicie antes los 35 años. Esto implica dedicar mucho esfuerzo a educar al público en acciones de salud encaminadas a divulgar y enseñar el auto examen de mama, para lo cual es necesario determinar lo que conoce nuestra población femenina de este procedimiento, esto les toca precisamente a los médicos de la familia, los cuales tienen

dentro de sus objetivos fundamentales la prevención, promoción y diagnóstico precoz de esta patología (1,9). En Cuba el Programa Nacional del Cáncer de Mama conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía.

El examen clínico tiene una sensibilidad y especificidad que depende de la pericia y experiencia del examinador. Con la incorporación de la mamografía (Mx) y el ultrasonido (US) se ha logrado reducir la mortalidad, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas (13). Cuba está entre los países con mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en América y es uno de los países en que mayor número de años de vida se pierde por esta causa. Recientemente se dieron a conocer las tasas globales de supervivencia relativa a cáncer de mama en un estudio de cinco años y en el mismo se obtuvo una tasa de supervivencia de solo el 61%. Se calcula que anualmente se diagnostican en nuestro país 2 mil nuevos casos de cáncer de mama y que cada año muere igual número de mujeres por esta causa. En el año 1999 la incidencia por en Cuba fue de 17,8 y la mortalidad de 15,3 por cada 100 000 mujeres. Estas cifras justifican plenamente la afirmación de que el cáncer de mama es un problema de salud muy importante en nuestro país y que cuantas medidas tomemos para disminuir esta morbi-mortalidad serán siempre pocas. Esta incidencia en nuestro país no es uniforme en todas las provincias, siendo más frecuente en las provincias occidentales, sin que estén bien establecidas las causas de estas diferencias, entre los múltiples factores etiológicos conocidos (14, 15).

A pesar de la gran cobertura que tiene en nuestro país el plan de medicina familiar se siguen diagnosticando neoplasias de mamas en estadios muy avanzados, lo que obliga a la realización de cirugías mucho más cruentas y mutilantes, así como que los resultados a largo plazo no sean buenos. La población femenina de Ciego de Ávila junto a Ciudad de La Habana, Habana, Matanzas, Villa Clara y Santiago de Cuba tiene el mayor riesgo de enfermar y morir por cáncer de mama, especialmente en los grupos de edades por encima de los 50 años (16, 17, 18, 19).

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones

han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama (14,17).

El Cáncer de Mama sigue siendo un problema de salud importante en Cuba y la provincia Ciego de Ávila no escapa de esta situación donde las pacientes en estadios avanzados se siguen observando. Durante los años 2018-2019 se encontró un incremento de 4,5 % de pacientes con neoplasia de mama en estadio avanzado, en la consulta de cáncer de mama del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, debido a un diagnóstico tardío de esta entidad por los médicos de la atención primaria de salud, teniendo una incidencia de 10 mujeres; lo que demuestra que se hace imprescindible el diagnóstico precoz en aras de disminuir la mortalidad por esta causa, lo cual motivó a la autora a realizar esta investigación.

Nos formulamos la siguiente Hipótesis: Si se pesquisa a través de un examen clínico las afecciones de la Mama en mujeres mayores de 30 años pertenecientes al consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González", del municipio Bolivia, se contribuye a la detección precoz del Cáncer de Mama.

Objetivos

Objetivo General. Implementar un programa de intervención de pesquisa activa que permita la detección precoz del Cáncer de Mama en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del Municipio Bolivia.

Objetivos Específicos.

- 1.- Realizar una pesquisa activa de cáncer de mama.
- 2.- Distribuir las pacientes a estudiar según grupos de edad y:
 - Nivel de escolaridad.
 - Antecedentes patológicos familiares de Enfermedades de la mama.
 - Hábitos tóxicos.
 - Número de hijos.
 - Uso de terapia hormonal.
 - Patología mamaria diagnosticada con la pesquisa.

3.- Distribuir a las mujeres mayores de 30 años según estado nutricional y realización de ejercicios físicos.

II. MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio pre-experimental con intervención a través de un programa de pesquisa activa de cáncer de mama en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del municipio Bolivia, en el período comprendido desde septiembre de 2020 hasta enero de 2022. El universo de estudio estuvo constituido por las 330 pacientes femeninas mayores de 30 años, pertenecientes al consultorio 8 que reunieron los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Estar de acuerdo en formar parte de la investigación.
- Que sean pacientes mayores de 30 años.
- Que pertenezcan al mencionado consultorio.

Criterios de Exclusión:

- Que no cumplan los requisitos antes expuestos.

Criterios de Salida:

- Pacientes que no deseen continuar en la investigación.

La pesquisa consistió en la realización de un examen físico de la mama a todas las mujeres incluidas en el estudio, los que resultaron positivos se remitieron a consulta de patología de mama hasta su diagnóstico definitivo.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social. Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico –lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer de mama.

- Inducción – deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

-Hipotético –deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada.

Métodos empíricos.

- La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de pesquisa activa que logre resolver el objetivo general de la investigación antes mencionado

- Métodos estadísticos:

Técnicas y procedimientos de recolección La recolección de los datos fue a través de una encuesta elaborada por la autora y validada por expertos. (Anexo I). La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por los encuestados y se también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y las pacientes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo desearan, se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio debidamente firmado por ellas y el investigador, quien dio fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 2). El Programa de Intervención de Pesquisa Activa se estructuró en 3 etapas: la primera de diseño y aprobación del programa, la segunda organizativa, la tercera de pesquisa activa. Las variables utilizadas fueron: Sociodemográficas y clínicas: edad, talla, peso, escolaridad, realización de ejercicio físicos, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares y personales de enfermedades de la mama, uso de medicamentos hormonales, paridad, de diagnóstico: examen clínico.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del municipio Bolivia, durante el período comprendido desde septiembre de 2020 hasta enero de 2022 según grupo de edades y escolaridad.

Grupo de edades	Escolaridad								Total	%
	Primaria		Secundaria		Pre-Universitario		Universitario			
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%		
30 a 45 año	4	1.2	12	3.6	47	14.2	29	8.8	92	27.9
46 a 65 años	19	5.7	52	15.8	122	37.0	21	6.3	214	65.0
> 66 año	18	5.4	3	0.9	1	0.3	1	0.3	23	6.9
TOTAL	41	12.4	64	20.3	170	51.6	51	15.5	329	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla podemos observar la distribución de las mujeres mayores de 30 años del Consultorio 8 según grupo de edades y escolaridad, tenemos como resultado que la mayor cantidad de mujeres están dentro del grupo de 46 a 65 años con un 65 % y con un nivel pre universitario de escolaridad (37 %). Resultados similares en cuanto a grupo etario obtienen Blanco y colaboradores (33). Los factores de riesgos más importantes para el cáncer de mama son el sexo femenino y la edad. Es importante señalar que la mayoría de las mujeres que lo sufren no tienen factores de riesgo identificables. Al igual que para otros muchos cánceres, la frecuencia de cáncer de mama aumenta rápidamente con la edad siendo extremadamente baja antes de los 30 años (< 25 casos/100.00 mujeres) para luego sufrir un lento incremento en forma lineal después de los 45 años, o sea, la edad promedio en que se presenta la menopausia, hasta los 80 años en que alcanza una estabilización que representa aproximadamente unos 500 casos/100.000 mujeres). Según estadísticas, las mujeres por encima de los 45 años de edad (y hasta los setenta), son propensas a padecer cáncer de mama porque tienen las mamas más flácidas con un gran exceso de grasa en su tejido. Por tanto, el examen de estos órganos, por parte de un especialista, cobra mayor valor al resultar más fácil discernir e investigar el padecimiento en una mama de una persona adulta mayor que ha perdido todo el parénquima duro, si se le compara con el de una más mujer joven (34). Cada año se diagnostican en Cuba más de 2 200 nuevos casos de cáncer de mama y las edades más avanzadas, de 50 a 64 años, son las de mayor riesgo (35).

Tabla 2. Distribución de las mujeres según grupo de edades y antecedentes familiares de enfermedades de la mama.

Grupo de edades	Antecedentes Familiares de Enfermedades De la Mama				Total	%
	Si		No			
	Total	%	Total	%		
30 a 45 años	12	3.6	80	24.3	92	27.9
46 a 65 años	8	2.4	206	62.6	214	65.0
> 66 años	2	0.6	21	6.3	23	6.9
TOTAL	22	6.6	307	93.3	329	100

Cuando analizamos los resultados que ofrece la tabla en cuanto a los antecedentes familiares de enfermedades de la mama observamos que la mayoría de las mujeres pesquisadas no tenían antecedentes positivos en su familia (93.3 %) y se encontraban en el grupo de 46 a 65 años, representando el 62.6 % del total. En su estudio de 100 casos comparativos Calvo y colaborador obtienen resultados similares (36). En una porción muy pequeña de cáncer de mama (5%) hay un gran factor de herencia familiar. Alrededor del 20 al 30 % de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Las mujeres que tienen un gen alterado relacionado con el cáncer de mama y que han padecido de cáncer en una mama tienen un riesgo más alto de padecer de cáncer de mama en la otra mama. Estas mujeres también tienen un riesgo más alto de padecer de cáncer de ovario y pueden tener un riesgo mayor de padecer de otros tipos de cánceres. Los familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer, sobre todo si se ha diagnosticado en edad premenopáusica; la presencia de cáncer de mama en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo (37).

Tabla 3. Distribución de las mujeres según estado nutricional y realización de ejercicios físicos.

Estado Nutricional	Relación de Ejercicios Físicos				Total	%
	Si		No			
	Total	%	Total	%		
Bajo Peso	0	-	4	1.2	4	1.2
Normopeso	25	7.5	261	79.3	286	86.9
Sobrepeso	2	0.6	37	11.2	39	11.8

Obeso						
TOTAL	27	8.2	302	91.7	329	100

La tabla distribuye a las pacientes según estado nutricional y realización de ejercicios físicos, se observó que el mayor por ciento de estas mujeres eran Normo peso (86.9 %) y que no realizaban ejercicios físicos (91.7 %). Autores europeos evidenciaron en su estudio la incidencia alta de sobrepeso y la no realización de ejercicios físicos, esto en coincidencia con el nuestro (38). La vida sedentaria y la gordura, la ingestión de alcohol y el consumo excesivo de grasa son los factores de riesgo «modificables» a través de acciones de educación y promoción de salud que contribuyen a cambiar el estilo de vida. Desde hace muchos años se ha sugerido una asociación entre la dieta y el cáncer de la glándula mamaria.

Tabla 4. Distribución de las mujeres según grupo de edades y hábitos tóxicos.

Grupo de edades	Hábitos Tóxicos				Total	%
	Si		No			
	Total	%	Total	%		
30 a 45 años	8	2.4	84	25.5	92	27.9
46 a 65 años	114	34.6	100	30.3	214	65.0
> 66 años	9	2.7	14	4.2	23	6.9
TOTAL	131	39.8	198	60.1	329	100

En la tabla se exponen los resultados en cuanto a la distribución de las pacientes según grupo de edades y hábitos tóxicos, se observa que el 60.1 % no tenían hábitos tóxicos. Dentro del 39.8 % restante el tabaquismo fue el principal factor de riesgo encontrado. Otros estudios relacionan el alcoholismo además del tabaquismo (39). Tabla 5. Distribución de las mujeres según grupo de edades y número de hijos

Grupo de edades	Escolaridad						Total	%
	Ninguno		Nulíparas		Multíparas			
	Total	%	Total	%	Total	%		
30 a 45 año	6	1.8	84	25.5	2	0.6	92	27.9
46 a 65 años	12	3.6	166	50.4	36	10.9	214	65.0

> 66 año	2	0.6	3	0.9	18	5.4	23	6.9
TOTAL	20	6.0	253	76.8	56	17.0	329	100

La tabla distribuye a las pacientes según grupo de edades y número de hijos donde el mayor por ciento correspondió a las nulíparas (76.8) entre 46 y 65 años (65). El riesgo de cáncer de mama está en relación con el estímulo estrogénico y un mayor número de ciclos ovulatorios, por tanto la nuliparidad o un menor número de embarazos aumentaría el riesgo de cáncer de mama (40). Otros riesgos son: no tener hijos, tener hijos con más de 30 años y no darles de amamantar (41).

Tabla 6. Distribución de las mujeres según grupo de edades y uso de terapia hormonal.

Grupo de edades	Terapia Hormonal				Total	%
	Si		No			
30 a 45 años	64	19.4	28	8.5	92	27.9
46 a 65 años	107	32.5	107	32.5	214	65.0
> 66 años	4	1.2	19	5.7	23	6.9
TOTAL	175	53.1	154	46.8	329	100

En la tabla se exponen los resultados en cuanto a la distribución según grupo de edades y terapia hormonal. Donde el 53.1 % recibió terapia hormonal en los últimos 5 años. Los métodos anticonceptivos hormonales fueron los más usados, seguido de terapia hormonal de reemplazo. Kahlenborn y colaboradores en el 2006 publicaron el papel de los métodos hormonales anticonceptivos dentro de la terapia hormonal, y su relación con el cáncer de mama (42). La mayor actividad estrogénica favorece la proliferación de epitelio menos diferenciado. Dentro de estas se encuentra la administración exógena de estrógenos (43).

Tabla 7. Distribución de las mujeres según grupo de edades y patología mamaria diagnosticada después de la pesquisa.

Patología Mamaria	Grupo de Edades						Total	
	30 a 45 años		46 a 65 años		> 66 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fibroadenoma	5	1.5	1	0.3	0	0	6	1.8

Galactorrea	0	0	1	0.3	0	0	1	0.3
Lipoma	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
Carcinoma Ductal	0	0	3	0.9	0	0	3	0.9
Ninguna	86	26.1	209	63.5	23	6.9	318	96.6

En la Tabla 7 podemos observar la distribución según grupo de edades y patología mamaria. La mayoría de las mujeres no presentaron patologías mamarias (96.6 %). Solo el 3.3 % fueron positivas. De estas el mayor por ciento correspondió a la Fibrodisplasia mamaria (1.8). Es importante señalar que el 0.9 % de las pacientes estudiadas presentaron un Carcinoma Ductal, que después de estudiadas se encontraban en estadio I. Las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas y la hiperplasia atípica son también factores de riesgo para el cáncer de mama (44). Semejantes resultados encontraron en su pesquisa Rodríguez y colaboradores en su estudio en el municipio Ciego de Ávila en el año 1997, donde el 3.0 % del total de las mujeres estudiadas presentaron patologías de mama en las que debían descartarse el Cáncer de Mama, solo en 2 de ellas se detectaron Carcinoma Mamario (45).

V. CONCLUSIONES.

En la investigación los mayores porcentajes de las pacientes se encontraban en el grupo de edades comprendidas entre 46 a 65 años, con un nivel de escolaridad de pre universitario, con un predominio en ellas de no tener antecedentes familiares de patologías de mama, no realizar ejercicios físicos, no tener hábitos tóxicos, ser nulíparas y haber recibido terapia hormonal en los últimos 5 años. Se observó un bajo porcentaje de antecedentes personales de patologías de mama y a pesar que en el examen clínico de las mamas la presencia de signos sospechosos de cáncer fue bajo la pesquisa contribuyó al diagnóstico temprano de los tumores de la mama.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1-Hernández M, Díaz V. Valoración del conocimiento sobre el autoexamen mamario en sectores del médico de familia. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2019; 9(1):28-35.
- 2-Prabhanathi G, Nama M. ¿Cómo examinar sus senos? Briddone Press. 2019; 4.

- 3-National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer [homepage on Internet]. NCCN V2; 2019 [cited 27/6/2019]. Available from: [//www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf)
- 4-Duckers P, Ricci A. Disease of the breast. Current Therapy 36th. Philadelphia: Wonders. 2019; 994-1003.
- 5-Henderson IC. Cáncer de mama. Oncológica. 2ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
- 6-Saslow D, Boetes C, Burke W. American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2020; 57:7589.
- 7-US.Preventive Services.task force screening for Breast cancer [página en internet]. [citado 14 Ene 2020]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/3rdusppt/breast_cancer/brcanrr.htm
- 8-Mahon B, Pugh T. Principios y métodos de Epidemiología. La prensa médica mexicana. 2da edición. Ciudad México: Press México; 2020.
- 9- Salsali M. A study of the clinical features and the treatment of breast cancer in 374 patients in Iran. Tumors. 2020; mar- apr; 89(2): 132-5.
- 10- Marinello S, Chávez F, Romero T; Lence J. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. Rev Cub Oncol. 2013; 14 (1): 22-25.
- 11- Apantaku L. Breast cancer diagnosis and screening. American Family Physician [Internet]. 2012 [citado 28/6/2019]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000801/596.html>
- 12-Natl J. Breast cancer. Black Nurses Assoc. 2015; 19(2):42-9.
- 13-Ortiz A. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama. Gaceta Médica Espirituana. 2020; 7(3).
- 14-Chávez F, Romero T, Marinello S, Lence J, Santos T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev cub Oncol. 2020; 13(1): 5-11.
- 15-Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 2ed. Lyon: IARC Press; 2013.

- 16-Álvarez S. Temas de Medicina General Integral. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014
- 17-Fernández L. Diagnóstico precoz del cáncer de mama. Rev. Cubana de Oncol. 2013 2 (1).
- 18-Brown M, Houn F, Sickles E, Kessler L. Screening mammography in community practice: positive predictive value of abnormal findings and miel of follow-up diagnostic procedures. AJR Am J Roentgenol. 2020; 165 (6): 1373-7. 19
- 19-Gluinn M, Allen E. Changes in incidence of and mortality from breast cancer in Englan and Walles since introduction of screening. United Kingdom Association of Cancer Registries. BMJ. 2019; 311 (7017): 1391-5.
- 20-NCCN Clinical Practice. Guidelines in oncology: Breast cancer. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
- 21-Holli K. Duodecim Medical Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis of breast disease. Breast Cancer [Internet]. 2014 Nov [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: www.icsi.org
- 22-Chlebowski R.T. y Cols. Influence of estrogen plus progesterin con breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA. 2020; 289(24):3243-53.
- 23-Key T, Verkasato P, Banks E. Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncology. 2020; 2(3): 1-18.
- 24-Mahon B, Pugh T. Principios y métodos de Epidemiología. Estudios de cohortes. La prensa médica mexicana. 2da edición. Ciudad México: Press Mexico; 2020.
- 25- Fiorica J. Prevention and treatment of breast cancer. Obst and Gyn Clin. 2014; 28(4): 711-26.
- 26- Estadísticas de cáncer de los Estados Unidos. Rev Pan Am J Público Health. 2020;15 (3): 202-203
- 27-Singleton SE. Rating the risk factors for breast cancer. Ann surg. 2013; 237: 47482.

- 28-Falkenberry S, Legre Rd. Risk factors for breast cancer. *Obst and Gyn Clin.* 2020; 29(1): 243-54.
- 29-Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. *Globocan.* 3ed. Lyon: IARC Press; 2020.
- 30-Reis J. Distribution of p63, a novel myoepithelial marker in fine needle aspiration biopsies of the breast. An analysis of 82 samples. *Cancer.* 2019; 99(3): 172.
- 31-Falkenberry S, Legre R. Risk factors for breast cancer. *Obst and Gyn Clin.* 2019; 29(1): 243-54.
- 32-Miller A. The rate of screening in the fight against breast cancer. *World Health Forum.* 2020; 13(4):277-85.
- 33- Blanco M, Quintas M, González H, González S, Delgado R, González M. Intervención educativa sobre la técnica del autoexamen mamario. Disponible en: <http://bus.sld.cu/revista/mcgiego/vol14-sup11-08/articulos/a1-v14-sup1109.html>
- 34-Cuba reporta incremento por cáncer de mama. Disponiblle en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2008-10-08/cuba-reporta-incremento-del-cancerde-mama>
- 35-Trecate G. Breast MRI screening in patients with increased familiar and- oír genetic risk for breast cancer. A preliminary experience. *Tumori.* 2012; 89(2): 125-3
- 36- Calvo M. Patología benigna mamaria. Estudio comparativo sobre 100 casos. *Rev Senol Patol Mam.* 2020; 5(3):123-32.
- 37-Frazier A.L. Adolescent diet and risk of breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2013; 5(3):59-64.
- 38-Levi F, Bosetti C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Ir J Cancer Prev.* 2014; 14(6):497-502.
- 39-Roselli M, Palli D, Cariddi A. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. *JAMA.* 2020; 271:1593-7.
- 40-Kahlenborn C, Modugno F, Potter D, Severs W. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2020; 81:1290-302.