

**Cómo citar este artículo:**

Blanco-Hernández LR, González-La-Nuez O, Valdés-Gazmuri I, Buides-Secada L, Secada-Cárdenas L. Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de un consultorio médico de familia. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e497. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/497>

Palabras Clave: Factores de Riesgo, Cáncer de Mama, Autoexamen de Mama, Prevención, Atención Primaria.

Keywords:

Risk Factors, Breast Cancer, Breast Self-Examination, Prevention, Primary Health Care.

Autor para**correspondencia:**

rosalaudys@gmail.com

Recibido: 04/01/2026

Aceptado: 30/03/2026

Publicado: 13/04/2026

Editor(es) a cargo:

Karen Oviedo Pérez

Traductor:

Lic. Meliza Maura Vázquez Núñez.

Maquetador:

Héctor Daniel Magallón Mendoza

Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de un consultorio médico de familia

Risk factors for breast cancer in women from a family medical practice

Laudys Rosa Blanco Hernández ¹ , Olga González La Nuez ² 

Ivette Valdés Gazmuri ³ , Leysa Buides Secada ⁴ 

Luis Secada Cárdenas ⁵ 

¹ Hospital Provincial Docente Gineco Obstétrico "José Ramón López Tabrane". Matanzas. Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas. Cuba.

³ Policlínico Docente "José Jacinto Milanés". Matanzas. Cuba.

⁴ Universidad de La Habana. Habana, Cuba.

⁵ Gobierno Provincial de Matanzas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la cardio-oncología es una disciplina emergente dedicada al manejo cardiovascular de pacientes oncohematológicos, incluyendo evaluación perioperatoria y prevención de cardiotoxicidad. La caracterización de la producción iberoamericana resulta necesaria para identificar tendencias de investigación. Este estudio analiza la producción científica sobre cardio-oncología y cirugía en SciELO durante 2020-2024. **Objetivo:** caracterizar la producción científica sobre cardio-oncología y cirugía en SciELO (2020-2024). **Métodos:** estudio bibliométrico, observacional, descriptivo y transversal. Búsqueda sistemática en SciELO con términos controlados en título, resumen y palabras clave. De 9.847 registros iniciales se incluyeron 4.479 artículos tras eliminación de duplicados y screening con doble revisión independiente. Se analizaron: colección SciELO, año, tipología, citabilidad e idioma. Se calcularon frecuencias, porcentajes y tasa de crecimiento anual. **Resultados:** España lideró con 814 artículos (18,18 %), seguida de Brasil (689; 15,39 %) y Argentina (509; 11,36 %). Se observó incremento temporal: 1.180 artículos (26,35 %) en 2024, con tasa de crecimiento del 6,7 %. Predominaron artículos originales (1.836; 41,00 %), comunicaciones breves (1.385; 30,92 %) y revisiones (872; 19,47 %). El 78,12 % fueron citables. El español predominó (3.007; 67,14 %), seguido del inglés (1.001; 22,35 %) y portugués (471; 10,51 %). **Conclusiones:** la producción iberoamericana muestra crecimiento sostenido y predominio de investigación primaria, con liderazgo de España y sesgo hacia publicación en español. La alta proporción de documentos citables evidencia consolidación del campo, aunque la elevada incidencia de comunicaciones breves sugiere necesidad de fortalecer estudios de mayor envergadura metodológica.

ABSTRACT

Introduction: cardio-oncology is an emerging discipline dedicated to the cardiovascular management of hematological cancer patients, including perioperative evaluation and prevention of cardiotoxicity. Characterizing Ibero-American research output is necessary to identify research trends. This study analyzes the scientific output on cardio-oncology and surgery in SciELO during 2020–2024. **Objective:** to characterize the scientific output on cardio-oncology and surgery in SciELO (2020–2024). **Methods:** bibliometric, observational, descriptive, and cross-sectional study. A systematic search was conducted in SciELO using controlled terms in the title, abstract, and keywords. Of the initial 9,847 records, 4,479 articles were included after duplicate removal and screening with double independent review. The following were analyzed: SciELO collection, year, type, citability, and language. Frequencies, percentages, and annual growth rate were calculated. **Results:** Spain led with 814 articles (18.18%), followed by Brazil (689; 15.39%) and Argentina (509; 11.36%). A temporary increase was observed: 1,180 articles (26.35%) in 2024, with a growth rate of 6.7%. Original articles (1,836; 41.00%), brief communications (1,385; 30.92%), and reviews (872; 19.47%) predominated. 78.12% were citable. Spanish was the predominant language (3,007; 67.14%), followed by English (1,001; 22.35%) and Portuguese (471; 10.51%). **Conclusions:** Ibero-American research output shows sustained growth and a predominance of primary research, with Spain leading the way and a bias toward publication in Spanish. The high proportion of citable documents demonstrates the consolidation of the field, although the high incidence of brief communications suggests a need to strengthen studies with more robust methodologies.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células epiteliales con alteraciones genéticas que favorecen la continuidad del ciclo celular, originándose en los distintos tejidos de la glándula mamaria. ⁽¹⁾ Sus células neoplásicas pueden diseminarse mediante invasión linfática o hematogena, dando lugar a metástasis en órganos distantes. ⁽²⁾ Aunque puede presentarse en ambos sexos, más del 99 % de los casos ocurre en mujeres. ⁽²⁾

Esta neoplasia presenta un origen multifactorial y constituye una entidad heterogénea con subtipos histológicos y moleculares distintos, cada uno con patrones epidemiológicos, pronósticos y terapéuticos específicos. ^(3,4) El diagnóstico precoz representa la principal estrategia para reducir la mortalidad por esta enfermedad, ⁽⁴⁾ siendo el conocimiento de los factores de riesgo un elemento fundamental para la identificación de poblaciones vulnerables. ^(4,5)

La Organización Mundial de la Salud define un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada. ⁽⁴⁾ En el cáncer de mama, estos factores se clasifican en no modificables y modificables. Entre los primeros destacan la edad avanzada, los antecedentes familiares de cáncer de mama en primer grado, las mutaciones genéticas hereditarias (BRCA1 y BRCA2), la menarquia precoz y la menopausia tardía. ^(4,5) Los factores modificables incluyen la nuliparidad, la ausencia o duración breve de la lactancia materna, el sobrepeso y la obesidad posmenopáusicas, la inactividad física, el consumo de alcohol y el tabaquismo. ⁽⁴⁾

La distribución global del cáncer de mama refleja una compleja interacción entre determinantes genéticos, ambientales y socioeconómicos. ⁽⁵⁾ En el año 2022, esta neoplasia se posicionó como la de mayor incidencia entre las mujeres a nivel mundial y como la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, con 666 000 fallecimientos. ^(5,6) Las Américas concentraron casi una cuarta parte de los nuevos casos globales, con más de 525 000 diagnósticos. ⁽⁷⁾ Notablemente, en América Latina y el Caribe, el 31 % de los casos y el 21 % de las muertes ocurrieron en mujeres menores de 50 años, cifras significativamente superiores a las registradas en América del Norte. ⁽⁷⁾

En Cuba, el cáncer de mama constituye la segunda causa de mortalidad por cáncer en el sexo femenino. El Anuario Estadístico de Salud 2024 reportó una tasa de mortalidad de 35,8 por 100 000 mujeres y una tasa de mortalidad prematura (30-69 años) de 31,1 por 100 000, superior a la del año precedente. ⁽⁸⁾ La provincia de Matanzas presenta

una incidencia particularmente elevada dentro del contexto nacional, con 1795 mujeres fallecidas por esta causa en 2024, ⁽⁸⁾ lo que evidencia la necesidad de investigaciones que caractericen los factores de riesgo en esta región.

Ante esta problemática, el Sistema Nacional de Salud Pública de Cuba estableció el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, cuyos objetivos fundamentales incluyen minimizar la morbilidad, mejorar la supervivencia y optimizar la calidad de vida mediante tratamientos menos mutilantes. ^(6,9) La identificación de factores de riesgo en la población atendida en la atención primaria de salud resulta esencial para la implementación de estrategias de prevención primaria y el direccionamiento de recursos hacia los grupos de mayor vulnerabilidad.

Estudios previos realizados en Cuba y en la provincia de Matanzas han identificado diversos factores de riesgo en diferentes grupos poblacionales, ^(1,9-12) coincidiendo en que el conocimiento de estos elementos por parte de las mujeres y el personal de salud constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico temprano y la modificación de conductas de riesgo. Sin embargo, persisten brechas en la aplicación sistemática del autoexamen de mama y en la apropiación de conocimientos sobre factores de riesgo por parte de las usuarias de los servicios de salud.

Los autores identificaron como problema de salud pública que la incidencia de cáncer de mama en edades tempranas muestra una tendencia creciente, ⁽²⁾ lo cual demanda intervenciones comunitarias orientadas a la modificación de factores de riesgo evitables. Consideran que si las mujeres conocen y reconocen estos factores, estarán en mejores condiciones para detectar signos y síntomas tempranos y acudir a consulta de manera oportuna.

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores de riesgo de cáncer de mama en la población femenina perteneciente al Consultorio Médico de la Familia No. 24 del Policlínico Docente "José Jacinto Milanés", del municipio de Matanzas, en el período febrero-diciembre de 2025.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en la población femenina perteneciente al Consultorio Médico de la Familia No. 24 del Policlínico Docente "José Jacinto Milanés", del

municipio Matanzas, provincia Matanzas, Cuba, en el período comprendido entre febrero y diciembre de 2025.

Universo y muestra

El universo estuvo integrado por todas las pacientes femeninas (n=601) registradas en el área de salud del Consultorio Médico de la Familia No. 24 al cierre de enero de 2025. La muestra se calculó mediante muestreo por conveniencia no probabilístico, seleccionándose 421 mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos. El tamaño muestral se determinó considerando una prevalencia estimada de factores de riesgo del 50 %, un nivel de confianza del 95% (z=1,96) y un margen de error del 5 %, mediante la fórmula para poblaciones finitas:
$$n = \frac{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}{Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde: N=601, Z=1,96, p=0,50, q=0,50, e=0,05. El cálculo arrojó un tamaño muestral mínimo de 234 sujetos; se incrementó un 80 % para compensar posibles pérdidas durante la recolección de información, obteniéndose n=421.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninas con edad ≥ 15 años cumplidos
- Pacientes que proporcionaron su consentimiento informado por escrito para participar en la investigación

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no consintieron participar en el estudio
- Pacientes ausentes de su domicilio durante tres visitas consecutivas programadas para la recolección de datos, realizadas en días y horarios alternos

Criterio de eliminación:

- Pacientes fallecidas durante el período de ejecución del estudio, con independencia de la causa de muerte

Variables de estudio

Se analizaron las siguientes variables:

Variables sociodemográficas:

- Edad (años cumplidos, categorizada en grupos decenales)
- Color de la piel (blanca, mestiza, negra), autorreportado
- Nivel de escolaridad (primaria, secundaria básica, técnico de nivel medio, preuniversitario, universitario)

Variables clínicas y de factores de riesgo:

- Edad al primer parto ≥ 30 años (sí/no)
- Nuliparidad (sí/no)
- Antecedentes familiares de primera línea: cáncer de mama, ovario, endometrio o colon en madre, hermana o hija (sí/no)
- Antecedentes familiares de segunda línea: cáncer de mama en abuelas, tías o primas (sí/no)
- Antecedentes personales de cáncer de ovario, hiperplasia atípica o cáncer de mama previo (sí/no)
- Menarquia precoz: edad de inicio de menarquia < 10 años (sí/no)
- Menopausia tardía: edad de menopausia > 55 años (sí/no), en mujeres posmenopáusicas
- Obesidad posmenopáusica: índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² (sí/no), en mujeres posmenopáusicas
- Ausencia de lactancia materna o lactancia < 3 meses (sí/no)
- Estilo de vida sedentario (sí/no)
- Tabaquismo actual o pasado (sí/no)
- Alcoholismo (sí/no)
- Diabetes mellitus (sí/no)
- Hipertensión arterial (sí/no)

Variables de prácticas preventivas:

- Realización de autoexamen de mama (sí/no)
- Conocimiento del momento adecuado para realizar el autoexamen de mama (sí/no)

Instrumento de recolección de información

Se elaboró un cuestionario estructurado, autoaplicado con asistencia del investigador, adaptado de los criterios metodológicos expuestos por Rigol Ricardo y Santiesteban Alba. ⁽¹³⁾ El instrumento fue validado mediante juicio de expertos (tres ginecólogos, dos epidemiólogos y un metodólogo) quienes evaluaron la validez de contenido (V de Aiken $\geq 0,85$ para todos los ítems) y la claridad de redacción. Se realizó una prueba piloto en 20 mujeres del Consultorio No. 23 (no incluidas en la muestra final), obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0,82 para la consistencia interna global.

Procedimiento de recolección de datos

Las autoras principales (LRBH e IVG) recolectaron la información mediante entrevista directa en el domicilio de las participantes, previa cita telefónica o mediante el médico de familia. Se garantizó la privacidad durante la entrevista y se aplicó el cuestionario en condiciones de confidencialidad. La recolección se realizó en el período marzo-diciembre de 2025.

Procesamiento estadístico

La información se procesó mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.). Se realizó análisis de consistencia lógica y depuración de la base de datos. Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas (Fa) y relativas (Fr, %). Las variables cuantitativas se describieron mediante media aritmética (\bar{x}) y desviación estándar (DE), tras verificar normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calculó el coeficiente de asimetría de Fisher para la variable edad. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas (Dictamen No.3/2025). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las participantes, previa explicación de los objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos mínimos, confidencialidad y voluntariedad de la participación. La información se anonimizó mediante codificación numérica, garantizando la confidencialidad y utilizándose exclusivamente con fines científicos. El estudio se ejecutó conforme a los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos de la Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki, adoptados en la 75ª Asamblea General, Helsinki, Finlandia, octubre de 2024. ⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

El estudio incluyó 421 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 90 años. La edad media fue de $47,94 \pm 20,70$ años (mediana: 48 años; rango intercuartílico: 28-68 años). El coeficiente de asimetría de Fisher fue de $-0,093$, indicando una distribución aproximadamente simétrica con ligera concentración de valores inferiores a la media. Se observó mayor frecuencia relativa en los grupos etarios de 60 años o más (46,56 %), con distribución similar entre el grupo de 60-69 años (23,04 %) y el de 70 años o más (23,52 %).

Tabla 1. Distribución de las pacientes según grupos de edad

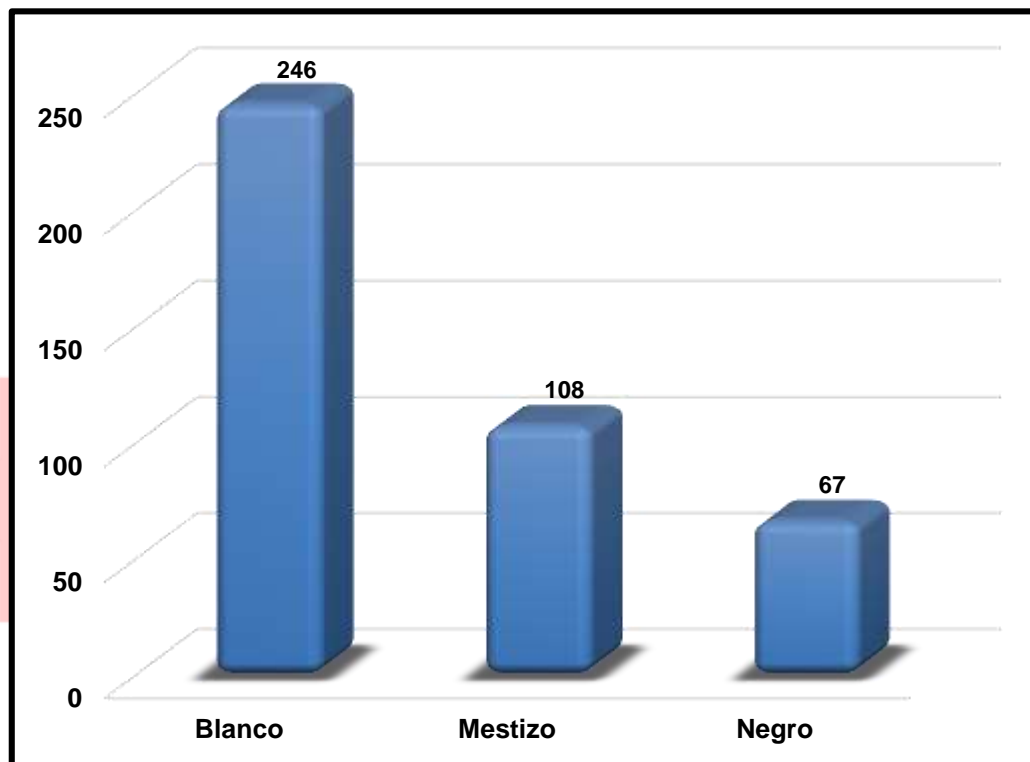
Edad (años)	Fa	Fr (%)
<30	78	18,53
30-39	45	10,69
40-49	64	15,20
50-59	38	9,03

60-69	97	23,04
≥70	99	23,52
Total	421	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado. **Fa:** frecuencia absoluta; **Fr:** frecuencia relativa

Con respecto al color de la piel, autorreportado, predominaron las pacientes de piel blanca (246; 58,43 %), seguidas de mestizas (108; 25,65 %) y negras (67; 15,91 %) (Figura 1).

Grafico 1. Distribución según color de la piel



Fuente: Cuestionario aplicado.

El nivel de escolaridad más frecuente fue el preuniversitario (26,37 %), seguido del universitario (22,80 %) y el técnico de nivel medio (21,85 %). El 28,98 % de las participantes (n=122) había alcanzado nivel preuniversitario o inferior (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las pacientes según nivel de escolaridad

Nivel escolar	Fa	Fr (%)
Primaria	49	11,64
Secundaria básica	73	17,34
Técnico de nivel medio	92	21,85
Preuniversitario	111	26,37
Universitario	96	22,80

Total	421	100,00
--------------	------------	---------------

Fuente: Cuestionario aplicado.

Los factores de riesgo más prevalentes fueron la menarquia precoz (50,83 %), la menopausia tardía (42,99 %), la hipertensión arterial (45,13 %), el primer parto posterior a los 30 años (33,49 %) y la nuliparidad (23,75 %). De las 100 pacientes nulíparas, 46 (46,0 %) tenían edad inferior a 25 años, constituyendo un subgrupo en el cual la nuliparidad corresponde predominantemente a edad reproductiva temprana no completada, más que a factor de riesgo propiamente dicho. Se identificaron 24 pacientes (5,70 %) con antecedentes familiares de primera línea de cáncer de mama, ovario, endometrio o colon. Cuatro pacientes (0,95 %) referían antecedentes personales de cáncer de mama previo, y 32 pacientes (7,60 %) presentaban antecedentes personales de otras patologías relacionadas (cáncer de ovario, hiperplasia atípica) (Tabla 3).

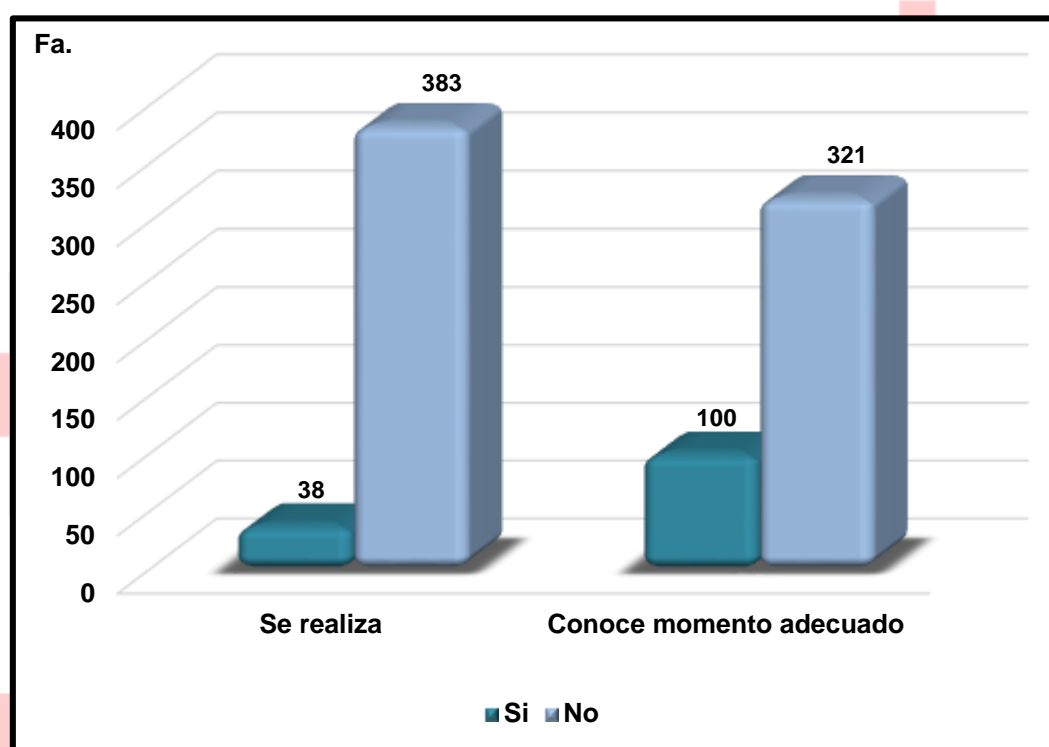
Tabla 3. Distribución de factores de riesgo de cáncer de mama en la muestra estudiada

Factores de riesgo	Fa	Fr (%)
Factores hormonales y reproductivos		
Menarquia precoz (<10 años)	214	50,83
Menopausia tardía (>55 años)	181	42,99
Primer parto >30 años	141	33,49
Nuliparidad	100	23,75
Ausencia de lactancia materna o <3 meses	72	17,10
Factores antropométricos		
Obesidad posmenopáusica (IMC \geq 30 kg/m ²)	67	15,91
Antecedentes familiares		
Antecedentes familiares de primera línea*	24	5,70
Antecedentes familiares de segunda línea de cáncer de mama	2	0,48
Antecedentes personales		
Hipertensión arterial	190	45,13
Diabetes mellitus	45	10,69
Antecedentes de cáncer de ovario	20	4,75
Hiperplasia atípica mamaria	12	2,85
Cáncer de mama previo	4	0,95
Estilo de vida		
Sedentarismo	57	13,54
Tabaquismo	56	13,30
Alcoholismo	6	1,43

Fuente: Cuestionario aplicado. *Cáncer de mama, ovario, endometrio o colon en madre, hermana o hija. **IMC:** índice de masa corporal; **Fa:** frecuencia absoluta; **Fr:** frecuencia relativa

Con respecto a las prácticas de detección precoz, 38 pacientes (9,03 %) referían realizar el autoexamen de mama, mientras que 383 (90,97 %) no lo practicaban (Gráfico 2). De las 38 que realizaban el autoexamen, solo 100 pacientes de la muestra total (23,75 %) conocían el momento adecuado para su realización (cinco días posteriores al inicio de la menstruación, o en fecha fija para mujeres menopáusicas).

Gráfico 2. Autoexamen de mama



Fuente: Cuestionario aplicado.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran un perfil epidemiológico caracterizado por una edad media de $47,94 \pm 20,70$ años y una concentración importante de pacientes en grupos etarios de 60 años o más (46,56 %). Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional que señala el envejecimiento poblacional como determinante fundamental de la carga de cáncer de mama. ^(2,15) La Sociedad Española de Oncología Médica ha reportado un incremento de la incidencia en edades tempranas, ⁽²⁾ fenómeno que no se observa predominantemente en nuestra muestra, donde la mayor frecuencia

corresponde a grupos de edad avanzada. Mieles Resabala et al.,⁽¹⁵⁾ en un estudio de prevalencia realizado en Ecuador, documentaron que los carcinomas de mama son más frecuentes en mujeres de edad avanzada, con aproximadamente dos de cada tres cánceres invasivos detectados en mujeres de 55 años o más. Esta distribución etaria coincide con nuestros resultados y refuerza la importancia de programas de tamizaje orientados a la población posmenopáusica.

La edad constituye el factor de riesgo no modificable más importante; el riesgo a corto plazo en una mujer de 70 años es casi 10 veces superior al de una mujer de 30 años.⁽¹⁶⁾ En nuestra muestra, el 46,56 % de las participantes tenía 60 años o más, lo cual configura una población con susceptibilidad incrementada desde la perspectiva epidemiológica. No obstante, es relevante señalar que el 18,53 % de la muestra correspondía a mujeres menores de 30 años, grupo en el cual la prevención primaria adquiere particular relevancia.

Con respecto a los determinantes sociales de la salud, el 28,98 % de las participantes presentaba nivel educacional de secundaria básica o inferior. Ruiz et al.,⁽¹⁹⁾ han demostrado que el bajo nivel educacional se asocia con limitaciones en la comprensión de información sanitaria y la adopción de prácticas preventivas, hallazgo que adquiere relevancia en nuestro contexto dado el bajo porcentaje de autoexamen de mama identificado (9,03 %). La distribución por color de la piel mostró predominio de piel blanca (58,43 %), seguida de mestiza (25,65 %) y negra (15,91 %). Aunque la literatura internacional reporta mayor mortalidad por cáncer de mama en mujeres negras (41 % superior en comparación con mujeres blancas),⁽¹⁸⁾ nuestra muestra no permite establecer comparaciones de mortalidad ni incidencia dado su diseño descriptivo transversal.

Los factores de riesgo hormonales y reproductivos constituyeron los elementos más prevalentes en nuestra población. La menarquia precoz (<10 años) afectó al 50,83 % de las participantes, y la menopausia tardía (>55 años) al 42,99 %. Estos hallazgos coinciden con estudios previos realizados en Cuba. Hierrezuelo Rojas et al.,⁽¹²⁾ en un estudio de casos y controles en el municipio Playa, La Habana, identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre menarquia precoz (OR=5,65; p=0,001) y menopausia tardía (OR=5,16; p=0,002) con el riesgo de cáncer de mama. El National Breast Cancer Coalition, la American Cancer Society y los Centers for Disease Control and Prevention concuerdan en que la exposición prolongada a estrógenos endógenos, determinada por el intervalo menarquia-menopausia, constituye un factor de riesgo bien establecido.^(20,21)

El primer parto posterior a los 30 años se identificó en el 33,49 % de las pacientes, y la nuliparidad en el 23,75 %. Sin embargo, de las 100

pacientes nulíparas, el 46 % tenía edad inferior a 25 años, lo cual sugiere que en este subgrupo la nuliparidad corresponde predominantemente a edad reproductiva en curso, más que a factor de riesgo propiamente dicho. La nuliparidad y el primer parto tardío se asocian con mayor exposición a ciclos ovulatorios completos y, consecuentemente, a estrógenos endógenos. ⁽¹⁶⁾ González Santos, ⁽⁷⁾ en una caracterización de pacientes en Holguín, Cuba, identificó que entre el 11 % y el 44,91 % de las mujeres no habían amamantado o lo habían hecho por períodos inferiores a seis meses, dato comparable con nuestro hallazgo del 17,10 % de ausencia de lactancia materna o lactancia breve (<3 meses). La lactancia materna se asocia inversamente con el riesgo de cáncer de mama mediante mecanismos que incluyen la reducción de la exposición estrogénica y la diferenciación epitelial mamaria. ⁽¹⁶⁾

La hipertensión arterial resultó el factor de riesgo más prevalente (45,13 %), superando incluso a los factores hormonales clásicos. Aunque la hipertensión no se considera tradicionalmente un factor de riesgo directo de cáncer de mama, estudios recientes sugieren asociaciones entre enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico y riesgo oncológico. ⁽²²⁾ La obesidad posmenopáusica, presente en el 15,91 % de nuestra muestra, sí constituye un factor de riesgo modificable bien establecido. Gálvez Vila et al., ⁽²³⁾ señalan que la obesidad se relaciona con aumento del riesgo en mujeres posmenopáusicas no expuestas a terapia hormonal, y Hierrezuelo et al., ⁽¹²⁾ reportaron una asociación significativa con OR=7,21. Estos hallazgos subrayan la importancia del control del peso corporal como estrategia de prevención primaria.

El sedentarismo (13,54 %) y el tabaquismo (13,30 %) presentaron prevalencias similares, mientras que el alcoholismo fue infrecuente (1,43 %). El consumo de tabaco, incluida la exposición pasiva durante la infancia, ha sido asociado con carcinoma de mama mediante la presencia de 20 carcinógenos mamarios identificados en el humo. ⁽²⁴⁾ Gram et al., ⁽²⁵⁾ en el estudio Norwegian Women and Cancer, documentaron un incremento del 11 % en el riesgo de cáncer de mama en mujeres no fumadoras expuestas pasivamente durante la infancia. El consumo de alcohol, aunque prevalente en nuestra muestra, constituye un factor de riesgo dosis-dependiente sin umbral seguro establecido, que actúa mediante vías hormonales y no hormonales (daño al ADN por acetaldehído). ⁽²⁴⁾

Los antecedentes familiares de primera línea de cáncer de mama, ovario, endometrio o colon se identificaron en el 5,70 % de las participantes, y los antecedentes personales de cáncer de mama en el 0,95 %. Rondón y Morales, ⁽¹³⁾ en una caracterización en Guisa, Granma, Cuba, reportaron antecedentes familiares en el 39,1 % de las

pacientes con cáncer de mama confirmado, cifra superior a la nuestra, lo cual es esperable dado que su estudio incluía casos diagnosticados. Es relevante señalar que entre el 5 % y el 10 % de los cánceres de mama son hereditarios, ⁽¹⁶⁾ y que la ausencia de antecedentes familiares no excluye el riesgo de desarrollar la enfermedad.

El hallazgo más preocupante desde la perspectiva de salud pública fue la baja frecuencia de práctica del autoexamen de mama (9,03 %), con solo el 23,75 % de las participantes conociendo el momento adecuado para su realización. Estos resultados son inferiores a los reportados por Lucas y Marín en Perú (58,6 % que no lo practicaban, equivalente a 41,4 % que sí), ⁽²⁸⁾ y por Vargas et al., ⁽²⁹⁾ en Cuba (46,1 % que nunca lo realizaban, equivalente a 53,9 % que alguna vez lo habían realizado). Martínez et al., ⁽³⁰⁾ en Nicaragua, identificaron que el 69,4 % de las mujeres no realizaba correctamente el autoexamen, lo cual sugiere que incluso cuando se practica, la técnica puede ser inadecuada.

Esta brecha en la prevención secundaria adquiere mayor relevancia considerando que el autoexamen de mama, aunque no ha demostrado reducir la mortalidad en ensayos clínicos aleatorizados, sí contribuye al diagnóstico temprano y al empoderamiento de las mujeres respecto a su salud. ^(26,27) González Santos ⁽⁷⁾ enfatiza la necesidad de intensificar la educación sanitaria para que las mujeres asuman un papel activo en el autocuidado. Autores señalan que un elevado número de mujeres que asisten a consultas de patología mamaria han detectado sus nódulos mediante autoexploración, ⁽²⁷⁾ lo cual valida su utilidad clínica aunque no epidemiológica.

El presente estudio presenta la fortaleza de haber incluido a más del 70% del universo poblacional elegible, con una muestra de tamaño adecuado para estimaciones descriptivas. Sin embargo, deben señalarse las siguientes limitaciones metodológicas.

En primer lugar, el diseño transversal descriptivo no permite establecer relaciones causales ni calcular medidas de asociación (riesgo relativo, odds ratio); los factores identificados son prevalentes en la población estudiada, pero no necesariamente se asocian con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama sin comparación con un grupo control.

En segundo lugar, el muestreo no probabilístico por conveniencia limita la generalización de los resultados a otras poblaciones; la muestra puede no ser representativa del universo de mujeres del consultorio médico de familia.

En tercer lugar, la información sobre factores de riesgo se obtuvo mediante autorreporte, con posible sesgo de recuerdo o deseabilidad

social, particularmente para variables como tabaquismo, alcoholismo y prácticas de autoexamen. Finalmente, la medición de algunos factores (menarquia precoz, menopausia tardía) puede estar afectada por imprecisión en el recuerdo de eventos ocurridos décadas atrás.

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de desarrollar e implementar intervenciones educativas robustas en el nivel de atención primaria de salud, dirigidas a: (a) la modificación de factores de riesgo evitables (obesidad, sedentarismo, tabaquismo); (b) el fortalecimiento del conocimiento sobre factores de riesgo no modificables para identificación temprana de síntomas; y (c) la promoción sistemática del autoexamen de mama como práctica de autocuidado, independientemente de su controversia en la literatura internacional. La concentración de factores hormonales y reproductivos en la población estudiada sugiere que las estrategias de prevención primaria deben iniciarse desde edades tempranas, incluyendo la educación sobre menarquia, planificación familiar y lactancia materna

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo más prevalentes fueron menarquia precoz (50,83 %), hipertensión arterial (45,13 %), menopausia tardía (42,99 %), primer parto posterior a los 30 años (33,49 %) y nuliparidad (23,75 %). La coexistencia de múltiples factores hormonales configura un perfil de susceptibilidad que requiere intervenciones preventivas diferenciadas. La baja frecuencia de autoexamen de mama (9,03 %) y el limitado conocimiento sobre su momento adecuado (23,75 %) identifican una brecha crítica en la prevención secundaria. La concentración de pacientes en grupos de 60 años o más (46,56 %), combinada con elevada prevalencia de factores no modificables e insuficiente autocuidado, subraya la necesidad de fortalecer programas de tamizaje y educación para la salud en atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasallo López C, Figueredo Garlobo LdlC, Blanco Paredes GdlC, López Ramírez N. Evaluación del nivel de los conocimientos sobre el cáncer de mama en mujeres en edad fértil. EsTuSalud [Internet]. 2021 [citado 06/01/2026];3(3):e124. Disponible en: <http://www.revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/124>
2. Echavarría I. Cáncer de mama. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. 2025 [citado 06/01/2026]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
3. Wu J, Fan D, Shao Z, Xu B, Ren G, et al. CACA Guidelines for holistic integrative management of breast cancer. *Holist Integr Oncol*

[Internet]. 2022 [citado 06/01/2026];1(1):77. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s44178-022-00007-8>

4. Xiong X, Zheng LW, Ding Y, Chen YF, Cai YW, Wang LP, et al. Breast cancer: pathogenesis and treatments. Signal Transduct Target Ther [Internet]. 2025 [citado 06/01/2026];10:49. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41392-024-02108-4>

5. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2024 May-Jun [citado 06/01/2026];74(3):229-263. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>

6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Cáncer de mama. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024.

7. González Santos L. Caracterización de pacientes con factores de riesgo de cáncer de mama. Policlínico Mayarí [tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2024 [citado 07/01/2026]. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=3818>

8. Escudero García A, Pérez Segura P. Cáncer de mama. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditada [Internet]. 2025 [citado 07/01/2026];14(24):1412-1422. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-volumen-14-numero-24-sumario-S0304541225X00020>

9. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mama [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2025 [citado 07/01/2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>

10. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2024. 53ª ed. La Habana: MINSAP; 2025 [citado 07/01/2026]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

11. Olivares-Alonso A, Placeres-Hernández JF, Rosales-Alcántara Y, Ramos-Reymont D, Delgado-Hernández I. Factores de riesgo de Cáncer de mama en estudiantes de medicina de Matanzas. MedEst [Internet]. 2021 [citado 07/01/2026];1(2):e40. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/40>

12. Hierrezuelo Rojas N, Cordoví Hierrezuelo M, Neira Hierrezuelo N. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama en mujeres de un

área de salud. Revista Finlay [Internet]. 2023 [citado 07/01/2026];13(4):414-424. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342023000400414

13. Rondón Carrasco J, Morales Vázquez CL. Caracterización clínico-epidemiológica de mujeres con cáncer de mama en Guisa. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2023 Ago [citado 07/01/2026];8(8):e1082. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=112529>

14. Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3ª ed. La Habana: ECIMED; 2014.

15. Mieles Resabala RM, Valeria Pico M, Marín Pérez A, Cedillo Balcáza J. Estudio de prevalencia de factores de riesgo de cáncer de mama en un Hospital de Especialidades en Manabí – Ecuador. Oncología (Ecuador) [Internet]. 2024 [citado 07/01/2026];34(3):131-141. Disponible en: <https://doi.org/10.33821/764>

16. Obregón Sánchez NH, Moreno González MM, Guzmán Ortiz E, Trujillo Hernández PE, Lara Reyes BJ. Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares. Revisión integrativa. Salud Uninorte [Internet]. 2024 [citado 08/01/2026];40(1):273-294. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.01.741.258>

17. Estrada Rodríguez Y, Oviedo Pérez K, Naranjo Lima S, Boris Miclin CD, Hoyos Mesa AJ, Almeida Rodríguez Ángel F. Caracterización de las embarazadas adolescentes del Policlínico Samuel Fernández del municipio Matanzas en el año 2020. scalpelo [Internet]. 2025 [citado 08/01/2026];5. Disponible en: <https://rescalpelo.sld.cu/index.php/scalpelo/article/view/223>

18. Giaquinto AN, Sung H, Newman LA, Freedman RA, Smith RA, Star J, et al. Breast cancer statistics 2024. CA Cancer J Clin [Internet]. 2024 [citado 08/01/2026];74(6):477-495. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21863>

19. Ruíz M, Aginagalde A, Llano J. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2022 May [citado 08/01/2026];96:e202205041. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8620643>

20. National Breast Cancer Coalition. Datos y cifras sobre el cáncer de mama [Internet]. Washington: NBCC; 2025 [citado 08/01/2026]. Disponible en: <https://www.stopbreastcancer.org>

21. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2023 [Internet]. Atlanta: ACS; 2023 [citado 08/01/2026]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2023/2023-cancer-facts-and-figures.pdf>

22. Boris Miclin Miclin CD, Estrada Rodríguez Y, Álvarez Pérez RJ, Corría Milán II. Hipertensión arterial y embarazo: una revisión actualizada del tema [Internet]. En: Memorias de CARDIOÁVILA 2024. 2024 [citado 08/01/2026]. Disponible en: <https://cardiologiaca.sld.cu/index.php/cardiocav/2024/paper/viewPaper/10>

23. Gálvez Vila RM, Naranjo Lima S, Gallego Sánchez JA, Román Rodríguez A, Estrada Rodríguez Y. Prevalencia de la obesidad en mujeres en edad fértil del consultorio médico #12. Colón, Matanzas, 2024 [Internet]. En: APSGibara2025. 2025 [citado 08/01/2026]. Disponible en: <https://apsgibara2023.sld.cu/index.php/APSGibara2025/2025/paper/viewFile/608/968>

24. Adrover Cebrián E, Alfaro Galán L, Algara López M, Alonso Osorio MJ, Álvarez Vinuesa M, Barreiro Mont S, et al. Estilo de vida y cáncer de mama: actuaciones antes, durante y después del tratamiento. 2ª ed. Madrid: Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria; 2023 [citado 08/01/2026]. Disponible en: <https://sespm.es/wp-content/uploads/2023/03/Libro-MONOGRAFIA-SESPM-2022web.pdf>

25. Gram IT, Wiik AB, Lund E, et al. Never-smokers and the fraction of breast cancer attributable to second-hand smoke from parents during childhood: the Norwegian Women and Cancer Study 1991-2018. Int J Epidemiol [Internet]. 2022 [citado 08/01/2026];50(6):1927-1935. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab153>

26. Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Declaración de Helsinki [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2024 [citado 08/01/2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

27. Ojeda Delgado L, Rodríguez Pino MY, Valladares Valle M, Díaz Yanes NM. Contribución de los estudios por imágenes en el diagnóstico de cáncer de mama. Rev Finlay [Internet]. 2021 [citado 08/01/2026];11(4):423-435. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000400423&lng=es

28. Lucas Choque A, Marín Macedo W. Conocimiento sobre el cáncer de mama y su correlación con la práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad fértil que acuden al Centro Médico Quirúrgico Dr. Osorio Pitta [tesis]. Trujillo: Universidad Privada del Norte; 2022 [citado 08/01/2026]. Disponible en:

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/32431/>

29. Vargas Rodríguez M, Ponce Sanz AM, Reyes Reyes I, Rodríguez Morera M, Vilier Lores SA. Intervención educativa sobre mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama del Consultorio 8. En: III Jornada y Taller Nacional de Residentes y Profesionales de la Salud; 2024. [citado 08/01/2026]. Disponible en:

<https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorgecienciapdcl2024/2024/paper/view/861/1157>

30. Martínez Meza CM, Muñoz Sequeira MI, Parrales Baca DJ. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a factores de riesgo de cáncer de mama en pacientes atendidas en un Hospital de León, Nicaragua [tesis]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2025 [citado 08/01/2026]. Disponible en:

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/10197>

CONTRIBUCIÓN DE AUTORIA

LRBH: Conceptualización, curación de contenidos, investigación, metodología, administración, supervisión, recolección de datos, análisis formal (cuantitativo y cualitativo), redacción – borrador original, revisión y edición.

OGLN: Conceptualización, metodología, revisión y edición.

IVG: investigación, recolección de datos.

LBS: investigación, recolección de datos

LSC: investigación, recolección de datos

CONFLICTOS DE INTERESES

Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de **Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional**
Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



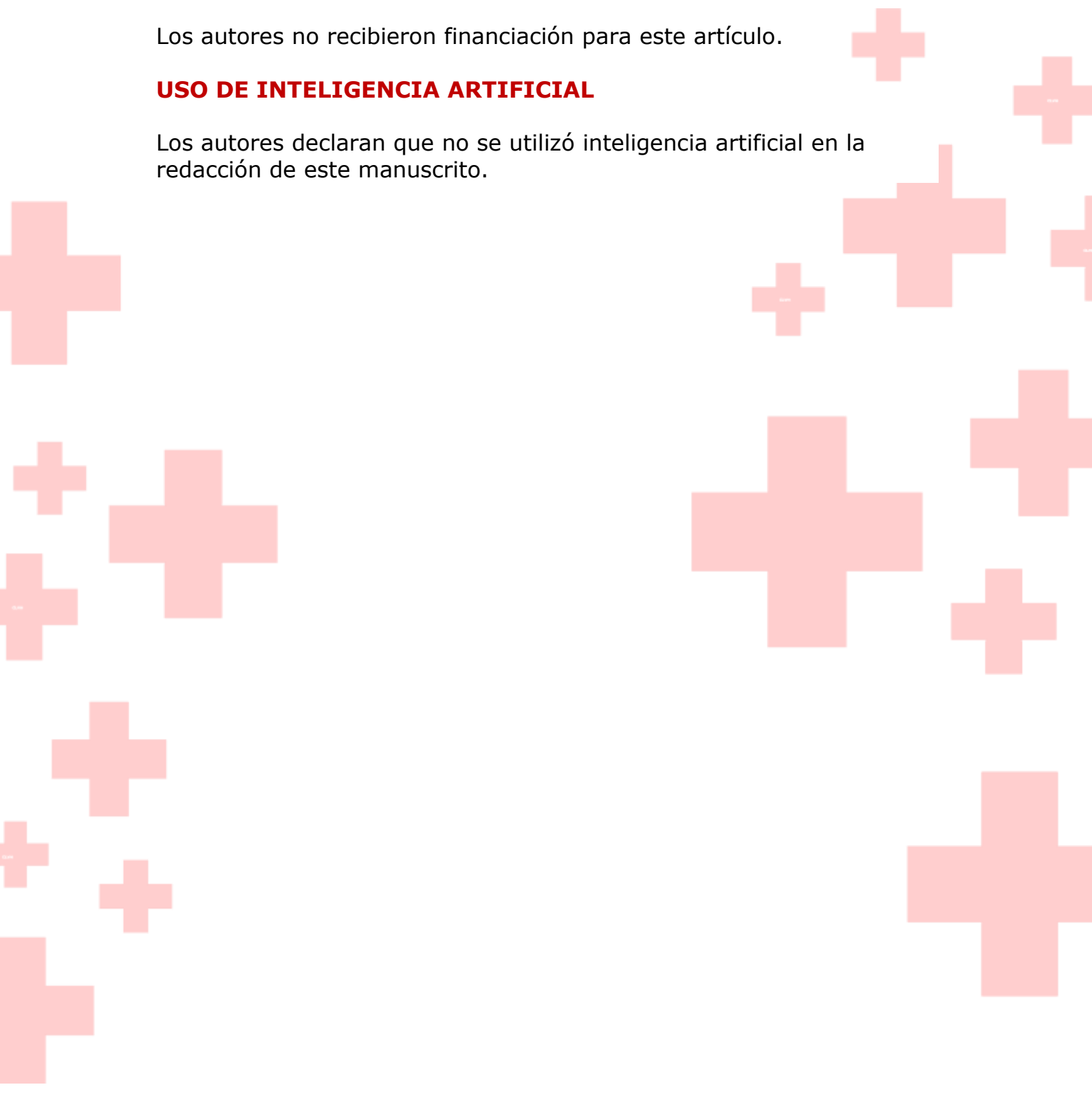
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para este artículo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.



Anexo 1.
Cuestionario a pacientes. Marque con una X.

<input type="checkbox"/> Edad (años)	<input type="checkbox"/> <30 <input type="checkbox"/> 30-39	<input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59	<input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> ≥70
<input type="checkbox"/> Color de la piel	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Mestiza
<input type="checkbox"/> Nivel escolar	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria a Básica	<input type="checkbox"/> Técnico de Nivel Medio	<input type="checkbox"/> Preuniversitar io <input type="checkbox"/> Universitario
<input type="checkbox"/> Primer parto >30 años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nuliparidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes personales	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Hiperplasi a atípica	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de primera línea	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de endometrio
<input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de mama en familiares de primera línea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menarquia precoz <10 años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menopausia tardía >55 años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obesidad posmenopáusica (IMC >30)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ausencia de lactancia materna o < 3 meses	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de segunda línea de cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas no trasmisibles	<input type="checkbox"/> Hipertensi ón arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estilo de vida	<input type="checkbox"/> Tabaquism o <input type="checkbox"/> Alcoholism o	<input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Estrés frecuente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Se realiza autoexamen de mama?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conoce el momento adecuado para el autoexamen de mama	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

Anexo 2 Consentimiento informado.

Fecha: _____

Yo: _____, apruebo mi participación en la investigación que realiza, con la finalidad de identificar los factores de riesgo de cáncer de mama en el Consultorio Médico de la Familia No. 24 del Policlínico "José Jacinto Milanés".

Se me informó:

- Los objetivos, beneficios de la investigación y que no representa riesgo alguno para mi salud.
- La participación es voluntaria y puedo abandonarla si lo considero pertinente, sin que esto afecte la calidad de la atención médica cuando la requiera.
- La información recopilada solo será empleada con fines científicos.

Por todo lo anterior, autorizo a que se me incluya en la investigación y como constancia de la misma:

Firma del paciente _____

Firma del testigo _____

Firma del investigador _____