

Cáncer de mama

Los políticos han encontrado en la prevención un filón aparentemente inagotable de promesas sin inconvenientes. Por ejemplo, para ofrecer a las mujeres actividades que siempre tienen un aspecto positivo, sin aparente peligro de equivocación, como «mayor frecuencia de mamografías a mujeres más jóvenes». Este deseo excesivo de evitar todo daño, de prevenir todo evento indeseable, es pornoprevención. Todo se justifica, además, por el menor gasto que se atribuye a largo plazo a la prevención.

En 1942 el economista y político británico William Beveridge ya prometía algo parecido en su «Primer informe». En *Social Insurance and Allied Services*, William Beveridge propuso el Estado del bienestar que hoy conocemos, en lo que se refiere a los servicios de salud y a las pensiones.

William Beveridge no fue un economista cualquiera, pues llegó a director de la London School of Economics. Sin embargo, Beveridge fue imprudente al prometer que la prevención y la promoción de la salud ahorrarían al tiempo sufrimiento y dinero; es decir, que la prevención logra ahorros y aumenta la salud. Bajo su influencia se creó el excelente National Health Service, un sistema sanitario público de cobertura universal sin copagos en el punto de la atención, con médicos de cabecera que tienen «lista de pacientes» y son «filtro» para la atención de otros especialistas. Llegó a encandilar a la burguesía conservadora inglesa convenciéndola de que al aprobar su propuesta tras la Segunda Guerra Mundial, con gobierno laborista, aumentaría la competitividad de las empresas por la disminución del coste sanitario. William Beveridge prometió más atención y más prevención y más salud por menos dinero.

Esta proposición es una falacia, como bien han demostrado los hechos. Ya prometió la disminución de costes George Milbry Gould (médico oftalmólogo y archivero estadounidense) en 1900,

al proponer el establecimiento de los chequeos en Estados Unidos. Pero la prevención no siempre disminuye costes, y muchas veces tampoco aumenta la salud, por los daños que causan los efectos adversos y secundarios de las actividades sanitarias. Mediante prevención no se evitará el uso sanitario, sino al contrario. Los hechos son tercos y constantes, pero la ideología pretende superar la realidad. En enero de 2008 el primer ministro británico Gordon Brown se permitió repetir la falacia de William Beveridge al prometer un giro hacia la prevención del sistema sanitario como la mejor forma de ahorrar y de mejorar la salud.

Todo se contagia, y el jueves 21 de mayo de 2009, día de la Ascensión, hubo reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo en el Congreso de los Diputados de España. Intervino la nueva ministra de Sanidad y Política Social a petición propia y para dar respuesta a varias preguntas de los grupos parlamentarios. Dejó claro que su Ministerio pondría en primera línea las políticas de prevención y promoción de la salud. Copió a Gordon Brown y a William Beveridge y repitió su falacia, pues dio como razón que en el terreno de la prevención es donde más podemos ganar en materia de salud y de control del gasto.

Son muchos los políticos que pretenden reorientar el sistema sanitario hacia la prevención («giro a la prevención») con promesas que son falacias. Nada como todo lo que gira en torno a la mujer, tan populista y políticamente correcto, con énfasis en el cáncer de mama. La prevención tiene un aura mística positiva, aunque sólo sea una actividad sanitaria más, con sus beneficios y perjuicios. Ofrecer mamografías como golosina es un disparate, como mínimo.

En muchos casos se ha mezclado el populismo político y la difusión de actividades preventivas con las historias personales, como sucedió en Estados Unidos en 1974, cuando la mujer del presidente y la del vicepresidente tuvieron cáncer de mama con una diferencia de semanas en el diagnóstico (y mastectomía). Aquello popularizó el cáncer de mama y «la lucha» para combatirlo, en un momento en que empezaban los programas de mamografías de cribado (primera experiencia en 1963 y comienzo del primer ensayo clínico en 1973).

En cuatro palabras, «Las mamografías salvan vidas», decía la propaganda enviada a domicilio en Madrid (España) a las mujeres de cincuenta y más años. Con esta propaganda postal personal las madrileñas se sabían señaladas, seleccionadas a partir del censo, e invitadas a participar en la campaña de prevención del cáncer de mama. En el folleto se destacaban las ventajas de la participación, sin considerar ni por asomo el menor inconveniente. Todo era beneficio sin atisbo de daño. Pareciera que no hubiera falsos positivos ni falsos negativos, ni sobre-diagnóstico, ni dolor físico en la realización de la mamografía, ni problema alguno en su interpretación, ni radiación de la mama, etc. De hecho, el folleto conllevaba mensajes subliminales del tipo de «la mamografía cura», «si luego tiene cáncer de mama y no ha participado, ¡allá usted!», etc. La información del folleto creaba sentimientos de culpa si se decidía no participar.

Todo se justifica por el bien futuro, por el diagnóstico precoz que lleva a la curación. Si la mujer se atreve a discrepar y pide que se le borre del listado de mujeres a las que enviar cartas o mensajes telefónicos/electrónicos, recibe por respuesta que se trata de un cribado, de una actividad de salud pública que justifica el envío masivo y personalizado de la información y el uso del censo para lograr el objetivo. Es decir, se trata a las madrileñas como menores de edad y se manipula su decisión, que de ninguna forma puede considerarse informada. Se llega así a la creación de un estado de opinión social que ve a las mujeres no participantes como «asociales», de forma que el justo castigo es el cáncer de mama, y no estaría mal que además tuvieran alguna penalización, al estilo de las implantadas en Alemania cuando los pacientes tienen cáncer y no han participado previamente en las campañas de cribado. Se entiende que la no participación en el cribado con mamografía es casi la causa del cáncer de mama. En realidad, e irónicamente, la radiación que supone la mamografía es causa de algunos pocos cánceres de mama tanto en situación de normalidad como si hay especial sensibilidad por radioterapia previa en la juventud o mutación de los genes Rb y BRCA 1 y 2.

Como bien demuestra el caso del cribado del cáncer de mama, la prevención se libra de las consideraciones de consentimiento in-

formado que se imponen y exigen con fuerza en las actividades curativas. Es tan poderoso el atractivo del bien prometido que la prevención no precisa de mayor información que la alegre participación libre de prejuicios. En las actividades preventivas parece que el fin justifica los medios. Sin embargo, ni siquiera el fin es claro.

Por ejemplo, en el cribado del cáncer de mama es cierto que se puede lograr hasta un 20% de disminución de muertes por cáncer de mama, pero eso representa disminuir las muertes por esta causa (tras más de una década de intervenciones) del 0,5 al 0,4% (sin disminuir la mortalidad global en el grupo de mujeres sometidas al cribado). Es decir, hay cinco muertes menos por cáncer de mama cada 1.000 participantes en el cribado con mamografía. Pero las mujeres que no mueren por cáncer de mama mueren por otra causa, incluida la sobre-mortalidad por el sobre-diagnóstico sensu stricto y el sobre-tratamiento que conlleva el propio cribado con mamografía.

Además, estos datos y resultados provienen de ensayos clínicos, verdaderos experimentos en que todo se cuida y ofrece para que sea de la mejor calidad, en condiciones bien lejos de las locales en que luego se aplican las conclusiones. Así, puede ser que el cribado en las condiciones prácticas locales logre peores resultados, con aumento proporcional del diagnóstico de cánceres de mama fáciles de identificar, indolentes, de evolución incierta (que curan espontáneamente en muchos casos), al precio de retrasar el diagnóstico de cánceres difíciles de identificar, agresivos, invasivos, de mayor mortalidad.

Por ejemplo, en Castilla-León (España) el programa de prevención con mamografía del cáncer de mama logró adelantar el diagnóstico de uno de cada siete cánceres (indolentes, no agresivos) y retrasar uno de cada nueve (agresivos, invasivos). En otro caso, en Jaén (España) los cánceres de intervalo (nuevos y diagnosticados entre dos cribados) fueron en el 50% falsos negativos, pues al reexaminar la última mamografía del cribado se pudo demostrar el error de atribuir normalidad a estas mamas que en realidad tenían cáncer (en los ensayos clínicos esta cifra de falsos negativos es del

20%, aproximadamente). Además, en este estudio andaluz se demostró que en casi la mitad de los casos de cáncer de mama pasaron 3 meses entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento, lo que demuestra graves fallos de coordinación entre la actividad preventiva y la actividad curativa.

Para tener una idea cierta de la utilidad del cribado con mamografía se precisa conocer tanto las tasas de falsos positivos como las de falsos negativos y el sobre-diagnóstico sensu stricto. Se necesita, además, un conocimiento de la «historia natural» del cáncer de mama, que no tenemos.

Todo apunta a que nos equivocamos al etiquetar como cáncer de mama a entidades muy diferentes, muchas de las cuales evolucionan espontáneamente a la curación. Son cánceres curados con o sin intervención, obviamente. Esta curación espontánea del cáncer de mama puede llegar al 25-40% de los diagnosticados mediante mamografías y tratados posteriormente con mastectomía total o parcial. Muchos son simples carcinomas ductales in situ.

La mamografía en sí es también criticable, como la propia interpretación de los radiólogos. Curiosamente, las críticas a la radiología convencional de la mamografía aparecieron cuando se comercializó con fuerza la mamografía digital, la ecografía tridimensional y la resonancia magnética nuclear. Estos métodos complementarios se ofrecen en especial a las mujeres de menos de 50 años, con mamas más densas, como si el problema fuera la densidad del tejido mamario y no la baja prevalencia del cáncer de mama a esas edades. En cualquier caso, toda actividad preventiva tiene los inconvenientes de todo acto sanitario, ya que no hay actividad sin posibles efectos adversos, y éstos pueden llegar a superar los efectos beneficiosos.

No se puede «vender» a las mujeres la mamografía como una prueba definitiva que sólo requiere de confirmación, pues en realidad el resultado es de anormalidad probable, no de diagnóstico. Se da por supuesto que esa confirmación lleva a la intervención correcta, y se ignora por completo la posibilidad de una mastectomía innecesaria. Como casi siempre, pero en prevención más, los errores de comisión se ven con menos carga que los de omisión.

En Estados Unidos se puso a prueba la perspicacia de los radiólogos con un estudio simple y elegante. Se eligió a diez radiólogos con gran experiencia y crédito en la interpretación de mamografías de cribado y se les pasaron 150 radiografías para que las analizaran; 37 mostraban un cáncer que se había diagnosticado posteriormente con toda seguridad, y 123 eran normales (para estar seguros, se había seguido 3 años a las mujeres). A los 5 meses se les pasaron en otro orden estas mismas 150 mamografías para su valoración, sin que los radiólogos supiesen que eran las mismas. Pues bien, sólo en 10 mamografías (el 7%) hubo coincidencia de los radiólogos en la valoración de la radiografía. La concordancia en la presencia de lesiones sospechosas fue del 78% y en la recomendación de biopsia, del 85% (el índice kappa, que valora la concordancia eliminando el «peso» del azar, fue respectivamente, del 0,47 y 0,49; es decir, moderada-débil). El comportamiento de los radiólogos fue coherente, y si, por ejemplo, uno derivaba acertadamente al 96% de los casos con cáncer, también derivaba mucho y sin necesidad al 64% de los casos sin cáncer. Cuando dos radiólogos coincidieron en la necesidad de biopsia en la misma radiografía, discreparon en el 2% de la situación (mama izquierda o derecha) de la imagen sospechosa de cáncer; esta discrepancia se dio en el 9% del total de casos en que varios radiólogos coincidieron en recomendar biopsia. Así pues, y como cabía esperar, además de la capacitación y de la experiencia, son fundamentales las características personales del radiólogo en la interpretación de la mamografía y en el umbral de derivación para la biopsia.

En España se diagnostican unos 16.000 nuevos cánceres de mama anuales, y mueren por cáncer de mama unas 6.000 mujeres al año. Es decir, la incidencia es de unos 70 casos, y la mortalidad, de unos 15 casos por 100.000 mujeres. La mortalidad por cáncer de mama es responsable del 3% de las muertes de mujeres en España.

Para tener una idea, en 2010 la causa más frecuente de muerte de las mujeres españolas fueron las enfermedades cardiovasculares (especialmente ictus cerebral, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca), que produjeron el 30% de la mortalidad global. Murie-

ron por enfermedad cardiovascular unas 50.000 mujeres, y por demencia y Alzheimer, más de 17.000.

El cáncer de mama mata sobre todo a las mujeres mayores, con frecuencia creciente según la edad. Así, las mujeres españolas de 65 y más años constituyen el 20% del total de las mujeres, pero sufren más del 50% de la mortalidad por cáncer de mama.

En España mueren al año por cáncer de mama unas 900 mujeres menores de 50 años. En cifras absolutas son pocas las mujeres de este grupo que mueren, sea por cualquier causa, sea por cáncer de mama, y por ello la probabilidad de morir por cáncer de mama es muy pequeña en este grupo de edad (una muerte por cada 15.000 mujeres). De hecho, la probabilidad de morir por cáncer de mama entre las mujeres menores de 50 años es la mitad de la probabilidad que tiene el conjunto de las mujeres españolas. Por comparar, en estas mujeres la mortalidad por accidentes domésticos dobla a la probabilidad de morir por cáncer de mama.

En cifras relativas, el cáncer de mama es la causa más frecuente de muerte por cáncer de las mujeres de menos de 50 años, pues representa el 30% del total de las causas de muerte en este grupo de edad.

Se dice, y es verdad, que una mujer de cada 10 morirá de cáncer de mama. No se dice que eso es sólo cierto entre las mujeres que vivan hasta los 85 años. Es decir, para ser correcta la frase debería decir: «Entre las mujeres que llegan a los 85 años, una de cada diez morirá de cáncer de mama».

El cáncer de mama se asocia a clase alta. Recuerda un poco a la poliomielitis, que también afectaba más a la clase alta. No hay razones plausibles para esta diferente incidencia según la clase social, pero la mayor incidencia de cáncer de mama se asocia a características de la mujer de clase alta (hasta ahora): menor número de hijos, primer hijo más tarde de los 30 años, sin lactancia natural, mayor uso de la mamografía para el diagnóstico precoz y abuso de terapia hormonal sustitutiva y de la radiología en general. También se asocia a obesidad, consumo de alcohol, menarquia temprana, menopausia tardía, algunos genes y diversos contaminantes ambientales (dioxina y otros).

El cáncer de mama se da también en los varones, pero es muy infrecuente. Se deduce por ello que el cáncer de mama se asocia a la mama femenina por su peculiar biología, por los cambios predisponentes o protectores inducidos por las hormonas sexuales y otras, tanto con el ciclo menstrual como con el embarazo, el parto y la lactancia.

El cáncer de mama padece fiebre diagnóstica, pues según declaraciones en los medios de comunicación, en España se ha pasado en 4 años (de 2007 a 2011) de 15.000 a 22.000 nuevos cánceres anuales diagnosticados. Sin embargo, la mortalidad por cáncer de mama creció en España hasta 1992, y desde 1993 se mantiene, con un ligero descenso. La supervivencia a los 5 años es del 81%, con mejoría significativa en los últimos años. En el descenso de la mortalidad influyen poderosamente las mejoras de la atención clínica a la mujer con signos y síntomas como cirugía, radiología y quimioterapia. También contribuye a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama el menor uso de la terapia hormonal sustitutiva. El impacto de los cribados es dudoso.

Por ejemplo, entre 1989 y 2006 se analizó en varios países europeos la mortalidad por cáncer de mama, comparando los cambios con el momento de introducción de programas de cribado según parejas de países con similar cultura y organización social y sanitaria. No se demostró correlación entre la introducción del cribado y el descenso de la mortalidad que se da en todos los países. La mortalidad disminuyó en Suecia un 16% y en Noruega un 24%, sin un impacto notable de la implantación del cribado en 1986 para las suecas y en 1996 para las noruegas. Y el hecho de que Holanda tuviera un programa de cribado desde 1984 no tuvo un impacto llamativo en el descenso de la mortalidad por cáncer de mama, que ha sido del 25%, la misma cifra que en Flandes (Bélgica), donde el programa de cribado se introdujo en 2001. En Irlanda del Norte se demostró un descenso del 30%, y cuenta con cribado desde 1990; en la República de Irlanda el descenso fue del 27% y el cribado se introdujo en 2000. Se demostró un descenso generalizado de la mortalidad por cáncer de mama en todos los países estudiados, pero no se pudo atribuir a la introducción de progra-

mas de cribado. El descenso fue mayor en las mujeres de 50 años. En mujeres de 70 y más años se demuestra una gran reducción en Holanda (que se suele atribuir al cribado) y en Noruega y en la República de Irlanda, donde no cabe atribuirla al cribado. La efectividad del cribado parece escasa, si es que tiene alguna.

Se han revisado los nueve mejores ensayos clínicos del mundo sobre el cribado del cáncer de mama con mamografía (uno en Estados Unidos, dos en Canadá, dos en el Reino Unido y cuatro en Suecia). En ellos se distribuyó al azar a las mujeres mayores de 50 años para el grupo de intervención (mamografía cada 2 años) y para el grupo control (cuidados habituales). Se estudió la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama, y la mortalidad total. El seguimiento mínimo fue de 10 años. Se hizo el análisis por «intención de tratar» (se incluyeron todas las mujeres que iniciaron el estudio, aunque lo hubieran abandonado por causas varias).

No hubo diferencias en la mortalidad por cáncer de mama (o fueron mínimas), y no hubo diferencias en la mortalidad total. Las mujeres del grupo de mamografía rutinaria (cribado) se sometieron a más intervenciones diagnósticas y terapéuticas, como biopsias y mastectomías, con el consecuente impacto en la calidad de vida.

El ensayo clínico *Swedish Two-County Trial* duró 7 años, pero se siguió durante casi 30 años a las mujeres participantes para conocer la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama. En 2012 se publicaron los datos del seguimiento de las mujeres (77.080 en el grupo de intervención y 55.985 en el grupo de control).

Al cabo de las tres décadas se demostró que hubo 1.426 cánceres de mama en el grupo de intervención, y en ese grupo murieron por cáncer de mama 351 mujeres. En el grupo de control hubo 1.042 cánceres de mama y murieron de cáncer de mama 367 mujeres.

Se calculó que con el cribado se «evitaron» 158 muertes por cáncer de mama, y que cada una de estas mujeres vivió por ello unos 12 días más.

Para evitar una muerte hubo que cribar a 414 mujeres, con un total de 1.334 mamografías.

El riesgo absoluto de morir por cáncer de mama descendió el 1,7 por 1.000 en el grupo de intervención.

En los resultados publicados no se encontró modificación de la mortalidad total.

Ello permite sugerir que:

- En el grupo de intervención hubo sobre-diagnóstico sensu stricto.
- «Matan» las intervenciones para diagnosticar y tratar los cánceres de mama diagnosticados mediante la mamografía del cribado, como la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

Se calcula que aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados mediante cribado de cáncer de mama son cánceres indolentes que nunca progresarían a invasivos o que desaparecerían espontáneamente, y en cualquier caso no matarían a la mujer.

El 30% de las mamas total o parcialmente extirpadas «por consecuencia» del cribado eran mamas que no habría habido que «tocar». Además, lo que importa no es evitar el cáncer de mama, sino evitar la muerte por cáncer de mama.

Como demostró Peter C. Gotzsche (médico danés, de salud pública), la mayoría de los cánceres diagnosticados mediante el cribado nunca hubieran provocado la muerte, bien porque eran cánceres de sobre-diagnóstico sensu stricto, bien porque se hubieran tratado correctamente y a tiempo cuando empezaran a producir signos y/o síntomas.

Convendría abandonar la arrogancia preventiva, asustar menos a las mujeres con el aumento de la incidencia, ser humildes con los éxitos frente a la mortalidad por cáncer de mama y valorar con serenidad las consecuencias del aumento de la supervivencia a los 5 años, pues sólo indica mayor tiempo para vivir con angustia y miedo, no un cambio en la evolución del cáncer ni un mayor tiempo de vida.

Las mamas son parte de un «territorio» femenino sensible, importantes en la reproducción y en las relaciones sociales y sexuales.

Hay que dejarlas en paz y dedicarlas a su uso natural y gozoso. Y, al tiempo, ser más respetuoso con ellas, en el sentido de moderar todos los procedimientos médicos que llevan a aumento del cáncer de mama, como las radiaciones diagnósticas y el tratamiento hormonal sustitutivo.

Es ciertamente irónico que la preocupación por el cáncer de mama se traduzca por parte de muchos médicos en insistir en el cribado con la mamografía y no en el uso apropiado (y menor) de tecnología diagnóstica como la TAC y de terapéuticas como las hormonas en la menopausia.

El conocimiento científico lleva a recomendar moderación y abandono del cribado con mamografía del cáncer de mama. Es hora de pedir el fin del cribado del cáncer de mama. Si fuera un medicamento, ya se habría retirado del mercado. Lo exige el *primum non nocere* y la dignidad de los pacientes y de los profesionales.

El cáncer de mama no precisa de diagnóstico precoz, sino de diagnóstico oportuno, de forma que tras el diagnóstico haya oportunidad de cortar la evolución del cáncer que se llevaría la vida por delante, antes del «punto crítico de irreversibilidad». Es central, también, ofrecer tratamiento y seguimiento de mínima intervención y máxima eficacia, donde es clave la atención por excelentes cirujanos, oncólogos, radiólogos y médicos de cabecera, y la organización de circuitos asistenciales que faciliten la coordinación preventiva-curativa y la pronta respuesta.

No se trata de adelantar el diagnóstico como ahora se hace «alegremente», como si fuera un objetivo en sí mismo, sino de diagnosticar en el momento oportuno para eliminar los cánceres que amenazarían la vida, y de añadir años a esas mujeres que ya no morirán por cáncer de mama. En este enfoque es muy importante la calidad de la atención clínica ante síntomas y signos sugerentes de cáncer de mama y la coordinación entre niveles y entre especialistas. El cribado del cáncer de mama puede llegar a devaluar este aspecto central, de organización y atención curativa. No buscamos más diagnósticos, sino mejor curación.

Lo mínimo es la participación informada en los cribados, por el respeto al principio bioético de autonomía. La mujer necesita in-

formación para decidir con conocimiento de causa para participar en el cribado de cáncer de mama. ¿Qué debería saber la mujer? Como mínimo, que:

- La causa más frecuente de muerte en la mujer en España son las enfermedades cardiovasculares (fundamentalmente, ictus cerebral, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca), responsables del 30% de las defunciones.
- El cáncer de mama es frecuente como cáncer y provoca el 3% de las defunciones de mujeres.
- Una mujer de cada diez morirá de cáncer de mama, pero sólo entre las que llegan a vivir 85 años.
- El cáncer de mama es mortalidad de mujeres ancianas, de forma que la mitad de las mujeres muertas por cáncer de mama tienen 65 y más años.
- El cáncer de mama es la causa más frecuente de muerte por cáncer entre las mujeres menores de 50 años, pero, con todo, en este grupo la probabilidad de morir por cáncer de mama es muy baja, de una mujer por cada 15.000 (la mitad de la probabilidad que en el conjunto de mujeres); de hecho, en este grupo la muerte por accidente doméstico es dos veces más frecuente que la muerte por cáncer de mama.
- La mamografía se aconseja cada 2 años, pero no es recomendable ni por debajo de los 50 años (los pechos son muy densos, el cáncer muy raro y los errores muy frecuentes) ni en las mayores de 65 años (no vale la pena, es mejor el diagnóstico clínico).
- El cribado con mamografía no es una prueba diagnóstica, y sus resultados de sospecha pueden ser erróneos en un doble sentido: de falso positivo (parece que hay algo malo, pero al final se demuestra que todo está bien) y de falso negativo (parece que no hay nada malo, pero al cabo del tiempo se demuestra que crece un cáncer).
- Si se hacen cinco mamografías consecutivas, en un programa de cribado cada 2 años, hasta la mitad de las mujeres pueden tener un falso positivo y tener que someterse al proceso diag-

nóstico (consultas, ecografías, biopsia) para aclarar el error, con la consecuente disminución de la calidad de vida.

- Al hacer 1.000 mamografías de cribado se suelen encontrar 60 sospechosas, de las que sólo ocho tendrán verdaderamente cáncer (verdaderos positivos), y de estos ocho cánceres en cinco no se mejora en nada el proceso de atención, pues hubieran desaparecido solos, hubieran estado silentes o en todo caso hubieran producido signos y síntomas que llevarían a su tratamiento correcto.
- Al hacer 1.000 mamografías de cribado suelen escaparse dos mujeres que tienen cáncer de mama y no se diagnostican (falsos negativos).
- Entre los cánceres diagnosticados por la mamografía de cribado, aproximadamente el 30% son cánceres inocuos, benignos, «histológicos», que nunca crecerían ni matarían a la mujer; algunos de ellos desaparecerían solos si no se diagnosticasen; dicho de otra forma, se extirpan innecesariamente el 30% de las mamas (total o parcialmente) por sobre-diagnóstico sensu stricto.
- Se dice que la mamografía disminuye un 21% la mortalidad por cáncer de mama al cabo de 10 años de cribados, pero en sentido absoluto la mortalidad por cáncer de mama se disminuye el 0,1%: del 0,5 al 0,4%.
- Entre los cánceres diagnosticados por el programa de cribado, la mayoría nunca hubieran producido la muerte de la mujer, por lo que es esperable «sobrevivir más» si se establece el diagnóstico con la mamografía de cribado (se viven los mismos años que se iban a vivir, pero con la amenazante espada de Damocles de la «posible recidiva»).
- El cribado con mamografía no disminuye la mortalidad global; es decir, el cribado no modifica la expectativa de vida.
- Salvar una vida, evitar una muerte por cáncer de mama, es un objetivo inalcanzable con la mamografía de cribado, y al intentarlo se producen daños sustanciales a miles de mujeres.

En lo particular, ¿qué hacer con los pechos que me adornan? Las mamas son muy sensibles y conviene disfrutar de ellas en sentido estético, de autoestima, para la lactancia y en el terreno sexual, dejando la participación de los médicos y sus aparatos sólo para cuando haya molestias. Si puede, tenga hijos pronto y muchos, dedíqueles de mamar todo el tiempo que pueda, mantenga un peso razonable, no emplee la terapia hormonal sustitutiva y busque un médico que utilice con prudencia la radiología de tórax (simple, tomografías y TAC). Abandone la angustia que crean los ginecólogos y radiólogos respecto al cáncer de mama, pues lo normal es que si le «toca» sea señal de que ha llegado a ser una anciana venerable.

Si le preocupa morir joven, no fume y disminuirá la probabilidad de un infarto de miocardio fatal y la probabilidad de morir por cáncer de pulmón.

La autoexploración mamaria es inútil, no se busque bultos. Los pechos son para disfrutarlos, no para torturarlos. Sea feliz y disfrute de la anatomía que dios le ha dado.