

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):22-27



Cáncer de mama: la importancia de la información y del lenguaje en la relación médico-paciente

López-Ruiz José-Antonio^{a,b}, Mieza-Arana Juan-Antonio^{c,d,e,f}

(a) Grupo Preteimagen. Doctor en Medicina. Especialista en Radiodiagnóstico. Bilbao, España

(b) Sociedad Vasca de Patología Mamaria y Cáncer Ginecológico (SVPMYCG). Presidente. Bilbao, España

(c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio de Ginecología. Barakaldo, España

(d) Grupo IMQ. Clínica IMQ Zorrotzaurre. Servicio de Ginecología. Bilbao, España

(e) Instituto Ginecológico Deusto. Ginecólogo. Bilbao, España

(f) Sociedad Vasca de Patología Mamaria y Cáncer Ginecológico (SVPMYCG). Vicepresidente. Bilbao, España

Recibido el 23 de mayo de 2023; aceptado el 18 de enero de 2024

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Relaciones
médico-paciente.
Redes sociales.
Dr. Google.
Influencia mediática.

Resumen:

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama es uno de los ejemplos más típicos que ilustra las ventajas de un enfoque y actuación multidisciplinar. Pero, si exceptuamos posibles y aisladas discrepancias entre los miembros de un equipo multidisciplinar, así como las opiniones de profesionales sanitarios ajenos al equipo, es la influencia de las redes sociales y de los medios de comunicación lo que puede suponer una seria interferencia en las relaciones médico-paciente.

El "Dr. Google" ha venido para quedarse y, lamentablemente, se consolida como obligada referencia para pacientes y familiares, a veces difícil de contrarrestar en las consultas especializadas de cáncer de mama. Por otro lado, algunos medios de comunicación y la denominada "prensa rosa" favorecen algunas ideas y terminología poco acordes con la realidad científica.

Tampoco ayuda mucho la divulgación de algunas "guías de actuación" elaboradas en el seno de algunas instituciones sanitarias, por parte de profesionales no siempre seleccionados en base a parámetros objetivos de conocimientos actualizados y experiencia en la materia.

El presente artículo pretende ilustrar algunas de las más frecuentes situaciones que se dan en las consultas médicas, motivadas por las circunstancias antes explicadas, con la esperanza (tal vez ingenua) de que al menos los profesionales sanitarios reflexionemos al respecto.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Bularreko minbizia: informazioaren eta hizkuntzaren garrantzia medikuaren eta pazientearen arteko harremanean.

Laburpena:

Bularreko minbizia duten pazienteen diagnostikoa, tratamendua eta jarraipena da diziplina anitzeko ikuspegi eta jarduera baten abantailak erakusten dituen adibiderik ohikoenetako bat. Baina, diziplina anitzeko talde bateko kideen arteko desadostasunak eta taldeaz kanpoko osasun-profesionalen iritziak alde batera utzita, gizarte-sareen eta komunikabideen eragina da medikuen eta gaixoen arteko harremanetan interferentzia larria eragin dezakeena.

Google doktorea geratzeko etorri da, eta, zoritxarrez, ezinbesteko erreferentzia bihurtu da gaixo eta senideentzat, batzuetan zaila baita bularreko minbiziaren kontsulta espezializatueta aurre egitea. Bestalde, komunikabide batzuek eta prentsa arrosa deritzonak errealitate zientifikoarekin bat ez datozen ideia eta terminologia batzuk bultzatzen dituzte.

Halaber, ez du asko laguntzen zenbait osasun-erakunderen barruan landutako "jarduera-gida" batzuk zabaltzen, beti hautatzen ez diren profesionalak prestatuak, jakintzei buruzko parametro objektiboetan eta arlo horretako esperientzian oinarrituta.

Artikulu honen bidez, kontsulta medikoetan izaten diren egoerarik ohikoenetako batzuk argitu nahi dira, arestian azaldutako inguruabarrak direla medio, eta osasun arloko profesionalak gutxienez horri buruz hausnartuko dugulakoan (agian inozoa).

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Bularreko minbizia.
Medikuaren eta
pazientearen arteko
harremanak.
Sare sozialak.
Google doktorea.
Eragin mediatikoa

Breast Cancer: The Importance of Information and Language in the Doctor-Patient Relationship

Abstract:

The diagnosis, treatment and follow-up of breast cancer patients is one of the most typical examples that illustrates the advantages of a multidisciplinary approach and action. But, with the exception of possible and isolated discrepancies between members of a multidisciplinary team, as well as the opinions of health-care professionals outside the team, it is the influence of social networks and the media that can seriously interfere with doctor-patient relationships.

"Dr Google" is here to stay and, unfortunately, it has established itself as an obligatory reference for patients and families, sometimes difficult to counteract in specialized breast cancer consultations. On the other hand, some media and the so-called "tabloids" favor some ideas and terminology that are not in line with scientific reality.

Nor does the dissemination of some "action guides" drawn up within some health institutions, by professionals who are not always selected on the basis of objective parameters of up-to-date knowledge and experience in the field, help much.

This article aims to illustrate some of the most frequent situations that occur in medical consultations, motivated by the circumstances explained above, in the (perhaps naive) hope that at least health professionals will reflect on the matter.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Breast cancer.
Doctor-patient
relationships.
Social media.
Dr. Google.
Media influence.

Introducción.

Desde el punto de vista normativo, el derecho de información del paciente se recoge en la Ley 41/2002 del Boletín Oficial del Estado¹. Sin embargo, en la práctica pueden concurrir diversas circunstancias que la desvirtúan y "reinterpretan" con cierta frecuencia. Tras muchos años de ejercicio profesional bajo entornos multidisciplinarios, somos conscientes del grado de desinformación (o

información errónea) de muchas pacientes en asuntos relacionados con el cáncer de mama, consecuencia de diversos factores, entre los que cabe destacar:

- a) Consultar fuentes no expertas o insuficientemente contrastadas, lo que incluye la consulta indiscriminada en las redes sociales e Internet.
- b) La vigencia de uno de nuestros vicios nacionales, también presente entre las profesiones sanitarias:

opinar de todo, aunque no se disponga de suficientes conocimientos sobre el asunto.

- c) Cierta dejación de funciones y/o cierto sesgo informativo, por parte de las autoridades sanitarias, a la hora de divulgar/no divulgar contenidos relacionados con el cáncer de mama.

- d) El (a veces) excesivo uso de la denominada “conspiración del silencio”², basada en un concepto paternalista del ejercicio de la Medicina, excepcionalmente justificado en la actualidad.

Como manifiesta A. Porroche-Escuchero³, la desinformación puede interferir en la capacidad crítica de las personas para tomar decisiones meditadas y bloquea el derecho de las personas a una información veraz, objetiva y completa, que favorezca la toma de decisiones libres y sopesadas.

Se exponen, a continuación, algunos ítems que permiten ilustrar diversas situaciones cotidianas en las consultas médicas, a propósito del cáncer de mama.

1) “*Es aconsejable prevenir el cáncer de mama*”. Abundan las referencias a la palabra “prevenir”, que comúnmente se interpreta en el mundo de la Medicina como evitar la aparición de la enfermedad, algo que, a fecha de hoy, resulta imposible en el caso del cáncer de mama, incluso adoptando medidas oncofilácticas radicales, tales como mastectomía bilateral⁴.

En Salud Pública, se describen tres niveles de prevención de enfermedades⁵: primaria (orientada a evitar la aparición de la enfermedad), secundaria (destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad) y terciaria (destinada a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta).

Entre los profesionales dedicados al cáncer de mama, se habla de “prevenir” (prevención primaria) dicha enfermedad adoptando diversos hábitos de vida y huyendo de otros⁶. Tales consejos de salud, sin duda potencian una vida más saludable, pero no evitan la aparición de cáncer de mama⁷.

Por alguna razón que desconocemos, el término prevención (referido a la prevención secundaria) ha prevalecido en algunos entornos sanitarios y medios de comunicación sobre el término, menos confuso y más comprensible, de diagnóstico precoz, induciendo a importantes errores conceptuales, en especial entre el ciudadano común, quien puede pensar que la realización de mamografías de “chequeo” (cribado) evita la aparición de cáncer de mama o proporciona cierta garantía de disminución del riesgo.

Por lo tanto, infórmese a las mujeres de que los hábitos de vida saludables no constituyen una barrera infranqueable para el cáncer de mama, evítese el término prevención en los mensajes sociales y sanitarios dirigidos hacia la población, y utilícese el de diagnóstico precoz, de significado más comprensible y exacto, así como más ajustado a los mejores datos que la bibliografía nos proporciona.

2) “*Estoy tranquila: yo no tengo antecedentes familiares*”, o “*estoy muy preocupada: mi madre tuvo cáncer de mama*”. A menudo escuchamos ambos comentarios en nuestras consultas. Por un lado, el comentario “relajado” de las mujeres sin antecedentes familiares directos (o de primer grado), sin que a muchas de ellas nadie les haya explicado que, en la gran mayoría (80 – 96 %) de casos diagnosticados, no se conocen antecedentes familiares^{7,8}. Y, por el otro lado, las mujeres muy preocupadas porque algún familiar tuvo cáncer de mama.

A efectos de estimación del riesgo hereditario, y exceptuando las familias portadoras de ciertas mutaciones en los genes BRCA1/BRCA2 (más conocidos, pero no únicamente ellos), tan sólo se consideran los familiares de primer grado (madre, padre, hermanos, hijos). Y, además, el “peso” de un antecedente tan sólo supone un mínimo incremento de riesgo sobre el riesgo promedio.

A efectos prácticos, téngase en cuenta que el principal factor de riesgo, por delante de la historia familiar o de otros factores, es la edad^{7,8}.

3) “*¿Cáncer precoz?: ¡ gracias a Dios!*”. Durante muchas décadas, el diagnóstico, la evaluación pronóstica (mediante el sistema “TNM”) y el tratamiento del cáncer de mama han estado basados en el denominado paradigma “halstediano” (del cirujano norteamericano William Steward Halsted, 1852-1922). Esencialmente, dicho paradigma explicaba, de un modo entonces bastante lógico y comprensible, que una vez iniciado en la mama, el cáncer crecía progresivamente de tamaño hasta llegar un punto en que invadía, primero, los ganglios axilares y, después, el resto del cuerpo, provocando metástasis a distancia⁹.

Por lo tanto, la clave consistía en detectar tumores de muy pequeño tamaño (T1), a ser posible sin afectación ganglionar axilar (N0) y, por lo tanto, sin riesgo de enfermedad metastásica (principal causa de muerte entre las pacientes). De este modo, se potenciaron las campañas de detección precoz y se puso especial empeño en el tratamiento quirúrgico local (mama/axila) hasta extremos muy agresivos.

Así pues, la detección de tumores de pequeño tamaño (T1) sin afectación ganglionar axilar (N0) venía considerándose de muy buen pronóstico, sin necesidad de aplicar terapias sistémicas agresivas (quimioterapia, etc.). Sin embargo, el seguimiento de las pacientes “N0” vino a demostrar que, aproximadamente un tercio de ellas desarrollaba enfermedad metastásica, poniendo en tela de juicio el paradigma de Halsted⁶.

Tuvieron que ser los hermanos Bernard y Edwin R Fisher (cirujano y patólogo, respectivamente), durante la década de los 70 del siglo pasado, quienes defendieran que, en realidad, el cáncer de mama debería ser considerada una enfermedad sistémica desde sus inicios y, por lo tanto, el riesgo de enfermedad metastásica era real desde las primeras fases de desarrollo tumoral, aunque no hubiese invasión ganglionar previa.

Así pues, el paradigma “*fisheriano*” parece ahora explicar mejor el comportamiento biológico tumoral del cáncer mamario.

Por lo tanto, la detección de pequeños tumores, sin afectación ganglionar axilar, no supone necesariamente un buen pronóstico: aproximadamente un tercio de pacientes tendrán un mal pronóstico, con alto riesgo de recidiva/recurrencia del tumor y, finalmente, enfermedad metastásica, verdadera causa de la muerte provocada por este tumor⁹. Y ello debe ser conocido por las mujeres que deciden adoptar la cultura de la detección precoz, quienes habitualmente no disponen de suficiente información al respecto¹⁰.

4) “*Entonces, ¿de qué sirve el diagnóstico precoz?*” La progresiva aceptación del paradigma “*fisheriano*” dio lugar a la búsqueda de herramientas que permitieran evaluar el verdadero comportamiento biológico tumoral, de manera personalizada y basadas en principios genómicos. De este modo, aparecieron las plataformas de expresión génica tumoral, que evalúan el riesgo de enfermedad metastásica (bajo vs alto) y, por lo tanto, el pronóstico (riesgo de muerte), de manera más exacta que el resto de sistemas (ahora convencionales, como el TNM o los subtipos subrogados) de evaluación pronóstica.

Diversos trabajos publicados, utilizando tales plataformas en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, vienen a demostrar que la mayoría de casos (70-80%) detectados de manera precoz presentan bajo riesgo de enfermedad metastásica⁹.

Por lo tanto, sigue siendo importante el diagnóstico precoz, pues la gran mayoría de pacientes padecerán tumores de bajo riesgo.

5) “*¿Cuál es el mejor método de diagnóstico precoz?*” Durante muchos años, sólo se disponía de la mamografía para la detección precoz, y pronto se descubrieron sus limitaciones: la Sensibilidad (capacidad de visualizar tumores) de la mamografía disminuía a medida que aumentaba la cantidad de tejido conjuntivo-glandular mamario (causante de la densidad radiológica). De hecho, se estima que, como promedio, un 20% (mayor en mujeres con mamas con gran densidad radiológica) de tumores no se detecta en la mamografía⁷. Aunque hay frecuentes excepciones, la densidad mamográfica es elevada en las mujeres jóvenes y se reduce a partir de la menopausia. Es decir, la mamografía tendría, a priori, un mayor poder diagnóstico en mujeres a partir de la menopausia. Tal vez por ello se concentraron casi todos los esfuerzos institucionales en el grupo de población de edad comprendida entre los 50 y 64-69 años⁶.

Sin embargo, hace décadas que la situación epidemiológica del cáncer de mama no justifica “*olvidarse*” de las mujeres menores de 50 años (habitualmente, baja Sensibilidad de la mamografía) y mayores de 64-69 años (¡el riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad!)⁸. Por otro lado, se dispone actualmente de otras herramientas útiles, complementarias a la mamografía, como la tomosíntesis, la ecografía o la resonancia magnética⁹.

En la actualidad, la mayoría de expertos están de acuerdo en que la detección precoz debería de ser personalizada, con arreglo a la presencia/ausencia de factores de riesgo, edad, patrón mamográfico de fondo, etc. De poco sirve el “*café para todas*”, como sistemáticamente viene aplicándose en los programas institucionales de cribado. En algunas mujeres será suficiente la mamografía únicamente pero, en otras (de la misma edad), tendrán que añadirse otros procedimientos^{9,11}.

Si bien en algunos países, generalmente en desarrollo/subdesarrollados, se fomenta la autoexploración mamaria, estrategia con apenas/ningún impacto en el diagnóstico precoz³, carece de sentido fomentarla entre mujeres que tienen fácil acceso a los métodos radiológicos recomendados.

6) “*Me han diagnosticado cáncer de mama: ¿Debo solicitar una segunda opinión?*” Aunque los diversos procesos relacionados con el cáncer de mama (diagnóstico, estadificación locoregional/sistémica, tratamiento y seguimiento) se dan con frecuencia, lo cierto es que no existe un amplio consenso al respecto, ni entre diversos facultativos ni entre facultativos y las diversas Guías de Práctica Clínica¹², por lo que no es infrecuente sopesar solicitar una segunda opinión.

Como en otras patologías, especialmente en las comunes como es el caso del cáncer de mama, el grado de conocimientos y experiencia entre los facultativos es variable, así como el grado de confianza de las pacientes en sus médicos, condicionada por las contradicciones/carencias de los sistemas de salud y las actitudes/apetitudes de algunos médicos. En concreto, las pacientes detectan algunos problemas en cuanto a información de su proceso: disparidad de criterios médicos, “*vacío/brechas*” informativas, secuencias poco claras de tratamientos, elevada rotación de los profesionales, problemas de acceso a pruebas/tratamientos, etc.^{13,14}.

Como consecuencia de la falta de confianza en sus médicos, algunas pacientes recurren al “*Dr. Google*”, a redes sociales y/o a personas próximas, no médicos, que han pasado previamente por el trance, y que recomiendan/no recomiendan a los facultativos que les atendieron, en función de una experiencia positiva/negativa (uno de los factores generadores de “*buena/mala fama*”), lo cual no siempre desemboca en el éxito/fracaso, respectivamente.

En nuestra opinión, la intención de algunas de las pacientes en recabar una segunda opinión no ha de considerarse una “*humillación*” para el “*facultativo oficial*”, y debemos respetarla con educación y sin resentimiento, aunque estemos convencidos de que nuestro trato y dictamen son correctos.

7) “*No quiero radiarme por la mamografía*”, o “*¿no sirve igual una ecografía mamaria para la detección precoz?*” La mamografía supone el uso de radiaciones ionizantes, aunque cada vez con menor dosis. No obstante, desde el propio entorno sanitario se tiende a exagerar el riesgo de radiación, creando alarma entre las mujeres, especialmente ante el riesgo de cáncer mamario radioinducido.

El asunto ha sido foco de interés desde el mismo momento en que se plantearon las estrategias de diagnóstico precoz mediante mamografía, realizada de manera periódica. Y, hasta la fecha, no se tiene constancia bibliográfica de ningún caso de cáncer de mama radioinducido. Por otro lado, diversos estudios han concluido que los posibles beneficios de la mamografía periódica superan unas ochocientas veces a los posibles riesgos^{15,16}.

Ante los teóricos riesgos ocasionados por la radiación de las mamografías, algunos profesionales propugnan alternar mamografía y ecografía mamaria, lo cual es una estrategia inadecuada/carente de solidez científica. La ecografía no puede sustituir a la mamografía en las tareas de diagnóstico precoz, pues existen lesiones malignas sólo visibles en mamografía (pequeño acúmulos de calcificaciones, por ejemplo), y viceversa (masas en patrones mamográficos densos). Como conclusión: es imprescindible la mamografía, y la ecografía sirve para complementarla (especialmente en patrones mamográficos densos).

8) *"No entiendo los informes de las mamografías..."* Hasta hace muy poco (incluso en la actualidad, en algunos entornos sanitarios), los radiólogos daban rienda suelta a variables estilos literarios al elaborar sus informes, usando lenguajes no claramente comprensibles, ni para la paciente, ni para otros radiólogos, ni para los facultativos prescriptores.

Conscientes de dicha situación, el Colegio Americano de Radiología (ACR, *"American College of Radiology"*) diseñó en 1993 un sistema de nomenclatura que pretendía estandarizar el lenguaje y significado de los informes radiológicos, y que hoy puede emplearse en mamografía, ecografía mamaria y resonancia magnética mamaria. Se denominó BI-RADS, acrónimo en inglés de *"Breast Imaging Reporting and Data System"*¹⁷.

Básicamente, y en el caso de la mamografía, dicho sistema emplea descriptores tanto para la definición de las lesiones detectadas (evaluando su nivel de riesgo de malignidad) como para el patrón mamográfico de fondo (*"a/b"*, como patrones no densos, y *"c/d"* como patrones densos).

Aunque tal vez mejorable, el sistema BI-RADS permite entender mejor la forma y fondo de los informes radiológicos, especialmente si, en éstos, se incluyen anotaciones explicativas complementarias. Por lo tanto, sería deseable que se utilizara de manera habitual.

9) *"¿Cuándo hay que empezar las revisiones?"* El hecho de que los actuales programas institucionales de cribado inviten a mujeres de riesgo promedio a partir de los 50 años, ello no significa que sea incorrecto empezar antes de cumplir 50 años⁸. No siempre las directrices de los sistemas sanitarios coinciden con las Guías Internacionales vigentes. Por otro lado, hay variabilidad de recomendaciones entre éstas.

Teniendo en cuenta el actual panorama epidemiológico del cáncer de mama (más del 30% de casos,

en mujeres menores de 50 años, independientemente de si existieran antecedentes heredofamiliares)⁸, nosotros somos partidarios de iniciar las exploraciones radiológicas a los 40 años en mujeres con riesgo promedio (sin factores de riesgo). Si existieran éstos, debieran iniciarse a los 35 años, e incluso antes en algunos casos.

10) *"¿Cada cuanto tiempo debo hacer las revisiones?"* Depende básicamente de la presencia/ausencia de factores de riesgo, así como del patrón mamográfico de fondo (que, en caso de ser *"denso"*, es considerado un factor de riesgo más). Con arreglo al principio, ya citado, de la revisión personalizada, la periodicidad oscila entre 1 año y 2 años. Los controles bienales podrían ser correctos en mujeres sin factores de riesgo y con patrón mamográfico no denso. Pero serían incorrectos (plazo demasiado largo) en pacientes con factores de riesgo y/o con patrones densos.

11) *"¿Hasta cuándo debo seguir realizándome las revisiones?"* El riesgo de cáncer de mama se incrementa con la edad⁸, algo que parece no explicarse a las mujeres que se plantean adoptar la filosofía del *"chequeo"* periódico¹⁸.

Los habituales programas institucionales abarcan, como mucho, a las mujeres de 69 años, quienes, al ser dadas de *"baja"*, albergan la creencia de que ya no van a padecer cáncer de mama o su riesgo es muy limitado/improbable, aunque parece demostrada la eficacia de prolongar el cribado hasta, al menos, los 75 años^{19,20}.

Lo cierto es que no recordamos Guías en las que se especifique el límite superior de edad. Algunos propugnan que, al menos, hasta 5 años antes de las expectativas teóricas de vida (en País Vasco, 85 años, y por lo tanto, hasta los 80 años). También es cierto que, a partir de ciertas edades, existen otros problemas de salud más acuciantes, como las enfermedades cardiovasculares, que debieran captar los focos del protagonismo sanitario.

En nuestra opinión, debería ser la propia mujer, adecuadamente informada y de acuerdo con su médico, quien tomara la decisión de cuándo poner fin a los controles mamográficos.

12) *"¿Estoy curada, Doctor?"* Como ya se ha explicado antes, el comportamiento biológico del cáncer de mama (y de sus metástasis) está sujeto a nuevos avances en investigación. Pero parece actualmente claro que se trata de una enfermedad potencialmente sistémica desde sus inicios y, por lo tanto, capaz de acompañarse de células metastásicas desde antes (incluso) de su diagnóstico clínico/radiológico.

El objetivo de la terapia sistémica es *"cronificar"* la enfermedad y que la paciente fallezca *"con cáncer de mama"*, en lugar de *"por un cáncer de mama"*. Bajo tal perspectiva, y a pesar de un correcto tratamiento sistémico, el riesgo de recidivas, nuevos tumores o enfermedad metastásica está siempre presente, en mayor o menor grado.

Por ello, el término *"curación"* ha de utilizarse con cautela y con muchas reservas, incluso en casos de

“cáncer precoz”⁷, no como se viene haciendo en la actualidad en medios de comunicación, redes sociales e, incluso, en algunas consultas médicas, creando falsas expectativas en las pacientes. O, idealmente, erradicarse su uso en los entornos sanitarios dedicados al tratamiento de esta patología.

En este sentido, viene siendo habitual en muchos Centros Sanitarios Terciarios “dar el alta” a las pacientes tras 5 – 10 años de seguimiento, lo que puede ser interpretado, por algunas ellas y sus familiares, como prueba de “curación” o de baja probabilidad de recurrencia.

Sería deseable explicar a las pacientes que ello responde a otras consideraciones (sobrecarga asistencial, motivaciones presupuestarias, delegación de los controles posteriores en la Atención Primaria, etc.) ajenas al verdadero significado de “curación”.

Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 de noviembre de 2002. pp.40126-40132.
- Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An. Sist. Sanit. Navar. 2006;29:19-27.
- Porroche-Escudero A. Problematizando la desinformación en las campañas de concienciación sobre el cáncer de mama. Gac Sani. 2017;31:250-252.
- Brenes JM, Olivares ME, Merchán MJ, Moreno MA, Solabarrieta A, González B, et al. Cirugía reductora de riesgo en el cáncer de mama. Rev Senol Patol Mamar. 2015;28(3):136-142.
- Cuadra Catalá N, Adrover Cebrián E. Prevención primaria, secundaria y terciaria. En: Estilo de vida y cáncer de mama. Actuaciones antes, durante y después del tratamiento. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. 2022.
- Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. Int. J. Biol. Sci. 2017; 13: 1387-97.
- Conner K. Mitos frente a datos sobre el cáncer de mama. (citado el 6 de Enero de 2024). www.breast-cancer.org/es/datos-estadisticas/mitos-frente-a-datos
- El cáncer de mama en España: situación actual. Citado el 7 de Enero de 2024. GEICAM. www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana.
- López-Ruiz JA. Cáncer de mama en el era genómica: ¿sirve de algo la detección precoz?. Gac Med Bilbao. 2021;118:201-13.
- Rosado Varela P, Baena Cañada JM, Quílez Cutillas A, González Guerrero M, Expósito Alvarez I, Nieto Vera J, et al. ¿Qué piensan las mujeres sobre la mamografía de cribado?. Encuesta en el programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama. Rev Senol Patol Mamar, 2018;31(1):4-11.
- Ren W, Chen M, Qiao Y, Zhao F. Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review The breast. 2022; 64: 85-89.
- Moumjid N, Gafni A, Bremond A y Carrere MO. Seeking a second opinion: do patients need a second opinion when practice guidelines exist?. Health Policy. 2007;80:43-50.
- Ferro T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA). 2013.
- Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Perez L y Serrano-Aguilar P. Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. Rev Esp Salud Pública 2013;87:59-72.
- Feig SA. Radiation risk from mammography: is it clinically significant?. AJR Am J Roentgenol. 1984;143:469-75.
- Mettler FA, Upton AC, Kelsey CA, Ashby RN, Rosenberg RD, Linver MN. Benefit versus risks from mammography: a critical reassessment. Cancer. 1996;77:903-9.
- American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS Mammography, Ultrasound and Resonance Imaging. In: ACR Breast Imaging Reporting and Data System, Breast Imaging Atlas, Reston, VA. American College of Radiology; 2003.
- Elomrani F, Zine M, Afif M, L'annaz S, Ouziane I, Mrabti H, et al. Management of early breast cancer in older women: from screening to treatment. Breast Cancer (Dove Med Press). 2015;7:165-71.
- Hartman M, Drotman M, Arleo EK. Annual screening mammography for breast cancer in women 75 years old or older: to screen or not to screen. AJR Am J Roentgenol. 2015;204(5):1132-6.
- Lee CS, Lewin A, Reig B, Heacock L, Gao Y, Heller S, et al. Women 75 years old or older: to screen or not to screen?. Radiographics 2023;43(5):doi:10.1148/rg.220166.