

<https://drive.google.com/file/d/0B5Q9ceqzJ2GZVVJLWRjZHRoc3M/view>

<https://drive.google.com/open?id=0Bzqp3LFzsvSAeWp5a19DTmoxaXc>

EXAMEN MÉDICO DAÑINO.- Video de 04:49min

En algunos países se invita a las mujeres de más de 50 años a hacerse controles regulares de cáncer de mama. Se trata de **MAMOGRAFÍAS** que se realizan con Rayos X. Este moderno método de diagnóstico aporta algunos beneficios pero tampoco demasiados como demuestran las estadísticas bien aplicadas.

Un curso para ginecólogos. Se trata del **cribado*** con mamografía. Según las estadísticas este procedimiento reduce un 20% la mortalidad de mujeres por cáncer de mama.

El psicólogo Gerd Gigerenzer consulta a los médicos al respecto:

— “¿Qué significa esto?”

En el Centro de Evaluación de Riesgo, del Harding Institut, en Berlin, Gerd Gigerenzer examina las estadísticas.

“Ningún estudio se ha analizado tan a fondo como el cribado con mamografía. Actualmente hay unas 600.000 mujeres que han sido examinadas con estos **Estudios Clínicos Aleatorios (ECA)***. Los resultados son más manifiestos que en cualquier otra área.”

Aunque los resultados son claros, los doctores ¿entienden realmente las cifras que se publican en todas partes? En innumerables cursos de formación Gerd Gigerenzer ha capacitado a cerca de mil ginecólogos. No a estudiantes sino a ginecólogos con una larga experiencia en su campo. Ellos deben responder a una simple pregunta:

— “¿Qué significa una reducción del 20%?”

Esto solo se puede responder si sabe a qué se refiere el porcentaje. En este caso los números absolutos ayudan. Sin cribado y en un periodo de 10 años, cinco de cada mil mujeres mueren por cáncer de mama. Si esas mil mujeres fueran regularmente durante 10 años a hacerse una mamografía, moriría cuatro de ellas. Una se salvaría. Esto es lo que esconde el porcentaje. Una de cinco mujeres es el 20%. Si se mira el total, se trata sólo de una de mil mujeres. Muchas veces la información se presenta de otra forma.

Psicólogo Gerd Gigerenzer (Instituto Harding, Berlin):

— Dicen: “Si participa en el estudio puede reducir el riesgo a morir por cáncer de mama en un 20%”. Suena mucho. Parece mucho. Si se dijera que una de cada mil mujeres se salvaría de morir por cáncer mama, eso sería claro y honesto.”

Porque solo las cifras absolutas hacen que un cribado grupal sea realmente provechoso y eso incluye los riesgos. Porque por una mujer que se salva existen otras 999 a las que el cribado no aporta ningún beneficio. Incluso puede perjudicarlas. Cien de cada mil mujeres que participan en la investigación reciben inicialmente el diagnóstico de cáncer de mama. Más tarde se descarta a través de otros estudios. Pero eso implica una dura carga psíquica e incluso física por los procedimientos a menudo dolorosos como la toma de muestras de tejido. Pero eso no es todo. Cinco mujeres se convierten innecesariamente en pacientes con cáncer de mama. Esto significa quimioterapia, radiación o incluso la total extirpación del pecho, aunque la paciente nunca hubiera muerto de cáncer de mama. De estas cinco pacientes, una salvará su vida gracias al cribado. Pero los riesgos muchas veces se presentan de forma muy diferente a los beneficios.

Psicólogo Gerd Gigerenzer (Instituto Harding, Berlin):

“Imagínese que quiere persuadir a una persona de participar en un cribado, y le informa no sólo de los beneficios, sino también honestamente, acerca de los riesgos, pero utiliza dos métodos distintos para ellos. Grandes cifras para los beneficios y cifras totales para los riesgos, porque los números absolutos son pequeños. Y eso es información falseada que se puede encontrar en las revistas médicas más prestigiosas.”

Todo comienza entonces con la literatura especializada para médicos. Maquilla los beneficios y minimiza los riesgos, así los médicos caen en la trampa.

Psicólogo Gerd Gigerenzer (Instituto Harding, Berlin):

“La mayoría no están capacitados para entender la estadística, y no debería ser así porque cada médico debería tener la capacidad de leer un artículo y poder informarse hasta el último detalle. Por ejemplo de los beneficios de un cribado con mamografía.”

El resultado del test es desalentador. Un tercio de los médicos, no sabía la respuesta correcta.

Informe: Axel Bach, Katrin Krieff. VISION FUTURO

www.dw.com/es/ Deutsche Welle (DW), cadena de Alemania para el extranjero.

***CRIBADO** en medicina es una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Cribado>

* **ESTUDIOS CLÍNICOS ALEATORIOS**: Procedimiento científico usado normalmente en la prueba de medicinas o procedimientos médicos. Es considerada la forma más fiable de evidencia científica porque elimina todas las formas de sesgo cognitivo.

(https://es.wikipedia.org/wiki/Prueba_controlada_aleatorizada)

*Un **ENSAYO CLÍNICO** es una evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica que, en su aplicación a seres humanos, pretende valorar su eficacia y seguridad. (https://es.wikipedia.org/wiki/Ensayo_clínico)

<https://www.youtube.com/watch?v=2P7L2eVJ6zE>

La noche temática - DEFENDER NUESTROS SENOS

Infima Prime.- Publicado el 25 oct. 2016.- DURA 52 minutos.

Las cifras son alarmantes: el cáncer afecta a una de cada ocho mujeres. Durante mucho tiempo se ha dado por hecho que la detección precoz era una buena medida, pero desde hace unos años hay médicos e investigadores que cuestionan estos programas. Consideran que al detectar cánceres en un estadio demasiado precoz es inevitable tratar a pacientes que tienen cánceres durmientes, y no todos degeneran necesariamente en una enfermedad mortal. ¿Cómo podemos evitar el exceso de diagnóstico? ¿Cómo podemos distinguir entre un cáncer que va a evolucionar y uno que no?

www.rtve.es/alacarta/videos/la-noche-tematica/noche-tematica-defender-nuestros-senos/3767578/

https://www.youtube.com/watch?v=uxuL3_WTD24&list=PLkRMRz8RjPMqY7ExCm5mzkJYmrgniC3Mj

Documental - LNT: **Defender nuestros senos**

Pol_bcn.- Publicado el 2 nov. 2016.- Emisión: 23/10/2016.- DURA: 52:43min

Las cifras son alarmantes: el cáncer afecta a una de cada ocho mujeres. Durante mucho tiempo se ha dado por hecho que la detección precoz era una buena medida, pero desde hace unos años hay médicos e investigadores que cuestionan estos programas. Consideran que al detectar cánceres en un estadio demasiado precoz es inevitable tratar a pacientes que tienen cánceres durmientes, y no todos degeneran necesariamente en una enfermedad mortal. ¿Cómo podemos evitar el exceso de diagnóstico? ¿Cómo podemos distinguir entre un cáncer que va a evolucionar y uno que no?

— Seguís aquí?

— ¡Síííí!

— ¡Un, dos, tres!

En esta mañana del mes de octubre unas 6000 personas de Burdeos (Francia) se han reunido a la orilla del río Garona para participar en una carrera... la Carrera del Lazo Rosa que se organiza para promover la DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA.

— "Hay que hacerse las pruebas"

— "La detección precoz es super-importante para que podamos conservar nuestros hermosos pechos"

Las cifras son alarmantes: una de cada 8 mujeres se enfrentará un día a esta enfermedad. Es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres.

— "Mi madre, mi abuela, mi tía... tengo un gran historial, así que me preocupa".

— "Si no me hubiera hecho esa mamografía seguramente no estaría hoy aquí, así que...."

Todas coinciden porque el mensaje es irresistible: si se detecta a tiempo, el cáncer de mama se puede curar en 9 de cada 10 casos. Hasta el alcalde de la ciudad, Alain Juppé (1945 -)... se ha puesto camiseta rosa: "Es una buena causa, las políticas sanitarias pueden generar escepticismo pero en este caso, funcionan"

Pero... ¿y si estos miles de personas no estuvieran corriendo en la dirección adecuada?

De unos años a esta parte, los médicos, los investigadores y los epidemiólogos están elaborando nuevos estudios que cuestionan los programas de detección precoz. Su labor está revolucionando la propia definición del cáncer y abriendo la vía a nuevos protocolos de investigación.

Dr. Peter Gøtzsche. Director del Centro Nórdico Cochrane. Dinamarca:

"La utilidad global de las mamografías es muy negativa, es una intervención dañina porque no presenta ningún beneficio pero sí muchos inconvenientes"

Dr. Matthieu Yver (anatomopatólogo):

"Creo que las mujeres no deberían hacerse pruebas de detección precoz. La medicina está hecha para la gente que está enferma, no para la que está bien"

DR. GILBERT WELCH (Especialista en Medicina Interna):

"Preferiría que no se usará el slogan "**La detección precoz salva vidas**" porque lo cierto es que no estamos seguros de ello"

DEFENDER NUESTROS SENOS. DEPISTAGE INCIERTO.

Durante mucho tiempo di por hecho que la detección precoz era una buena causa. Hasta el día en que unas mamografías de mi madre desvelaron una serie de anomalías. De un día para el otro, pasó de gozar de buena salud a enfrentarse a los médicos y al miedo al cáncer. Se abatió sobre nosotros la tormenta y me propuse averiguar cuánto había de verdad y cuanto de incertidumbre en el discurso oficial sobre la detección precoz y seguí el destino de 4 mujeres también azotadas por la tormenta.

En Francia, MONIQUE, acaba de recibir una noticia alarmante. Habrá de tomar una decisión.

Frente al mismo dilema, en Canadá, PATRICIA ha tomado una decisión radical.

MYRIAM, vivió la misma situación hace 10 años en Inglaterra. Hoy lamenta todo lo que sucedió.

En el norte de Francia, en Aluen, GHISLAINE disfruta de sus nietos con la despreocupación de una recién jubilada:

—“¿Quieres café? Acerca tu taza”

— Esta rebajado con agua.

— ¡Gracias! Así está mejor. ¡Qué rico!

— “En realidad no pienso en la enfermedad, aún soy más o menos joven... o sea que estoy bien.”

— ¡Sopla! ¡Sííí!

Ghislaine no se siente enferma, pero desde que cumplió los 50 años se hace exámenes periódicamente:

— “Lo hago porque nos lo proponen, así que hay que participar en la medida de lo posible. Voy porque me digo si tengo algo, si me descubren algo, al menos se podrán tomar medidas, rápidamente. Digamos que es una oportunidad extra”.

— “Levanta el brazo. Te voy a palpar el seno por debajo. No te muevas.

.....

Interpretar una mamografía de una mujer que no presenta ningún síntoma aparente requiere mucha experiencia:

Dr Vincent Loïsele (radiólogo): “No siempre es fácil de ver, lo que hay que investigar para detectar una anomalía, es una imagen blanca normal en una zona donde no debería estar, por ejemplo aquí en la periferia o aquí en más profundidad en la llamada grasa pectoral”.

Con la detección precoz, nace una nueva clasificación:

ACR 1 y 2: no hay nada sospechoso;

ACR 3: las anomalías como esta manchita blanca habrán de ser supervisadas;

ACR 4: cabe sospechar un cáncer;

ACR 5: no cabe la menor duda.

.....

Durante mucho tiempo el cáncer de mama fue incurable, es el primer tumor conocido y es muy reconocible ya que el tumor carcome el pecho como si de un cangrejo se tratase. De hecho, la enfermedad le debe su nombre a esta imagen.

Tras la segunda guerra mundial, una gran campaña invita a las mujeres a acudir al médico desde los primeros síntomas: el cáncer es el enemigo y ahora con un arma para librar la batalla, la radiografía permite detectar el cáncer incluso antes de que aparezca un tumor palpable.

Surge así la idea de proponer a todas las mujeres una mamografía sistemática sea cual sea su estado de salud para disminuir la mortalidad, para demostrarlo se llevó a cabo una serie de experimentos en los años setenta. Cientos de miles de mujeres se reparten en dos grupos, se invita al primer grupo a realizar un examen clínico y una mamografía todos los años, las mujeres del segundo grupo viven su vida sin preocuparse de nada. El experimento duró 10 años, al finalizar, se contabilizó el número de cáncer de mama en los 2 grupos y el número de muertes por cáncer de mama. En el grupo que no se realizó detección precoz hubo un 30% más de muertes. Conclusión: el experimento confirma lo que ya se intuía, la detección precoz por mamografía es un éxito, se convierte en una política de sanidad pública.

Las microcalcificaciones no forman un tumor sólido para extraer una muestra el radiólogo practica una macrobiopsia con una aguja muy ancha, que le dejará un hematoma es imprescindible una anestesia local.

Dr Luc Ceugnart: “Nadie muere por un cáncer localizado dentro del seno, se puede morir por las células que se extienden en el resto del cuerpo y forma metástasis, es lo que mata a las pacientes, por tanto, la idea es encontrar lesiones aún cuando son pequeñas con la esperanza de que no lleguen nunca a formar metástasis y que las pacientes no se vean obligadas a otros tratamientos más agresivos como la tan temida quimioterapia. Así que nuestro objetivo es encontrar en cáncer antes de que se extienda fuera del pecho”.

Dr Matthieu Yuer (anatomopatólogo): “Somos nosotros los que diagnosticamos el cáncer, no lo digo por presumir, pero realmente somos nosotros los que lo diagnosticamos y ¿cómo lo hacemos? Examinando la lesión al microscopio y en función de la pinta de la célula, si tiene buena pinta es benigno y si tiene mala pinta, es maligno. De cada 100 biopsias sólo encontramos 10 cánceres de verdad o cánceres infiltrantes son fáciles, muy fáciles de diagnosticar, dicho de otro modo, encontramos 10 lesiones precancerosas”.

¿Lesiones precancerosas? El patólogo se topa con un problema de terminología. “En el cáncer de colon, las lesiones precancerosas son los adenomas” Un sinónimo más tranquilizador de tumor benigno: “En el cáncer de mama, las lesiones precancerosas se conocen como carcinomas in situ , evidentemente cuando oyen carcinoma in situ las pacientes y los médicos se angustian porque piensan que es un cáncer pero no lo es, es una lesión precancerosa que aumenta el riesgo de tener un cáncer pero que no degenera necesariamente en cáncer y eso genera mucha confusión, tanto entre los médicos como entre las pacientes.”

Hoy se trata el riesgo de cáncer como si fuese un cáncer.

“Si le dices que es benigno la paciente se va a su casa, pero si le dices carcinoma o carcinoma in situ es probable que se quiera operar. Yo le doy muchas vueltas y me pone muy incómodo, no me siento cómodo con la detección precoz, francamente, me gustaría que se dejara de hacer.”

En el marco de la detección precoz, el diagnóstico depende de una definición ambigua de la enfermedad, sin embargo, llamar cáncer a una lesión precancerosa tiene consecuencias inmediatas en la vida de las mujeres. A pesar de que gozan de buena salud, se las trata como enfermas, descubren el hospital, los medicamentos y los tratamientos agresivos. El 60% de los enfermos de cáncer padece una disminución de sus ingresos y deja de trabajar, conseguir un préstamo se convierte en todo un calvario, la incertidumbre tarda mucho en desvanecerse, el 25% de las pacientes entra en depresión.

Así pues ¿es urgente realizar el diagnóstico precoz? ¿Tiene un efecto sobre la tasa de mortalidad? En los cuatro rincones del mundo hay investigadores que tratan de responder esta pregunta. Los epidemiólogos han acometido el problema, estos médicos, no tratan a ningún paciente, sólo procesan cifras. El Dr. Philip Autier está convencido de la eficacia de la detección precoz, para demostrarlo analiza los registros mundiales de cáncer.

“El principio de la detección precoz es muy sencillo, la idea es tratar al cáncer antes incluso de que pueda alcanzar un estadio avanzado y si gracias a ello la detección precoz del cáncer de mama fuese responsable de una disminución de la mortalidad por cáncer de mama en una población deberíamos asistir a una disminución de los casos de cáncer avanzado en esa población. Es la condición sine qua non de la eficacia de la detección precoz en una población.”

En el caso del útero, la tasa de cánceres desciende de manera significativa en cuanto comienza la detección, pero cuando Phillipe Autier estudia la tasa de cánceres avanzados de mama, no observa ningún descenso pese a la detección precoz.

“Para nuestra sorpresa vimos que no había variaciones, la incidencia de cánceres avanzados permanecía estable, no parecía que hubiera nada que pudiera cambiarla. En ese momento, nos dijimos — Houston: tenemos un problema — tenemos un problema, nos planteamos una pregunta: ¿De qué sirven las mamografías para la detección precoz del cáncer? ¿Qué es lo que hacen realmente?

Las convicciones del médico se desmoronan frente a los datos estadísticos.

En Francia, las cifras han llamado la atención de otro epidemiólogo Bernard ha contado y vuelto a contar todas las muertes. Su conclusión es implacable. Pese a la detección precoz la mortalidad no desciende.

En 1980 morían 8500 mujeres de cáncer de mama en Francia. En 2012, ocho años después de implantarse la detección organizada, las muertes ascienden a 11800, es un aumento superior al crecimiento natural de la población.

Pero el Instituto Nacional francés del cáncer (INCA) Dr Jérôme Viguier cuestiona estas cifras: “La mortalidad por cáncer de mama en nuestro país está disminuyendo, no se pueden comparar las cifras sin tener en cuenta la evolución de la población. En Francia, la población está envejeciendo, gozamos de buena salud durante más tiempo así que tenemos más tiempo de contraer enfermedades y cómo las mujeres son más longevas se crean las condiciones para que el cáncer de mama sea cada vez más importante. Por lo tanto, a medida que pasan los años puede que la cifra absoluta no disminuya y sin embargo, la mortalidad por cáncer de mama desciende considerablemente en nuestro país”

Para el INCA, sólo cuenta una estadística: el descenso de la tasa de mortalidad. Desde hace 30 años, el número de cánceres se ha duplicado, mientras que el número de muertes permanece estable por lo tanto se han salvado más mujeres. Según ellos, esto se debería a la detección precoz y las mejoras en los tratamientos pero hay otra explicación posible y pasa por examinar el cáncer desde un nuevo ángulo.

En pleno corazón del estado de Vermont, EE.UU. (al oeste del estado Nuevo Hampshire), hay un hombre que está poniendo en entredicho todo lo que creíamos saber sobre esta enfermedad.

DR. GILBERT WELCH (Especialista en Medicina Interna):

“Siempre he sido sensible a este tema porque mi padre murió de cáncer con mi edad, a los 60 años y el que mi mujer haya tenido un cáncer también ha sido un poderoso recordatorio de lo que es el tratamiento y de cómo se puede tratar con éxito a una mujer a la que se le ha detectado cáncer de mama, al margen de las pruebas de diagnóstico precoz un mensaje que creo que comprenderán todas las mujeres. Al mismo tiempo, esas experiencias me han hecho ver lo duro que es el tratamiento del cáncer por lo que estoy convencido de que no hay que hacer pasar por él a nadie sin estar seguro de que lo necesita, no basta con detectar los cánceres cada vez más temprano, lo que tenemos que hacer es disminuir el número de pacientes que presentan cáncer avanzado”

El Dr. Gilbert Welch, médico y profesor de la Universidad de Dartmouth, ha estudiado los mismos gráficos que el INCA y Phillipe Autier que muestran que el número de cáncer se ha multiplicado por dos sin que descienda el número de muertes o de cánceres avanzados, según él, la batalla de las cifras no tiene sentido; estaríamos salvando a mujeres que no lo necesitan.

Dartmouth College es una universidad privada ubicada en Hanover, Nuevo Hampshire (al este del estado Vermont), Estados Unidos. Pertenece a la Ivy League y es una de las nueve universidades americanas fundadas por los británicos antes de la Revolución Americana.

DR. GILBERT WELCH (Especialista en Medicina Interna):

“Hay una epidemia de cáncer de mama y esto es consecuencia de la detección precoz, lo cierto es que nuestras prácticas médicas pueden tener una influencia tremenda en esta tasa aparente de cánceres. Irónicamente, cuando más buscas los cánceres, más probable es que te encuentres con una epidemia. La detección precoz nos permite comprender que hay una serie inagotable de anomalías en la población humana, todos tenemos anomalías. El pecho es una glándula al igual que la próstata y la tiroides y como tal pasan por él muchas células, es el papel de las glándulas, así que las anomalías celulares no son raras son comunes pero no todas degeneran en un cáncer diagnosticado”

Gilbert Welch se refiere el estudio de Nielsen. En los años 80, en Copenhague, la patóloga Maia Nielsen tiene una idea: Autopsiar los pechos de un centenar de mujeres sin cáncer de mama diagnosticado. Todas tienen algo en común: murieron de muerte violenta o en un accidente. Mientras estudia minuciosamente las células de los tejidos mamarios al microscopio, realiza un descubrimiento inesperado. En su grupo de mujeres muertas, la patóloga pensaba que hallaría un 6% de cánceres de mama que es la tasa normal de la población. Pues bien, descubre un 20%, es una cifra 3 veces mayor de lo esperado. Habría pues en la naturaleza cánceres que no llegan a expresarse nunca. Maia Nielsen acaba de demostrar la existencia de cánceres durmientes.

DR. GILBERT WELCH (Especialista en Medicina Interna):

“Hay que saber que si nos ponemos a detectar cáncer en un estadio demasiado precoz es inevitable que tratemos a pacientes que tienen cánceres durmientes, aunque efectivamente son cánceres no todos degeneran en una enfermedad mortal y aún así los tratamos. Calculo que entre $\frac{1}{3}$ parte y la mitad de los cánceres detectados por la detección precoz representan un sobrediagnóstico y ello incluye los carcinomas in situ, se que parece mucho pero es la pura verdad de la detección precoz.

Hay que implicar literalmente a miles de mujeres para salvar solo a unas pocas, una de las preguntas que he intentado plantear es la siguiente: ante una situación donde hay que involucrar a 1000 mujeres para salvar quizá a 1 ¿qué ocurre con las 999 restantes? Las autoridades sanitarias deberían plantearse esta pregunta ¿qué ocurre con el resto?"

En París, tras 42 años de profesión, el radiólogo Bernard Duperray ha llegado a las mismas conclusiones y sin embargo, en los años 80 participó en la implantación de la detección precoz en Francia: "A principios de los años 70, partimos de la idea según la cual el desarrollo de un tumor es lineal en el tiempo, es decir, que es proporcional al paso del tiempo o sea cuando es pequeño es precoz y cuando es grande es tardío nos imaginamos que las mamografías permitían hacer un diagnóstico antes de que el tumor fuera palpable. Por aquel entonces, esa era la perspectiva, vamos a hacer el diagnóstico de todos los tumores y tratarlos cuanto antes y de esta forma habremos resuelto el problema". Pero en la práctica, el radiólogo observa que los cánceres no siempre evolucionan de manera lineal, algunos evolucionan muy rápido pero otros se toman su tiempo o desaparecen. Cuestionando la pertinencia de la detección precoz: "En un principio se pudo pensar que el sobre-diagnóstico era un fenómeno marginal pero en realidad, ha resultado masivo; muy importante sobre todo se plantea una cuestión: ¿Por qué hay cánceres que degeneran inexorablemente entrañan un agravamiento y por último, la muerte del paciente y otros que quedan en nada? hoy por hoy, no podemos distinguir entre un cáncer sobre-diagnosticado y un cáncer evolutivo y esto nos conduce a otra pregunta ¿En qué momento puede decirse que alguien está enfermo?".

Actualmente la respuesta consiste en diagnosticar, lo antes posible y tratar tanto a los precánceres como a los cánceres como si ambos fueran a degenerar en una enfermedad mortal.

La cirujana Marie Pierre Chauvet realiza más de 250 operaciones al año: "Sabemos que estamos sobre tratando a unas cuantas pacientes que tienen lesiones poco evolutivas que ni entrañarían necesariamente la muerte de la paciente, todo lo que hacemos tiene sus inconvenientes en general y vivimos en una sociedad en la que nunca se nos echará en cara el hacer demasiado pero si no haber hecho lo suficiente es un poco el precio de la detección precoz, aceptar que efectivamente operamos a mujeres que no lo necesitan"

Como paciente ¿Cómo sabe una si le han salvado la vida o la han operado para nada? ¿Y si la detección precoz hace más mal que bien?

Hay un hombre que está convencido de ello, ha estudiado todos los datos minuciosamente. En el año 2000, el director del Instituto Nórdico Independiente Cochrane, Peter Gotzsche investiga la cuestión a petición del gobierno danés:

"Las autoridades sanitarias danesas me pidieron que examinara los estudios que dieron pie a las políticas de detección precoz 5 semanas más tarde el parlamento danés iba a votar si se implantaba un plan de detección precoz en todo el país y llegamos a la conclusión de que no era imposible que la detección precoz hiciera más daño que beneficio pero las autoridades sanitarias no transmitieron nunca ese informe al Ministerio de Sanidad, se lo ocultaron antes de la votación, entonces comprendí que estaba pasando algo turbio."

Indignado, el biólogo Peter Gotzsche, especialista en medicina interna y estadísticas, libra una lucha para dar la voz de alarma. Sus estudios publicados en 2 prestigiosas revistas The Lancet y el New England Journal of Medicine y hacen mucho ruido.

El New York Times y Le Monde llevaron a sus portadas por primera vez alguien contabilizaba los efectos nefastos del sobre-diagnóstico: “Sin las pruebas de detección precoz no se produciría el sobre-diagnóstico, las mujeres sobre diagnosticadas no están enfermas y cuando se trata a una mujer que no está enferma a base de radioterapia, por ejemplo, algunas mueren porque la radioterapia provoca enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer y el número de mujeres sanas muertas por culpa de tratamientos a los que no hubieran debido someterse es por lo menos igual al número de mujeres que se han salvado gracias a la detección precoz. Por lo tanto, tengo claro que la detección precoz no presenta ningún beneficio para la supervivencia de la paciente, al contrario, es absolutamente nociva, no tiene ningún beneficio, ninguno.”

Peter Gotsche vuelve a analizar en detalle los primeros estudios. Recordemos que son estudios que se efectuaron en los años 70 y que prometían un 30% más de probabilidades de morir por cáncer de mama a las mujeres que no se sometían a las pruebas de detección.

Pues bien, según él, esos estudios encierran una serie de irregularidades.

1^{er} sesgo: Si nos fijamos bien algunas mujeres han sido excluidas del grupo de las que se sometieron a las pruebas de detección precoz porque tenían antecedente de cáncer de mama. Sin embargo, no se ha hecho esa misma criba entre las que no se sometieron a la prueba de detección precoz. Naturalmente, ello aumenta la tasa de mortalidad de este último grupo.

2^o defecto: a veces, las causas de defunción son difíciles de determinar, en el grupo que no realiza las pruebas de detección precoz se han transformado los casos dudosos en muertes por cáncer de mama, lo que también aumenta su tasa de mortalidad.

Por fin, 3^a irregularidad en el estudio más favorable a las pruebas de detección, el director de los experimentos poseía en aquel entonces una empresa vinculada a las mamografías y todos los programas públicos de detección precoz organizados que se han implantado en base a esos estudios.

“Hay grandes intereses económicos detrás de las mamografías, en EE.UU. es un negocio que mueve miles de millones de dólares y en muchos países hay programas de detección organizados por el estado y siempre es muy difícil interrumpir un programa de salud pública porque para interrumpirlos los políticos tendrían que admitir que se habían equivocado y es muy poco habitual que los políticos admitan haber cometido un error.”

Nos pusimos en contacto con el Ministerio de Sanidad de Francia y no encontraron un hueco para contestarnos, pero qué opinan de la detección precoz en la sede de la Alta Autoridad de la Salud (HAS), el organismo encargado de evaluar el interés de las políticas de salud pública en Francia.

Prof. Jean Luc Harousseau — presidente de HAS —:

“De momento, la posición de la Alta Autoridad de la Salud es que toda intervención médica tiene sus beneficios y su riesgos y en este caso la relación beneficio-riesgo es positiva. En términos generales, la detección del cáncer de mama disminuye la mortalidad digamos que cerca de un 20%. Dicho esto, es un tema muy difícil y que va evolucionando. No estoy seguro de que si volvemos a tener esta conversación dentro de 5 años vaya a decir lo mismo que estoy diciendo ahora.”

Además la detección precoz no ha develado aún todos sus secretos.

(49:40min)

En Birmingham (segunda ciudad de Inglaterra) un médico está llevando a cabo un experimento inédito que podría revolucionar las prácticas médicas. (Aparece la imagen del Birmingham Women's Hospital. www.bwnft.nhs.uk). Su hipótesis es que las lesiones precancerosas, los carcinomas in situ detectados por casualidad no tienen porque operarse de forma sistemática.

Dr Daniel Rea. Oncólogo: “El carcinoma ductal in situ no es una enfermedad, sino todo un espectro de enfermedades. Hay carcinomas ductales in situ de grado Bajo, de grado Moderado y de grado Alto. Lo que nos interesa averiguar es si los carcinomas ductales in situ de grado Bajo y algunos de los de grado Moderado requieren realmente una intervención quirúrgica o no. Dividiremos a las pacientes en dos grupos, y la mitad atravesará el proceso clínico “normal” y la otra mitad no se someterá inmediatamente a una operación quirúrgica, sino que se le realizarán mamografías todos los años, durante 10 años. Y me sorprendería mucho descubrir que hay una diferencia en la tasa de supervivencia de ambos grupos. Creo que es un experimento muy seguro para las pacientes. Podría demostrar que las pacientes pueden retrasar la intervención quirúrgica sin poner en riesgo sus probabilidades de sobrevivir.”

Los primeros resultados se publicarán dentro de 15 años.

www.birmingham.ac.uk/staff/profiles/cancer-genomic/rea-daniel.aspx

Dr Daniel Rea

Institute of Cancer and Genomic Sciences

Deputy Clinical Director – Late Phase Adult Solid Tumour.

Telephone: +44 (0)121 414 5345.- Fax: +44 (0)121 414 3700

Email: d.w.rea@bham.ac.uk

Address: Cancer Research UK Clinical Trials Unit (CRCTU)

Institute of Cancer and Genomic Sciences

College of Medical and Dental Sciences

University of Birmingham.- Edgbaston.- Birmingham.- B15 2TT (UK)

Dr. Rea es un Médico Oncólogo dedicado a la Investigación Interesada en el Cáncer de Mama.)

(51:00 min)

Entre tanto GHISLAINE sigue disfrutando de sus nietos entre examen y examen.

MONIQUE, por su parte, se ha sometido a una segunda operación en el mismo pecho y a 35 sesiones de radioterapia. Nadie puede afirmar que se ha salvado gracias a los exámenes de detección y a las operaciones subsiguientes, pero ella se siente más tranquila.

MYRIAM, nunca sabrá si fue víctima de un sobre-diagnóstico, pero sigue librando su combate para que las mujeres reciban la información necesaria para disponer de su libre albedio.

PATRICIA se dispone a embarcarse de nuevo (yate Discovery II), confortada por los estudios científicos y la biopsia. Sus lesiones precancerosas han desaparecido.

UNE COPRODUCTION: LES BONS CLIENTS ET LA JOLIE PRODwww.lesbonsclients.com/au-nom-de-tous-les-seins26, rue de Gramont.- 75002 Pari.- Tel : +33 (0)1 42 96 19 44 contact@lesbonsclients.fr

Chaque année, le cancer du sein tue 12 000 françaises. Pour combattre ce fléau, l'Etat a mis en place le dépistage organisé qui invite les femmes de 50 à 74 ans à effectuer une mammographie gratuite. Mais cela sauve-t-il vraiment des vies ? Le film suit le parcours de quatre femmes. Leurs histoires sont le point d départ d'un documentaire scientifique qui bouscule nos certitudes sur le cancer du sein.

Cada año, el cáncer de mama mata a 12.000 francesas. Para combatir esta plaga, el Estado ha puesto en marcha el cribado organizado, que invita a las mujeres de 50 a 74 años para realizar una mamografía gratuita. Pero, ¿esto realmente salva vidas? La película sigue la vida de cuatro mujeres. Sus historias son el punto de partida de un documental científico que desafía nuestras creencias sobre el cáncer de mama.

ANNÉE DE PRODUCTION: 2016

DURÉE: 52 minutes

: Société, Science, France 5

DIFFUSEUR: France 5

RÉALISATEUR: Coline Tisson

COPRODUCTION: Les Bons Clients, La Jolie Prod

AVEC LE SOUTIEN DU: CNC, PROCIREP/ANGOA

AU NOM DE TOUS LES SEINS, INCERTAIN DEPISTAGE

CRITIQUES PRESSE :

Télérama: «Avec rigueur et sensibilité, Coline Tisson expose dans son enquête ces doutes de plus en plus partagés (mais pas toujours exprimés), sans chercher à créer la polémique et en s'attachant avant tout à la dimension humaine du problème. Au-delà de l'aspect purement clinique, ce documentaire soulève in fine des questionnements éthiques et philosophiques essentiels.»

Con rigor y sensibilidad, Coline Tisson expone en su investigación estas dudas cada vez más compartidas (pero no siempre expresadas) sin tratar de crear polémica y centrándose principalmente en la dimensión humana del problema. Más allá de lo puramente clínico, este documental plantea cuestiones éticas y filosóficas esenciales

Télé 2 semaines: « (...) ce documentaire bouscule les certitudes sans être alarmiste.»
(... este documental cuestiona las certezas sin ser alarmista.)

www.lajolieprod.com/au-nom-de-tous-les-seins

La Jolie Prod

82 rue Escudier .- 92 100 Boulogne-Billancourt (France).

Olivier Joulie olivier.joulie@gmail.com 06 23 36 07 58Coline Tison colinetison@gmail.com 06 67 29 04 56**Au nom de tous les seins, incertain dépistage**

Documentaire de 52 minutes

Diffusé le 12 janvier 2016 France 5

Coproduction La Jolie Prod et Les Bons clients

Tournage FS7, Alpha 7

Réalisation: Coline Tison

Images: Bruno Victor-Pujebet

Montage: Cédric Harrang

En France le cancer du sein tue chaque année près de 12 000 femmes. Pour lutter contre l'épidémie, l'Etat a mis en place une politique de santé publique: un dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans. Mais certains scientifiques remettent en question sa pertinence. La détection ultra précoce de cancers chez des femmes saines pourrait comporter plus de risques que de bénéfices.

Portrait de 4 femmes en France, en Angleterre, au Canada, face à la peur du cancer du sein.

En Francia, el cáncer de mama mata anualmente a casi 12.000 mujeres. Para luchar contra la epidemia, el Estado ha establecido una política de salud pública: un cribado organizado para las mujeres de 50 a 74 años. Sin embargo, algunos científicos están cuestionando su relevancia. La detección muy temprana del cáncer en mujeres sanas puede tener más riesgos que beneficios.

Retrato de cuatro mujeres en Francia, Inglaterra, Canadá, se enfrentan al miedo al cáncer de mama.

EN INGLÉS:

On behalf of our breasts. The dark side of mammography screening

<https://vimeo.com/ondemand/onbehalfofourbreasts>

www.elmundo.es/television/programacion-tv/programas/6310474_documental-defender-nuestros-senos.html

Una de cada ocho mujeres padece cáncer. La cifra es alarmante, pero algunos médicos e investigadores apuntan que los programas de detección precoz han provocado que se traten pacientes con cánceres durmientes que no siempre degeneran en una enfermedad mortal. Investigadores como el estadounidense Gilbert Welch, el canadiense Miller o el médico suizo Bernard Junod, calculan que más de un tercio de los tumores diagnosticados en mamografías por los programas de detección precoz no llegarán a evolucionar. Sin embargo, ¿cómo se puede evitar el exceso de diagnóstico? ¿Cómo distinguir entre un cáncer que va a evolucionar y uno que no?

www.france5.fr/emissions/le-monde-en-face/diffusions/12-01-2016_447818

AU NOM DE TOUS LES SEINS, INCERTAIN DEPISTAGE –

ENTRE TOI ET MOI, L'EMPATHIE

Émission du 12/01/2016

Sommaire

- 1 **AU NOM DE TOUS LES SEINS - INCERTAIN DEPISTAGE**
- 2 Au nom de tous les seins - incertain dépistage, le débat
- 3 Entre toi et moi, l'empathie

En France, le cancer du sein tue chaque année près de 12 000 femmes. Pour lutter contre cette épidémie, l'Etat a mis en place un dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans. Mais certains scientifiques remettent en question sa pertinence. Pourquoi ? Coline Tison a mené l'enquête.

Le dépistage organisé du cancer du sein sauve-t-il vraiment des vies?

© Les Bons Clients / La Jolie Prod

«Au moment où le radiologue m'a annoncé que j'avais des calcifications suspectes, mon corps s'est un peu liquéfié. J'ai ressenti comme un tsunami intérieur, des tremblements. J'ai essayé de garder mon calme et de ne pas pleurer », confie Monique. Alors qu'elle se sent en bonne santé, cette femme voit sa vie bouleversée à la suite d'une mammographie. Les conséquences sont immédiates et Monique doit subir une macrobiopsie pour analyser ces microcalcifications. Le résultat tombe bientôt comme un couperet : ce sont des lésions précancéreuses. Il faut enlever une partie du sein. « Plus vite j'en serai débarrassée, mieux ce sera », concède-t-elle. Car le mot cancer fait peur. A juste titre. Les chiffres du cancer du sein sont alarmants : une femme sur huit sera un jour confrontée à cette maladie, qui est la première cause de décès par cancer chez les femmes.

Pour combattre ce fléau, l'Etat, comme dans la plupart des pays occidentaux, a mis en place une politique de santé publique qui invite les femmes de 50 à 74 ans à effectuer une mammographie gratuite. Tous les ans au mois d'octobre, la campagne pour le dépistage bat son plein. Mais, depuis quelques années, le doute s'installe chez certains chercheurs. Des épidémiologistes ont analysé les chiffres et les données statistiques. Le dépistage précoce ne semble pas avoir d'incidence sur les cancers avancés, ni même sur le nombre de décès. En 1980, 8 500 femmes mouraient du cancer du sein. Huit ans après la mise en place du dépistage organisé, elles sont 11 800. Le vieillissement de la population n'est-il que la seule explication de cette augmentation ? Le dépistage sauve-t-il vraiment des vies ? Et s'il causait plus de tort que de bien ?

Des opérations remises en question

Au nom de tous les seins - incertain dépistage Le radiologue montre à MONIQUE les calcifications suspectes que la mammographie a révélées.

© Les Bons Clients / La Jolie Prod

Près de Londres, MIRIAM a vécu la même chose que Monique. Il y a dix ans, lors d'un dépistage, on découvre des lésions précancéreuses et elle perd la totalité de son sein. «On enlève une partie de votre corps. C'est comme une amputation, s'indigne-t-elle. C'est tellement choquant. Je me sentais comme un soldat qui revient de la guerre. Mais ce n'est pas considéré comme cela. On nous traite comme si on était chez le dentiste. Vous n'êtes pas censée vous poser de questions. Mais, moi, je m'en pose. » Sa principale interrogation : avait-elle vraiment besoin d'être opérée ? Pour le Dr Matthieu Yver, anatomopathologiste, qui regarde les lésions au microscope et fait le diagnostic de cancer, le doute est bien présent. « Sur cent biopsies, on va trouver seulement dix vrais cancers ou cancers infiltrants et aussi dix lésions précancéreuses, appelées carcinomes in situ, indique-t-il. Elles augmentent le risque de développer un cancer, mais ne vont pas forcément en donner un. C'est encore très confus chez les médecins et les patients.» Surtout que de nouvelles études remettent en question nos connaissances sur le sujet. « Le dépistage nous a permis de comprendre que nous avons tous des cellules malades dans le corps et plus particulièrement dans les glandes, explique le Dr Gilbert Welch, spécialiste de médecine interne et professeur à l'université de Dartmouth. Les seins, la prostate et la thyroïde brassent beaucoup de cellules, c'est leur travail. Dans le lot, c'est très courant qu'il y en ait certaines altérées, mais ces cellules malades ne deviennent pas toutes des cancers cliniquement avérés. »

A Toronto, PATRICIA en est la preuve vivante. En 2005, après une mammographie de dépistage et une biopsie, son chirurgien lui annonce des lésions précancéreuses. Contre l'avis de plusieurs médecins, cette infirmière de 66 ans refuse l'opération et préfère « observer et attendre ». Il y a trois ans, sur les conseils de son médecin, Patricia refait une biopsie dont les

résultats se révèlent négatifs. Le carcinome in situ a disparu spontanément. «Dans la vie, parfois, on doit faire des choix. Et il y a souvent deux voies possibles, admet-elle. Moi, j'ai choisi le sentier étroit par rapport à la grande route nationale. Les médecins l'auraient qualifié d'impasse, mais ça m'a conduite vers de belles choses et je ne l'ai jamais regretté.»

Amandine Deroubaix

En Francia, el cáncer de mama mata anualmente a casi 12.000 mujeres. Para luchar contra esta epidemia, el estado ha establecido cribado organizado para las mujeres de 50 a 74 años. Sin embargo, algunos científicos están cuestionando su relevancia. ¿Por qué?

Coline Tison dirigió la investigación.

La detección del cáncer de mama organizada que ¿realmente salva vidas?

© Clientes Cupones / La Jolie Prod

TRADUCCIÓN AUTOMÁTICA:

"Cuando el radiólogo me dijo que tenía calcificaciones sospechosas, mi cuerpo está ligeramente licuado. Me sentía como un tsunami en el interior, temblando. Traté de mantener la calma y no llorar ", dice **MONIQUE**. Mientras que ella se siente saludable, la vida de esta mujer se pone de cabeza después de una mamografía. Las consecuencias son inmediatas y Monique deben someterse a una biopsia para analizar estos microcalcificaciones. El resultado se convierte pronto en una división: son lesiones precancerosas. Debemos eliminar una parte del seno. "Cuanto antes se borrará, el mejor", reconoce. Debido a que la palabra cáncer es de miedo. Con razón. Las estadísticas de cáncer de mama son alarmantes: una de cada ocho mujeres serán un día enfrentan a esta enfermedad, que es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres.

Para combatir este problema, el Estado, como en la mayoría de los países occidentales, ha establecido una política de salud pública que invita a las mujeres de 50 a 74 años para realizar una mamografía gratuita. Cada año en octubre, la campaña para el cribado en plena marcha. Pero en los últimos años, la duda en conjuntos entre algunos investigadores. Los epidemiólogos analizaron las cifras y estadísticas. La detección temprana no parece afectar a los cánceres avanzados, o incluso en el número de muertes. En 1980, 8.500 mujeres murieron de cáncer de mama. Ocho años después de la introducción del cribado organizado, son 11 800. El envejecimiento de la población es que la única explicación para este aumento? Hace pruebas de detección salvan vidas de verdad? Y si estaba causando más daño que bien?

Descuentos operaciones en cuestión

En nombre de los senos - screening incierta El radiólogo muestra Monique calcificaciones sospechosas que la mamografía ha revelado.

© Clientes Cupones / La Jolie Prod

Cerca de Londres, **MIRIAM** vivió lo mismo que Monique. Fue hace diez años, durante una revisión, descubrimos las lesiones precancerosas y pierde todo su seno. "Se quita una parte de su cuerpo. Es como una amputación, es que indigna. Es tan impactante. Me sentía como un soldado que vuelve de la guerra. Sin embargo, no se considera que. Nos tratan como si fuéramos en el dentista. No se supone que haga preguntas. Pero yo, me pregunto. "La pregunta principal: ¿realmente necesita ser hecho? Para el Dr. Mateo Yver, patólogo, que parece lesiones microscópicamente y el diagnóstico de cáncer, la duda está presente.

"Fuera de un centenar de biopsias, nos encontraremos con sólo el diez por cáncer invasivo verdadera o cánceres y lesiones precancerosas también diez, llamado carcinoma in situ, dice. Ellos aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, pero no necesariamente van a dar. Es todavía muy confuso para los médicos y pacientes. "Sobre todo que nuevos estudios desafían nuestros conocimientos sobre el tema. "Screening nos ha permitido entender que los que todas las células enfermas en el cuerpo y especialmente en las glándulas, dice el doctor Gilbert Welch, especialista en medicina interna y profesor de la Universidad de Dartmouth. Mama, próstata y tiroides brew de muchas células, que es su trabajo. En el lote, es muy común que haya alguna alterada, pero estas células enfermas no todos se convierten en cánceres clínicamente probados."

En Toronto, **PATRICIA** es la prueba viviente. En 2005, después de una mamografía y una biopsia, su cirujano le informó de las lesiones precancerosas. Contra el consejo de varios médicos, la enfermera de 66 años se niega la operación y prefiere "observar y esperar". Que hace tres años, siguiendo el consejo de su médico, Patricia recibiendo una biopsia y los resultados son negativos. El carcinoma in situ desapareció de forma espontánea. "En la vida, a veces hay que tomar decisiones. Y a menudo hay dos maneras posibles, admite. Elegí el camino estrecho de la carretera. Los médicos tendrían estancamiento cualificado, pero me llevó a las cosas bellas y nunca he lamentado."

Durante mucho tiempo di por cierto que la detección precoz era una buena causa, hasta el día en que unas mamografías de mi madre desvelaron una serie de anomalías. De un día para otro paso de gozar de buena salud a enfrentarse a los médicos y al miedo al cáncer. Se abatió sobre nosotros la tormenta y me propuse averiguar cuánto había de verdad y cuánto de incertidumbre en el discurso oficial de la detección precoz. Y seguí el destino de 4 mujeres también azotadas por la tormenta.

1.- En Francia, Monique, acaba de recibir una noticia alarmante. Habrá de tomar una decisión.

2.- Frente al mismo dilema, en Canadá, Patricia ha tomado una decisión radical.

3.- Myriam vivió la misma situación hace diez años, en Inglaterra. Hoy lamenta todo lo que sucedió.

4.- En el norte de Francia, en Aluene, Ghislaine disfruta de sus nietos con la despreocupación de una recién jubilada. "En realidad no pienso en la enfermedad. En realidad soy más o menos joven." Ghislaine no se siente enferma, pero desde que cumplió los 50 años se hace exámenes periódicamente. Lo hago porque nos lo proponen, así que hay que participar en la medida de lo posible. Voy porque me digo, si tengo algo, si me descubren algo, al menos se podrán tomar medidas rápidamente. Digamos que es una oportunidad extra. "Tus resultados son normales. No he visto ninguna anomalía. En el 93% de los casos la mamografía y la prueba de detección no revelan nada sospechoso."

<https://www.youtube.com/watch?v=XvdEj9d7XDU>

¿Mamografías? No, gracias

Alicia Ninou.- Publicado el 27 mar. 2017.- DURA 5min

DEJEN NUESTRAS TETAS EN PAZ

Si fuéramos muchas las mujeres que dijéramos al sistema médico que dejen nuestras tetas en paz, quizás llegarían a entenderlo. Detectar no es prevenir. Eminentes médicos, tanto a nivel español, como Juan Gervás, o a nivel internacional, como Peter Gotzsche, nos están avisando de esta incomprensible paradoja que lleva a muchas mujeres a un sufrimiento inútil, absurdo y evitable.

Es tan simple como que las consecuencias de los cribados mamográficos son mucho más negativas que los beneficios que persiguen. La mamografía irradia las mamas, y por tanto, incrementa la posibilidad de padecer cáncer. Además, el cribado con mamografía no es una prueba diagnóstica, y sus resultados pueden ser erróneos en doble sentido, de falso positivo y de falso negativo. De cada 1000 mamografías de cribado se suelen encontrar 60 sospechosas, de las que sólo 8 son verdaderos positivos, y de esos 8, cinco cánceres hubieran sido silentes y desaparecido solos. Por tanto, se extirpa innecesariamente un elevado número de mamas. Está ya bastante claro que el cribado mamográfico no disminuye la mortalidad global, no modifica la expectativa de vida. En cambio, se producen daños sustanciales a miles de mujeres que pasan a englobar la legión de "sobrevivientes del cáncer" aunque muchas no hayan ni padecido cáncer, porque en realidad, lo que han hecho es sobrevivir al tratamiento contra el cáncer.

Fuentes:

<https://www.youtube.com/watch?v=WsQUrCVMPuw>

3/5 - JUAN GERVAS - LA MAMOGRAFÍA NO SALVA VIDAS

Alícia Ninou.- Subido el 30 dic. 2009.- DURA 9min

Entrevista a JUAN GERVAS (médico rural) realizada el 4/11/09, utilizada para la realización del documental: **La Gripe A o El Marketing del Miedo.**

Acta Sanitaria, artículo de Juan Gervas: "¿Mamografía? No, gracias."

www.nogracias.eu/tag/mamografia/: diversos artículos

Acta Sanitaria, artículo de Juan Gervas: "En 5 palabras: 'La mamografía no salva vidas'. También en 5 palabras: Dejad las tetas en paz"

www.efesalud.com: noticia: "Juan Gervas: "La mujer es carne de cañón del sistema sanitario"

Juan Gervas, libro: "El encarnizamiento médico con las mujeres"

Peter Gotzsche, artículo: "Mammography Screening, Truth, Lies and Controversy"

Peter Gotzsche, libro: "Mammography Screening, Truth, Lies and Controversy"

Instituto Nórdico Cochrane

Estas declaraciones del Dr. Peter Gotzsche están extraídas de la rueda de prensa que dio en Barcelona el 20/09/2016. Puede verse toda la rueda de prensa aquí:

<https://www.youtube.com/watch?v=7Td0n...>

UN REPORTAJE DE ALÍCIA NINO

Periodista independiente

<https://timefortruth.es/>

PETER C. GØTZSCHE, Md, DrMedSci, MSc

The Nordic Cochrane Centre

Director, Professor

Copenhagen, Denmark

<http://nordic.cochrane.org/>

RUEDA DE PRENSA

Malpaso Restaurante

Barcelona, 20/09/2016

organizada por

<http://www.loslibrosdellince.com/>

TRADUCCIÓN

Laia Ninou, Nicolás Edgardo, Joan Solé y otros

SUBTÍTULOS

Xavi Sánchez (Nomad). Alícia Ninou

Publicación marzo 2017

Comentarios • 13

Lola C. Hace 9 horas

En realidad y según las 5 Leyes Biológicas hay dos tipos de cáncer de mama, uno que refiere un conflicto en activo y otro que es un conflicto ya en solución.

Lola C. Hace 9 horas

Si lo vi hace algún tiempo Alicia, es fantástico y me interesa cuando haces algún video sobre NMG porque como terapeuta tuve la suerte de poderla estudiar y da respuesta a la gran mayoría de dudas que surgen en una consulta. Muchas Gracias por tu maravillosa labor

Judit Miralda Torres Hace 15 horas

Me ha gustado mucho el documento, me permitiría hacer una pregunta o reflexión sobre el mismo...Entonces... en que casos estaría indicado hacer una mamografía?. Muchas mujeres diran que sino les hubiesen hecho la mamografía no le hubieran detectado el cancer a tiempo de poder tratarlo. Gracias.

Alícia Ninou Hace 9 horas

Hola Judit, por lo que he leído al respecto, posiblemente estaría indicado cuando ya se conoce la existencia de algún bulto en la mama, si necesitamos información al respecto de su tamaño u otras informaciones que pueda proporcionar una mamografía. Para conocer exactamente su composición tampoco sirve, pues se trata simplemente de una especie de fotografía... En el texto del link tienes los artículos que he utilizado como fuentes. Allí está todo muy bien explicado. En mi blog puedes encontrar los links activos: <https://timefortruth.es/2017/03/27/mamografias-no-gracias/>

Simona mure Hace 1 día

alternativas?

FatimaSole Hace 1 día

Tal cual! Mil gracias, Alicia, por difundir sobre esto y dar voz a médicos valientes como el Dr: Peter Gotzsche, para que su sabiduría pueda llegar a todos!! Un abrazo.

Rosa Blanco Hace 1 día

Gracias Alicia! Nada más me hice la primera y sentí a mis pechos tan maltratados que nunca volví. Dentro de cuatro días llego a los 56 años. A los 46 me quisieron operar de un quiste ovárico, además de un fibroma y dos miomas. Ellos no tienen tratamiento, me lo curé yo misma con mucha consciencia y naturopatía. Hoy sigo entera y muy bien.

sydpf117 Hace 22 horas

Da gusto leer comentarios así, en que uno se empodera de su vida sin tener que depender tanto del "mundo". Y esto lo digo con respeto a los buenos médicos, que los habrá y muchos. Un saludo afectuoso!

Lola C. Hace 2 días

Si diesen a conocer a la opinión pública, Las 5 Leyes Biológicas del Dr. Hamer todas estas pruebas desaparecerían de un plumazo.

Alícia Ninou Hace 9 horas

Puedes verlas en este video que realicé con varios médicos y enfermeras que asistieron a una formación de nueva medicina germánica:

<https://www.youtube.com/watch?v=bSZirsX5oP4>

Tere BasHace 2 días

Es complicado hablar de este tema,yo lo voy a hacer,gracias por abrir los ojos...es cierto que vas....cagada...a hacer la prueba,personalmente,opino que es dolorosísima...los peores diez segundos.No culpo a los profesionales,si no al artefacto en si...a veces,he pensado,que si un melanoma testicular se tuviera que prevenir así,pocos hombres lo harían????Buena información. Es solo mi humilde opinión.Muchas gracias.

Javi Casibueno versus FelicidadHace 2 días

Y aparte de todo lo explicado, es una prueba dolorosa e incómoda para la mujer. También existe la ecografía mamaria como método para detectar el cáncer y ésta es inocua.

<https://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/11/20/cribadocancermama/>

Salud Comunitaria

"Si los principales determinantes de la salud son sociales, también lo deben ser los remedios"
Michael Marmot

Noviembre 20, 2012

BENEFICIO Y RIESGO

EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA MEDIANTE MAMOGRAFÍA

Resumen de la presentación realizada por Miguel Prieto García el pasado 13 de noviembre 2012 en las sesiones de la Dirección General de Salud Pública de Asturias.

“Desde el inicio de los programas de cribado de cáncer de mama y fundamentalmente desde la primera revisión de la Cochrane, esta es una de las intervenciones más sometida a escrutinio y más discutida en el ámbito de la salud pública. Aún así, pocas veces a lo largo de estos años esta discusión ha alcanzado cotas tan elevadas como en estos momentos, en que coinciden en un período de 2 meses, dos importantes publicaciones con sus respectivas controversias posteriores. Creo, por tanto, que puede ser un buen momento para repasar que nos dice (y que no nos dice) la evidencia científica en este tema. Para ello repasaremos lo publicado por la última revisión de la Librería Cochrane a este respecto, las revisiones de las Task Force de Estados Unidos y de Canadá, el resultado de la revisión independiente encargada por el NHS británico, y los datos publicados por el Euroscreen, que es la red europea de Programas de Cribado de Cáncer de Mama”

Descargar el texto en pdf (13 páginas):

<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2012/11/beneficios-y-riesgos-del-cribado-cancer-de-mama.pdf>

<https://drive.google.com/open?id=0Bzqp3LFzsvSAZS1BdTIZN1p2ckE>

Prevención Secundaria: Cáncer de Mama. Drs. Mercedes Pérez y Juan Gervas. (10p)