

mama



Cáncer de mama: mitos, realidades y la importancia de un diagnóstico a tiempo

Chequeo médico: la
prevención como clave
en el cuidado de la salud

Hablamos con
Ágatha Ruiz
de la Prada

Cáncer de mama y suelo
pélvico, ¿cómo cuidar
también lo que no se ve?

El cáncer de
mama en la
historia del arte

Índice

04

Cuadro médico

06

Actualidad

La prevención como
pieza clave en el
cuidado de la salud

08

Prevención y diagnóstico

Cáncer de mama:
mitos, realidades y
la importancia de un
diagnóstico a tiempo

Vacunación en
adultos: un reto de la
medicina preventiva

14

Cirugía

Mastectomía
endoscópica: la
evolución de la
cirugía mínimamente
invasiva de mama

18

Calidad de vida

Cáncer de mama y
suelo pélvico, ¿cómo
cuidar también lo que
no se ve?

22

De mujer a mujer

Entrevista a
Ágatha Ruiz de la
Prada

26

Reportaje

El cáncer de
mama en la
historia del arte

30

Eventos

Nuestro eventos



Bienvenidos a una nueva edición de nuestra revista

Estimado lector:

Tienes en tus manos un nuevo número de la Revista de la Fundación Tejerina, una publicación en la que, una vez más, queremos acercarte información rigurosa y de interés sobre la salud y, especialmente, sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama.

En esta edición encontrarás un repaso a algunos de los mitos más comunes en torno al cáncer de mama, con el objetivo de aclarar dudas y desterrar falsas creencias. También dedicamos un espacio a las pautas de vacunación recomendadas para adultos. En lo que se refiere a cirugía, puedes conocer todos los detalles sobre la mastectomía endoscópica.

Además, con motivo de la proximidad del Día Mundial contra el Cáncer de Mama, hemos querido acercarnos a esta enfermedad desde una perspectiva diferente a través de un artículo sobre su presencia y representación a lo largo de la historia del arte.

Por último, en este número encontrarás una pequeña agenda de actividades en la que recogemos algunos de los eventos que hemos celebrado recientemente y adelantamos otros que tendrán lugar durante los próximos meses.

Aprovecho esta ocasión para recordar la importancia de cuidar tu salud mamaria y realizar las revisiones periódicas recomendadas por los especialistas.

Sin más, esperamos que disfrutes de este nuevo número y que sus contenidos te resulten interesantes y útiles.

Un saludo cordial.

Prof. Armando Tejerina
Fundador y director científico del Centro
de Patología de la Mama - Presidente
de la Fundación Tejerina

Cuadro Médico

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Armando Tejerina Gómez

CIRUGÍA ONCOLÓGICA:

Armando Tejerina Gómez
Antonio Tejerina Bernal
Mariano Díaz-Miguel Maseda
Elisa York Pineda
Sabrina Marcia Sigal

RADIOLOGÍA:

Armando Tejerina Gómez
Alejandro Tejerina Bernal
Carmen Estrada Blan
Mónica Caba Cuevas
Carolina Pérez Domínguez
Felipe Gómez Gómez-Acebo
Cristina Iniesta González
Lizzet Salazar Loroña
Antonio Barbosa del Olmo
Lourdes del Campo del Val
Patricia García García
Diego Garrido Alonso
Saturnino González Ortega
Agostina Rivelli
María Fernanda Arenas

ONCOLOGÍA:

Ana de Lara González
Miguel Martín Jiménez
José Ignacio Jalón López

UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO Y CÁNCER FAMILIAR:

Ana de Lara González

MEDICINA DE FAMILIA:

Eva Fisac Noblejas
Angélica Cagnoni Planas
Adriana Vespa Hidalgo

MEDICINA NUCLEAR:

Luis Domínguez Gadea
Isabel Lourdes Hernández Pérez

MEDICINA ESTÉTICA:

Mike Castellano

ENDOCRINOLOGÍA Y ANTIAGYNG:

Jesús Fernández-Tresguerres
Hernández

CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA:

Antonio Tejerina Bernal
Mike Castellano

FISIOTERAPIA:

Silvia Balaguer Gómez

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Raúl Lucas Escobar
Juan José Ortiz Zapata

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOPATOLOGÍA:

Patricia Martínez Gaité
Fernando Martínez Arribas
Elena Martín Garabato

GINECOLOGÍA:

Alfonso Escalonilla García-Patos

ASESORÍA NUTRICIONAL:

Isabel Vázquez García



La prevención como pieza clave en el cuidado de la salud

En el Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina hemos puesto en marcha nuestra nueva Unidad de Chequeos de Salud Preventivos, que responden a la demanda de programas de detección precoz, con especial interés en el ámbito oncológico.

Este tipo de revisión se basa en una evaluación personalizada del riesgo de cada paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes personales y familiares, su edad y otros factores que puedan influir en su estado de salud.

A partir de esta valoración, se seleccionan las pruebas más adecuadas y se integran los resultados del diagnóstico por imagen con el resto de la información clínica, con el objetivo de obtener una visión global de la salud del paciente.

“Nos permite favorecer la detección precoz de cáncer en población asintomática.”

Esto favorece la detección precoz de cáncer en aquella población que no presenta ningún síntoma, identificar factores de riesgo individuales y establecer recomendaciones personalizadas.

Todo ello enmarcado en un proceso eficiente y centrado en el paciente que integra las pruebas clínicas con la valoración de los especialistas en un mismo centro, garantizando la continuidad asistencial ante hallazgos relevantes mediante la derivación a profesionales o unidades de referencia.

¿A quién van dirigidos?

Este tipo de chequeos de salud están orientados a personas que los solicitan de forma voluntaria, pacientes con interés específico en la prevención oncológica, con antecedentes familiares o factores de riesgo conocidos, así como a empresas que quieran ofrecer estas revisiones a sus empleados.

¿Qué incluye?

El chequeo se organiza en diferentes bloques en función de la edad y el sexo del paciente. Incluye un examen médico general, que comprende consulta médica para conocer los antecedentes y posibles factores de riesgo, una exploración física y la valoración de las constantes vitales. Además, en el caso de las mujeres se realiza una valoración ginecológica que engloba una exploración ginecológica, citología y test de VPH. A los hombres se les lleva a cabo un examen urológico con exploración urológica y PSA (marcador relacionado con la próstata).

En lo que se refiere a pruebas diagnósticas, será el profesional médico el encargado de decidir cuáles se realizarán en función del perfil del paciente. Entre ellas se podrán incluir:

- Análisis de sangre con perfil general y marcadores tumorales
- Ecografía mamaria
- Ecografía abdominal
- Ecografía transvaginal o pélvica ginecológica
- Ecografía urológica
- Mamografía
- Resonancia Magnética de mama
- Resonancia Magnética de cuerpo completo
- Densitometría ósea
- TAC

“El chequeo dura entre tres horas y media y cuatro horas y se realiza en un mismo centro.”

¿Qué ventajas ofrece?

El chequeo dura entre tres horas y media y cuatro horas y se realiza en un mismo centro, facilitando un circuito más cómodo y eficiente de diagnóstico precoz y personalizado, mientras el paciente permanece acompañado por profesionales del Centro en todo momento.

Los resultados de las pruebas son explicados por el médico, que revisa con el paciente los principales hallazgos y resuelve sus dudas. Al finalizar, se realiza una valoración conjunta de los resultados y se ofrecen las recomendaciones y pautas necesarias. De esta forma, el chequeo ofrece una visión global del estado de salud, que permite conocer mejor las propias necesidades y adoptar hábitos de vida más saludables. Los resultados están disponibles en escasos días para evitar la ansiedad de la espera de resultados.

La mejor tecnología al alcance de nuestros pacientes

En el Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina contamos con tecnología diagnóstica de última generación, incorporando los avances más recientes en imagen médica para ofrecer estudios cada vez más precisos y personalizados. La aplicación de la inteligencia artificial al diagnóstico por imagen permite optimizar la interpretación de las pruebas y facilitar la detección de posibles hallazgos.

Ponemos a disposición de nuestros pacientes equipamiento de alta tecnología en diagnóstico por imagen, como la resonancia magnética de alto campo, PET-TAC, mamografía y ecografía con IA, así como otras pruebas avanzadas.

¿Cómo puedo informarme?

Si estás interesado en este tipo de chequeos te animamos a contactar con la Unidad de Chequeos del Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina en el 914 474 621.

Cáncer de mama: mitos, realidades y la importancia de un diagnóstico a tiempo

La información sobre el cáncer de mama que recibimos hoy en día es abundante y, en ocasiones, puede resultar difícil distinguir entre lo que está basado en la evidencia científica y lo que no. Los radiólogos especializados en patología mamaria no solo interpretamos las pruebas de imagen, sino que también desempeñamos un papel importante a la hora de explicar los resultados, resolver dudas y acompañar a las pacientes durante el proceso diagnóstico.

A lo largo de nuestra práctica clínica escuchamos con frecuencia algunas ideas y creencias sobre el cáncer de mama que pueden generar preocupación o confusión. En este artículo queremos revisar algunas de las más habituales y explicar, de forma sencilla, qué hay de cierto en ellas.

“Las pruebas de detección precoz tienen un papel fundamental, siguiendo las recomendaciones de cribado y los factores de riesgo de cada mujer”

MITO 1 | «SI NO NOTO UN BULTO NI TENGO DOLOR, NO PUEDO TENER CÁNCER»

REALIDAD | El cáncer de mama no siempre produce síntomas

No todos los cánceres de mama se manifiestan con un bulto o con algún síntoma que podamos notar. Una de las principales ventajas de la mamografía es que permite detectar determinadas alteraciones antes de que sean palpables. Es el caso, por ejemplo, de

algunas microcalcificaciones, que pueden ser muy pequeñas y no producir ningún cambio perceptible en la mama.

El dolor no es un síntoma habitual del cáncer de mama, especialmente en sus fases iniciales. Esperar a que aparezca dolor para consultar es, precisamente, esperar demasiado.

Por este motivo, las pruebas de detección precoz tienen un papel fundamental, incluso cuando no existe ningún síntoma. Estas pruebas deben realizarse siguiendo las recomendaciones de cribado y teniendo en cuenta las características y los factores de riesgo de cada mujer.

MITO 2 | «SI TENGO UN BULTO, SEGURO QUE ES CÁNCER»

REALIDAD | La mayoría de los bultos en la mama no son malignos

Notar un bulto en la mama puede generar mucha preocupación, pero es importante saber que la mayoría de los bultos son benignos. Los quistes, los fibroadenomas y otras lesiones benignas son frecuentes y, en muchos casos, pueden diagnosticarse mediante la exploración y las pruebas de imagen.

Según la edad y las características de cada caso, podemos utilizar la mamografía, la ecografía u otras pruebas para estudiar el bulto palpable.

Si una lesión presenta alguna característica que nos hace sospechar, puede ser necesario realizar una biopsia. Que recomendemos una biopsia no significa que sea maligno; significa que necesitamos estudiar una pequeña

muestra de tejido para saber con seguridad de qué se trata.

MITO 3 | «LA ECOGRAFÍA SUSTITUYE A LA MAMOGRAFÍA»

REALIDAD | Son pruebas complementarias, no equivalentes

La ecografía es especialmente útil para estudiar determinadas lesiones y para diferenciar, por ejemplo, un quiste de una lesión sólida. También tiene un papel importante en mujeres jóvenes y en mamas densas.

Sin embargo, la ecografía no detecta todas las alteraciones que puede identificar

una mamografía. Por eso, la elección de una prueba u otra depende de la edad, los síntomas, la densidad mamaria, los antecedentes y el motivo de la exploración.

MITO 4 | «LA MAMOGRAFÍA PUEDE PROVOCAR CÁNCER POR LA RADIACIÓN»

REALIDAD | La mamografía usa una dosis muy baja de radiación

La mamografía utiliza rayos X y, por tanto, implica una pequeña exposición a radiación. Sin embargo, las dosis utilizadas son bajas y están cuidadosamente controladas. Cuando la mamografía está indicada, el beneficio de detectar un cáncer de forma precoz supera ampliamente el posible riesgo asociado a



esta pequeña exposición. Además, los equipos actuales permiten obtener imágenes de gran calidad utilizando la mínima dosis necesaria.

Por eso, cuando está recomendada, no debemos evitar una mamografía por miedo a la radiación.

MITO 5 | «SI ME LLAMAN PARA REPETIR O COMPLETAR UNA MAMOGRAFÍA, SIGNIFICA QUE TENGO CÁNCER»

REALIDAD | Una prueba adicional no equivale a un diagnóstico de cáncer

Es frecuente que, durante una mamografía de revisión, sea necesario obtener alguna imagen adicional. En estos casos, podemos realizar una proyección complementaria, una tomosíntesis, una ecografía o comparar las imágenes con exploraciones anteriores. Muchas veces, estas pruebas permiten aclarar una imagen que no se veía con suficiente claridad en la imagen inicial y comprobar que se trata de un hallazgo benigno o simplemente de una superposición de tejidos.

Por eso, que te llamemos para completar el estudio —lo que en radiología llamamos una «rellamada»— no significa que se haya encontrado un cáncer, sino que queremos obtener más información para valorar las imágenes con mayor seguridad.

MITO 6 | «UNA MAMA DENSA SIGNIFICA QUE TENGO MÁS PROBABILIDADES DE TENER CÁNCER»

REALIDAD | La densidad mamaria es un factor de riesgo, pero no significa que exista un cáncer

La densidad mamaria es una característica de la mama y hace referencia a la proporción de tejido fibroglandular respecto a la grasa. Algunas mujeres tienen mamas más densas que otras, y esta característica puede cambiar a lo largo de la vida.

Las mamas densas pueden dificultar la detección de algunas lesiones en la mamografía y se asocian con un aumento moderado del riesgo de cáncer de mama. Sin embargo,

tener mamas densas no significa tener cáncer ni implica que sean necesarias pruebas adicionales en todos los casos. La decisión debe individualizarse según las características y los factores de riesgo de cada mujer.

MITO 7 | «UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA SIGNIFICA QUE VOY A PERDER LA MAMA Y QUE VOY A MORIR»

REALIDAD | Actualmente un diagnóstico de cáncer de mama no significa necesariamente perder la mama, ni tener un mal pronóstico

Hoy en día existen diferentes tratamientos y, en muchas pacientes, es posible conservar la mama. Además, los avances en el diagnóstico y el tratamiento han mejorado de forma importante la supervivencia.

Por ello, el diagnóstico precoz es fundamental. Cuando el cáncer se detecta en una fase localizada, la supervivencia relativa a 5 años supera el 99 %.

Realizar los controles recomendados y consultar ante cualquier cambio en la mama es, por tanto, muy importante. Detectar el cáncer a tiempo puede cambiar su evolución y las posibilidades de tratamiento.

“Es importante seguir las recomendaciones de detección precoz independientemente de la historia familiar”

MITO 8 | «SI NO TENGO ANTECEDENTES FAMILIARES, NO ME PUEDE PASAR»

REALIDAD | La mayoría de los cánceres de mama aparecen

en mujeres sin antecedentes familiares.

Tener familiares con cáncer de mama puede aumentar el riesgo, pero no tener antecedentes familiares no significa estar protegidas frente a la enfermedad. Es importante seguir las recomendaciones de cribado y consultar ante cualquier cambio en la mama, independientemente de los antecedentes familiares.

MITO 9 | «SOY JOVEN, TODAVÍA NO ME TOCA»

REALIDAD | El cáncer de mama es menos frecuente en mujeres jóvenes, pero también puede aparecer.

Aunque la mayoría de los casos se diagnostican a partir de los 40-50 años, las mujeres jóvenes también pueden desarrollar un cáncer de mama. Al ser menos frecuente en estas edades, algunos cambios en la mama pueden no relacionarse inicialmente con un proceso maligno y retrasar la consulta o el diagnóstico.

Cualquier cambio en la mama que persista o sea diferente de lo habitual merece una valoración médica, independientemente de la edad.

Para concluir, el diagnóstico precoz sigue siendo una de las herramientas más importantes para mejorar las posibilidades de tratamiento y supervivencia. Ante cualquier cambio o duda, consulta: la información fiable y la valoración médica a tiempo también forman parte de la prevención.

Dra. Cristina Iniesta González
Radióloga en el Centro
de Patología de la Mama
Fundación Tejerina

Vacunación en adultos: un reto de la medicina preventiva

La prevención a través de la inmunización, no es un asunto exclusivo de la infancia. **La vacunación en adultos es una herramienta fundamental de Salud Pública** que permite consolidar la inmunidad adquirida en la niñez, suplir la falta de vacunación en generaciones previas, mejorar el debilitamiento natural del sistema inmunitario con la edad y hacer frente a procesos infecciosos que con la edad serían potencialmente más graves.

“Es un reto para la Medicina Preventiva, ya que la adherencia en adultos a la vacunación, es menor”

Mantener las vacunas adecuadas al día en la etapa adulta, previene complicaciones graves frente a patologías infecciosas, disminuye la mortalidad y fomenta un envejecimiento saludable. Es un reto para la Medicina Preventiva, ya que la adherencia en adultos a la vacunación, es menor.

En España, el Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas, establece unas recomendaciones de vacunación en adultos, tanto en población general como en grupos de riesgo que pueden ser consultadas en la sede electrónica correspondiente:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/adultos/home.htm>

Es importante aprovechar cualquier contacto de las personas adultas con el sistema sanitario para informar y actualizar el estado de vacunación. Las recomendaciones en población adulta deben basarse en la evaluación individual del riesgo de infección en función de la edad, los antecedentes de vacunación personales, la actividad laboral, las conductas de riesgo, las prácticas de riesgo y la planificación de viajes.

No obstante, se han consensuado algunas recomendaciones indicadas para la población general:

- **Triple vírica** (sarampión, rubéola y parotiditis) en población nacida más allá de de 1978 en la que no conste la vacunación.
- **Neumococo, Gripe y COVID-19:** dirigidas sistemáticamente de manera anual o estacional a los mayores de 60 o 65 años (según la comunidad).
- **Herpes zóster:** pauta comúnmente a partir de los 65 años por su potencial riesgo de neuralgias posherpéticas (según la comunidad).
- **Tétanos:** ante la situación sobrevenida de una herida, en función de dosis previas recibidas y características de la herida.
- **Virus de la Hepatitis B:** Dirigida a los profesionales sanitarios y trabajadores en general de ciertas instituciones como cárceles, residencias...

Por otro lado, existen grupos específicos vulnerables cuyas condiciones médicas o biológicas



exigen una protección reforzada y adaptada:

- **Personas inmunodeprimidas:** Este colectivo (pacientes con VIH, trasplantados, con tratamientos oncológicos o inmunosupresores) cuenta con indicaciones prioritarias para protegerse contra patógenos oportunistas. Se les pautan esquemas específicos de la vacuna conjugada frente al neumococo, gripe, COVID-19 y herpes zóster. Cabe destacar que las vacunas de virus vivos atenuados (como la Triple Vírica o la Varicela) están estrictamente contraindicadas en fases de inmunosupresión grave.
- **Mujeres embarazadas:** La prioridad es la transferencia pasiva de anticuerpos para proteger al recién nacido. Se prescribe de manera sistemática una dosis de la vacuna de la tosferina en cada gestación (preferiblemente entre las semanas 27 y 28). Asimismo, se recomienda la

vacunación frente a la gripe y el COVID-19 en cualquier trimestre del embarazo.

“Mención especial merece en este artículo la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres adultas”

Mención especial merece en este artículo la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres adultas. Aunque la máxima eficacia se logra antes del inicio de las relaciones sexuales, la vacunación está altamente indicada en mujeres adultas bajo supuestos específicos:

Mujeres tratadas de CIN2 o superior de cualquier edad, que hayan sido intervenidas o tratadas por lesiones

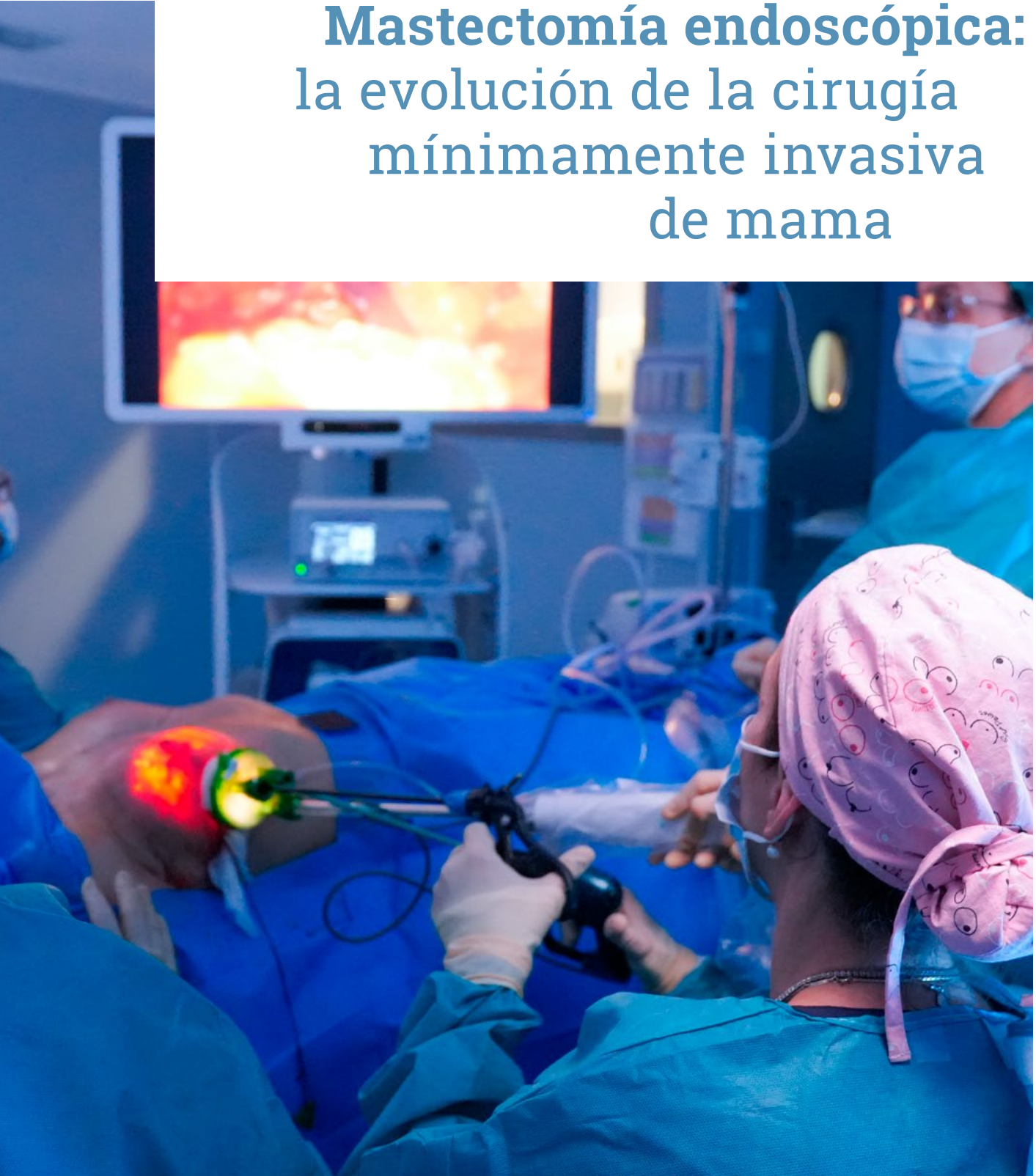
intraepiteliales de alto grado, se administrará la vacunación preferiblemente antes o inmediatamente después del tratamiento para evitar la persistencia o reactivación del virus. Así mismo, se recomienda en general en mujeres con citologías con VPH + de serotipos que contenga la vacuna.

Grupos de riesgo hasta los 45 años: Mujeres inmunodeprimidas (incluyendo infección por VIH o trasplantes), pacientes VIH+ de ambos sexos y mujeres y hombres con prácticas sexuales de riesgo y con múltiples parejas sexuales.

En definitiva, es muy importante que los profesionales de la Salud, tengamos en cuenta y sepamos transmitir a la población, que la vacunación es un proceso dinámico que debe acompañar al ser humano durante todas sus etapas vitales. **Conocer y cumplir el calendario vacunal desde la infancia hasta la edad adulta, no sólo protege la salud individual frente a patologías potencialmente graves, sino que erige un escudo comunitario indispensable para salvaguardar a los miembros más vulnerables de la sociedad y también para protegernos a todos**, no se trata de un acto de salud individual y privada, se trata de un acto de Salud Pública, muy importante para la convivencia y la salud de toda la sociedad en conjunto.

Dra. Eva Marta Fisac Noblejas
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Patología de la Mama Fundación Tejerina

Mastectomía endoscópica: la evolución de la cirugía mínimamente invasiva de mama



Extirpar la glándula mamaria a través de una pequeña incisión de tres centímetros, situada en una zona poco visible, es ya una realidad en la práctica clínica. La mastectomía endoscópica representa el paso más reciente en la evolución de la cirugía de mama hacia procedimientos más precisos y menos agresivos. Detrás de este avance hay, además, un elemento menos visible pero igual de determinante: la formación continuada de los profesionales que lo hacen posible.

DE LA CIRUGÍA RADICAL A LA CIRUGÍA A MEDIDA

A finales del siglo XIX, el cirujano estadounidense William Halsted estableció la mastectomía radical como tratamiento de referencia del cáncer de mama. La intervención incluía la extirpación de la mama, los músculos pectorales y los ganglios axilares. Era una cirugía muy agresiva, con importantes secuelas físicas y emocionales, pero durante décadas fue la principal opción ante una enfermedad que, en la mayoría de los casos, se diagnosticaba en fases avanzadas.

“ La cirugía mamaria ha avanzado en una dirección constante: reducir la agresividad sin comprometer los resultados oncológicos ”

Desde entonces, la cirugía mamaria ha avanzado en una dirección constante: reducir la agresividad sin comprometer los resultados oncológicos. La mastectomía radical modificada permitió conservar los músculos pectorales. Más tarde, grandes ensayos clínicos demostraron que, en muchos tumores, la cirugía conservadora combinada con radioterapia ofrecía la misma supervivencia que la mastectomía. A ello se sumaron la biopsia selectiva del ganglio centinela, que en muchos casos evita extirpar todos los ganglios de la axila, y las mastectomías con preservación de la piel, que permiten una reconstrucción inmediata con resultados muy naturales.

La mastectomía endoscópica constituye un avance en este camino: ofrecer el máximo control de la enfermedad con el menor impacto posible sobre el cuerpo y la imagen corporal de la paciente.

¿EN QUÉ CONSISTE?

Cuando la cirugía conservadora no es posible o no está indicada, es necesario extirpar toda la glándula mamaria.

La técnica endoscópica modifica el abordaje. A través de una incisión muy pequeña, de aproximadamente tres centímetros y situada en una zona no visible, se introduce un dispositivo denominado puerto único, que permite trabajar con una cámara de alta definición e instrumental largo y fino. Mediante la insuflación de gas (CO2) se crea un espacio de trabajo, y el cirujano, guiado por la imagen ampliada en un

monitor, separa la glándula de la piel y del músculo pectoral. Por esa misma incisión se extrae la pieza quirúrgica, se coloca en muchos casos el implante de la reconstrucción y, cuando es necesario, se realiza el estudio de los ganglios axilares.

La técnica se apoya en tres principios: incisión mínima, visión magnificada y máxima precisión. Las primeras experiencias se publicaron hace más de dos décadas, principalmente en Asia, y hoy el procedimiento se realiza en centros especializados de todo el mundo, también en España, donde su implantación ha crecido de forma progresiva en los últimos años.

“ La cicatriz queda en una zona discreta, y la mama reconstruida no presenta marcas visibles ”

LO QUE GANA LA PACIENTE

El beneficio más evidente es estético. La cicatriz queda en una zona discreta, y la mama reconstruida no presenta marcas visibles. No es un aspecto menor: para muchas mujeres, la cicatriz es un recordatorio diario de la enfermedad, y su ausencia tiene un impacto real en la autoestima, en la vida íntima y en la recuperación emocional tras el tratamiento.

Las ventajas, sin embargo, van más allá de la estética. La visión

ampliada que proporciona la cámara permite identificar con gran detalle los planos de disección y los pequeños vasos que irrigan la piel y el pezón. Preservar esa irrigación es clave para reducir complicaciones como la necrosis, es decir, la pérdida de parte de la piel o del complejo areola-pezón. Los estudios publicados describen, además, un elevado grado de satisfacción de las pacientes y tasas de complicaciones comparables o inferiores a las de la cirugía convencional abierta.

NO ES PARA TODAS: LA IMPORTANCIA DE ELEGIR BIEN

Conviene subrayarlo: la mastectomía endoscópica no es una técnica aplicable a todas las pacientes. Suele estar indicada en mujeres con mamas de volumen pequeño o mediano y escasa caída, con tumores alejados de la piel y del pezón. También es una opción en las mastectomías reductoras de riesgo, como las que se plantean en portadoras de mutaciones en los genes BRCA1 o BRCA2.

Por ello, la indicación debe establecerse siempre en un comité multidisciplinar, en el que participan cirujanos, oncólogos, radiólogos, patólogos y cirujanos plásticos, y en diálogo con la propia paciente, que debe conocer todas las alternativas disponibles en su caso.

DEL QUIRÓFANO AL AULA: UNA OBLIGACIÓN COMPARTIDA

Toda técnica nueva conlleva una curva de aprendizaje. Operar a través de una incisión

pequeña, con una cámara y en un espacio reducido, exige habilidades distintas a las de la cirugía abierta: coordinar los movimientos con la imagen del monitor, dominar un instrumental específico y reconocer la anatomía desde una perspectiva diferente. **Ningún cirujano debería incorporar un procedimiento de este tipo sin una formación reglada y supervisada.**

En nuestra unidad lo sabemos bien. Llevamos años realizando esta técnica y tuve la oportunidad de estar entre quienes la introdujeron en España. Esa trayectoria no es un punto de llegada, sino un compromiso con la formación continuada y con la transmisión de lo aprendido a otros equipos.

Como médicos, esto implica una doble responsabilidad. La primera es mantenernos actualizados: revisar la evidencia científica, participar en congresos, conocer la experiencia de otros centros de referencia, entrenar en simuladores y evaluar con rigor nuestros propios resultados. La medicina avanza con rapidez, y lo que hoy es innovador puede convertirse pronto en el estándar. Cuando lo que está en juego es la salud y la calidad de vida de las pacientes, quedarse atrás no es una opción.

La segunda es enseñar. Las técnicas quirúrgicas progresan cuando se transmiten, se debaten, se perfeccionan y se extienden. Formar a residentes y cirujanos mediante programas estructurados, tutorización y simulación, es la vía para que estos avances no queden





limitados a unos pocos centros y lleguen a todas las mujeres que puedan beneficiarse de ellos. Serán precisamente las nuevas generaciones, familiarizadas con la tecnología, quienes impulsen los próximos pasos.

“ Para las pacientes, la recomendación ” es clara: preguntar

MIRANDO HACIA DELANTE

Las técnicas mínimamente invasivas, la cirugía guiada por imagen, la inteligencia artificial aplicada a la planificación quirúrgica o los nuevos materiales de reconstrucción apuntan hacia una cirugía de mama cada vez más precisa y personalizada. **Pero todos estos avances persiguen el mismo fin: que la paciente se cure y que, además, pueda seguir reconociéndose en su propio cuerpo.**

Para las pacientes, la recomendación es clara: preguntar. Qué opciones existen en su caso, qué ventajas y limitaciones tiene cada una y cuál es la experiencia del equipo que va a tratarla. No hay preguntas menores: resolver las dudas antes de la intervención forma parte del propio tratamiento. **Una paciente bien informada está en mejores condiciones de decidir.**

Para los profesionales, el compromiso es igualmente claro: seguir aprendiendo, seguir enseñando y no perder de vista que la mejor técnica es aquella que mejor se adapta a cada mujer.

Dra. Elisa York Pineda

Coordinadora de la Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva del Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina de Madrid



Cáncer de mama y suelo pélvico, ¿cómo cuidar también lo que no se ve?

“ Los problemas de suelo pélvico son una de las consecuencias que más me están afectando después de los tratamientos que he recibido por el cáncer de mama”

“ Me gasto unos 90 € al mes en la farmacia en óvulos vaginales, hidratantes... Y todo esto, sin ningún tipo de ayuda económica”

“ Mantener relaciones sexuales empezó a dolerme y, poco a poco, fui evitándolas”

Estas son frases que escuchamos a nuestras pacientes en consulta. A veces nos las cuentan casi de pasada, como si, después de haber pasado por un cáncer de mama, hablar de sequedad vaginal, escapes de orina, dolor durante las relaciones o pérdida del deseo fuera algo secundario. Pero no lo es. Son problemas que afectan directamente a su bienestar y que, para muchas mujeres, pueden llegar a disminuir de forma importante su calidad de vida. Hablar de ellos también es cuidar.

Superar un cáncer o convivir con sus tratamientos no debería significar resignarse a vivir con sus consecuencias. Y algunas de ellas afectan a una esfera especialmente íntima de la mujer: su suelo pélvico, su sexualidad y la relación con su propio cuerpo.

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA?

La cirugía, la quimioterapia y, especialmente, determinados tratamientos hormonales pueden producir cambios importantes. El tamoxifeno, los inhibidores de la aromatasa o los tratamientos destinados a suprimir la función ovárica pueden modificar el entorno hormonal de la mujer. Cuando disminuye la acción de los estrógenos pueden aparecer cambios en la vulva, la vagina, la uretra y la vejiga. Esto se llama síndrome genitourinario.

“Hablar de ello no resta importancia al cáncer ”

La mucosa vaginal puede volverse más fina, seca y menos elástica. **Puede aparecer escozor, irritación, sensación de tensión, molestias con la ropa o dolor durante las relaciones sexuales.** También pueden aparecer urgencia para orinar, aumento de la frecuencia urinaria o infecciones urinarias recurrentes.





El cansancio, los cambios hormonales, el miedo, el dolor, una mastectomía o una cicatriz, los cambios de peso o de cabello y la nueva percepción del cuerpo pueden modificar el deseo, la excitación y la forma de vivir la intimidad. Hablar de ello no resta importancia al cáncer.

Conviene diferenciar el síndrome genitourinario de las disfunciones del suelo pélvico que, en algunos casos, ya tenía la paciente. Aunque con frecuencia ambos problemas se relacionan.

Dentro de las disfunciones de suelo pélvico, podemos encontrar: escapes de orina, urgencia urinaria, dificultades para controlar gases o heces, estreñimiento, sensación de peso, dolor pélvico o alteraciones musculares. Pero quiero insistir en un detalle: **un suelo pélvico con problemas no siempre es un suelo pélvico débil.**

“ Lo más importante, antes de comenzar a hacer ejercicios por tu cuenta, es hacer una valoración de fisioterapia ”

En algunas pacientes necesitamos mejorar fuerza, resistencia y coordinación. En otras ocurre precisamente lo contrario: existe una musculatura excesivamente activa o dolorosa que necesita aprender a relajarse. Por eso insisto mucho a mis pacientes, “no todo es hacer ejercicios de suelo pélvico”, los famosos Kegel. Lo más importante, antes de comenzar a hacer ejercicios por tu cuenta, es hacer una valoración de fisioterapia.

¿CÓMO PUEDE AYUDAR LA FISIOTERAPIA?

La fisioterapia de suelo pélvico puede incluir, según las necesidades de cada mujer, entrenamiento muscular, técnicas para reducir una tensión excesiva, terapia manual, educación sobre la función de la vejiga y el intestino, trabajo respiratorio, ejercicio terapéutico, biofeedback, etc.

El objetivo no es únicamente conseguir músculos “más fuertes”, sino recuperar una función normal. Esto puede significar aprender a coordinar la musculatura del suelo pélvico con la respiración y el movimiento, aprender a utilizarla correctamente durante el entrenamiento de fuerza o aprender a relajarla de forma activa, entre muchas otras posibilidades.

¿Y PARA LA SEQUEDAD Y EL DOLOR?

El abordaje debe ser multidisciplinar.

Los hidratantes vaginales utilizados de forma regular y los lubricantes durante las relaciones suelen constituir el primer escalón. Existen diferentes formulaciones, entre ellas productos a base de agua, silicona o ácido hialurónico, y no hay

una única opción adecuada para todas las mujeres. La elección dependerá de las necesidades de cada caso y del uso que se vaya a dar al producto.

También existen otras alternativas, tanto farmacológicas como no farmacológicas. **Lo importante es no asumir que, por haber tenido un cáncer de mama, no se puede hacer nada.** Hay opciones y es importante hablar de ellas y valorar cuál es la más adecuada en cada caso.

En el Servicio de Fisioterapia de la Fundación Tejerina podemos realizar una valoración individualizada del suelo pélvico, escuchar qué está ocurriendo y, cuando esté indicado, establecer un tratamiento adaptado a las necesidades de cada mujer y coordinado con el resto de profesionales que la acompañan.

Puedes preguntarte: ¿Tengo dolor en las relaciones?, ¿Evito la penetración por miedo a que duela?, ¿Siento sequedad, irritación o escozor?, ¿Tengo escapes de orina?, ¿Ha cambiado mi deseo sexual?, ¿Siento que mi cuerpo ya no responde como antes?

Si alguna respuesta es sí, merece la pena hablar de ello.

Porque el objetivo del tratamiento del cáncer de mama es vivir. Pero también importa cómo volvemos a vivir después de él.

Silvia Balaguer Gómez
Fisioterapeuta en la
Fundación Tejerina

Entrevista a Ágatha Ruiz de la Prada

En este nuevo número de nuestra revista conversamos con una mujer que ha convertido el color, la creatividad y la libertad en su forma de expresarse. Diseñadora, artista y, sobre todo, una personalidad inconfundible, Ágatha Ruiz de la Prada nos acompaña en una entrevista en la que descubrimos un poco más de cerca a la mujer que hay detrás de uno de los universos creativos más reconocibles.

Para empezar, si tuviera que definir su vida en tres colores, ¿cuáles serían y por qué?

Mi vida la definiría en un solo color: el fucsia. Es mi color favorito, muy femenino y muy mexicano. También es un color que ha estado siempre muy presente en el mundo de la moda.

Su estilo es reconocible y ha conseguido construir un universo que permanece al margen de las modas pasajeras. ¿De dónde y cuándo cree que nace esa personalidad estética tan marcada?

Mi caso es un poco particular. Aunque no era lo habitual en la España de los años 60, mi padre tenía una casa maravillosa llena de arte contemporáneo. Cuando visitaba otras casas, me llamaba la atención que no fueran así, porque para mí aquello era lo normal. Él fue el primer coleccionista de arte contemporáneo que conocí.

Todo ese universo de Cuenca, de Juana Mordó, de Chillida... Me marcó y despertó en mí un gusto por el arte muy diferente al convencional de aquella época.

Cuando empieza a crear una colección, ¿qué le inspira? ¿Piensa primero en una mujer, en un color, en una forma, en una emoción...?

Las colecciones se suceden unas a otras y, en realidad, nunca se sabe muy bien de dónde nace una colección. En nuestro caso, además, hacemos tantas al año que llegamos a presentar hasta 74 desfiles.

“El éxito es una fantasía. Nunca se llega realmente a él”

¿Cree que ser diferente es una elección o una necesidad?

Todos somos diferentes dentro de lo habitual: más altos, más bajos, más guapos, más inteligentes... Creo que yo soy diferente de lo habitual.

¿Qué ha aprendido del éxito que no sabía cuándo empezó?

El éxito es una fantasía. Nunca se llega realmente a él. Yo nunca me he considerado dentro del éxito, sino alguien que está siempre persiguiéndolo, tratando de alcanzarlo, pero sin llegar nunca del todo.

Siempre ha defendido que la ropa debe tener personalidad y, sobre todo, hacernos sentir bien. Hay días en los que, cuando estamos preocupadas, tristes o atravesando





un momento complicado (como un cáncer de mama), nos cuesta incluso arreglarnos. ¿Qué antídoto recomienda para esos momentos?

Yo defiendo mucho la moda cómoda, sin complementos y con mucho color, más especialmente para esos momentos.

Más allá de la moda, ¿cómo cuida Ágatha su salud?

Soy de una familia muy deportista y esa genética sí la he heredado, pero no tengo alma de deportista. Me gusta mucho caminar y mantenerme activa, aunque no voy al gimnasio.

Tampoco suelo comer entre horas, simplemente porque no tengo esa costumbre. Bebo mucha agua y, en general, llevo una vida bastante saludable.

Cuidarse también significa saber parar, disfrutar y encontrar aquello que nos hace bien. ¿Tiene algún ritual, hábito o pequeño capricho que le ayude a mantener la energía y el optimismo?

Intento disfrutar y divertirme, y eso me ayuda a mantener la energía y el optimismo. Además, tengo la suerte de dedicarme a un trabajo que me apasiona y que también me aporta mucha energía.

Para terminar, siendo una persona pública como es usted, si mañana tuviera que empezar de cero y nadie conociera a Ágatha Ruiz de la Prada, ¿qué haría?

Soy una persona conocida desde que tengo 20 años, ahora tengo 66. Por mi personalidad, imagino que si no me conocieran me conocerían enseguida.

“Intento disfrutar y divertirme, y eso me ayuda a mantener la energía y el optimismo”



PREGUNTAS RÁPIDAS:

- **La banda sonora de su vida:**
Ninguna en concreto
- **Una mujer que le inspire:**
Cristina Marsans y Lula Elzaburu
- **Una película:**
Lo que el viento se llevó
- **Un libro:**
En busca del tiempo perdido
- **Un viaje pendiente:**
San Petersburgo

El cáncer de mama en la historia del arte



Quattrocento, representado por Brunelleschi, Donatello, Masaccio y Alberti. Posteriormente, en Roma, se incorporaron Bramante, Miguel Ángel, Rafael Sanzio y Leonardo da Vinci.

El Barroco fue otro movimiento cultural y artístico que se impuso en Europa desde finales del siglo XVI hasta principios del XVIII, dando paso al Neoclasicismo. Nació con Michelangelo Merisi, llamado il Caravaggio, por el nombre del pueblo en el que nació. La herencia de este pintor fue recogida por España, Flandes y los Países Bajos.

Esta etapa está representada por Rubens y Rembrandt, que, como veremos, pintaron la patología mamaria sin saberlo. La pintura de Rubens es vigorosa y llena de vida, decorativa, teatral, sensual y de gran formato. Sus figuras femeninas son exuberantes y se sitúan dentro de grandes escenarios. Rembrandt es uno de los pintores de mayor calado que ha dado Holanda, y su pintura es sentimental, dramática, introvertida y, en ocasiones, triste.

El cáncer de mama existe desde tiempos remotos, pero no fue hasta el Renacimiento cuando comenzó a manifestarse públicamente en la pintura y la escultura.

El Renacimiento fue un movimiento artístico, literario y científico que tuvo lugar en Europa entre los siglos XV y XVI, basado en gran parte en la Antigüedad clásica. Nació en Florencia en la primera mitad del

El cáncer de mama en la pintura y la escultura

En los tiempos de Rafael Sanzio y Miguel Ángel, cuando el humanismo empezó a desarrollar una nueva concepción del mundo, se

comenzó a mostrar esta enfermedad en las bellas artes, representando el seno femenino tal y como lo percibía el pintor.

“ La primera obra pictórica en la que se ha señalado la presencia de un cáncer de mama fue La Fornarina, de Rafael, del siglo XVI ”

La primera obra pictórica en la que se ha señalado la presencia de un cáncer de mama fue La Fornarina, de Rafael, del siglo XVI. Representa una figura femenina semidesnuda que sujeta su seno izquierdo, en el que se observan signos que podrían corresponder a las alteraciones propias de un tumor maligno.

Rafael se separó de la pintura tradicional religiosa y de los retratos para pintar el desnudo de una mujer de pelo negro, con un turbante negro sobre la cabeza del que pende una perla. Sus mamas están descubiertas y, tímidamente, con su mano derecha toca la mama izquierda, donde se intuye un nódulo en los cuadrantes externos, con retracción cutánea, típica de un cáncer mamario. El pintor firmó su cuadro en una cinta que lleva la modelo en su brazo izquierdo.

Posteriormente, el cuadro de Ghirlandaio La noche muestra la presencia, en una mujer, de un bulto en el pezón, con retracción y ulceración del mismo, signos de un proceso tumoral. Miguel Ángel también reflejó estos signos en una escultura titulada La noche, aunque con menor intensidad.

Otra obra, La alegoría de la fortaleza, de Tomaso d'Antonio Manzuoli, conocido como Maso da San Friano, realizada entre 1560 y 1562, muestra una imagen de mujer con un bulto en el pecho izquierdo, asociado a una erosión, venas

superficiales dilatadas y aspecto tumoral, con alteración de la piel y la areola.



Miguel Ángel, en su obra escultórica La noche, muestra una figura femenina semidormida, con una diadema en la cabeza y una estrella, símbolo de la noche. Descansa el pie en un almohadón de amapolas, símbolo del sueño, y aparece junto a una lechuza, animal nocturno.

Medicamente, en ambas mamas se aprecian nodulaciones, más evidentes en la izquierda, donde aparece retracción de la piel y del complejo areola-pezón. Miguel Ángel copió la anormalidad de las mamas de la modelo, es decir, plasmó lo que veía sin saber si existía o no alguna patología, dejando así la incertidumbre diagnóstica para la posteridad.

Esta obra se encuentra en la Sacristía Nueva de las Capillas de los Médici, en Florencia, en los sepulcros de la familia Médici que esculpió el artista en la tumba de Julián, duque de Nemours, representando el día y la noche alegóricamente como figuras humanas. Es la figura femenina la que muestra signos de tumor maligno mamario localmente avanzado.



Rubens y Rembrandt

El siguiente cuadro muy interesante desde el punto de vista diagnóstico es Las tres Gracias, de Rubens, de 1639, en el que inmortalizó a sus dos esposas: Isabella Brandt, la primera del pintor, rubia y hermosa, representada como la Gracia de la derecha, y Elena Fourment, la segunda esposa, morena y situada a la izquierda. La Gracia del centro no está identificada.

En la mama izquierda de Elena Fourment hay evidencia de un tumor en el cuadrante superoexterno, con retracción de la piel y del pezón, signos propios de un tumor localmente avanzado. En ese momento se cree que tendría 25 o 26 años.

Años más tarde, el pintor barroco Rembrandt pintó a la mujer de uno de los soldados de David, rey de los judíos.

El cuadro, titulado Betsabé con la carta de David, fue realizado

en 1654. En él se representa a una mujer desnuda que muestra en uno de los pechos una tumoración que se extiende hacia la axila.

La modelo que posó para Rembrandt, con 22 años de edad, fue su segunda esposa, Hendrickje Stoffels, que falleció pocos años después, en 1663, a los 38 años, a causa del tumor mamario reflejado en la obra pictórica.

“El arte fue, por tanto, el primer sistema diagnóstico de la patología tumoral maligna mamaria”

El arte fue, por tanto, el primer sistema diagnóstico de la patología tumoral maligna mamaria, aunque los artistas no pretendieran realizar un diagnóstico médico, sino representar aquello que observaban.

De los primeros tratamientos a la cirugía

Durante varios siglos, el concepto de enfermedad estuvo ligado a la teoría de los humores de Hipócrates, según la cual el estancamiento de un humor espeso en el pecho desarrollaba cáncer. Su tratamiento incluía aplicaciones locales, cataplasmas, ungüentos de mercurio y plomo, arsénico y dietas de belladona.

En los tumores ulcerados se utilizaban excrementos de avispas, cabras, ratones y murciélagos como tratamientos de elección en egipcios, griegos y durante la Edad Media.

El siguiente paso fue la instauración de la cirugía, con extirpaciones locales del cáncer mamario apoyadas por la cauterización, tanto para realizar la hemostasia como para destruir los tejidos enfermos. En el siglo XVI, los médicos de Francia e Inglaterra comenzaron a realizar extirpaciones más o menos amplias y a considerar los nódulos axilares como indicación de la extensión del tumor.

Durante los siglos XVII y XVIII, los cirujanos alemanes y franceses amputaban la mama mediante dos grandes agujas enhebradas con hilo grueso que atravesaban la base de la glándula en forma cruzada. Después realizaban tracción de los cuatro cabos y, mediante un escalpelo, la amputación. Posteriormente se efectuaba la cauterización con hierros incandescentes como método de hemostasia.

Un autor representativo de esta época fue Helvetius, médico holandés establecido en París, que ideó una pinza especial

para traccionar el pecho, realizó extirpaciones parciales y publicó trabajos específicos, como su Carta sobre la naturaleza y curación del cáncer de mama, de 1697.

El avance de la anestesia y la cirugía

A finales del siglo XVIII empezó a utilizarse el óxido nitroso, conocido como «gas de la risa», como anestésico. Posteriormente se empleó el éter. Antes se utilizaban como anestesia general el opio, el láudano, el alcohol o la mandrágora.

En 1846, el dentista Morton realizó en el Hospital de Boston una intervención sin dolor gracias a la inhalación de éter. El cloroformo también se hizo popular, aunque requería gran habilidad en su administración. Dados los riesgos de los primitivos anestésicos generales, comenzaron a utilizarse anestésicos locales.

A raíz de los estudios de Sigmund Freud con la cocaína y sus efectos anestésicos, comenzaron a utilizarse diluciones de esta sustancia como anestesia troncular. Posteriormente, gracias a los derivados sintéticos de la cocaína, se desarrollaron anestésicos locales más seguros

La cirugía actual del cáncer de mama

En la historia de la cirugía del cáncer de mama debemos citar a Halsted (1852-1922), con su mastectomía radical, operación de gran importancia histórica llevada a cabo en el Johns Hopkins Hospital y extendida posteriormente a Estados Unidos y al resto del mundo entre 1889 y 1894, con una concepción clara de tratar el cáncer de mama de la forma más radical posible.

En el periodo contemporáneo, autores como Finochietto y Uriburu sentaron las bases de la mastología basada en el correcto diagnóstico mediante exploraciones instrumentales, para un adecuado abordaje quirúrgico y terapéutico.

En nuestro país cabe citar al Profesor Florencio Tejerina, creador en España de la primera unidad de patología mamaria, en el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid, en los años sesenta.

Hoy asistimos a verdaderos diagnósticos subclínicos en la inmensa mayoría de los casos gracias a los modernos sistemas de diagnóstico, como la mamografía, la ecografía, la resonancia magnética, la gammagrafía y los estudios biológicos. Estos avances evitan las amputaciones de la mama en casi todas las intervenciones y ofrecen una realidad muy diferente de los casos avanzados que nos enseñaban los pintores del Renacimiento.

La evolución del diagnóstico y del tratamiento del cáncer de mama ha sido extraordinaria. Desde aquellas primeras representaciones que hoy podemos interpretar desde una perspectiva médica hasta las actuales técnicas de diagnóstico y tratamiento, el camino recorrido refleja el enorme avance de la medicina y del conocimiento de esta enfermedad.

Dr. José Francisco Rabadán Doreste

Especialista en Senología y Patología Mamaria





Eduardo Torres-Dulce analizó “El veredicto final” en el III Cinefórum “Cine y Medicina”

La Fundación Tejerina acogió el pasado 2 de junio una **nueva sesión de su ciclo “Cine y Medicina”, dedicada en esta ocasión a “El veredicto final” (The Verdict, 1982)**, la célebre película dirigida por Sidney Lumet y protagonizada por el extraordinario Paul Newman. El encuentro estuvo conducido por Eduardo Torres-Dulce, jurista, crítico cinematográfico y gran divulgador del séptimo arte, quien ofreció una profunda lectura de la película a través de sus claves narrativas, morales y humanas.

Con esta jornada de “Cine y Medicina”, la Fundación Tejerina volvió a poner de manifiesto la capacidad del cine para suscitar reflexiones de gran calado sobre la ética, la profesión médica, la justicia y la dignidad humana. Más de cuarenta años después de su estreno, “El veredicto final” continúa demostrando que las grandes películas son aquellas capaces de interpelar al espectador mucho más allá de su tiempo. En el evento, en el que se reunieron cerca de 60 personas, han participado también Alberto Pablo González Sanz y Javier de Joz Segovia, patronos de la Fundación Tejerina.

Real Academia Española de Medicina

En el marco del Día Mundial Contra el Cáncer de Mama, el pasado 14 de octubre, tuvo lugar la sesión científica organizada por la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME) y la Fundación Tejerina, con la colaboración de la Cátedra Extraordinaria de Patología de la Mama de la UCM.

Bajo el título “Nuevas fronteras en la cirugía del cáncer de mama: robótica, endoscópica y reconstrucción avanzada”,

el evento contó con la participación como ponentes del Dr. Antonio Toesca, director del Programa de Cirugías Senológicas y Coordinador de la Breast Unit Istituto Nazionale Oncologico Candiolo de Turín, la Dra. Elisa York, coordinadora de la Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva del Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina de Madrid, y el Dr. Antonio Tejerina, jefe de Servicio de Cirugía del Centro de Patología de la Mama- Fundación Tejerina de Madrid.



Próximos Eventos

► INAUGURACIÓN DE LA XIV EDICIÓN DEL MÁSTER DE ESPECIALIZACIÓN EN MASTOLOGÍA – SENOLOGÍA

El 19 de octubre tendrá lugar la Inauguración del Máster de Especialización en Mastología – Senología de la Fundación de Estudios Mastológicos, en colaboración con la Fundación Tejerina.

► CONCIERTO CADENA 100

El Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina estará presente un año más en el concierto «Por ellas», organizado por Cadena 100, con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer de Mama.

► EL MUNDO ES UN PAÑUELO. JORNADA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

El próximo viernes 13 de noviembre de 2026, a las 11:00 horas, pasaremos una mañana entre pañuelos en la Fundación Tejerina.

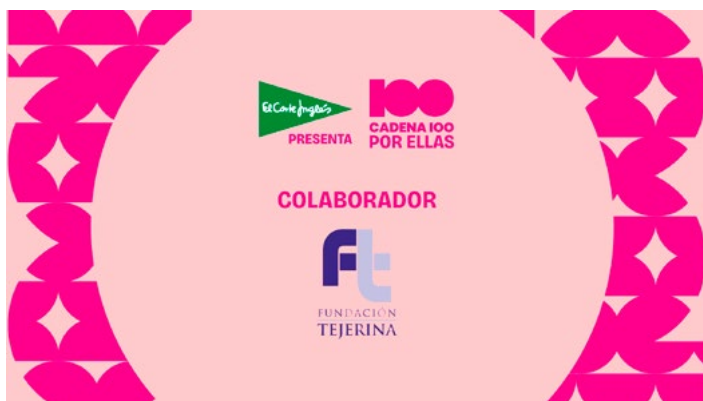
Una jornada dirigida a pacientes con cáncer de mama para aprender, de forma práctica y sencilla, diferentes maneras de colocarse y llevar un pañuelo. Un encuentro pensado para descubrir nuevos estilos y recursos que te ayuden a sentirte cómoda y a gusto durante el proceso oncológico, mientras disfrutamos de unas horas juntas.

Inscríbete en nuestra web.

► DIAGNÓSTICO PARA TODAS

En el marco de nuestro proyecto solidario “**Diagnóstico para todas**”, el próximo 14 de noviembre llevaremos a cabo una nueva jornada de revisiones mamarias gratuitas para mujeres en situación de vulnerabilidad.

En esta ocasión, **contaremos con la colaboración de la Orden de Malta**, una alianza que nos permite sumar esfuerzos para facilitar el acceso a la prevención y al diagnóstico precoz a quienes más lo necesitan.



Fundación
Tejerina, más
de 25 años
avanzando
frente al cáncer
de mama

Hay proyectos que nacen de una idea y otros que nacen de una inquietud. La Fundación Tejerina pertenece a estos últimos.

En 1998, el Dr. Armando Tejerina puso en marcha esta organización sin ánimo de lucro movido por una preocupación que, desde entonces, ha estado presente en cada una de sus iniciativas: **encontrar nuevas formas de abordar el cáncer de mama y, al mismo tiempo, cuidar y ofrecer herramientas a las mujeres que tienen que atravesar la enfermedad.**

Porque detrás de un diagnóstico siempre hay una persona. Una mujer que tiene preguntas,

miedos, incertidumbres y, muchas veces, la necesidad de sentirse acompañada. Y esa mirada hacia la paciente fue desde el principio inseparable de una vocación clara: investigar para avanzar, formar para compartir el conocimiento y estar cerca de ellas y sus familias durante todo el proceso.

La **investigación oncológica**, especialmente en el ámbito del cáncer de mama, se convirtió en uno de sus líneas de actuación para comprender mejor la enfermedad y buscar nuevas respuestas.

Pero el conocimiento solo cobra sentido cuando se comparte. Por eso, la Fundación Tejerina ha hecho de la **formación de profesionales y futuros sanitarios** otra de sus grandes áreas de trabajo. Sesiones científicas, jornadas, publicaciones y programas de formación permiten trasladar el conocimiento y generar espacios de encuentro entre especialistas. En esta misma línea se enmarca su colaboración con la Universidad Complutense de Madrid a través de la Cátedra Extraordinaria de Patología de la Mama.

Hay otra parte de esa historia con un tinte social y solidario. Con el paso de los años, la Fundación ha impulsado **talleres y actividades pensados para acompañar a la paciente** más allá de la consulta médica: espacios para aprender, compartir experiencias, resolver dudas y encontrar herramientas que ayuden a afrontar una etapa que puede transformar muchos aspectos de la vida cotidiana.

Esa misma voluntad de estar cerca de las mujeres está detrás de sus **iniciativas de divulgación y prevención**, acercando a la sociedad información sobre el cáncer de mama y recordando la importancia de las revisiones y de un diagnóstico a tiempo. Y, especialmente, está detrás de su compromiso con aquellas mujeres que no pueden acceder a una revisión mamaria. A través de proyectos como "Diagnóstico para todas", la Fundación Tejerina ofrece revisiones mamarias gratuitas a mujeres sin recursos o en situación de vulnerabilidad.

Ese compromiso también ha traspasado fronteras. En colaboración con la ONG Humanas, la Fundación Tejerina ha

participado en el proyecto Salud de la Mujer en el Sáhara, acercando la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de mama a mujeres que viven en contextos donde el acceso a estos recursos es limitado.

Más de 25 años después, aquella inquietud que llevó al Dr. Armando Tejerina a crear la Fundación Tejerina sigue presente. Detrás de cada proyecto sigue viva la misma voluntad que le animó a iniciar esta labor: avanzar frente al cáncer de mama y cuidar y acompañar de las mujeres con esta enfermedad.

SEGUIMOS AVANZANDO, CONTAMOS CONTIGO

Si estás leyendo esto, es porque en algún momento has sentido la necesidad de colaborar en un proyecto social con el objetivo de construir un mundo mejor. **No hace falta hacer grandes cosas: con pequeños gestos puedes marcar la diferencia.**

Con tu colaboración, por pequeña que sea, podemos seguir adelante con nuestra labor.

¿CÓMO PUEDES AYUDAR?

► Bizum solidario

Desde tu móvil, puedes apoyar causas que transforman nuestra sociedad. Ahora, colaborar con nuestra labor es más rápido y seguro gracias a Bizum.

Código: 10163

Concepto: Donativo Fundación Tejerina

Los importes que se pueden donar a través de este canal van desde los 0,50€ hasta 1.000€.

► Transferencia solidaria

Si lo deseas, también puedes aportar tu granito de arena a través de transferencia bancaria al número: ES11 0182 4572 4002 0802 2411.

Una vez realizado, contacta con nosotros para obtener tu certificado de donación. Las personas físicas (IRPF) podrán deducirse hasta el 80% de la donación en los primeros 250 € donados.

Agradecimientos

EDITA:

Fundación Tejerina

CONSEJO EDITORIAL:

Armando Tejerina Gómez. Fundador y Director Científico del Centro de Patología de la Mama – Presidente de Fundación Tejerina.

Antonio Tejerina Bernal. Director de la Unidad de Cirugía del Centro de Patología de la Mama - Fundación Tejerina.

Alejandro Tejerina Bernal. Director del Área de Diagnóstico por Imagen del Centro de Patología de la Mama - Fundación Tejerina.

Javier de Joz Segovia. Gerente del Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina.

María José Bernal Montesinos. Secretaria del Patronato de la Fundación Tejerina.

COORDINACIÓN EDITORIAL:

Mónica Hurtado Sanjuán. Responsable de Comunicación en el Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina.

COLABORADORES:

Ágatha Ruiz de la Prada. Diseñadora de moda.

Cristina Iniesta González. Radióloga en el Centro de Patología de la Mama- Fundación Tejerina.

Elisa York Pineda. Cirujana en el Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina.

Eva Marta Fisac Noblejas. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Patología de la Mama – Fundación Tejerina.

José Francisco Rabadán Doreste. Especialista en Senología y Patología Mamaria.

Silvia Balaguer Gómez. Fisioterapeuta en el Centro de Patología de la Mama- Fundación Tejerina.

DISEÑO:

Álvaro Peyró Folgado. Diseñador gráfico.

Todas las marcas que aparecen en esta publicación tienen los derechos reservados y están registradas por sus respectivos propietarios.





@fundaciontejerina



@fundaciontejerina



@CpmTejerina



Fundación Tejerina