

Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general

J. Gérvas y M. Pérez Fernández

Médico general. Equipo CESCA. Madrid.

LA INTRODUCCIÓN HABITUAL, QUE AMENAZA Y DESASOSIEGA

Esta introducción es sobre las introducciones, pero seremos breves, sin elevarnos al cuadrado.

Casi todos los artículos y trabajos sobre prevención tienen una introducción que comienza con un típico párrafo acerca de la importancia de lo que se trata ("la cosa"), de los miles de personas afectadas, de sus terribles consecuencias para la salud y de la eficacia de la pauta preventiva propuesta.

La lectura de la introducción típica produce desasosiego al médico general, normalmente no muy ducho en lo que se dice, y con sentimiento de culpabilidad acerca de lo poco que hace en prevención. Es fácil, pues, aceptar que "aquello" (tabaco, hipertensión, osteoporosis, cáncer de mama, diabetes gestacional, cáncer de próstata y demás) es una cosa que amenaza la vida de tus pacientes, y que hay que adoptar inmediatamente la pauta propuesta. Por ejemplo, respecto al cáncer de mama y su prevención:

"El tumor maligno de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer de mama en Cataluña, con una tasa de 32 muertes por 100.000 mujeres en el año 2000, lo que representa más de 1.000 defunciones anuales, y es la primera causa de mortalidad entre las mujeres de 35 a 64 años de edad. La tendencia temporal de la mortalidad por esta causa en mujeres entre 35 y 64 años fue creciente hasta finales de los ochenta, para estabilizarse en los noventa y decrecer de manera gradual a partir de 1994. En el año 2003 se prevé la aparición de 3.650 casos nuevos en Cataluña, con un incremento del 4,5% para el año 2005. La supervivencia de ese tumor se halla alrededor del 78% a los 5 años. Su incidencia se sitúa en una posición intermedia-baja respecto a la del resto de los países de la Unión Europea.

Correspondencia: J. Gérvas.
Equipo CESCA.
Travesía de la Playa, 3.
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

La incidencia creciente del cáncer de mama, junto con la mortalidad que, aunque decreciente, sigue siendo considerable, sitúa al cáncer de mama como una prioridad sanitaria. Así, el Plan de Salud de Cataluña estableció como objetivo de salud para el año 2000 estabilizar la mortalidad y, como objetivo operativo para 2001, conseguir una cobertura de cribado de cáncer de mama del 50% en mujeres de 50 a 64 años"¹ [copia literal].

No somos médicos generales catalanes, pero extrapolamos a la periferia, al valle del Lozoya (Madrid), y temblamos. "¡Socorro! ¡Mis pacientes! ¡Mi reputación! ¡Tengo que hacer algo! ¡Tengo que pedir mamografías de cribaje para eliminar esta plaga!"

UN CUENTO, CON NOMBRES Y APELLIDOS

Déjanos que te contemos un cuento, amable lector/a, que a los médicos generales nos encantan las narraciones.

Hace no muchos años, en lugares grabados a fuego en nuestra memoria, al leer trabajos similares al citado sobre resultados de ensayos clínicos que demostraban las ventajas de la mamografía de cribado, echamos de menos algo similar a lo que escribió un grupo de salud pública catalán sobre la prevención mediante cribado del cáncer de cuello de útero, que dejó las cosas en su sitio acerca de sus limitaciones e inutilidad en Cataluña (y España)^{2,3}. En su descargo tenemos que decir que uno de los firmantes, Andreu Segura, organizó una *sessió de debat* sobre "La prevención secundaria del cáncer de mama: dudas y retos", al que invitó a Josep María Borràs (a favor de) y a uno de los firmantes (J. Gérvas, crítico con), en el *Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya* (Barcelona), en 2000, en pleno escándalo mundial por la publicación en *Lancet* de un trabajo danés, del Centro Cochrane Nórdico, en el que se cuestionaba y negaba la eficacia del diagnóstico precoz del cáncer de mama en cribados con mamografía⁴.

Dicho estudio conllevó una amplia polémica, que no ha acabado, y el sector catalán encargado de la cuestión (Josep Maria Borràs, uno de ellos, del *Institut Català d'Oncologia*) se pronunció respecto al mismo: *"Sin embargo, los argumentos aportados por los autores no justifican, según nuestro parecer, modificar la recomendación del cribado con mamografías en mujeres mayores de 50 años. Por el contrario, es necesario potenciar las estrategias comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama, en especial en aquellas comunidades autónomas donde no se dispone aún de una cobertura del 50% a partir de programas poblacionales"*⁵. Literalmente, como dicen los mozos en los pueblos, "ante la duda, la más tetuda".

Sin embargo, no se pueden negar los hechos, que ya habían sido denunciados en otro artículo, canadiense, también en *Lancet*, de 1995, cuyo resumen acababa diciendo: *"Ya que los beneficios son marginales, el daño sustancial y el coste enorme, sugerimos que no hay justificación para la financiación pública del cribado del cáncer de mama en ningún grupo de edad"*⁶. Parece, pues, que los programas de cribado de cáncer de mama mediante mamografía son en sí mismo, un problema de salud pública, por el despilfarro y el daño que generan, al menos a las mujeres y al sistema sanitario público.

Los autores de los dos trabajos críticos^{4,6} revisaron todos los ensayos clínicos al respecto. Ni que decir tiene que la práctica clínica habitual ("los programas poblacionales de detección precoz del cáncer de mama") suelen tener menos calidad y, por consecuencia, menos impacto en salud y peor resultado.

Con este tipo de trabajos, y tras revisar los ensayos clínicos al respecto, no es extraño que seamos muy críticos con los programas de cribado poblacional de mujeres en España. Nos preocupa, claro, el encarnizamiento médico, el establecimiento de cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias, la prevención cuaternaria, y el señalar los límites de la intervención sanitaria⁷⁻¹⁰. Hay a quien le llama la atención esta crítica, sobre todo en su campo, y no pierde la compostura, sino que establece un debate científico, primero en lo personal epistolar, y luego en revistas como *SEMERGEN*. Estamos hablando de José Antonio López Ruiz, secretario general de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDIM), que aceptó la invitación al debate en público por escrito, en esta sección de "Controversia", y delegó en Mercedes Torres Tabanera, de los Programas de Cribado de la SEDIM.

Ambas partes hemos escrito sin saber lo que redactaba el oponente, de forma que seremos tan lectores sorprendidos como el que más.

EL CRIBAJE DEL CÁNCER DE MAMA EN SU SITIO

Tras el cuento, una ensalada de números. Pero no temas, amable lector/a, que pasará bien. Relájate y goza.

La objetividad no existe en la ciencia, como insistimos de continuo¹¹. Tampoco existe, claro, en la Medicina basada en pruebas (lo llaman "Medicina basada en la evidencia",

por ignorancia del inglés), en la que la etiqueta de "basado en pruebas" es casi siempre parcial y muchas veces falsa, como se puede esperar¹². Por ello, al juzgar la calidad de los ensayos clínicos sobre cribaje mamográfico, los mismos datos llevan a conclusiones dispares, y la interpretación puede estar teñida de sesgos profesionales^{4-6,13}.

Demos el beneficio de la duda a los ensayos clínicos suecos a los que vamos a juzgar como los mejores del mundo, y suponer que sus resultados son ciertos sin discusión¹³. Pues bien, al cabo de unos 16 años, entre las mujeres del grupo experimental (casi 130.000) hubo 511 muertes por cáncer de mama, y entre las del grupo control (unas 120.000) hubo 584. Es decir, el riesgo absoluto de morir de cáncer de mama decrece el 0,1% (el riesgo relativo desciende el 21%). Dicho de otra forma, el riesgo de morir por cáncer de una mujer cribada baja del 0,5% al 0,4%.

¿Vale la pena esta disminución del riesgo absoluto, sabiendo que lo único que hacemos es prolongar vidas, no evitar muertes? Es decir, hubo 135 mujeres entre 130.000 cribadas que no murieron de cáncer de mama, pero las mujeres que no murieron de cáncer de mama por efecto beneficioso del cribaje no se volvieron inmortales, sino que murieron de otra cosa. Así, en los ensayos clínicos suecos mencionados, la diferencia en la mortalidad total al cabo de los 16 años entre el grupo control y el experimental fue marginal, despreciable, como se puede esperar de una causa de muerte poco frecuente en las mujeres (que contribuye poco a la mortalidad total femenina)^{13,14}.

El éxito de los cribajes se consigue con fracasos, pues la mamografía no es perfecta (ninguna prueba diagnóstica lo es). Por ello se dice que "todos los cribajes producen daños; algunos compensan por sus beneficios"¹⁵. Y por ello se aconseja etiquetar los cribajes con "este cribaje puede dañar gravemente su salud"¹⁶.

Entre las mujeres con mamografía normal habrá quien tenga en realidad un cáncer, que se ha escapado (falso negativo; aproximadamente 20 de cada 10.000 con una mamografía "normal"), con las consecuencias previsibles, desde retraso diagnóstico a reclamaciones judiciales¹⁷. Pocos programas españoles son capaces de dar la tasa de falsos negativos (desconocen, pues, su calidad).

También habrá falsos positivos, mujeres que deberán ser reexaminadas (examen manual, nueva mamografía, ecografía, termografía, tomografía axial computarizada [TAC], examen manual, punción-aspiración, biopsia, etc.) para aclarar si tienen de verdad un cáncer en esa imagen sospechosa. Este proceso crea angustia, preocupación, deja cicatrices, puede acompañarse de hemorragia e infección si hay intervención quirúrgica, exige tiempo y desplazamientos, y afecta a miles de mujeres. La frecuencia de los falsos positivos depende del estudio y de las veces que se repita la mamografía de cribaje (la recomendación de frecuencia de cribaje suele ser cada dos años).

A los 10 años de examen bianual hay un 50% de falsos positivos (en EE.UU., en Noruega, el 21%)¹⁸. Es decir, si cribamos a 10.000 mujeres cada dos años, al cabo de 10 años hasta la mitad habrán pasado el proceso para aclarar

su mamografía “anormal” (5.000 mujeres de 10.000 en EE.UU. y 2.100 en Noruega).

Con los datos suecos, pues, se esperan 50 muertes en 10.000 mujeres por cáncer de mama sin cribaje en 16 años de seguimiento. Y para evitar 10 de esas muertes, con el programa de cribaje producimos entre 3.000 y 7.000 falsos positivos, con su proceso para aclararlo.

Cuestión aparte es que muchos de los verdaderos positivos, además, tienen cánceres indolentes, poco agresivos, que nunca hubieran dado síntomas ni llevado a la muerte. Por ejemplo, los carcinomas *in situ*, cuya historia natural desconocemos. De hecho, estos carcinomas no deberían contarse como éxitos, pues no sabemos si es mejor encontrarlos o haber seguido en la ignorancia¹⁹⁻²². En algunos programas de prevención del cáncer con cribaje no se cuentan los carcinomas *in situ* como “cánceres verdaderos”; por ejemplo, en el programa holandés de Nijmegen¹⁹. Por cierto, los carcinomas indolentes, poco agresivos e *in situ* son muy frecuentes entre los encontrados, hasta el 25% de los “cánceres” diagnosticados en las mamografías de cribajes¹⁹⁻²².

¿QUÉ DECIRLE A LAS MUJERES?

Todo mamífero tiene mamas, pero sólo las hembras las utilizan para amamantar. En las mujeres las mamas sirven para amamantar, llegado el caso, pero tienen además un papel importante en su sexualidad y autoestima. No es extraño que el cáncer de mama sea muy importante para la mujer, y que se crea las “introducciones” que hemos comentado al principio. Mal aconsejada, se somete al rito del cribaje mamario como se somete al rito del Papanicolau, y a otros mil rituales de dudoso beneficio, o directamente perjudiciales^{2-4,6,7,9}. Hay quien no se corta un pelo con tal de amedrentar a las mujeres y conseguir su participación en los cribajes mamarios^{20,23}.

Con información sesgada, no es extraño que la mujer ignore que respecto a la mortalidad es más importante dejar de fumar que hacerse cribajes mamarios²⁰. Y que crea que el cáncer de mama es muy frecuente y causa de muerte común, cuando en España está disminuyendo desde 1989, antes de difundirse el cribaje, sin que sepamos por qué (pero los profesionales del cribaje se cuelgan la medalla, irónicamente).

Por ejemplo, en el año 1998 murieron en España 169.529 mujeres, y de ellas 5.759 de cáncer de mama, lo que supone el 3,4% del total. Es decir, la causa de muerte no fue cáncer de mama en el 96,6% de las españolas muertas en 1998²⁴.

Desde luego, la incidencia está aumentando, pero probablemente a costa de aumentar los diagnósticos de cánceres indolentes, poco agresivos e *in situ*, por las mamografías innecesarias. Se trata, pues, de un sobrediagnóstico^{17,20}. Estos sobrediagnósticos contribuyen a amedrentar a las mujeres y a que se vuelvan sumisas por “haber sido salvadas de morir de cáncer de mama”.

En un excelente trabajo australiano se compararon distintas presentaciones de información idéntica para valorar

cuál ayudaba más a tomar una decisión fundada a la mujer a la que se invitaba a participar en un programa de cribaje²⁵. La mejor fue la presentación del estilo de la que hemos comentado anteriormente a propósito de los ensayos clínicos suecos.

En general, las mujeres no deciden con información y libremente el participar en el cribaje mamario. Y este tipo de cuestiones preocupa en el mundo desarrollado, donde no hay una actitud tan paternalista como en España, y donde se ha demostrado reiteradamente que las mujeres esperan más de lo que puede dar la prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía, lo que se considera un grave problema de salud pública²⁵⁻²⁸.

Las mujeres sobreestiman la eficacia del cribaje, ignoran la existencia de los falsos negativos, no saben nada de los cánceres indolentes y de evolución dudosa (incluso regresión), y creen que la mamografía disminuye la incidencia del cáncer.

La información fácil de transmitir es del estilo de:

- El cáncer de mama es la causa más frecuente de muerte entre las mujeres de menos de 50 años. A esas edades hay pocas muertes en total, y por eso el cáncer de mama tiene más impacto en los números.

- En las mujeres de menos de 50 años sin síntomas ni molestias en mama, el cribaje con mamografía es inútil, pues tienen los pechos muy tersos (densos), y los cánceres que se presentan son de crecimiento rápido. El cribaje en estas mujeres tiene tantos errores que produce más perjuicios que beneficios. Por eso no se recomienda.

- En el conjunto de todas las mujeres, las muertes por cáncer de mama son infrecuentes, y casi el 97% muere de otra causa. ¿La causa de muerte más fácilmente evitable?: el tabaco.

- El cribaje mamario tiene fallos, no es infalible, sólo da probabilidades. Es decir, hay algunos resultados falsos y equivocados.

- Los fallos hacen que al cabo de 5 cribajes (10 años) casi la mitad de las mujeres den en falso un resultado sospechoso.

- Cuando hay un resultado sospechoso se necesita aclarar si hay cáncer en realidad, lo que lleva a repetir pruebas, y a veces obliga a hacer biopsia.

- Alrededor de 60 mujeres dan resultado sospechoso cada 1.000 mamografías de cribaje (en una oleada).

- De estas mujeres con mamografía sospechosa, sólo 8 tienen cáncer en realidad.

- Entre las 8 mujeres con cáncer, 3 tendrán mejor tratamiento y evolución que si no hubieran participado en el cribaje. Las otras cinco tienen cáncer que se hubiera diagnosticado sin problemas, o cáncer de evolución indolente, o cáncer que hubiera desaparecido por sí mismo.

- Entre las 1.000 mamografías de cribaje, aproximadamente 2 mujeres tienen cáncer y no se ve en la mamografía. Así pues, a 2 mujeres se les dice que la mamografía es normal, por equivocación. Estas 2 mujeres con cáncer de mama tendrán retraso en el diagnóstico.

- Al final, el cribaje mamario es beneficioso en cierto grado en las mujeres entre 50 y 69 años, pues disminuye

algo su probabilidad de morir por cáncer de mama, desde 5 por mil a 4 por mil.

– De todas formas, la mortalidad por cáncer de mama está disminuyendo en España y otros países, por causas no conocidas y por las mejoras en el tratamiento. El 80% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama siguen vivas a los cinco años (contra menos del 5% a las que se les diagnostica cáncer de pulmón).

Estas cifras son distintas según prevalencia de la enfermedad, según la participación de las mujeres, y según la calidad del programa preventivo, pero sirven de orientación.

Por cierto, la autoexploración mamaria es inútil y probablemente peligrosa²⁹.

¿Y LOS RADIÓLOGOS?

– Bien, gracias a Dios.

– ¿Su familia de usted, bien?

– Bien, sí.

Pues eso.

Los radiólogos necesitan un cierto volumen de práctica, del orden de 1.500 mamografías al año³⁰, y tienen una variabilidad llamativa en la interpretación de los resultados tanto en situaciones experimentales como reales^{9,30-32}. Parecería que no hay cánceres de mama sino radiólogos, pues llegan a discrepar incluso en el lugar del cáncer (mama izquierda o derecha) en el 2% de los casos, en un estudio experimental con radiólogos excelentes³¹. No obstante, su buen trabajo logra que no aumenten las muertes entre las mujeres cribadas, que no es poco.

Con mejores técnicas (mamografía digital, ecografía de alta resolución y otras) las cosas pueden cambiar, pero persistirán los falsos positivos y los falsos negativos.

Todo ello es natural, por la incertidumbre propia del trabajo médico. A nosotros, los médicos generales, nos pasa igual: “para evitar radicalmente los errores el único método es dejar de trabajar”.

CONCLUSIÓN

Convendría un mayor respeto a las mamas normales. Y centrarnos en cosas más eficaces en la prevención del cáncer, como aconsejar contra el tabaco, examinar la boca en fumadores y bebedores, y restringir el uso de hormonas en la menopausia. Intervenciones sencillas y de eficacia probada. Podríamos evitar, por ejemplo, la paradoja de diagnosticar tempranamente el mismo porcentaje -36%- de cánceres de cavidad oral y de colon, como si fueran igualmente accesibles³².

En 1963 comenzó el primer ensayo clínico sobre el cribaje mamográfico, y más de 40 años después no tenemos certeza de su eficacia^{33,34}. Por prudencia, las voces que reclaman más y más cribajes^{1,5,35,36} deberían llegar con la sordina necesaria para no crear falsas expectativas en nuestras pacientes²⁵⁻²⁸.

A los médicos generales nos interesan los resultados intermedios y finales de los “programas poblacionales”. Es

decir, los falsos positivos, los falsos negativos, el porcentaje de carcinomas *in situ*, los cánceres diagnosticados por síntomas en mujeres sometidas a cribaje y la mortalidad en las mismas³⁷⁻³⁹.

Nuestras pacientes merecen recibir información que les permita decidir con fundamento científico acerca de su participación en programas de prevención secundaria de cáncer de mama mediante mamografía.

BIBLIOGRAFÍA

- Massuet C, Séculi E, Brugulat P, Tresserras R. La práctica de la mamografía preventiva en Cataluña. Un paso adelante. *Gac Sanit*. 2004;18:321-5.
- Spagnolo E, Segura A, Vila R, Andrés J, Sans S. Importancia del cáncer de cérvix en Cataluña. Consideraciones sobre un eventual programa de cribaje. *Med Clin (Barc)*. 1984;82:83-6.
- Segura A, Spagnolo E, Sans S, Andrés J. El caso del cáncer de cuello uterino y la frivolidad de la prevención masiva. *Aten Primaria*. 1994;13:516-9.
- Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000;355:129-34.
- Castells X, Borràs JM. El cribado del cáncer de mama: evidencia científica y medios de comunicación. *Gac Sanit*. 2000;14:97-9.
- Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet*. 1995;346:29-32.
- Pérez Fernández M, Gérvás J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN*. 1999;25:239-48.
- Pérez Fernández M, Gérvás J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:65-7.
- Gérvás J. Limits to the power of medicine. *Eur J Pract*. 2002;8:47-9.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003;32:158-62.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Alerta bibliográfica, hipertensión y el papel de los expertos. *SEMERGEN*. 2005;31:239-42.
- Steinberg EP, Luce BR. Evidence based? Caveat emptor! *Health Affairs*. 2005;24:80-92.
- Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frissell J, Nordenriskjold B, Rutqvist LE. Long term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet*. 2002;359:909-19.
- Gelmon KA, Olivetto I. The mammography screening debate: time to move on. *Lancet*. 2002;359:904-5.
- Gray M. New concepts in screening. *Br J Gen Pract*. 2004;54:292-8.
- Stewart-Brown S, Farmer A. Screening could seriously damage your health. *BMJ*. 1997;314:533-4.
- Wilson RM. Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation. A false negative result may be one of an irreducible minimum of errors. *BMJ*. 2000;320:1352-3.
- Fletcher SW, Elmore JG. False positive mammograms. Can the USA learn from Europe? *Lancet*. 2005;365:7-8.
- Mushlin AI, Kouides RW, Shapiro DE. Estimating the accuracy of screening mammography: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 1998;14: 143-53.
- Bunker JP, Houghton J, Baum M. Putting the risk of breast cancer in perspective. *BMJ*. 1998;317:1307-9.
- Silverstein MJ, Lagios MD. Benefits of irradiation for DCSI: a Pyrrhic victory. *Lancet*. 2000;355:510-1.
- Ernster VL, Barclay J, Kerlikowske K. Mortality among women with ductal carcinoma *in situ* of the breast in the population-based Surveillance, Epidemiology and End Results Program. *Arch Intern Med*. 2000;160:953-8.
- Kent A. Raising awareness or spreading fear? *BMJ*. 2000;321:247.
- Llácer A, Fernández-Cuenca R, Martínez de Aragón MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución en la década 1989-1998. I. Mortalidad general, principales causas de muerte y años potenciales de vida perdidos. *SEMERGEN*. 2002;28:329-33.
- Davey C, White V, Gattellari M, Ward JE. Reconciling population benefits and women's individual autonomy in mammographic screening.

- ening: in-depth interviews to explore women's views about "informed choice". Aust N Z Public Health. 2005;29:69-77.
26. Schwartz LM, Woloshin S, Sox HC, Fischhoff B, Welch HG. US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma *in situ*: cross sectional survey. BMJ. 2000;320:1635-40.
 27. Silverman E, Woloshin S, Schwartz LM, Byram SJ, Welch HG, Fischhoff B. Women's views on breast cancer risk and screening mammography. Med Decis Making. 2001;231-40.
 28. Chamot E, Perneger TV. Misconceptions about efficacy of mammography: a public health dilemma. J Epidemiol Community Health. 2001;55:799-803.
 29. Autoker J. Breast self examination. BMJ. 2003;326:1-2.
 30. Théberge I, Hébert N, Langlois A, Major D, Brisson J. Volume of screening mammography and performance in the Quebec population-based Breast Cancer Screening Program. CMAJ. 2005;172: 195-9.
 31. Elmore JG, Wells CK, Lee CH, Howard DH, Feinstein AR. Variability in radiologist interpretation of mamograms. N Engl J Med. 1994;331:1493-9.
 32. Elmore JG, Miglioretti DL, Resich LM, et al. Screening mamograms by community radiologists: variability in false-positive rates. J Nat Cancer Inst. 2002;94:1373-80.
 33. Mignogna M, Fedele S. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. Lancet. 2005;365:1905-6.
 34. Wells J. Mammography and the politics of randomised controlled trials. BMJ. 1998;317:1224-30.
 35. Jones AL. Reduction in mortality from breast cancer. BMJ. 2005; 330:205-6.
 36. Luengo S, Azcona B, Lázaro P, Madero R. Programas de detección precoz del cáncer de mama y acceso a la mamografía en España. Med Clí (Barc). 1997;108:761-6.
 37. Alonso JM. Cáncer de mama. Manejo desde la atención primaria. SEMERGEN. 2000;26:491-501.
 38. Ripoll MA, Gérvás J. Efectividad de la prevención secundaria del cáncer de mama. SEMERGEN. 2001;27:222-3.
 39. Ripoll MA. Características de las mujeres con cáncer de mama incluidas en el registro RIMCAM, 1991-2002. Med Clin (Barc). 2004; 123:156.

Conozca cómo la TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA puede **ayudar** a sus pacientes

CURSO DE TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA PARA MÉDICOS:

- ✓ **Compatible con la labor profesional médica: 150 h. lectivas en fines de semana en las principales ciudades de España.**
- ✓ **Talleres prácticos: resolución de casos clínicos aportados por los alumnos.**
- ✓ **Una vez terminado el curso, durante dos años y sin coste añadido, acceso a grupos de trabajo reducidos, tutelados por el cuadro docente del CEDH.**

Actualmente más de 100.000 médicos en todo el mundo y casi 6.000 médicos en España prescriben homeopatía, por su eficacia en el tratamiento de patologías ORL, alergias, dermatitis atópica, insomnio, ansiedad... y por su ausencia de toxicidad y efectos secundarios que la hacen idónea para todo tipo de pacientes: ancianos polimedicados, embarazadas, niños, lactantes...