



Farma

09.06-XEL-I03

CÁNCER DE MAMA

Cuestiones más frecuentes



CÁNCER DE MAMA

Cuestiones más frecuentes

Juan Lucas Bayo Calero
Jesús García Mato
Ana Lluch Hernández
Vicente Valentín Maganto

CÁNCER DE MAMA

Cuestiones más frecuentes

Juan Lucas Bayo Calero

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Jesús García Mata

Hospital Santa María Nai. Orense

Ana Lluch Hernández

Hospital Clínico. Valencia

Vicente Valentín Maganto

Hospital 12 de Octubre. Madrid

© 2007 GRUPO EDITORIAL ENTHEOS
Paseo de la Castellana, 210, 10º-7
28046 Madrid
mail: entheos@editorialentheos.com

Depósito legal: M-51783-2006

ISBN: 84-690-3084-1

No está permitida la reproducción total o parcial del presente libro, ni su tratamiento informático, ni su transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ÍNDICE

Presentación	11
--------------------	----

Capítulo 1

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

1 ¿Qué es el cáncer?	13
2 ¿Por qué a mí?	14
3 ¿Es normal que el diagnóstico de cáncer genere angustia en mí y a mi familia?	15
Aspectos a recordar	17

Capítulo 2

CÁNCER DE MAMA

4 La mama: ¿cómo es la glándula mamaria?	19
5 ¿Qué factores suponen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama en la mujer? ...	20
6 ¿A qué edad se puede padecer cáncer de mama?	23
7 El estrés, los disgustos, preocupaciones y problemas importantes de tipo psicológico, ¿pueden contribuir a originar cáncer?	24
8 ¿Puede el tabaco ser un factor de riesgo de padecer cáncer de mama?	24
9 ¿Tengo más probabilidad de poder llegar a desarrollar un cáncer de mama por tener pechos poliquísticos?	25

10	¿Por qué está aumentando esta enfermedad?	26
	Aspectos a recordar	28

Capítulo 3

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

11	¿Por qué es importante la detección precoz?	29
12	¿Debe acudirse a las llamadas de las campañas de detección precoz?	30
13	¿Qué métodos de prevención existen para las mujeres menores de 35 años, ya que la mamografía no es una prueba concluyente?	31
	Aspectos a recordar	33

Capítulo 4

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y DETECCIÓN PRECOZ

14	¿Cuál es el mejor método para detectar cuanto antes el cáncer de mama?	35
15	¿Qué es una mamografía de detección o <i>screening</i> ?	36
16	¿Qué es una mamografía diagnóstica?	36
17	¿Qué son las microcalcificaciones?	37
18	¿Cuándo se recomienda que las mujeres se hagan mamografías selectivas de detección o <i>screening</i> ?	37
19	¿Deben hacerse las mujeres jóvenes mamografías? En caso afirmativo, ¿en qué situaciones o supuestos se recomendarían?	38
20	¿Qué es más fiable a la hora de realizar una revisión de mamas: una mamografía o una ecografía?	39
21	¿Qué deberán hacer las mujeres que tienen prótesis en las mamas con respecto a las mamografías selectivas de detección?	40
	Aspectos a recordar	41

Capítulo 5

INFORMACIÓN

22	¿Tiene derecho una paciente a conocer su historial clínico?	43
23	¿Puede opinar una paciente sobre los tratamientos a recibir?	43
24	¿Es posible que el médico me explique qué tipo de tratamiento me va a poner, cómo y por qué?	44
25	¿Se tiene derecho a una segunda opinión?	46
26	¿Cuáles suelen ser los motivos que llevan a una segunda opinión?	46
27	¿De verdad puedo confiar en el médico y en los tratamientos? ¿Es mejor ser atendida por los equipos multiprofesionales? ¿Existen en cualquier hospital?	47
28	¿Es útil pedir o no un segundo diagnóstico? ¿Y operarse fuera de la provincia o de España?	47
29	¿Los tratamientos que usa la Seguridad Social son los mismos que me darían a nivel privado?	48
30	El oncólogo, ¿debe ser sincero conmigo?	48
31	¿Puede el/la médico romper el secreto profesional? ¿Qué pasaría?	50
32	¿Conviene dejar pasar algo de tiempo para asimilar el tipo de operación y los tratamientos?	50
33	¿Qué factores pueden influir en las posibles alteraciones de la relación sexual?	51
	Aspectos a recordar	54

Capítulo 6

TRATAMIENTOS

	A) Cirugía:	
34	¿Siempre se opera el cáncer de mama?	55
35	¿Cómo es la operación?	56

36	¿Por qué algunas veces se quita el pecho y otras no?	57
37	¿Por qué se quitan los ganglios axilares en ocasiones?	59
38	¿Qué puedo hacer para evitar las secuelas físicas que deja la operación?	60
39	¿En qué consiste la reconstrucción de la mama?	61
40	¿Cuánto tiempo tiene que pasar desde la operación para hacer una reconstrucción?	62
41	¿Es impedimento para la reconstrucción el tener un linfedema?	62
B) Radioterapia:		
42	¿Qué es la radioterapia?	63
43	¿Cuándo se realiza?	63
44	¿Qué tipos de radioterapia hay?	64
45	¿Qué consejos y recomendaciones conviene seguir durante el tratamiento de radioterapia?	65
46	Después de haber recibido radioterapia, ¿es conveniente no exponerse al sol durante un tiempo o para siempre?	66
C) <i>Hormonoterapia:</i>		
47	¿Qué es la hormonoterapia?	66
48	¿Cuándo se realiza?	67
49	¿Qué tipos hay?	68
D) <i>Quimioterapia:</i>		
50	¿Qué es la quimioterapia?	70
51	¿Cuándo se realiza?	70
52	¿Qué tipos hay?	71
53	¿Qué consejos y recomendaciones conviene seguir durante el tratamiento de quimioterapia?	74
54	¿Por qué a la hora de recibir tratamiento de quimioterapia no dejan estar a tu pareja o acompañante?	75
Aspectos a recordar		76

Capítulo 7

CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO

55	¿Cuáles son los efectos secundarios de los tratamientos? ¿Cómo me sentiré cuando los reciba?	79
56	¿Puedo hacer algo para evitar los efectos secundarios de los tratamientos? ¿Qué secuelas dejan?	81
57	¿Qué secuelas tiene la quimioterapia?	84
58	¿Qué secuelas físicas deja la operación?	86
59	¿Qué secuelas psicológicas deja la operación?	87
60	¿Pueden quedarme secuelas para siempre?	88
61	¿Qué puedo hacer para atajarlas?	90
62	¿Qué es el linfedema?	91
63	Ante un linfedema, ¿cuáles son los tratamientos más habituales?	93
64	¿Qué consecuencias físicas o psicológicas pueden derivarse de esta situación?	95
65	¿Qué respuestas pueden darse al linfedema?	95
66	Como prevención del linfedema, ¿se puede bailar o hacer ejercicios que impliquen el uso del brazo afectado?	96
	Aspectos a recordar	99

Capítulo 8

CONSEJOS Y RECOMENDACIONES TRAS EL TRATAMIENTO

67	Consejos alimentarios: ¿qué tipos de alimentos refuerzan las defensas para preparar al organismo durante y después del tratamiento?	101
68	¿Qué medidas de higiene y nutrición debo seguir?	103
69	¿Puedo hacer ejercicio estando operada de cáncer de mama?	104
70	¿Qué desodorante es conveniente usar?	105
71	¿Podré levantar pesos con el brazo operado?	107
72	¿Me podré vestir normalmente?	108

73	¿Cómo me puedo vestir? Es difícil encontrar ropa interior bonita	109
74	En la paciente con prótesis, el dormir boca abajo, ¿puede tener alguna anomalía o problema?	109
75	Si me quitan la mama y pierdo la regla con los tratamientos, ¿mi vida habrá terminado como pareja de cara a la sexualidad?	110
76	¿Qué actitud o qué debe conocer mi pareja sobre nuestra relación después de una mastectomía?	111
77	¿Influirán estos tratamientos en la relación con mis hijos?	113
	Aspectos a recordar	115

Capítulo 9

OTROS TRATAMIENTOS Y NUEVOS ESTUDIOS

78	¿Existen nuevos tratamientos? ¿Tienen utilidad los tratamientos naturales: hierbas, homeopatía, etc.?	117
79	¿Qué es un ensayo clínico? ¿Seré conejo de indias si me someto a uno?	118
80	¿Se tiene derecho a participar en ensayos clínicos?	120
81	¿Qué beneficios se derivan de los ensayos clínicos?	121
82	¿Qué estudios se están desarrollando para encontrar formas mejores de prevenir y tratar el cáncer de mama?	122
	Aspectos a recordar	124

Capítulo 10

APOYO PSICOLÓGICO

83	¿Qué es una psicooncóloga?	125
84	¿Es importante recibir apoyo psicológico?	126
85	¿En qué casos?	127

86	Si voy a morir, ¿pueden ayudarme a afrontar la situación? Necesito dejar muchas cosas aclaradas y preparar a mi familia para mi ausencia	127
	Aspectos a recordar	129

Capítulo 11

PROBLEMAS SOCIALES Y LABORALES

87	¿Origina problemas laborales el cáncer de mama?	131
88	¿Qué grados de incapacidad pueden derivarse de un cáncer de mama?	132
89	¿Qué hacer si el cáncer de mama impide desarrollar el trabajo o profesión habitual? ¿Puede solicitarse un cambio de puesto de trabajo?	134
90	¿Puede afectar el cáncer de mama a las relaciones sociales?	135
91	¿Cómo afrontar los problemas si surgen?	136
	Aspectos a recordar	138

Capítulo 12

PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA

92	¿Cuál es el futuro del cáncer?	139
93	¿Se vive muchos años después del cáncer de mama?	141
94	¿Es posible realizar una vida normal con el cáncer?	142
95	Conozco a mucha gente que ha muerto. ¿Cuánto puedo vivir?	144
96	¿Cuándo se considera curado el cáncer? ¿Debo ir a revisiones toda la vida?	145
97	¿Lo habrán cogido a tiempo? ¿O está muy extendido? ¿Cuántos años tendré una buena calidad de vida?	146
98	¿De qué forma pueden influir las metástasis en mi calidad de vida?	148

99	Tras cinco años, ¿disminuye el riesgo de tener recidiva?	149
	Aspectos a recordar	150

Capítulo 13

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

100	¿Es posible quedar embarazada después de haber sido diagnosticada de cáncer de mama?	151
101	¿Es aconsejable el embarazo? ¿En qué casos?	152
102	¿Existe algún tratamiento específico para el cáncer de mama estando embarazada?	152
	Aspectos a recordar	154

LECTURAS RECOMENDADAS	157
DIRECCIONES WEB DE INTERÉS	157
DIRECCIONES DE INTERÉS	158
ASOCIACIONES DE PACIENTES	161
GLOSARIO	171

Presentación

El cáncer de mama es una enfermedad tumoral frecuente en la mujer que, además de poner en peligro su vida, incide en su imagen y puede tener repercusiones psicológicas sobre la misma. El tratamiento multidisciplinar quirúrgico, médico, radioterápico y hormonoterápico consigue excelentes porcentajes de curación pero sus efectos secundarios pueden incidir en la autoestima, el sentimiento de posible falta de atractivo hacia su pareja, de posible marginación laboral y social, estigmatización, etc., comunes a otros tipos de cáncer.

La mujer se enfrenta casi siempre, por primera vez en su vida, a una situación compleja que desconoce y que le va a afectar de manera importante. Tiene que aprender rápido sobre cada uno de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que le recomiendan pues muchas veces tiene que decidir sobre ellos y prestar su consentimiento. No es aconsejable el desconocimiento pues, la mayoría de las veces, los fantasmas son mayores que la realidad, que puede ser asumida y digerida progresivamente conforme la información va llegando de la mano del experto.

Un tumor que afecta a una de cada ocho mujeres es un problema social y científicamente relevante. La presente obra es un compendio de las respuestas de un grupo de excelentes profesionales a la mayoría de preguntas que habitualmente hacen las mujeres con respecto al cáncer de mama, tanto la población sana como aquellas con una sospecha o un diagnóstico de certeza. El libro comienza con la descripción perfectamente inteligible de las características del cáncer de mama. Dos capítulos importantes son los dedicados a la estrategia de detección precoz, herramienta de probada utilidad que ha logrado unos porcentajes de curación más altos. Los aspectos relacionados con la información constituyen otro capítulo en el que se aborda la relación

médico-paciente-familia en el contexto de la enfermedad, las preguntas que a veces uno no se atreve a formular, ...

La parte del tratamiento da luz a los últimos avances y tendencias en la cirugía, la técnica del ganglio centinela, la reconstrucción mamaria, así como en los protocolos de tratamiento radioterápico, quimioterápico, hormonoterápico y biológico, considerando sus ventajas y efectos secundarios. La participación en ensayos clínicos es considerada, con acierto, una de las mejores opciones en que una paciente pudiera tratarse. Supone el máximo nivel de calidad de tratamiento que contribuye de manera importante al progreso en la lucha contra la enfermedad y destierra conceptos erróneos y anticuados que todavía circulan, aunque cada día menos, en la sociedad civil.

No podía olvidarse la etapa posterior al tratamiento, con la rehabilitación, aspectos particulares de la vida cotidiana que puedan verse modificados o no, relaciones de pareja, con la familia, apoyo psicológico, posibles embarazos, problemas laborales y sociales y una perspectiva necesaria para la programación adecuada del resto de su vida con la mejor calidad posible, que en la mayoría de las ocasiones supone una larga supervivencia libre de recaída, como la del resto de las personas.

Desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) felicitamos a los autores y promotores de este libro por su rigor y eficacia que, sin duda, será de gran ayuda para todo aquel que quiera saber sobre la situación actual del cáncer de mama. El estilo con el que está escrito lo hace comprensible, atractivo y de fácil lectura para todos. Es una contribución más en la lucha que todos llevamos contra ese enemigo común, responsable del 25% de los fallecimientos en nuestro país: el cáncer.

ALFREDO CARRATO

*Catedrático de Oncología Médica,
Universidad Miguel Hernández
Jefe de Servicio de Oncología Médica,
Hospital Universitario de Elche
Presidente de la Sociedad Española
de Oncología Médica*

¿Qué es el cáncer?

1. ¿Qué es el cáncer?

CÁNCER es un término que agrupa a diversas enfermedades que tienen algunas características importantes en común. El cáncer afecta a nuestras células, que son la unidad básica del cuerpo para vivir, y consiste en una división de células anormales sin control.



Para entender el cáncer es importante conocer qué sucede cuando las células normales se convierten en cancerosas. El cuerpo se compone de muchos tipos de células. Normalmente las células crecen, se dividen, reproducen y mueren a medida que se necesita para mantener el cuerpo sano. Este ciclo celular posee varios sistemas de regulación y control para que todos los engranajes de su sofisticada maquinaria funcionen como un perfecto reloj. Sin embargo, a veces, el proceso se descontrola y las células se siguen dividiendo cuando no es necesario. La masa de células así

formadas constituye una tumoración. Los tumores pueden ser benignos o malignos.

Los tumores benignos no son cancerosos. Las células en los tumores benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Generalmente, se pueden eliminar mediante cirugía y en la mayoría de los casos no reaparecen. Lo más importante es que los tumores benignos raramente suponen una amenaza de muerte.

Los tumores malignos son cancerosos. Las células en los tumores malignos son anormales y se dividen sin control ni orden. Las células cancerosas pueden invadir y destruir los tejidos de alrededor. Además, las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo para formar nuevos tumores, que se conocen como metástasis. En estos casos han fallado los mecanismos de control y bloqueo del ciclo normal de una célula.

2. ¿Por qué a mí?

Los médicos no siempre pueden explicar por qué una persona tiene cáncer y otra no. Aun así, los científicos estudian patrones de comportamiento del cáncer de mama en la población para aprender qué cosas de las que hacemos pueden influir en la aparición de un tumor. Cualquier hecho o circunstancia que incremente el riesgo de una persona en desarrollar un cáncer se llama factor de riesgo. El cáncer de mama puede estar asociado a factores de riesgo conocidos; mu-



chos de estos factores son modificables y otros pueden ser evitados, aunque no todos. Es importante recordar que, aunque evites al máximo los factores de riesgo, no es una garantía de no padecer cáncer.

3. ¿Es normal que el diagnóstico de cáncer genere angustia en mí y a mi familia?

La adaptación a la enfermedad tumoral por parte del paciente y la familia es un proceso complejo. El médico debe esforzarse en dar la información de la forma más comprensible posible y, para ello, precisa la colaboración estrecha de la unidad familiar.



La adaptación es una constante en la vida de los seres humanos y una respuesta adecuada a los diferentes acontecimientos de nuestro entorno, que ocasionan descompensaciones, desequilibrios y alteraciones de nuestras pautas de conducta. De tal manera que, ante cualquier acontecimiento que produce cierto desequilibrio, reaccionamos con una serie de mecanismos que intentan restablecer el orden.

Evidentemente, el conocimiento de una enfermedad como el cáncer condiciona en la persona una gran sensación de amenaza y temor, con desequilibrios a todos los niveles (fisiológico, psicológico y social), frente a la cual el individuo establece sus propios mecanismos de defensa. El proceso adaptativo en que se ve involucrado un paciente

con cáncer es una continua reestructuración y no algo fijo en el tiempo. La forma en que los individuos llevan a cabo este proceso adaptativo se describe como una sucesión de fases transitorias, que suceden de forma lineal en el tiempo y que varían individualmente en duración e intensidad.

Desde nuestro punto de vista, consideramos que casi siempre se da un proceso de adaptación, en el que se distinguen tres momentos importantes:



- El del *impacto de la situación actual*, que puede dar lugar a la negación y reacciones de ansiedad.
- El del *afrentamiento*, ante el que se reaccionará con miedo, rabia, ira y un estado de ánimo deprimido.
- El del *proceso de adaptación*, donde se producirá una disminución de las alteraciones emocionales previas y el paciente pondrá en marcha los recursos personales para disminuir el malestar psicológico.

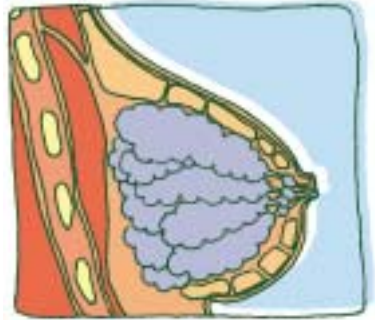
ASPECTOS A RECORDAR

- Los tumores pueden ser benignos o malignos.
- Los tumores benignos no suelen ser cancerosos. Raramente suponen una amenaza de muerte.
- Los tumores malignos son cancerosos.
- El cáncer de mama puede estar asociado a factores de riesgo conocidos.

CÁNCER DE MAMA

4. La mama: ¿cómo es la glándula mamaria?

La mama de una mujer adulta se encuentra entre la 2ª y la 6ª costilla en el eje vertical y entre el esternón y la línea media axilar en el eje horizontal. Por término medio mide de 10 a 12 cm y su diámetro ántero-posterior es de 5 a 7 cm. Se encuentra formada por tres estructuras principales: la piel, el tejido subcutáneo y la glándula mamaria.



La glándula mamaria tiene como principal función la producción y secreción de leche para la lactancia. La leche es producida en unas pequeñas glándulas denominadas bulbos que se agrupan para formar lobulillos y éstos, a su vez, constituirán los lóbulos, verdaderas unidades funcionales. Estas estructuras glandulares están conectadas por unos tubos denominados ductos que irán confluyendo en otros de mayor tamaño hasta desembocar en el pezón. La mayor parte de las neoplasias de mama se desarrollan en el tejido que recubre los ductos y lobulillos, al proceder de una glándula se denominan adenocarcinomas y suelen reproducir estructuras glanduloides más o menos diferenciadas. Entre el tejido glandular se encuentra el denominado estroma o tejido



de sostén, constituido por grasa, tejido conectivo, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos. Estos últimos constituyen el sistema de drenaje de la mama hasta los ganglios linfáticos de la axila, la zona clavicular y el tórax.

Como es natural, la mama pasa por diferentes fases dependiendo del estado hormonal de la mujer: durante el embarazo y la lactancia, la mayor parte del tejido mamario es glandular, el resto del tiempo predomina el estroma. Tras la menopausia hay una disminución generalizada de ambos componentes con una atrofia del tejido glandular y persistencia de los ductos, lo que justifica la incidencia de cáncer de mama en estas edades.

5. ¿Qué factores suponen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama en la mujer?

Son varios los motivos y pasamos a exponerlos de forma esquemática:

Edad: El riesgo de cáncer de mama aumenta gradualmente conforme la mujer envejece.

Antecedentes familiares: Las probabilidades de una mujer de desarrollar cáncer de mama aumentan si su madre, hermana o hija han padecido la enfermedad (especialmente si fue diagnosticado antes de los 50 años de edad).

Factores hormonales: Gran cantidad de estudios experimentales indican que las hormonas juegan un papel muy importante en la aparición del cáncer de mama.

Algunos cambios en la biopsia de mama: Un diagnóstico de hiperplasia atípica (una condición que no es cancerosa, en la cual las células tienen características anormales y son numerosas) o de carcinoma lobulillar *in situ* (células anormales que se encuentran en los lobulillos del seno) aumenta el riesgo de cáncer de mama en la mujer.

Alteraciones genéticas: Alteraciones específicas en ciertos genes (BRCA1, BRCA2 y otros) aumentan el riesgo de cáncer de mama. Estas alteraciones son raras; se estima que no llegan a constituir ni un 10% de todos los tumores de mama diagnosticados.

Antecedentes de reproducción y menstruación: La evidencia indica que:

- Cuantos más años tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo, mayor será la probabilidad de que desarrolle cáncer de mama.
- Las mujeres que empezaron a menstruar a una edad temprana (a los 11 años o menos), que tuvieron la experiencia de una menopausia tardía (después de los 55 años de edad) o que nunca tuvieron hijos, también tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama.



- Las mujeres que tomaron terapia hormonal de reemplazo durante mucho tiempo parecen tener también una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama.

Densidad de la mama: Los tumores de mama, casi siempre, se desarrollan en el tejido denso del pecho (no en el tejido graso). Las mujeres en

quienes las mamografías muestran que tienen mucho tejido denso parecen presentar un riesgo mayor de cáncer. Las anomalías en las mamas densas pueden detectarse con más dificultad en una mamografía.

Dieta y estilo de vida: El riesgo es mayor cuando los hábitos de vida no son saludables. Se piensa que la dieta (consumo exagerado de grasas) tiene un papel en el cáncer de mama, aunque los investigadores no han identificado todavía los factores puntuales dietéticos. Además una dieta escasa en verduras, fruta fresca, pescado y vitaminas A, C y D constituye una dieta de riesgo. Los estudios han encontrado que la obesidad y el sobrepeso en las mujeres postmenopáusicas aumentan el riesgo de cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que el consumo moderado de alcohol también puede aumentar las probabilidades de una mujer de desarrollar esta enfermedad. El ejercicio, especialmente en mujeres jóvenes, puede disminuir los niveles hormonales y la incidencia de este tumor.



6.

¿A qué edad se puede padecer cáncer de mama?



La posibilidad de desarrollar cáncer de mama, al igual que ocurre con la mayoría de los tumores sólidos, aumenta a medida que va aumentando la edad. La explicación a este fenómeno reside en que con el proceso de envejecimiento de los órganos se van acumulando alteraciones genéticas en las células que aumentan el riesgo de desarrollar neoplasias. En ocasiones, las pacientes heredan las alteraciones genéticas que las predisponen a padecer cáncer de mama en edades más tempranas.

Los estudios epidemiológicos que han analizado la relación entre la edad y el cáncer de mama han comprobado que las tasas específicas (número de casos para cada grupo de edad) aumentan constantemente a partir de los 30 años hasta los 50-60 años, edad que registra la mayor incidencia global. Posteriormente la incidencia se estabiliza para volver a aumentar hasta los 85 años.



Si enfocamos esta cuestión desde el punto de vista del riesgo individual de cada mujer según su edad, globalmente podemos decir que en nuestro país la probabilidad de padecer cáncer de mama antes de los 40 años es del 0,05% (una de cada 200 mujeres), antes de los 75 años del 7% (una de cada 14) y a los 99 años del 10% (una de cada 10).

Naturalmente, habrá que considerar otros factores que pueden aumentar el riesgo, como los antecedentes familiares.

7.

El estrés, los disgustos, preocupaciones y problemas importantes de tipo psicológico, ¿pueden contribuir a originar cáncer?

La creencia de que el estrés incrementa el riesgo de cáncer de mama es común; sin embargo, pocos estudios epidemiológicos prospectivos se han publicado que relacionen el estrés común de la vida con el cáncer de mama.



Se ha realizado en Finlandia un estudio prospectivo sobre más de 10.000 mujeres sanas, en el que a lo largo de su evolución vital no se demostró ninguna evidencia de esta asociación. Asimismo, diversas publicaciones han afirmado que algunos tipos de personalidad incrementan el riesgo de cáncer de mama, pero los datos epidemiológicos fiables acerca de este tema son escasos. En otro estudio realizado sobre 13.000 pacientes no se demostró un incremento del cáncer de mama en relación con ningún rol de personalidad especial.

8.

¿Puede el tabaco ser un factor de riesgo de padecer cáncer de mama?

Tabaco y cáncer de mama: En ningún estudio epidemiológico se ha demostrado que el tabaco sea un factor de riesgo para el cáncer de mama.

En algún estudio se ha sugerido que en algunas pacientes con un genotipo especial para la n-acetiltransferasa, el tabaco puede ser un factor de riesgo para desarrollar un cáncer de mama. La implicación clínica de estos resultados tiene que ser definida y contrastada en otros estudios. Por tanto, el tabaco no es un factor de riesgo *per se* en el cáncer de mama.



9.

¿Tengo más probabilidad de poder llegar a desarrollar un cáncer de mama por tener pechos poliquísticos?

Desde hace tiempo se viene analizando la relación entre la mastopatía fibroquística y un aumento del riesgo de padecer cáncer de mama. Esta cuestión sigue sin tener una respuesta clara ya que la llamada enfermedad fibroquística está constituida por diferentes entidades con diferente riesgo de malignización y se ha dividido en tres categorías dependiendo de los hallazgos histológicos en la pieza de biopsia:

- *Enfermedad no proliferativa*: Constituye el 70% de las biopsias y no aumenta el riesgo de malignización, por lo que los controles deberán ser los habituales.
- *Enfermedad proliferativa sin atipias*: Supone el 25% de los casos y multiplica el riesgo por 1,5-2 veces. Este grupo debe hacer vigilancia anual.
- *Enfermedad proliferativa con atipias*: Aparece en un 4% de las biopsias y es el grupo con mayor riesgo, multiplicando por 5 el riesgo

relativo de desarrollar cáncer de mama. Además de un control más estricto, es aconsejable extirpar la lesión.

Por lo tanto, a modo de resumen podemos decir que en la mayoría de las ocasiones la presencia de enfermedad fibroquística no aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama, excepto en aquellos casos en los que se detecta proliferación celular con atipia.

10. ¿Por qué está aumentando esta enfermedad?

Es cierto que en números absolutos la incidencia de cáncer de mama está aumentando de forma constante y significativa en los últimos años, pero probablemente esto sea debido a que las mujeres son cada día más conscientes de la importancia de la prevención del cáncer mediante técnicas de *screening*. Así, la probabilidad de presentar cáncer de mama ha pasado de ser de una de cada 20



mujeres hace veinte años, a una de cada 10 en la actualidad, si viven hasta los 75 años. Actualmente se calcula que a lo largo de la vida afecta a una de cada 8 mujeres en EE.UU. y a una de cada 12-14 mujeres en España.

Sin embargo, este aumento de la incidencia es fundamentalmente en el diagnóstico en estadios precoces, sin ganglios y con factores pronósticos más favorables, por lo que la mortalidad por cáncer de mama disminuye.

El cáncer de mama es muy raro en varones, presentándose tan sólo en un 1% de la población. Se estima que en EE.UU., en el año 1994, se diagnosticaron aproximadamente 1.000 nuevos casos y se registraron 300 fallecimientos por dicha causa.



ASPECTOS A RECORDAR

- Las anomalías en las mamas densas pueden detectarse con más dificultad en una mamografía.
- La posibilidad de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que va aumentando la edad.
- El tabaco no es un factor de riesgo per se en el cáncer de mama.
- La presencia de enfermedad fibroquística no aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama, excepto en aquellos casos en los que se detecta proliferación celular con atipia.

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

11. ¿Por qué es importante la detección precoz?

Desde que se inicia el desarrollo del cáncer de mama hasta que este es detectable, pasan varios años. A medida que el tumor va creciendo, las células adquieren un potencial cada vez más agresivo, con mayor capacidad de producir metástasis y de hacerse resistentes a los tratamientos. Por ello, tenemos la certeza de que detectar el cáncer de mama en una fase precoz aporta múltiples beneficios:



- En primer lugar porque aumenta de forma notable las posibilidades de curación. Considerando el tamaño del tumor, la presencia de adenopatías axilares y la existencia de metástasis, desde hace ya muchos años, se clasifican los cánceres en estadios (desde el I, el más precoz, hasta el IV, el más avanzado). Existe evidencia científica irrefutable que cuanto menor es el estadio, mayores son las posibilidades de curación.

- En segundo lugar porque los tratamientos que recibirá la paciente serán posiblemente menos agresivos:
 - Cuanto menor es el tumor, mayor posibilidad de cirugía conservadora.
 - Cuanto menor es el estadio, menores posibilidades de necesitar quimioterapia y otros tratamientos agresivos.

12. ¿Debe acudirse a las llamadas de las campañas de detección precoz?

Sí, sin duda alguna. Por lo expuesto anteriormente, las autoridades sanitarias de los países desarrollados vienen programando campañas de detección precoz del cáncer de mama mediante la realización periódica de mamografías.



Los estudios ya han demostrado que el grupo de mujeres sin síntomas ni signos de sospecha de cáncer de mama que son diagnosticadas en estas campañas presentan un notable aumento de las posibilidades de curación.

Se cree que uno de los factores que está influyendo en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama que se objetiva en los últimos

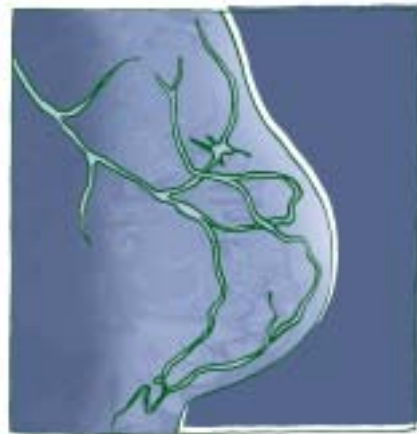
años en los países desarrollados es la detección de tumores más precoces gracias a estas campañas.

13. ¿Qué métodos de prevención existen para las mujeres menores de 35 años, ya que la mamografía no es una prueba concluyente?

La prueba de imagen recomendada en todos los grupos de edad para el diagnóstico precoz del cáncer de mama es la mamografía. No obstante, en las mujeres más jóvenes, la densidad y cantidad de tejido mamario dificultan la valoración mamográfica. En estos casos se pueden emplear otras técnicas como la Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

La RMN es una exploración radiológica en la que el contraste empleado (gadolinio) se fija con mayor intensidad en el carcinoma frente tejido mamario normal. Aunque puede visualizar carcinomas que la mamografía no ha detectado, en ocasiones da como positivas lesiones que no lo son (falsos positivos), por lo que su sensibilidad y especificidad en la distinción de patología maligna y benigna están por determinar. Además, es una técnica costosa y que genera claustrofobia en algunas pacientes.

Las principales indicaciones para el estudio mediante RMN de la mama son las mamas con prótesis y las





mamas que aparecen muy densas en la mamografía, como puede ocurrir en las pacientes jóvenes o en mamas que han sido intervenidas quirúrgicamente o han sido radiadas.

Otra técnica que puede tener su indicación en este grupo de edad es la ecografía, aunque su aportación es mucho más modesta que la de la RMN.

ASPECTOS A RECORDAR

- Detectar el cáncer de mama en una fase precoz aporta múltiples beneficios:
 - Aumenta de forma notable las posibilidades de curación.
 - Los tratamientos que recibirá la paciente serán posiblemente menos.
- La prueba de imagen recomendada en todos los grupos de edad para el diagnóstico precoz del cáncer de mama es la mamografía.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y DETECCIÓN PRECOZ

14. ¿Cuál es el mejor método para detectar cuanto antes el cáncer de mama?

Una mamografía de buena calidad, con un examen médico de las mamas (examen realizado por un profesional sanitario cualificado), son el método más efectivo para detectar cáncer de mama de forma precoz. Como cualquier prueba diagnóstica, las mamografías tienen tanto beneficios como limitaciones. Por ejemplo, algunos tumores no pueden ser detectados por mamografía, pero pueden ser descubiertos por la exploración física de la mama.



El examen de los senos que se hace una mujer a sí misma, buscando bultos o cambios anormales, se llama autoexploración. Hasta ahora, los estudios no han demostrado que el autoexamen, por sí mismo, reduzca el número de muertes por cáncer de mama. Por tanto, el autoexamen de las mamas no debe reemplazar la exploración médica reglada, ni a la mamografía. Sin embargo, las mamografías pueden detectar tumores de mama que no se pueden palpar. La mamografía es hoy el método diagnóstico de elección en las campañas de *screening* y se ha demostrado su capacidad de reducir la mortalidad

del cáncer de mama. Hay que conocer que existen diversos tipos de mamografía.

15. ¿Qué es una mamografía de detección o *screening*?

Es una radiografía de la mama que se utiliza para detectar cambios en la misma, en mujeres que no presentan signos o síntomas de cáncer. Generalmente se requieren dos radiografías de cada mama. Con la mamografía es posible detectar microcalcificaciones (pequeños depósitos de calcio en las mamas, los cuales a veces son una indicación de la presencia de cáncer) o un tumor que no se puede palpar. La mamografía tiene una sensibilidad del 85-95%.

16. ¿Qué es una mamografía diagnóstica?

Es una radiografía de la mama que se usa para diagnosticar cambios anormales, como bultos, dolor, engrosamiento o secreción del pezón, o un cambio en el tamaño o la forma de la mama. La mamografía de diagnóstico también se usa para evaluar los cambios que se ven en una mamografía de *screening*. La mamografía diagnóstica puede ser necesaria si es difícil obtener una imagen clara con una mamografía de detección o de *screening*, a causa de circunstancias especiales, como es la presencia de prótesis de mama. Una mamografía diagnóstica lleva más tiempo porque requiere más radiografías para obtener vistas del seno desde varios ángulos. El técnico puede ampliar un área sospechosa para obtener una imagen detallada que ayude al médico a hacer un diagnóstico preciso.

17. ¿Qué son las microcalcificaciones?

Las microcalcificaciones son depósitos de calcio que aparecen en la glándula mamaria y se detectan en la mamografía como pequeños puntos blancos. Su importancia radica en que aproximadamente el 50% de los cánceres de mama palpables y no palpables presentan este tipo de imágenes.

Dependiendo de las características que presenten pueden ser más o menos sospechosas de malignidad. Se asocian con más frecuencia al carcinoma aquellas que son pequeñas (raramente las mayores de 2 mm son malignas), de morfología y densidad irregulares, cuando se agrupan en gran número en un área pequeña y cuando se presentan formando moldes de los conductos mamarios.



Con frecuencia las calcificaciones son el único hallazgo anormal y no se asocian a lesión palpable. En estos casos, gracias a la guía que ofrece la mamografía, se procede a colocar una aguja especial denominada arpón en el área sospechosa para su biopsia. Posteriormente se realizará también mamografía en la pieza extirpada para confirmar que la zona sospechosa (microcalcificaciones) ha sido incluida para su análisis

18. ¿Cuándo se recomienda que las mujeres se hagan mamografías de detección o screening?

Las mujeres de 40 años o más se deberán hacer mamografías cada uno ó dos años. Las mujeres que tienen factores de riesgo mayores que

la media de desarrollar cáncer de mama deberán valorar con sus servicios médicos la necesidad de hacerse mamografías antes de los 40 años y con qué frecuencia realizarlas.

19.

¿Deben hacerse las mujeres jóvenes mamografías? En caso afirmativo, ¿en qué situaciones o supuestos se recomendarían?

Dado que no conocemos la causa del cáncer de mama, no disponemos en la actualidad de medidas para hacer una correcta prevención primaria (como puede ser no fumar para prevenir el cáncer de pulmón). Por lo tanto, el diagnóstico precoz (prevención secundaria) es el arma más eficaz para conseguir aumentar la curación de esta neoplasia.

Tras años de investigación clínica, la exploración radiológica que ha demostrado mayor eficacia en el diagnóstico precoz del cáncer de mama es la mamografía. Diferentes estudios han comprobado que las mujeres no sintomáticas diagnosticadas mediante mamografía presentaban un aumento de la supervivencia frente a aquellas diagnosticadas tras la aparición de síntomas. Esto ha llevado a que se generalicen en los países desarrollados las denominadas campañas de *screening* (cribado, tamizado).

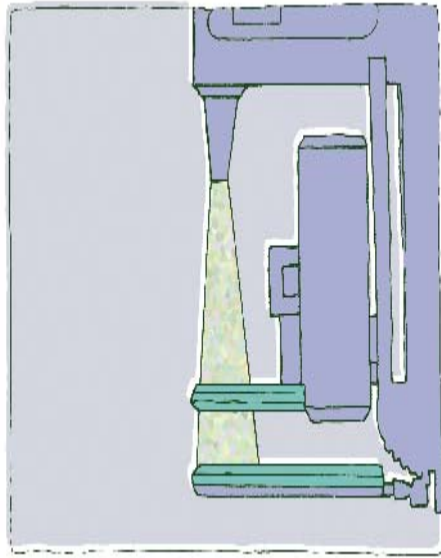
Las principales organizaciones internacionales aconsejan para el *screening* del cáncer de mama la realización de mamografía anual de ambas mamas desde los 40 años. En aquellas mujeres que presentan alto riesgo de padecer este tumor (con antecedentes en familiares jóvenes de primer grado o portadoras de alteraciones genéticas como BRCA1 y BRCA2), el *screening* debería comenzar a los 25 años o a una edad diez años menor de la que tenía el familiar afectado cuando fue diagnosticado.

20.

¿Qué es más fiable a la hora de realizar una revisión de mamas: una mamografía o una ecografía?

Para la revisión de las mamas la técnica que resulta más útil es la mamografía, ya que nos dará globalmente más información y más rápidamente de toda la mama. Resulta más útil tanto en la detección precoz del cáncer no palpable como en el estudio y diagnóstico de lesiones palpables o frente a la presencia de síntomas sospechosos. Además evalúa la mama contralateral. Puede detectar cánceres años antes de que se manifiesten como masas clínicas.

La ecografía o ultrasonografía es una técnica que no utiliza radiaciones ionizantes, pero tiene desventajas frente a la mamografía, como que no es capaz de detectar microcalcificaciones, es una exploración más lenta y además no puede valorar en su conjunto la mama. Su indicación fundamental es el estudio de lesiones mamográficas o de masas palpables no visualizadas en la mamografía para determinar si son sólidos o quísticas, lo que aporta información acerca de su naturaleza. Sirve además como guía para procedimientos de biopsia. Es el método de elección en el estudio de mujeres menores de 30 años con nódulo palpable, ya que la densidad del tejido mamario impide con frecuencia la visualización de lesiones en la mamografía.



21.

¿Qué deberán hacer las mujeres que tienen prótesis en las mamas con respecto a las mamografías selectivas de detección?

Las mujeres con prótesis deberán continuar haciéndose mamografías. (Las mujeres a las que se puso un implante a consecuencia de cirugía por cáncer deberán preguntar al médico si es necesaria una mamografía de la mama reconstruida). Es importante hacer saber al servicio de rayos la existencia de las prótesis de mama cuando se hace la cita para la mamografía. Es posible que las prótesis oculten algo de tejido de la mama, lo cual dificulta al radiólogo



la detección de alguna anomalía en la mamografía. Si el técnico que realiza el procedimiento sabe que la mujer tiene una prótesis en la mama, se pueden tomar algunas medidas para asegurar que se vea la mayor cantidad posible de tejido en la mamografía. En las pacientes que han padecido cáncer de mama y se han sometido a cirugía reconstructiva, la prueba diagnóstica de elección es la resonancia magnética.

Además de las tecnologías de imagen, los científicos y los clínicos están buscando métodos para detectar marcadores de cáncer de mama en la sangre, la orina o aspiraciones del pezón, que puede servir como signo precoz del cáncer de mama.

ASPECTOS A RECORDAR

- Una mamografía de buena calidad, con un examen médico de las mamas son el método más efectivo para detectar el cáncer de mama de forma precoz.
- La mamografía es hoy el método diagnóstico de elección en las campañas de *screening*.
- Su importancia radica en que aproximadamente el 50% de los cánceres de mama palpables y no palpables presentan este tipo de imágenes.
- Las mujeres de 40 años o más se deberán hacer mamografías cada uno o dos años.
- En aquellas mujeres que presentan alto riesgo de padecer este tumor, el *screening* debería comenzar a los 25 años o a una edad diez años menor de la que tenía el familiar afectado cuando fue diagnosticado.
- Para la revisión de las mamas la técnica que resulta más útil es la mamografía.
- La ecografía es el método de elección en el estudio de mujeres menores de 30 años con nódulo palpable.

INFORMACIÓN

22. ¿Tiene derecho una paciente a conocer su historial clínico?

Sí. De hecho la paciente, a lo largo de todo el proceso, ha tenido que estar informada de la evolución de su enfermedad. Si lo que desea es consultar con otro profesional, lo que precisa es un informe evolutivo completo que describa, desde el inicio de la enfermedad, las diferentes fases clínicas con los tratamientos administrados, y evidentemente su situación en el momento actual.



23. ¿Puede opinar una paciente sobre los tratamientos a recibir?

Rotundamente, sí. Es más, en ocasiones será el propio médico el que ofrezca varias opciones de tratamiento, en función del deseo de la paciente a participar en un protocolo de ensayo clínico o no. Siempre es la paciente la que tiene que decidir si se le administra un tratamiento o no en función de sus expectativas, efectos secundarios, deseos y creencias personales.

Además, si aplicamos el concepto de consentimiento informado bien entendido y no solo como un acto jurídico, médico y paciente pueden y deben valorar conjuntamente la información que ayude en la toma de la mejor opción terapéutica valorando: riesgos–beneficios, alternativas terapéuticas y la opción del no tratamiento. La paciente debe tener la capacidad para tomar la decisión clínica terapéutica que considere y ésta debe ser voluntaria, sin coacción, ni bajo la influencia de otras personas.



24.

¿Es posible que el médico me explique qué tipo de tratamiento me va a poner, cómo y por qué?

No sólo es posible sino que se trata de un derecho del paciente que está recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad y en otras normas autonómicas. Asimismo, este precepto se detalla en el Código Deontológico Médico y corresponde a uno de los cuatro grandes principios de Bioética; en concreto, el de Autonomía.

Afortunadamente, hoy la modernización de nuestra sociedad ha relegado al modelo *paternalista* -en que el médico no informaba al "pobre enfermo" por sentir lástima de él-, por un modelo de *respeto por el enfermo* como persona responsable en todo lo que atañe a su estado de salud.

De todas formas, el tema de la información en oncología es muy complejo y ha ocupado numerosos trabajos. A modo de resumen podría decirse que la información que se da a un paciente oncológico debe ser verdadera, gradual de acuerdo con las necesidades reales que en cada momento tiene el paciente, confidencial, interesando sólo a las personas designadas por el implicado. Clara y sencilla, ajustada a los condicionantes socioculturales del paciente, en un ambiente tranquilo

y sin prisas, bidireccional, permitiendo que el paciente pregunte siempre lo que quiera y, en definitiva, basada en la confianza y el respeto mutuo entre médico y paciente.

Centrándonos en el cáncer de mama, aparte de las informaciones generales sobre la enfermedad, pronóstico, tratamiento y sus complicaciones, existen una serie de situaciones particulares en las que la importancia de la información adecuada se hace aún más relevante, por lo que, al menos de forma somera, pasamos a referir:



- La decisión quirúrgica entre cirugía radical o conservadora. La reconstrucción mamaria y sus distintas técnicas.



- Situaciones de bajo riesgo tratadas con hormonoterapia y susceptibles o no de aplicar quimioterapia complementaria.



- Enfermedad de bajo riesgo, debiéndose decidir sobre el tipo de esquema (CMF/antraciclinas).



- Valorar el beneficio-riesgo en la aplicación de sucesivas líneas de tratamiento para enfermedad metastásica.



- En caso de alteraciones genéticas o alto riesgo acumulado, en relación al consejo genético y actitud a adoptar (mastectomía, quimioprofilaxis, vigilancia, etc.).
- La inclusión en un ensayo clínico, ya que requiere información detallada adicional.

Terminamos resaltando el derecho del paciente a ser correctamente informado de acuerdo con las normas básicas de *una buena relación médico-paciente*.

25. ¿Se tiene derecho a una segunda opinión?

Obviamente, la paciente siempre tiene derecho a una segunda opinión. Pero es necesario que tanto los pacientes como el personal sanitario comprendan el concepto de segunda opinión, un derecho del paciente que hay que asumir y respetar. En oncología la angustia propia del diagnóstico de cáncer empuja a enfermos y familiares a buscar, en las segundas opiniones, no tanto una vía para contrastar una información, sino una alternativa que les abra una luz de esperanza que pueden haber perdido.



Por este motivo, cuando se facilita una segunda opinión, la información debe ser clara y accesible, y a la vez respetar la libertad del paciente. Es fundamental que las valoraciones y los consejos que se emitan cuenten con un respaldo científico que se pueda contrastar.

26. ¿Cuáles suelen ser los motivos que llevan a una segunda opinión?

Lo que lleva a escuchar la opinión de otro profesional en ocasiones es la desconfianza y en otras ocasiones la ansiedad. En más de una ocasión la segunda opinión es el modo en que se materializa la reacción de negación por parte de la familia. Ese "no puede ser cierto" que se pronuncia o se siente, y que pretende negar el pronóstico: bien negando el diagnóstico, bien negando las expectativas reales de tratamiento.

27.

¿De verdad puedo confiar en el médico y en los tratamientos? ¿Es mejor ser atendida por equipos multiprofesionales? ¿Existen en cualquier hospital?

Hoy, en el ámbito hospitalario donde se desarrolla la medicina pública, la confianza del paciente, tanto sobre lo que afecta al diagnóstico de su proceso como sobre la adecuación del tratamiento, viene garantizada por el funcionamiento de los Comités de Tumores, donde los diversos especialistas (radiólogos, patólogos, cirujanos, radioterapeutas, oncólogos, médicos, psicólogos, etc.) intervienen en la toma de decisión de una estrategia terapéutica para una paciente determinada. Asimismo, es en el marco hospitalario público donde se poseen todas las opciones de tratamientos necesarios y técnicamente más avanzados y contrastados.

28.

¿Es útil pedir o no un segundo diagnóstico? ¿Y operarse fuera de la provincia o de España?

En atención a la libertad y derecho de los pacientes es aceptado, cada vez más, por los especialistas el que la paciente solicite una segunda opinión a otros facultativos cualificados en otros Centros Hospitalarios, que puedan confirmar o discrepar en base a evidencias demostradas en el diagnóstico y tratamiento propuesto para una determinada paciente. Con ello, además de garantizar la certeza del diagnóstico, procuran al paciente un mayor grado de confianza y seguridad respecto al tratamiento a aplicar.

Respecto a la búsqueda de otros Centros fuera de la provincia o de España, habría que distinguir entre la primera y la segunda opción. Dentro de España pueden existir diferencias respecto al mayor grado de especialización entre unos Centros u otros, y en ese caso se tiene el derecho a

poder elegir entre ellos. Aunque, en general, se puede afirmar que aquellos Centros que poseen unidades especializadas para el tratamiento del cáncer de mama reúnen un nivel de competencia científica adecuada para poder abordar con garantía las diversas estrategias de tratamiento.

Respecto a la búsqueda en el extranjero, habría que decir que no está justificada, dado que, afortunadamente, la transferencia de los avances en el diagnóstico y tratamientos nos permite afirmar que no existen diferencias entre aquellos Centros y los existentes en nuestro país.

29. ¿Los tratamientos que usa la Seguridad Social son los mismos que me darían a nivel privado?

Habría que responder contundentemente que sí, dado que la toma de decisión, en cada caso, está avalada, como ya se ha dicho anteriormente, por un equipo multidisciplinario existente en todos los hospitales y que garantiza la mejor elección de tratamiento para cada paciente determinada.



Hoy, en la Seguridad Social, se aplican sin ninguna restricción aquellos tratamientos considerados óptimos y avalados por la evidencia científica, disponiendo de todas las opciones de estrategias terapéuticas existentes en la actualidad, con el más alto nivel de competencia.

30. El oncólogo, ¿debe ser sincero conmigo?

Conseguir una información clínica adecuada es un aspecto prioritario en medicina y especialmente en oncología.

Ya hemos comentado el derecho del paciente a recibir información sobre su proceso y que dicha información debe ser gradual, adecuándose a las necesidades psicológicas que en cada momento tiene el paciente. Debe ser clara, comprensible y, por supuesto, confidencial.

Deben darse las condiciones ambientales óptimas (tiempo, lugar, etc.) y el profesional deberá estar preparado para informar correctamente. Cada paciente preguntará todo lo necesario para asegurar los conceptos. Pero, sobre todo, *la información debe ser verdadera*, ya que en ningún caso se justifica la falsedad, aunque ésta tuviera un efecto protector, lo que supondría una falta de respeto al individuo. El paciente es una persona consciente, con autonomía plena, con derecho a conocer la realidad para adecuar sus expectativas personales a su situación clínica.



En cualquier caso, el proceso de información médica es muy complejo, ya que debe adaptarse a cada situación individual. Así, por ejemplo, en nuestro medio es frecuente que el paciente se inhiba en sus derechos traspasándolos a su familia y al propio médico; lo que se ha dado en llamar la "*conspiración de silencio*", y siempre que esta actitud sea iniciativa propia de forma consciente debe también respetarse el derecho del paciente "a no saber".

En un estudio reciente se ha demostrado que hasta un 40% de los pacientes no está de acuerdo con la información recibida, por lo que se impone un esfuerzo por mejorar este aspecto tan importante de nuestra actividad asistencial.

No existen recomendaciones teóricas concretas que puedan superar la información recibida en el seno de una buena relación médico-paciente que se base en la empatía y confianza mutua.

31.

¿Puede el/la médico romper el secreto profesional? ¿Qué pasaría?

El Código de Ética y Deontología Médica, en su capítulo IV, es muy claro en cuanto a las obligaciones del médico en relación al secreto profesional. En dicho Código se reseña: "El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el secreto de su profesión". Por tanto, es una constante en su quehacer diario.

32.

¿Conviene dejar pasar algo de tiempo para asimilar el tipo de operación y los tratamientos?

Sí, es conveniente retrasar al menos dos semanas el inicio de los tratamientos oncológicos.

Durante el *período postquirúrgico* es prioritario identificar y tratar las posibles complicaciones agudas tales como la acumulación de líquido serohemático o seroma, infecciones, hematomas o defectos de cicatrización. Asimismo, este período se aprovecha para que la paciente vaya conociendo y asumiendo su diagnóstico, compartiéndolo con su familia. Por otra parte, deben iniciarse los ejercicios de movilidad y la prevención precoz del linfedema. La mujer debe aceptar el cambio corporal e iniciar la integración en su entorno sociofamiliar tras el período de hospitalización. Es el momento de solicitar un apoyo psicológico. En este contexto resulta inconveniente plantear de forma precipitada la



iniciación de los tratamientos oncológicos así como dar información detallada acerca de la supervivencia y calidad de vida. Por ello resulta útil retrasar la actuación del oncólogo durante el período postquirúrgico.

Respecto al retraso, no se conocen bien las consecuencias de iniciar el tratamiento de forma tardía y, aunque no se acepta de manera generalizada, existen casos en los que, por diversas complicaciones, se comienza el tratamiento fuera de los plazos previstos, estando éste igualmente indicado que en el resto de pacientes.

Existen varios estudios que han analizado estas cuestiones, sin que exista una pauta clara, aunque, en general, se recomienda iniciar el tratamiento oncológico entre la 2ª y 6ª semana tras la cirugía.

33.

¿Qué factores pueden influir en las posibles alteraciones de la relación sexual?

- **Factores relacionados con la cirugía:** La función sexual después de la cirugía del cáncer de mama ha sido materia de muchos trabajos de investigación. Los procedimientos para salvar o reconstruir la mama parecen tener poco efecto en la función sexual, comparados con aquellos en donde se extirpa toda la mama. Las mujeres que han sido sometidas a tratamientos



quirúrgicos conservadores tienen más probabilidad de seguir disfrutando de las caricias en esa parte del cuerpo, pero no afecta la frecuencia con la que la mujer tiene relaciones sexuales, la facilidad para tener un orgasmo, ni el experimentar satisfacción sexual completa.

- **Factores relacionados con la quimioterapia:** La quimioterapia se asocia con la pérdida del deseo y la reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales en hombres y mujeres. Los efectos secundarios comunes de la quimioterapia, como náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, mucositis, la pérdida o ganancia de peso y la pérdida del cabello pueden afectar a su imagen sexual y hacerles sentirse poco atractivas.

En otras ocasiones, la quimioterapia puede ocasionar sequedad vaginal, dolor en el coito y dificultad para tener un orgasmo. La quimioterapia también puede causar una pérdida súbita de producción de estrógenos en los ovarios, cuyas consecuencias serán la pérdida de elasticidad, encogimiento y adelgazamiento de la vagina, sequedad vaginal, sofocos, infecciones de las vías urinarias, cambios en el estado de ánimo, fatiga e irritabilidad. Las mujeres jóvenes con cáncer de mama, a quienes se ha extirpado uno o ambos ovarios mediante cirugía, pueden tener síntomas relacionados con la pérdida de estrógenos y la aparición de una menopausia brusca.

- **Factores relacionados con el tratamiento hormonal:** Los efectos del tamoxifeno en la sexualidad y el estado de ánimo de las mujeres con cáncer de mama todavía no han sido explicados y entendidos con claridad. Aun así, hay que recordar que el tamoxifeno es un antiestrógeno entre cuyos efectos secundarios se encuentran sequedad vaginal, disminución de la libido y exacerbación de los síntomas de la menopausia.
- **Factores psicológicos:** Las pacientes que superan una enfermedad oncológica, a menudo, se sienten ansiosas o culpables de que su

actividad sexual previa haya originado el mal. Algunas creen, o incluso sus parejas, que la actividad sexual puede hacer que el cáncer vuelva a aparecer o piensan que pueden contagiar a su compañero. Es importante que las pacientes y sus parejas hablen



entre sí y pregunten sobre estos sentimientos, preocupaciones y dudas a su médico. El cáncer de mama no puede contagiarse mediante las relaciones sexuales.

- **Depresión y estrés:** La depresión es más común en los pacientes con cáncer que en la población sana. Es importante que los pacientes expresen sus sentimientos con el médico para que los asesore. Recibir tratamiento para la depresión, si está presente, puede ayudar a aliviar los problemas sexuales.

El estrés que produce recibir el diagnóstico de cáncer y la necesidad de tratamiento suelen empeorar los problemas de relación preexistentes en las parejas y, por tanto, también las relaciones sexuales pueden verse afectadas.

Uno de los factores más importantes en la adaptación posterior al tratamiento de la enfermedad es la actitud que tienen las pacientes sobre su sexualidad después de ser diagnosticadas. Si su actitud era positiva antes del diagnóstico, es muy probable que reanuden su actividad sexual después del tratamiento.

ASPECTOS A RECORDAR

- Médico y paciente, pueden y deben valorar conjuntamente la información que ayude a la decisión de la mejor opción terapéutica valorando: riesgos-beneficios, alternativas terapéuticas y la opción del no tratamiento.
- La información que se da a un paciente oncológico debe ser verdadera, gradual de acuerdo con las necesidades reales que en cada momento tiene el paciente, confidencial, interesando sólo a las personas designadas por el implicado.
- El paciente es una persona consciente, con autonomía plena, con derecho a conocer la realidad para adecuar sus expectativas personales a su situación clínica.
- El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el secreto de su profesión.
- Uno de los aspectos más importantes en la adaptación posterior al tratamiento de la enfermedad, es la actitud que tienen las pacientes sobre su sexualidad después de ser diagnosticadas.

TRATAMIENTOS

A) CIRUGÍA

34. ¿Siempre se opera el cáncer de mama?

Disponemos de varias formas de tratamiento para las pacientes con cáncer de mama:

- Locales o locorregionales: tales como
 - la cirugía y la radioterapia
- Sistémicos:
 - la quimioterapia
 - la hormonoterapia y, más recientemente
 - el tratamiento con anticuerpos monoclonales

El objetivo de estos tratamientos es intentar curar el cáncer o limitar la propagación de la enfermedad, y en otras ocasiones nuestro objetivo es aliviar los síntomas que produce la enfermedad.

Dado que el tipo y la extensión del cáncer de mama pueden variar considerablemente, el tipo de tratamiento se determina según cada paciente. La elección del tratamiento más apropiado es una decisión en la que deben participar el paciente, la familia y el equipo médico.

Los tumores que se encuentran en las primeras fases suelen, en primer lugar, extirparse quirúrgicamente. En la mayoría de tumores, su primera opción terapéutica es la cirugía, pero actualmente existen casos en que el primer tratamiento puede ser la quimioterapia (neoadyuvante), con el fin de reducir su tamaño y hacer posible una cirugía menos radical.

35. ¿Cómo es la operación?

La cirugía se realiza una vez obtenido el resultado de la biopsia. Con ella se pretende conseguir la extirpación total del tumor en la mama y en los ganglios linfáticos axilares.



El tratamiento quirúrgico, que durante años ha consistido en la extirpación de toda la mama y de los ganglios de la axila, tiene actualmente distintas formas de aplicación, a las que se recurre según los casos:

- *Mastectomía radical modificada* (extirpación completa de la mama), o
- *Tumorectomía* (extirpación del tumor y la zona circundante, o margen, de tejido normal; es lo que se llama Cirugía Conservadora); en ambos casos debe realizarse una extirpación de los ganglios de la axila (*linfadenectomía axilar*).

El tipo de intervención que se realice en las pacientes con cáncer de mama dependerá de la fase de la enfermedad, del tamaño del tumor, de la relación tamaño del tumor/tamaño de la glándula mamaria, del

tipo de tumor, de la edad y del estado general de la mujer, así como de las preferencias de la paciente y del médico.

Cuando esté indicado realizar una mastectomía, ésta puede ser radical, y en ese caso el cirujano extirpa la glándula mamaria, los músculos pectorales que la sustentan y los ganglios linfáticos axilares. Hubo un tiempo en el que esta intervención era muy común, pero dejaba a las mujeres desfiguradas y causaba efectos secundarios. Este tipo de cirugía actualmente sólo se utiliza cuando el tumor afecta al músculo pectoral.

Hoy día, cuando este indicada la cirugía radical, la técnica que más se realiza es la mastectomía radical modificada, en la que se extirpa la totalidad del tejido mamario, pero se deja el músculo subyacente intacto y suficiente piel como para cubrir la herida. La mama se reconstruye con más facilidad si los músculos pectorales y otros tejidos que se encuentran debajo de la misma quedan intactos. Esto permite también una reconstrucción posterior más adecuada.

36. ¿Por qué algunas veces se quita el pecho y otras no?

Actualmente, gracias al diagnóstico precoz, se detectan muchos tumores de mama en fases muy iniciales, y es posible realizar una cirugía conservadora de la mama, que consiste en extirpar el tumor intentando conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto. Después se debe aplicar radioterapia durante unas seis semanas. Es una opción para muchas mujeres con cáncer de mama, pero no para todas. Este tratamiento se debe realizar cuando las características de la extirpa-



ción permitan conservar una mama de volumen y forma adecuados y se den unas condiciones que aseguren la curación al máximo.

En algunas situaciones no estará probablemente indicado el tratamiento conservador:



■ Mujeres con dos o más tumores, en la misma mama, demasiado separados para ser extirpados juntos.



■ Mujeres en las que el tamaño tumoral sea excesivamente grande (>3-4 cm) o que la relación tamaño tumor/tamaño mama no sea adecuada para realizar un tratamiento conservador correcto y estéticamente aceptable.



■ Mujeres que padecen ciertas enfermedades del tejido conectivo que hacen que los tejidos del organismo sean muy sensibles a los efectos secundarios de la radioterapia.

■ Mujeres embarazadas, para evitar la radioterapia durante la gestación.

La ventaja de la tumorectomía es que se conserva la apariencia de la mama. La desventaja es que tienen que recibir tratamiento radioterápico durante varias semanas.

Las pacientes en las que la opción de tratamiento ha podido ser la cirugía conservadora pueden esperar los mismos porcentajes de supervivencia que aquellas en las que se ha realizado mastectomía.

La tendencia actual es que cada vez se emplea más la cirugía conservadora para el tratamiento del cáncer de mama.

37. ¿Por qué se quitan los ganglios axilares en ocasiones?

Tanto si a la mujer se le practica una extirpación completa de la mama como si se le realiza una cirugía conservadora, debemos saber si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos axilares, lugar a partir del cual las células tumorales entran en la circulación sanguínea y se diseminan por todo el cuerpo. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo y se examinan con un microscopio para determinar si existen células tumorales en los ganglios linfáticos. Este procedimiento se conoce como linfadenectomía axilar.



Hace unos años se pensaba que cuantos más ganglios axilares se extirparan mejor era, y que con ello se reducía el riesgo de enfermedad a largo plazo y aumentaban las posibilidades de curación. Actualmente sabemos que esto no es así, y que la información de la afectación axilar nos sirve para conocer el comportamiento futuro del cáncer de mama y establecer el tipo de tratamiento más adecuado. Sabemos que las posibilidades de supervivencia son mayores si no están afectados los ganglios axilares. Por el contrario, la supervivencia disminuye en función del número de ganglios que encontremos con afectación tumoral.

Actualmente está ya validado un nuevo procedimiento llamado **biopsia de ganglio centinela**, en el cual solamente se quita un ganglio lin-

fático y se analiza para determinar si el cáncer de mama se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila.

La biopsia de ganglio linfático centinela es un procedimiento en el cual el médico inyecta una sustancia radioactiva y/o un tinte azul cerca del tumor. La sustancia o el tinte va a través de los conductos linfáticos hacia el nódulo o los nódulos centinela (el primer ganglio linfático o los primeros ganglios linfáticos donde posiblemente se hayan diseminado las células tumorales). El cirujano extirpa sólo el ganglio con la sustancia radioactiva o el tinte. Un patólogo examina luego el ganglio extirpado para controlar la existencia de células tumorales. Si el ganglio centinela contiene células tumorales, el cirujano realizará la disección de la axila. Si no se detectan células tumorales, no será necesario extirpar otros ganglios, pudiendo evitar la cirugía axilar y sus efectos secundarios.

Después de la biopsia del ganglio centinela, el cirujano extirpa el tumor (cirugía conservadora de la mama o mastectomía).

38.

¿Qué puedo hacer para evitar las secuelas físicas que deja la operación?

Las secuelas físicas van a depender del tipo de intervención realizada (cirugía conservadora–cirugía radical) y por tanto la generalización es difícil. Pero hay un efecto secundario que sí es muy frecuente, como es el linfedema, que se trata con profundidad en otras partes de este libro. De todos modos, hay unas medidas de prevención que se inician con un programa de ejercicios respiratorios y movilidad de la mano del brazo afecto, y continúan por una serie de cuidados basados en evitar el incremento de la linfa, que está directamente relacionado con el flujo de sangre que llega a la extremidad y no aumentar el bloqueo de eliminación de la linfa.

El calor excesivo, el ejercicio vigoroso y las infecciones en el brazo incrementan la producción de linfa, por lo que el riesgo de linfedema aumenta. Por otra parte, la ropa apretada y la propia infección pueden favorecer la obstrucción linfática.



39.

¿En qué consiste la reconstrucción de la mama?

Estos procedimientos no sirven para tratar el cáncer, pero son útiles para restablecer la apariencia de la mama después de la mastectomía. El aspecto externo tras una reconstrucción es excelente, ya que se consigue reconstruir una mama de aspecto muy similar a la otra. Actualmente, mediante la cirugía plástica, se pueden llevar a cabo intervenciones quirúrgicas para reconstruir la mama en, prácticamente, cualquier mujer mastectomizada.

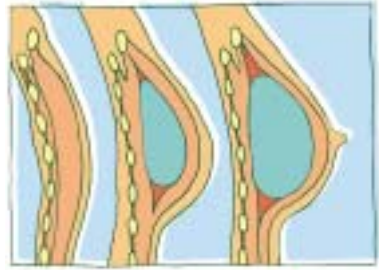
Existen varias técnicas que se aplican según las necesidades y las características de cada mujer, pero las formas más habituales son: la utilización de **expansores y prótesis de silicona**, que es la técnica más sencilla, y se realiza en dos etapas: primero se implanta un expansor, que se llena de suero durante las semanas sucesivas, y se va dilatando la piel; posteriormente se coloca una prótesis de silicona.

La otra técnica utilizada es el uso de **tejidos de la propia paciente**, bien tejidos de la espalda o bien piel y grasa del abdomen. Es una técnica más compleja pero los resultados son muy satisfactorios. La reconstrucción del pezón y la areola se realiza bien con injerto de

piel de la ingle o bien mediante tatuaje.

No todas las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía radical quieren realizarse un implante de prótesis. El hecho de pasar nuevamente por un quirófano y someterse a una anestesia y cirugía, con

la posterior recuperación, hace que algunas opten por las prótesis externas de silicona.



40. ¿Cuánto tiempo tiene que pasar desde la operación para hacer una reconstrucción?

La reconstrucción de la mama se puede realizar al mismo tiempo que la mastectomía (reconstrucción inmediata) o más adelante, meses o años después (reconstrucción diferida); depende de las preferencias personales de la mujer y de los detalles de su situación clínica, tales como cuánta piel se ha extirpado y si debe recibir quimioterapia y/o radioterapia.

El momento que suele aconsejarse cuando esta intervención es diferida suele ser de 18 a 24 meses tras la mastectomía, y si ha recibido radioterapia, el tiempo puede ser algo mayor.

41. ¿Es impedimento para la reconstrucción el tener un linfedema?

No siempre es un impedimento, pero la presencia de linfedema puede aumentar al realizar la reconstrucción. Simultáneamente existe un

mayor riesgo de sobreinfecciones y peor resultado estético. De todos modos es muy importante una valoración rigurosa e individualizada por parte del especialista en cirugía plástica. En la decisión final van a influir el deseo de la paciente, grado, causa y respuesta del linfedema, tipos de tratamientos previamente administrados (cirugía, radioterapia, quimioterapia). El tiempo desde la mastectomía no influye, pues la reconstrucción se puede realizar inmediatamente, o meses/años después de la cirugía radical.

B) RADIOTERAPIA

42. ¿Qué es la radioterapia?

La radioterapia es el uso de rayos X, u otros tipos de radiación, para eliminar o reducir células tumorales en el área en la que se administra. Es un tratamiento local o locorregional (cuando se incluyen los ganglios regionales).



43. ¿Cuándo se realiza?

Es necesaria tras un tratamiento quirúrgico de tipo conservador; a veces se utiliza también tras la mastectomía. En este último caso, cuando los tumores son grandes (>5 cm) o cuando existe una afectación axilar importante.

En pacientes que van a recibir quimioterapia, la radioterapia se administra tras finalizar el tratamiento sistémico.

En pacientes que reciben tratamiento hormonal únicamente, se puede administrar junto con el tratamiento hormonal.

44. ¿Qué tipos de radioterapia hay?

En función de la forma de administración de las radiaciones, se pueden diferenciar dos tipos de radioterapia:



- **Externa:** Es el método más habitual; se acostumbra a administrar en breves sesiones diarias y la paciente no mantiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento. Las fuentes de radiación pueden ser: cobaltoterapia, acelerador de electrones, etc., que se aplican según la situación clínica de la paciente.



- **Interna:** También se conoce con el nombre de braquiterapia y consiste en colocar sustancias radiactivas cerca o dentro del tumor (o de las zonas donde se sospecha que pueden haber quedado células tumorales). Dichas sustancias se retiran al cabo de unos días. Este tipo de radioterapia tiene la ventaja de ser muy localizada, de prolongarse poco en el tiempo y de no requerir, salvo excepciones, el ingreso de la paciente.

Antes de iniciar las sesiones de radioterapia se ha de llevar a cabo una comprobación, denominada "simulación", que consiste en definir las partes del cuerpo que se van a irradiar.

La radioterapia se aplica generalmente cinco días a la semana, durante seis a ocho semanas. La paciente va de forma ambulatoria a la clínica, donde se le aplica la radioterapia; no tiene que estar ingresada para ello. El tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía, sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada.

45.

¿Qué consejos y recomendaciones conviene seguir durante el tratamiento de radioterapia?

La irritación o “dermitis” de la piel es uno de los efectos secundarios más frecuentes en las pacientes que reciben tratamiento radioterápico, bien sobre el lecho de mastectomía o sobre la glándula mamaria después de un tratamiento conservador. Habitualmente será su médico especialista el que le dé las recomendaciones antes de iniciar el tratamiento con radioterapia, indicándoles cuáles son los tipos de jabones y/o cremas que han aparecido recientemente en el mercado farmacéutico y que pueden ser utilizados durante el tratamiento con radioterapia, pero siempre bajo la supervisión del oncólogo radioterápico.

Se recomienda usar tejidos de algodón en contacto con la zona de tratamiento, pues facilita la transpiración y al ser un tejido natural produce menos prurito. Se recomienda no llevar ropas ajustadas, ni estar en lugares con mucho calor que favorezca la sudoración y la maceración de la piel. Los lavados se deben hacer con agua templada y sin frotar para evitar una mayor irritación y escorización de la piel del campo de tratamiento.



Por lo demás, las pacientes pueden llevar una vida normal realizando sus actividades diarias habituales siempre que éstas no supongan un esfuerzo excesivo. Es recomendable una dieta normal rica en frutas y verduras.

46. Después de haber recibido radioterapia, ¿es conveniente no exponerse al sol durante un tiempo o para siempre?

Evidentemente el tomar el sol directamente durante tiempo prolongado y en las horas de máxima exposición de rayos UVA no es bueno para ningún tipo de piel y en ninguna circunstancia. Fundamentalmente se recomienda que, durante el primer año después de haber recibido el tratamiento con radioterapia, las pacientes no sometan la zona de campo de tratamiento a una exposición solar directa, protegiéndose con cremas solares de alta protección (*extrem*), fundamentalmente porque puede aparecer lo descrito como el efecto "rellamada" en el que se vuelve a irritar toda la zona que ha sido irradiada, como si estuviera de nuevo en tratamiento. El riesgo de aparición de este efecto de rellamada va disminuyendo a lo largo del tiempo, pero puede aparecer hasta los dos-tres años de haber recibido la radioterapia.



C) HORMONOTERAPIA

47. ¿Qué es la hormonoterapia?

Las hormonas son sustancias químicas producidas por las glándulas del cuerpo y circulan por el torrente sanguíneo. En condiciones normales,

las células de la glándula mamaria sufren cambios por la acción de las hormonas, especialmente los estrógenos (desarrollo en la pubertad, aumento en el embarazo, secreción de leche durante la lactancia). Así los estrógenos y otras hormonas son los factores que favorecen el crecimiento y la proliferación de la célula mamaria.

Algunos tumores originados en estas células pueden conservar la capacidad de responder a los cambios hormonales, dejando de crecer si las hormonas que estimulan su desarrollo se suprimen o se administran medicamentos que contrarresten dicho efecto de crecimiento. Estos tumores presentan receptores hormonales para los estrógenos, y se denominan hormonodependientes.

Los tratamientos hormonales se utilizan para eliminar los niveles de hormonas circulantes o para bloquear su efecto, lo cual puede frenar el crecimiento de los tumores de mama hormonosensibles. Los tratamientos hormonales que hoy más se utilizan son: los antiestrógenos (tamoxifeno), y los inhibidores de aromatasa (anastrozol, letrozol, exemestano).

En las mujeres postmenopáusicas los ovarios han dejado de producir estrógenos. En estos casos la mayor fuente de estrógenos se produce mediante la conversión de otras hormonas a estrógenos, la interrupción de esta conversión puede ser muy eficaz a la hora de inhibir el crecimiento tumoral, tal es la acción de los inhibidores de aromatasa.

48. ¿Cuándo se realiza?

El tratamiento hormonal se indica en aquellos tumores de mama en los que su crecimiento y desarrollo está directamente influido por las hormonas; estos tumores, llamados hormonodependientes, constituyen alrededor del 70% de los cánceres de mama, y todos ellos son subsidiarios de tratamiento endocrino. Estos tumores poseen receptores para estrógenos o para progesterona, o para ambos.

El tratamiento hormonal puede usarse como:

- **Tratamiento adyuvante** tras la primera intervención
- En el tratamiento **neoadyuvante** antes de la cirugía; y en las
- **Fases avanzadas** de la enfermedad
- Actualmente también se ha demostrado que tiene su eficacia en la **prevención** de la aparición de la enfermedad en mujeres con riesgo de padecer un cáncer de mama

En todas las situaciones tiene una eficacia muy importante dependiendo de la cantidad de receptores hormonales que posean las células tumorales; por ello hoy es imprescindible cuantificar en el tumor la expresión de dichos receptores hormonales.

49. ¿Qué tipos hay?

Los tratamientos hormonales más habituales son los siguientes:

- **Antiestrógenos: tamoxifeno, (Fulvestran).**
- **Análogos de la LH-RH.**
- **Inhibidores de aromatasa: anastrozol, examestano, letrozol.**
- **Progestágenos: acetato de megestrol**

El tratamiento hormonal más clásico y más utilizado ha sido el **tamoxifeno**, que funciona bloqueando parcialmente los receptores estrogénicos dentro de cada célula tumoral. De esta forma impide que los

estrógenos circulantes estimulen el crecimiento de las células del cáncer de mama.

Existen estudios que demuestran que el tamoxifeno administrado durante cinco años puede disminuir las posibilidades de recaída y muerte por cáncer de mama tras la cirugía, y además produce una disminución del riesgo de presentar un cáncer de mama contralateral, independientemente de la edad de las pacientes.

Algunos estudios han mostrado un pequeño aumento de cáncer de endometrio (cuerpo del útero) entre las mujeres que tomaban tamoxifeno. Por tanto, cuando se observa cualquier hemorragia vaginal inesperada, se debe acudir al especialista. Otros efectos secundarios son la trombosis venosa, crisis de sofocos, cambios de carácter, sequedad vaginal, etc.



Hace años se realizaba la extirpación ovárica para impedir la acción de las hormonas en mujeres premenopáusicas pero, en la actualidad, esta técnica no se emplea y en su lugar se utiliza la terapia hormonal con **análogos de la LH-RH**.

Actualmente existen también otros tratamientos hormonales que han demostrado mayor eficacia y mejor perfil de toxicidad que el tamoxifeno, como son los **inhibidores de la aromatasa (anastrozol, letrozol, examestano)**, y que son muy activos en pacientes postmenopáusicas y han demostrado su superioridad frente al tamoxifeno en cuanto a disminuir el riesgo de recaída, así como a disminuir el riesgo de cáncer de mama contralateral. Tanto es así, que hoy una mujer postmenopáusica, con un tumor hormonodependiente, debe recibir un tratamiento hormonal en adyuvancia que comporte un inhibidor de aromatasa.

D) QUIMIOTERAPIA

50. ¿Qué es la quimioterapia?

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para bloquear el crecimiento y eliminar a las células tumorales. Se usan más de cincuenta medicamentos para prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células tumorales.

Se puede recibir tratamiento con un solo medicamento o con una combinación de dos o más. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía intravenosa y, en algunos casos, la vía oral. Se trata de un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es introducido en el torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células tumorales fuera del área de la mama.

51. ¿Cuándo se realiza?

Existen diferentes situaciones en las que se utilizan los tratamientos sistémicos:

- **Adyuvante.**
- **Neoadyuvante.**
- **Enfermedad avanzada.**



El tratamiento que se administra a las pacientes tras la cirugía se denomina **tratamiento adyuvante** (o complementario). Su objetivo es destruir células ocultas.

Incluso en los estadios iniciales de la enfermedad, las células tumorales pueden escaparse del tumor primario de la mama y diseminarse a través de la circulación sanguínea. Estas células no provocan síntomas detectables; no se visualizan en la radiología y no se pueden palpar en la exploración física. Pero, con el paso del tiempo, pueden acumularse en el hueso o en otros órganos. La terapia adyuvante para el cáncer de mama implica la quimioterapia o la terapia hormonal, ya sea solas o combinadas.

Otras veces la quimioterapia se administra de forma **neoadyuvante** (antes de la cirugía), con el objetivo de reducir el tamaño tumoral y actuar precozmente sobre las células micrometastásicas ocultas. Esta forma de tratamiento era obligada en los tumores localmente avanzados para reducir su tamaño y tratar precozmente las células diseminadas que pudieran existir, y para facilitar posteriormente el tratamiento quirúrgico.

Actualmente, el tratamiento neoadyuvante también se aplica a tumores localizados (>3 cm) para intentar disminuir el tumor y hacer posible una cirugía conservadora.

En las pacientes con **enfermedad avanzada (metastásica)** la terapia sistémica (quimioterapia/hormonoterapia) es la principal forma de tratamiento. Generalmente, lo que se quiere conseguir con estos tratamientos es disminuir los síntomas de la paciente; no se pretende la curación.

52. ¿Qué tipos hay?

Para todas estas situaciones se suele utilizar una combinación de fármacos, lo cual se ha comprobado que es más efectivo que uno solo. Las combinaciones más frecuentemente usadas son:

- (CMF). Ciclofosfamida, metotrexate y 5-fluoruracilo.
- (FAC). Ciclofosfamida, doxorubicina (adriamicina) y 5-fluoruracilo.
- (AC-T). Doxorubicina + ciclofosfamida seguida de paclitaxel.
- (TAC). Doxorubicina + ciclofosfamida + docetaxel.
- (AT). Doxorubicina (adriamicina) y paclitaxel (taxol).
- (AT). Doxorubicina (adriamicina) y docetaxel (taxotere).

No es necesaria la hospitalización para recibir estos tratamientos; se puede hacer de forma ambulatoria. La quimioterapia se aplica en ciclos, en los que cada tratamiento es seguido por un período de descanso. El número total de ciclos oscila entre 4 y 8, según la pauta que se utilice. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo de medicamentos utilizados, la dosis tomada y la duración del tratamiento.

Actualmente existen nuevas estrategias de tratamiento para el cáncer de mama. Estamos viviendo una época de rápidos avances en el campo de la quimioterapia y de la terapia biológica, con el desarrollo de nuevos fármacos y nuevas estrategias de tratamiento que intentan mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

Entre éstos se incluyen el desarrollo de agentes quimioterápicos orales, que presentan como ventajas potenciales el hecho de evitar la infusión continua intravenosa, sustituyéndola por la vía oral, lo que resulta de gran eficacia y al mismo tiempo reduce costes económicos, al no ser necesarios los dispositivos intravenosos para administrar la quimioterapia, con lo que también se evitan extravasaciones, flebitis e infecciones, además de múltiples desplazamientos al hospital.

Entre estos fármacos orales, el de más reciente introducción actualmente en la clínica es la capecitabina, que ofrece unas características singulares; su administración oral es capaz de evitar la infusión continua de un fármaco muy utilizado en cáncer de mama como es el 5-fluoruracilo; es un tratamiento cómodo, con una mayor aceptación y cumplimiento por parte de las pacientes y, por otro lado, una activación del fármaco selectiva en el tumor que potencialmente posibilita un tratamiento localizado, con una mejora de su actividad antitumoral y reducción de la toxicidad a nivel general.



En cáncer de mama avanzado ha demostrado su actividad como fármaco único y en combinación tanto en primera línea de enfermedad metastásica como en pacientes previamente tratadas, con muy buenos resultados en términos de eficacia y tolerabilidad. En estos momentos ya se ha incorporado a los regímenes en el tratamiento adyuvante dentro de ensayos clínicos,

Actualmente disponemos de otros tratamientos que tienen estructuras parecidas a las que produce el organismo frente a las invasiones externas (anticuerpos monoclonales); se denominan **tratamientos biológicos**. Estos tratamientos actúan sobre las células tumorales que sobreexpresan una proteína en su membrana, llamada Her-2.

Este tratamiento biológico impide que se multipliquen las células, atacando selectivamente las del tumor y sin tener ningún efecto sobre las células sanas. El **trastuzumab –Herceptin–** es un ejemplo de ello, y es el primero que se ha desarrollado en cáncer de mama. Su eficacia ha sido demostrada en el cáncer de mama avanzado, y actualmente ya ha sido introducido en el tratamiento adyuvante en el cáncer de mama en estadios iniciales, ya que ha demostrado que administrado durante un año tras la quimioterapia o concomitante con ella, disminuye

el riesgo de recaída y de muerte de forma muy importante, en aquellas pacientes que sobreexpresan el receptor Her-2.

53. ¿Qué consejos y recomendaciones conviene seguir durante el tratamiento de quimioterapia?

Fundamentalmente depende del tipo de esquema terapéutico que se esté administrando a cada paciente. Como regla general se recomienda realizar una vida sana, realizando un ejercicio físico moderado (paseos), siempre que las condiciones físicas de la paciente lo permitan. No es necesario "comer más para estar más fuerte" sino más bien hacer una dieta equilibrada, rica en frutas, proteínas y verduras. Es preferible comer poco y frecuente, evitando los fritos y alimentos ricos en grasas. Es aconsejable aumentar la ingesta de líquidos evitando el alcohol. Es importante tener un descanso nocturno adecuado con un mínimo de 6-8 horas y evitar en lo posible el estrés.



54.

¿Por qué a la hora de recibir tratamiento de quimioterapia no dejan estar a tu pareja o acompañante?

No en todos los centros se siguen estas normas, pues cada hospital de día se rige por sus propias reglas. Habitualmente, los motivos por los que no se permite estar a los acompañantes es doble: a) porque en ocasiones existen reacciones y complicaciones durante la administración del tratamiento con quimioterapia que precisan de atención urgente, y la presencia de familiares de la propia enferma o de otros pacientes puede entorpecer la rapidez del proceso y la actuación de los profesionales; b) la zona de aplicación del tratamiento no puede estar masificada, con ruido de entrada y salida de familiares. Además es importante intentar mantener el máximo respeto a la privacidad de cada paciente.



ASPECTOS A RECORDAR

- El objetivo de estos tratamientos es intentar curar el cáncer o limitar la propagación de la enfermedad, y aliviar los síntomas que produce la enfermedad.
- La elección del tratamiento más apropiado es una decisión en la que deben participar el paciente, la familia y el equipo médico.
- La mama se reconstruye con más facilidad si los músculos pectorales y otros tejidos que se encuentran debajo de la misma quedan intactos.
- Gracias al diagnóstico precoz, se detectan muchos tumores de mama en fases muy iniciales, y es posible realizar una cirugía conservadora de la mama.
- La información de la afectación axilar nos sirve para conocer el comportamiento futuro del cáncer de mama y establecer el tipo de tratamiento más adecuado.
- Mediante la cirugía plástica, se pueden llevar a cabo intervenciones quirúrgicas para reconstruir la mama en, prácticamente, cualquier mujer mastectomizada.
- La irritación o "dermitis" de la piel es uno de los efectos secundarios más frecuentes en las pacientes que reciben tratamiento radioterápico.

- Las hormonas son sustancias químicas producidas por las glándulas del cuerpo y circulan por el torrente sanguíneo.
- El tratamiento hormonal se indica en aquellos tumores de mama en los que su crecimiento y desarrollo está directamente influido por las hormonas.
- La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para bloquear el crecimiento y eliminar a las células tumorales.
- Actualmente, existen nuevas estrategias de tratamiento para el cáncer de mama, avances en el campo de la quimioterapia y de la terapia biológica.

CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO

55.

¿Cuáles son los efectos secundarios de los tratamientos? ¿Cómo me sentiré cuando los reciba?

Las células tumorales pueden crecer y dividirse más rápidamente que las células normales, por eso muchos fármacos están desarrollados para destruir las células en crecimiento. Sin embargo, ciertas células normales de nuestro organismo tienen un crecimiento rápido y la quimioterapia puede afectarles también.

Este daño a las células normales ocasiona efectos secundarios. Las células normales de crecimiento rápido que tienen más probabilidad de resultar afectadas son las células sanguíneas que se forman en la médula ósea, las células del tracto digestivo (boca, estómago, intestino, esófago), las del sistema reproductor (órganos sexuales) y las de los folículos pilosos.

Cuando las células de la sangre son afectadas por los fármacos anti-tumorales, las pacientes tienen más probabilidades de contraer infecciones, pueden sangrar con facilidad y pueden tener menos energía durante el tratamiento y durante algún tiempo después.

Las células en los folículos del pelo y las células que revisten el tracto digestivo se dividen también con rapidez. Como resultado de la

quimioterapia, las pacientes pueden perder el cabello y pueden sufrir otros efectos secundarios, como falta de apetito, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento o alteraciones en la mucosa de la boca.



Las pacientes pueden experimentar complicaciones permanentes debidas a los medicamentos: menopausia prematura e infertilidad. Cuanto mayor es la mujer cuando recibe quimioterapia, mayor es la probabilidad de que pierda la menstruación y su capacidad para quedar embarazada. También pueden presentar alteraciones en el ciclo menstrual.

La doxorubicina (adriamicina) puede dañar el corazón; por ello se limita su dosificación y se realizan controles periódicos para valorar la función cardíaca, con la finalidad de prevenir este efecto secundario.

El tipo de efectos secundarios y su severidad dependen del tipo y dosis de quimioterapia que reciba la paciente y de cómo reaccione su organismo.

Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe explicarle los efectos secundarios que tiene mayor probabilidad de padecer con los medicamentos que va a recibir.

La mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de terminar el tratamiento. El tiempo que tardará en recuperarse una paciente de los efectos secundarios dependerá de su estado general y del tipo de tratamiento que haya recibido.

56.

¿Puedo hacer algo para evitar los efectos secundarios de los tratamientos? ¿Qué secuelas dejan?

Cuando una mujer afectada por cáncer de mama se somete a este tipo de tratamientos pueden aparecer efectos adversos, que resultan molestos. A veces son inevitables, porque el cuerpo responde de esta manera a la agresión que supone el tratamiento en sí. No obstante, no tienen por qué aparecer, ni tener la misma intensidad, ni significar una mejor o peor respuesta al tratamiento.

Depende mucho del estado de la paciente, del tipo de tratamiento, de las sesiones que ya lleve acumuladas y de la susceptibilidad de cada persona a determinados efectos derivados del tratamiento; pueden variar mucho de una paciente a otra.

Es importante saber que son trastornos comunes en el tratamiento y que pueden mejorar con diferentes hábitos o con medicamentos.

Para las náuseas y vómitos, el médico prescribirá medicamentos antieméticos efectivos, dependiendo del tratamiento administrado.



Además, conviene

- Comer y beber tranquilamente y masticar despacio,
- Evitar los platos muy grasos, picantes o de fuertes aromas.
- Es mejor comer pequeñas cantidades a menudo que concentrar la ingesta en comidas más copiosas.
- Beber muchos líquidos, o comidas de consistencia líquida (sopa, zumo, papilla).
- Intentar no intervenir en la preparación de las comidas (tenerlo preparado con anterioridad, congelado o que lo prepare otra persona).
- Ir adaptando la dieta según la tolerancia a los alimentos que una misma vaya observando.

Para la pérdida del apetito, que en ocasiones se debe al estado de ánimo o a la aparición de náuseas y vómitos, conviene:

- Comer con compañía, hacer de las comidas un rato agradable.
- Comer platos pequeños, con raciones ajustadas.
- Evitar comidas de digestión pesada, con salsas picantes.
- Acompañar los alimentos con aguas carbonatadas: soda, agua con gas, etc.
- Utilizar alimentos con gran contenido energético y nutritivo: leche condensada, frutos secos, flanes, natillas, nata, helados, batidos naturales, claras de huevo, chocolate, etc.
- Dar pequeños paseos o hacer ejercicio físico suave antes de las comidas.



- Los alimentos a temperatura ambiente o fríos se suelen tolerar mejor.

La diarrea puede aparecer en las primeras sesiones y suele desaparecer en pocos días. Da sensación de malestar general y puede producir deshidratación. Es conveniente consultar al médico por si es necesario tomar medicación. Se deben tomar:

- Alimentos astringentes: arroz hervido, zanahorias, limón, etc.; cocidos y a la plancha.
- Evitar la leche y sus derivados, salvo el yogurt.

La pérdida del cabello (alopecia) es un efecto temporal habitual que desaparece cuando finaliza el tratamiento. Los cabellos pueden crecer con textura o color diferentes. Es un trastorno temporal; se puede proteger la cabeza con un sombrero, con un pañuelo, o puede optarse por utilizar pelucas acordes con la personalidad de la afectada.



Para las úlceras en la boca (mucositis), consistentes en la aparición de pequeñas lesiones en la mucosa bucal, hay que: mantener cuidados higiénicos de la boca, limpieza de encías y dientes. Incluso visitar al dentista, antes del inicio del tratamiento, para cuidados profilácticos. Existen fórmulas magistrales y medicamentos para hacer desaparecer el dolor que producen. También existen compuestos para suavizar la mucosa bucal: saliva sintética, preparados con anestésicos, etc.

Fotosensibilidad. Algunos de los medicamentos que se administran con la quimioterapia y radioterapia producen reacciones de sensibilidad y alergia al sol. Por eso es conveniente protegerse del sol, con lociones y cremas con factor de protección mínimo 15-20, y evitar la exposición en las horas de máxima insolación, entre las 12 y las 4 de la tarde.

Alteraciones analíticas. Pueden aparecer: anemias o descenso de los glóbulos rojos, leucopenias o descenso de los glóbulos blancos, con un mayor riesgo de infección. Requieren una consulta con el médico para ver la conveniencia de seguir un tratamiento adecuado para normalizar la analítica. Se dispone de un grupo de fármacos, denominados **factores de crecimiento**, que pueden ayudar a la médula a recuperarse después de la quimioterapia y pueden contrarrestar los problemas secundarios derivados de ello.

Hay que evitar infecciones por heridas o contacto con agentes infecciosos. A veces, el médico decide retrasar o suspender el tratamiento en función de la toxicidad presentada.

La etapa posterior al tratamiento, con la desaparición de los efectos secundarios y la normalización de las actividades cotidianas, es un momento decisivo en el que se puede retomar el ritmo de la vida a medida que una se sienta más fuerte y con ánimos.

57. ¿Qué secuelas tiene la quimioterapia?

Los efectos secundarios de la quimioterapia aparecen durante el tratamiento y suelen durar unos meses tras finalizarse éste. Pero en la mayoría de los casos, en el transcurso del primer año, todos los efectos secundarios de la quimioterapia han desaparecido.

Uno de los efectos secundarios más traumáticos es la pérdida del cabello, aunque a partir de los dos primeros meses tras finalizar la quimioterapia se recupera, aunque el cabello puede crecer con características diferentes a las originales (color, textura, etc.).



Otro de los efectos secundarios que puede permanecer durante más tiempo derivado del tratamiento con quimioterapia es la interrupción de la menstruación o adelanto de la menopausia (amenorrea), que no siempre es reversible. Su médico le indicará qué consecuencias puede tener en su caso y el tratamiento a seguir, ya que en ocasiones esta amenorrea puede ser beneficiosa para su enfermedad.

En ocasiones otro efecto secundario que puede permanecer por más tiempo son las alteraciones en la sexualidad y fertilidad. A veces los efectos secundarios de los tratamientos pueden hacer desaparecer el deseo y la apetencia sexual. La alopecia puede disminuir la autoestima y afectar negativamente la imagen corporal del paciente, pudiendo ser una causa importante en la pérdida del interés sexual. Generalmente, cuando los efectos secundarios mejoran o desaparecen, el deseo sexual suele restablecerse.

Sin embargo, determinados fármacos empleados pueden afectar a los órganos sexuales, ovarios, vagina, etc., provocando una serie de síntomas que pueden parecerse a los de la menopausia, como son:

- Sequedad de los tejidos de la vagina, con disminución de lubricación.
- Pérdida de elasticidad de la vagina.
- Mayor posibilidad de infecciones de orina.
- Sofocos.
- Insomnio e irritabilidad.



La mayor parte de los síntomas locales pueden mejorar con el empleo de lubricantes antes de iniciar las relaciones sexuales.

Dependerá del tipo de intervención quirúrgica, ya sea mastectomía radical o conservadora, con o sin linfadenectomía axilar y con o sin reconstrucción mamaria. Pero, en general, son procedimientos muy seguros y con escasas complicaciones de gravedad.

Respecto a las **complicaciones agudas**, la más frecuente es el seroma, que a veces precisa evacuaciones de repetición. Le siguen las infecciones y los abscesos. Otras complicaciones locales menos frecuentes son la necrosis de la piel y la dehiscencia de suturas. Son también frecuentes la sensación dolorosa en torno a la cicatriz recordando la "mama fantasma", la pérdida de movilidad en el miembro superior homolateral y la existencia de un cierto grado de linfedema inicial.

Respecto a las **complicaciones tardías o secuelas**, cabe resaltar como la más temida al linfedema crónico; como es sabido, es más frecuente en pacientes que, además de la linfadenectomía axilar, fueron sometidas a radioterapia. En estas pacientes puede surgir otra complicación de tipo infeccioso en relación al territorio ganglionar; se trata de linfangitis aguda y requiere tratamiento antibiótico y antiinflamatorio de forma urgente.



Durante la intervención pueden alterarse nervios motores y sensitivos, por lo que es frecuente que exista cierta pérdida de movilidad y destreza del brazo afectado. Asimismo son muy frecuentes las alteraciones de sensibilidad en forma de calambres o pinchazos (disestesias), que pueden ser dolorosas y afectan a la zona pericicatricial. Es frecuente

también un aumento de sensibilidad y dolor de ritmo inflamatorio en toda la parrilla costal, hombro y brazo intervenidos.

Las complicaciones de la reconstrucción mamaria dependen de la técnica empleada pero, básicamente, son: infecciones, hematomas, dolor, fibrosis, rechazos de prótesis o expansores y defectos estéticos.

59. ¿Qué secuelas psicológicas deja la operación?

Pocas áreas en psicooncología han sido tan bien estudiadas como el cáncer de mama. La complejidad del contexto psicológico en mujeres con cáncer de mama así lo requiere. La enfermedad que surge en la mujer como **pieza clave del contexto sociofamiliar** supone un importante desafío emocional tanto para la enferma como para su familia, constituyendo una importante fuente de malestar emocional que se asocia a una alta morbilidad psiquiátrica. La gran mayoría de pacientes sufren depresión o ansiedad de grado moderado y en la tercera parte llega a ser severo.

La afectación psicológica se produce a distintos niveles:

- **Personal:** Los problemas más frecuentes son el impacto emocional al diagnóstico, la pérdida de autoestima, el temor (miedo a los tratamientos, al dolor, a la muerte) y otras alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad e irritabilidad.
- **Familiar:** Es en el ámbito familiar donde más se nota el desgaste provocado por la enfermedad. La mujer ha perdido el rol que desempeñaba en su familia y ahora supone una "carga" adicional afectiva, informativa y psicológica sobre el resto de la familia, aparte de la disminución de recursos que ello pueda acarrear. Por esto el

balance de las relaciones familiares es un reto para la mujer no sólo durante el diagnóstico o tratamiento sino durante toda su vida.

- **Conyugal:** Con frecuencia existe una disminución de la satisfacción matrimonial provocada por los problemas de apoyo familiar ya aludidos y por problemas sexuales. La alteración sexual de la mujer con cáncer de mama es muy frecuente y se produce por factores psicológicos (miedo al rechazo, pérdida de autoestima) y físicos (alteraciones anatómicas provocadas por los tratamientos o por la enfermedad).

- **Sociolaboral:** La estigmatización de enferma de cáncer que aún perdura en nuestra sociedad hace que la mujer pierda en parte su rol social y su capacidad de liderazgo. Los problemas psicológicos y físicos pueden ser limitaciones para desempeñar el mismo puesto laboral que tuviera antes, por lo que conlleva aún más depresión y perjuicio económico.



Para concluir, podemos establecer que todo este abanico de alteraciones psíquicas, que a su vez interrelacionan entre sí, podrían afectar en mayor o menor medida al esquema de vida de cada mujer, dependiendo de su fortaleza psíquica y del tipo de apoyo con que pueda contar.

60. ¿Pueden quedarme secuelas para siempre?

Sí; aunque la mastectomía es una intervención segura, puede dejar secuelas, como cualquier proceso quirúrgico.

Desde el punto de vista *físico*, las secuelas más importantes son:

- **El linfedema crónico:** Se desarrolla en al menos el 20% de las pacientes que han sido sometidas a linfadenectomía axilar. Es invalidante y de curso crónico. No posee un tratamiento eficaz y con fisioterapia sólo se consiguen mejorías temporales, de ahí la importancia de prevenir esta secuela. Afortunadamente, con la generalización de la técnica del ganglio centinela, el linfedema será cada vez menos habitual.
- **Alteraciones de sensibilidad en el área operada:** Se trata de sensaciones desagradables, punzantes, que pueden llegar a ser dolorosas. Su curso es crónico aunque su aparición es variable. No existe un tratamiento eficaz.
- **Alteraciones de la movilidad en el brazo operado:** Se producen por linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico. A veces, el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal, siendo frecuentes las contracturas musculares y el dolor de tipo inflamatorio.
- **Defectos estéticos locales:** Derivados de la mastectomía, de la reconstrucción o de radioterapia.

Las secuelas de tipo *psicológico* son:

- **Alteraciones psicológicas comunes:** Ansiedad, depresión, irritabilidad.
- **Fatiga psíquica:** Con dificultad de concentración y disminución de la memoria.
- **Miedo a la recaída y a la muerte.**
- **Cierta desestructuración sociofamiliar:** Aislamiento, soledad.

Las secuelas derivadas del resto de tratamientos son igualmente importantes:

- **Quimioterapia:** Fatiga física, dificultad de concentración, dolores musculares, amenorrea-menopausia.
- **Radioterapia:** Fatiga física, dermatitis postradioterapia y neumonitis.
- **Hormonoterapia:** Amenorrea-menopausia, alteraciones genitales y sobrepeso.

El grado en que afecten estas secuelas a cada mujer dependerá de la eficacia del trabajo de los equipos multidisciplinares y de la colaboración de las pacientes para prevenirlas.

61. ¿Qué puedo hacer para atajarlas?

Dependerá del tipo de problemas que tenga la mujer, pero hay actitudes generales que habría que adoptar de forma precoz durante el período postquirúrgico:

- Comenzar con las medidas de prevención del linfedema, según indicaciones de fisioterapia.
- Iniciar ejercicios de gimnasia para recuperar la movilidad.



- Solicitar a su médico información detallada sobre los posibles problemas agudos y crónicos que pudieran aparecer.
- Solicitar la intervención de una unidad de psicooncología, siempre que existan signos iniciales de estrés psíquico.

- Informarse sobre la enfermedad, pronóstico, tratamientos y sus repercusiones.
- Contactar y participar activamente en grupos de autoayuda, voluntariado y, sobre todo, con las asociaciones de mujeres afectadas por cáncer de mama de su ámbito local.



La **información** es el mejor remedio para afrontar la enfermedad, evitar complicaciones y estar preparada para resolverlas en caso de que éstas surjan.

Teniendo en cuenta la morbilidad y todas las posibles secuelas del cáncer de mama, así como su elevada frecuencia y supervivencia, es fácil comprender que existe un gran número de mujeres que precisan continua atención multidisciplinaria para poder mejorar su calidad de vida. Afortunadamente, las autoridades sanitarias son cada vez más conscientes de este problema, considerándolo no ya como un "lujo de pacientes privilegiadas" sino como una necesidad primaria y legítima que, por su dimensión, constituye un problema sanitario prioritario al que hay que darle la respuesta adecuada.

62. ¿Qué es el linfedema?

Cuando a una paciente se le practica la extirpación de los ganglios de la axila puede experimentar en la parte interna del brazo una insensibilidad que puede ser transitoria o permanente. Tras la cirugía de la axila puede ocurrir que los vasos linfáticos no drenen normalmente y los líquidos pueden acumularse y ocasionar hinchazón de la mano y del brazo, rigidez o dolor y pérdida de la movilidad en el brazo, conocido como linfedema.

Se denomina linfedema al acúmulo de líquido rico en proteínas (linfa) en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático. No tenemos actualmente ningún dato que nos ayude a predecir qué pacientes desarrollarán linfedema o no. Es una complicación que ocurre en una o dos mujeres de cada diez intervenidas. Si además de la cirugía reciben radioterapia en la axila el riesgo se incrementa hasta un 20-25% más. El linfedema se puede presentar inmediatamente después de la cirugía o meses o años más tarde.



Las pacientes deben tomar precauciones para intentar evitar el linfedema o, por lo menos, mantenerlo bajo control.

Entre las precauciones a tomar se encuentran:

- Evitar toda extracción de sangre en el brazo del mismo lado de la cirugía de la axila.
- Evitar coger peso con ese brazo o realizar ejercicios violentos.
- Aparición de cualquier sensación de tirantez o hinchazón alrededor del brazo o de la mano. Comunicarlo inmediatamente a su médico.
- Llevar guantes siempre que esté en el jardín o en cualquier actividad que comporte riesgo de cortarse.
- Hay que evitar heridas por pequeñas que sean (manicura, arañazos...) que pueden dar origen a una infección.
- Lo más importante es prevenir este trastorno con ejercicios de drenaje linfático, vendajes de compresión o medicación, según su intensidad.

Ante un linfedema, ¿cuáles son los tratamientos más habituales?

El objetivo del tratamiento del linfedema será: reducir el tamaño y mantener o restablecer la función y el aspecto de la extremidad afectada; así como evitar la aparición de complicaciones, especialmente las infecciosas.

El linfedema se trata con:

- Métodos físicos.
- Tratamientos farmacológicos.

– Los **métodos físicos** consisten en elevar el brazo o la pierna afectada; efectuar un drenaje linfático manual (el cual consiste en una forma especializada de dar masajes suaves que ayuden a circular los fluidos desde el final del miembro hacia el tronco del cuerpo), vestir ropa hecha a la medida que aplique una presión controlada alrededor del miembro afectado, limpiar la piel con cuidado alrededor del miembro afectado para evitar infecciones.



No se han encontrado diferencias significativas, en cuanto a la reducción del volumen del brazo, entre el drenaje linfático manual (DLM) versus drenaje linfático simple. Pero sí que se ha visto que existe una mejoría del dolor y de la sensación de la pesadez del brazo. El DLM es similar en eficacia a la presoterapia con bomba neumática intermitente.

Prendas de compresión. Cuando se usan prendas de vestir que aplican presión controlada, éstas deben cubrir toda el área afectada

por el edema. Es conveniente usar una bomba de presión que se envuelva en el brazo y aplique presión de forma intermitente, lo cual puede resultar beneficioso: en estos aparatos la manga se infla y desinfla automáticamente mediante un dispositivo cíclico controlado. Esta acción de bombeo se piensa que es lo que aumenta el movimiento de fluido en las venas y vasos linfáticos y evita que el fluido se acumule en el brazo. Esta bomba de presión debe ser controlada por un profesional de la salud debidamente capacitado.

El linfedema se puede tratar combinando varios tratamientos. A esto se le conoce como “**terapia descongestiva compleja**”, la cual consiste en el tratamiento manual del linfedema, vendaje con presión, ejercicios específicos, cuidado de la piel, y seguir con un programa de mantenimiento. La terapia física compleja debe realizarse bajo la supervisión de un profesional debidamente entrenado en estas técnicas.

- El **tratamiento farmacológico** se utiliza como adyuvante de otros tratamientos para el linfedema:

Para tratar de evitar las infecciones se pueden administrar antibióticos cuando exista riesgo para ello. Los diuréticos no son recomendados, porque incrementan la presión, y pueden producir una rápida recidiva del edema. Tampoco tienen indicación los anticoagulantes.



Los fármacos flavonoides muestran una tendencia a la reducción del volumen del miembro después de 6 meses de tratamiento, pero el efecto no es muy significativo.

La cirugía para tratar el linfedema generalmente ocasiona complicaciones, y muy raras veces se recomienda llevarla a cabo en pacientes con cáncer de mama.

64. ¿Qué consecuencias físicas o psicológicas pueden derivarse de esta situación?

Como el linfedema causa desfiguración y a veces es doloroso e incapacitante, puede ocasionar problemas de naturaleza mental, física o sexual. Varios estudios hacen notar que las mujeres que desarrollan linfedema después del tratamiento del cáncer de mama tienen mayores dificultades mentales, físicas y sexuales que las que nunca lo padecen. Las tensiones adicionales relacionadas con el linfedema pueden interferir con su tratamiento, que a menudo es doloroso, difícil y muy prolongado en el tiempo.

El lidiar con el linfedema en la parte superior del brazo después de un tratamiento para el cáncer de mama es particularmente difícil para aquellas pacientes que cuentan con poco apoyo social.

Las pacientes con linfedema podrían beneficiarse de orientación individual o colectiva que brinde información sobre cómo evitar el linfedema, el papel que juegan el régimen de alimentación y el ejercicio, y consejos sobre cómo escoger ropa cómoda y que quede bien, además de apoyo emocional. Esta misión está muy bien cubierta en las Asociaciones de Pacientes que funcionan en nuestro país.

65. ¿Qué respuestas pueden darse al linfedema?

La mejor respuesta que se puede dar al linfedema es intentar evitarlo. Actualmente tenemos la suerte de poder contar con la técnica del ganglio centinela, que se puede aplicar en un gran número de pacientes, y con ello podremos evitar la causa principal que produce este problema tan importante.

Como prevención del linfedema, ¿se puede bailar o hacer ejercicios que impliquen el uso del brazo afectado?

Las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema son fundamentales, ya que una vez que se establece el linfedema no existe un tratamiento curativo eficaz.

La prevención del linfedema debe comenzar inmediatamente tras la cirugía y requiere una serie de cuidados diarios por parte de la mujer.



Las medidas de prevención se iniciarán tras la intervención con movilidad de la mano y del brazo afecto, así como una serie de ejercicios respiratorios.



Progresivamente se irán introduciendo un mayor número de movimientos, que la paciente deberá llevar a cabo con suavidad y de forma repetitiva. Estos ejercicios son de mucha utilidad incluso inmediatamente después de la intervención quirúrgica, ya que también ayudan a movilizar la cicatriz. Estos ejercicios se le indicarán desde el equipo de profesionales que le trate y también en las Asociaciones de Pacientes.

Todos estos ejercicios que se le enseñarán servirán para:

- Evitar el incremento de la producción de linfa.
- No aumentar el bloqueo de eliminación de la linfa.

Existen factores que pueden favorecer la obstrucción de la linfa y por tanto el linfedema, como son:

- El calor excesivo.
- Ejercicio vigoroso.
- Infecciones en el brazo.
- Ropa apretada.

Por tanto, las recomendaciones de prevención van dirigidas a evitar estos factores:

- Extremar la higiene de la piel del brazo con jabones neutros.
- Aplicar crema hidratante tras el lavado.
- Evitar ropa apretada en el brazo afecto.
- Se deben extremar las precauciones para evitar las lesiones en la piel del brazo:

- Evitar extracciones de sangre, vacunas o la administración de medicamentos en ese brazo.
- No tomar la tensión en esa extremidad.
- No emplear sustancias tóxicas (lejía, amoníaco) sin llevar guantes
- Precauciones con la plancha, en la cocina.
- Utilizar guantes cuando se utilicen tijeras, cuchillos o cualquier elemento cortante.
- Evitar mordeduras y arañazos.
- Cuidado al realizar la manicura.



- Evitar el calor excesivo en el brazo.
- Evitar cargar excesivo peso en ese brazo.

No obstante, se puede hacer y es recomendable el realizar ejercicios, tales como hacer deporte (nadar, gimnasia adecuada), y también el ejercicio de bailar puede ayudar a realizar ejercicios armónicos en el brazo que pueden ser muy útiles y saludables para superar el problema del linfedema.



ASPECTOS A RECORDAR

- El tipo de efectos secundarios y su severidad dependen del tipo y dosis de quimioterapia que reciba la paciente y de cómo reaccione su organismo.
- La mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de terminar el tratamiento.
- Es importante saber que son trastornos comunes en el tratamiento y que pueden mejorar con diferentes hábitos o con medicamentos.
- Los efectos secundarios de la quimioterapia aparecen durante el tratamiento y suelen durar unos meses tras finalizarse éste.
- Uno de los efectos secundarios más traumáticos es la pérdida del cabello.
- Son procedimientos muy seguros y con escasas complicaciones de gravedad.
- La enfermedad que surge en la mujer como pieza clave del contexto sociofamiliar supone un importante desafío emocional tanto para la enferma como para su familia.
- El grado en que afecten estas secuelas a cada mujer dependerá de la eficacia del trabajo de los equipos multidisciplinares y de la colaboración de las pacientes para prevenirlas.
- La información es el mejor remedio para afrontar la enfermedad, evitar complicaciones y estar preparada para resolverlas en caso de que éstas surjan.
- El objetivo del tratamiento del linfedema será: reducir el tamaño y mantener o restablecer la función y el aspecto de la extremidad afecta; así como evitar la aparición de complicaciones, especialmente las infecciosas.

CONSEJOS Y RECOMENDACIONES TRAS EL TRATAMIENTO

67.

Consejos alimentarios: ¿qué tipos de alimentos refuerzan las defensas para preparar al organismo durante y después del tratamiento?

Es frecuente que los pacientes con cáncer presenten dificultades para alimentarse adecuadamente y, como consecuencia de ello, problemas nutricionales que pueden llegar a ser severos y generar desnutrición. Esta patología afecta a un 15-30% de las pacientes en el momento del diagnóstico y se eleva hasta el 80% en casos de cáncer avanzado.

Las causas que conducen al déficit nutricional son múltiples y agrupan factores relacionados con el individuo, el tumor (mecánicos y por la producción de determinadas sustancias) y con los tratamientos aplicados (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y sus efectos secundarios a medio y largo plazo.



El estado nutricional deteriorado tiene un efecto directo sobre la calidad de vida y sobre el pronóstico de la enfermedad neoplásica. Conduce a un desgaste físico progresivo con debilidad, agotamiento y alteración del sistema defensivo del organismo, lo que predispone a las infecciones. Además, produce una disminución en la respuesta al tratamiento, con aumento de la toxicidad del mismo.



Durante el tratamiento es frecuente que los pacientes presenten efectos secundarios que influyen negativamente en su adecuada alimentación: pérdida de apetito, náuseas y vómitos, llagas en la boca, diarrea o estreñimiento, cambios en el sabor de las comidas, etc. Por ello, es muy importante comer bien, lo que significa escoger una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes que el cuerpo necesita (proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y minerales). Es aconsejable comer alimentos ricos en calorías y proteínas como leche, queso, huevos, mantequilla, etc. Una de las dudas que plantean con frecuencia tanto las pacientes como sus familiares es si el aporte

de vitaminas, minerales y suplementos dietéticos es eficaz para luchar contra la enfermedad. No existe evidencia alguna de que estos suplementos tengan este efecto y por lo tanto no se deben recomendar.

De forma general, se pueden dar los siguientes consejos para estimular el apetito y mejorar la alimentación diaria: comer cuando se tenga apetito aunque sea fuera del horario convencional, repetir las comidas que mejor se toleren, caminar antes de las comidas para estimular el apetito, comer en un ambiente agradable y en compañía, utilizar platos grandes para que parezca que tenemos menos comida, comer purés y zumos en los que combinemos diferentes alimentos y resulten fáciles de ingerir, etc.



Con respecto a la bajada de defensas que produce el tratamiento, hay que incidir nuevamente en una alimentación completa y equilibrada, ya que no se puede decir que determinados alimentos eviten este problema. Lo que sí se pueden dar son determinados consejos cuando estamos ante un enfermo bajo en defensas: consumir alimentos cocinados



en lugar de crudos, comer fruta que se pueda pelar, evitar repostería con crema o nata, ingerir alimentos industrializados con control microbiológico estricto, no comer fiambres, queso ni requesón, cocinar con aceite de oliva virgen, añadir las especias o hierbas durante la cocción, emplear olla exprés (esteriliza), beber zumos de fruta o de vegetales envasados, lavarse las manos con frecuencia al cocinar.

Por último, hay que resaltar que si bien de forma general una adecuada alimentación es básica durante el tratamiento, también conocemos que para combatir algunos de los efectos secundarios más frecuentes del mismo determinados alimentos nos proporcionan una inestimable ayuda. Conocemos productos y recetas que pueden aliviar el estreñimiento, la diarrea, la mucositis, las náuseas, la sequedad de boca, etc. Leer libro: *Recetas de ayuda y de autoayuda para el enfermo oncológico* (ver referencia en *Lecturas recomendadas*).

68.

¿Qué medidas de higiene y nutrición debo seguir?

En cuanto a los alimentos a tomar, no tienen por qué ser especiales, pero sí formar parte de lo que se conoce como alimentación equilibrada.

Los alimentos especialmente recomendados son las verduras frescas y cocidas. Productos lácteos y alimentos que contengan fibra. De los alimentos que no hay que abusar es de los frutos secos, pues pueden producir estreñimiento, y de las grasas, pues pueden favorecer el aumento de peso. También es muy recomendable beber agua a lo largo de todo el día.



¿Puedo hacer ejercicio estando operada de cáncer de mama?

Desde hace años se sabe que el ejercicio físico disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama. Se ha calculado que practicar una hora diaria de ejercicio físico mediano o intenso disminuye un 30% el riesgo de padecer este cáncer. Este riesgo baja un 15% si la mujer practica ejercicio durante media hora cada día.



Además del efecto beneficioso en la prevención del cáncer, se ha demostrado que el ejercicio físico ejerce un efecto positivo en aquellas mujeres intervenidas de cáncer de mama. Recientemente, un estudio publicado en julio de 2006, realizado en Canadá por la fisioterapeuta Margaret McNeely, comprobó que el ejercicio tenía un efecto positivo después del tratamiento, induciendo mejoría de la capacidad respiratoria y disminución de la fatiga. Por otra parte se comprobó que aumentaba la calidad de vida de las pacientes: ayuda a sentirse mejor y permite volver antes a las actividades de la vida normal.



Para una mujer intervenida de cáncer de mama la práctica de ejercicio será de gran ayuda para recuperar la fuerza y el movimiento en su brazo. Asimismo, servirá para disminuir el dolor y la rigidez del hombro. Estos ejercicios se iniciarán en el postoperatorio inmediato, bajo la supervisión y el adiestramiento del personal sanitario, comenzando de forma lenta y suave para ir progresando hasta convertirse en práctica habitual para la mujer.

Otros beneficios demostrados del ejercicio son sus efectos cardiosaludables y la prevención de la osteoporosis, que se desarrolla con más fre-

cuencia en mujeres con cáncer de mama tanto por el tratamiento quimioterápico como por la inducción de menopausia temprana como por el empleo de tratamientos hormonales de última generación.



Por lo tanto, debemos aconsejar a las mujeres intervenidas de cáncer de mama la práctica de ejercicio físico. Desde un punto de vista práctico, dicho ejercicio será continuado y progresivo, que no suponga agotamiento de la paciente (caminar, natación, etc.). No debemos forzar el cuerpo durante la fase de tratamiento (cirugía, radio y quimioterapia) y tendremos siempre

en cuenta que con la extremidad sometida a linfadenectomía axilar los ejercicios serán suaves y con descansos intermitentes.

70. ¿Qué desodorante es conveniente usar?

En la década de los noventa una serie de noticias relacionaban el empleo de determinados desodorantes y antitranspirantes con el desarrollo de cáncer de mama. Se lanzó la idea de que determinados componentes, como los parabenes y las sales de aluminio, aumentarían de forma notable el riesgo de padecer esta neoplasia. Los parabenes tendrían un efecto similar a los estrógenos y las sales de aluminio producirían alteraciones en el ADN que desencadenarían el proceso tumoral. Por otra parte, se elaboró la teoría de que estas sustancias se acumularían en la zona axilar y al no poder ser eliminadas por el sudor (efecto del antitranspirante) darían lugar al cáncer.

Las principales sociedades científicas rechazaron estas teorías basándose en los siguientes puntos: los parabenes son un tipo de conservantes que se encuentran en muchos productos de uso diario como

cosméticos, champús, fijadores e incluso algunos alimentos. Por otra parte, el aluminio es uno de los elementos más comunes de la Tierra y los humanos entramos en contacto con él a diario. Se calcula que la exposición al aluminio que contienen los antitranspirantes equivale a un 2,5% de la cantidad de aluminio presente en una dieta típica y no hay prueba alguna que demuestre que se acumula en el tejido mamario ni que pueda afectar al ADN humano. Por último, la principal función del sudor no es eliminar toxinas (función primordial del riñón y el hígado), sino producir evaporación y refrigerar la piel.

A pesar de estas aclaraciones, no se dispuso de evidencia científica para refutar la teoría del efecto tumoral de estos productos cosméticos hasta el año 2002, con la publicación de un estudio realizado en EE.UU. con la participación de unas 1.600 mujeres (806 con cáncer de mama y 793 controles sanas). Este estudio se publicó el 16 de octubre de 2002 en el *Journal of the Nacional Cancer Institute* y demuestra que no existe relación alguna entre el empleo de desodorantes o antitranspirantes y el cáncer de mama. El 25% de las pacientes de cáncer de mama y el 30% de los controles utilizaban antitranspirantes habitualmente; el 41% de las pacientes y el 38% de los controles utilizaban desodorantes. Las diferencias no eran superiores a las imputables al azar.

Uno de los factores que pueden alimentar este mito entre las mujeres es el hecho de que se recomiende no emplear ni desodorantes ni antitranspirantes cuando se va a realizar una mamografía. La explicación es bien sencilla, y no se encuentra en razones de seguridad para la paciente, sino en el hecho de que los restos de estos productos pueden dar lugar a falsas imágenes radiológicas.

Por lo tanto, no disponemos de datos para desaconsejar el empleo de desodorantes en las pacientes intervenidas de cáncer de mama. Por las especiales características de la re-



gión axilar sometida a cirugía, y en ocasiones a radioterapia, deberemos usar aquellos menos irritantes, preferiblemente con menor cantidad de alcohol.

71. ¿Podré levantar pesos con el brazo operado?

En principio no, aunque pueden levantarse pesos ligeros si no suponen un gran esfuerzo.

Después de la cirugía, la paciente debe ser instruida por su cirujano, enfermera o fisioterapeuta de cómo debe ejercitar su brazo para recuperar la movilidad y evitar el linfedema. Entre las medidas de prevención del linfedema y linfoangitis están los cuidados higiénicos del brazo, evitar exposición a fuentes de calor, evitar agresiones en la piel y también evitar sobreesfuerzos físicos con el miembro superior. El trabajo físico provoca una sobrecarga mecánica a nivel muscular, por lo que aumenta el flujo sanguíneo y, a su vez, el linfático, provocándose su acumulación. Basta recordar que el linfedema no es sólo una complicación invalidante sino un defecto estético en pacientes que de por sí tienen ya alterada su imagen corporal.



La existencia de falta de movilidad del miembro superior o del hombro y la presencia de contracturas o de osteoporosis limitan aún más la funcionalidad del brazo. Todos estos problemas se acentúan si la paciente es diestra y está operada de la axila derecha.



Sin embargo, no podemos convertir a la mujer en una "inválida", por lo que se recomienda que vaya reincorporándose gradualmente a sus actividades cotidianas siempre que aplique las precauciones necesarias.

A veces la mujer realiza una ocupación en la que no puede evitar el trabajo físico (ama de casa, limpiadora o cocinera, por ejemplo), y en este caso se recomienda que el ejercicio sea suave y durante cortos períodos de tiempo, intercalados con descanso siempre que se pueda.

72. ¿Me podré vestir normalmente?

Habitualmente, sí. Al principio existe un déficit de movilidad que afecta al brazo y hombro operado y que con los ejercicios correspondientes suele recuperarse en unas 4-6 semanas.

Durante este período es frecuente que la paciente precise ayuda para vestirse, recomendándose que sea el propio marido quien le ayude para que así vaya implicándose en la nueva situación. Posteriormente, si no hay otro problema, la mujer podrá vestirse autónomamente, con normalidad.



En cuanto al tipo de ropa, sólo comentaremos que hoy en día existe toda clase de prendas (línea de baño, lencería, etc.) específica para mujeres que hayan sido sometidas a mastectomía.

73.

¿Cómo me puedo vestir? Es difícil encontrar ropa interior bonita

Lo cierto es que existe cada vez más variedad en ropa interior y de baño diseñada especialmente para la mujer mastectomizada, prendas que combinan la comodidad a la hora de llevar una prótesis sintiéndola como parte del cuerpo con diseños actuales disponibles para todas las edades.



Es verdad que en algunas localidades es difícil encontrar ropa interior bonita en nuestros centros comerciales convencionales, ya que no todos los empresarios apuestan por invertir en firmas que actualmente están especializándose en las necesidades de las mujeres mastectomizadas.

Para vestir de calle o en ocasiones especiales toda mujer puede seguir utilizando su vestuario habitual y sentirse cómoda tanto interior como exteriormente. No necesariamente la mujer tiene que llevar grandes escotes para sentirse atractiva y bien vestida.

74.

En la paciente con prótesis, el dormir boca abajo, ¿puede tener alguna anomalía o problema?

No, la paciente con prótesis puede hacer una vida totalmente normal. Sólo cuando existen complicaciones como infecciones, dolor, rechazo, etc., se evitarán las posturas que resulten molestas.



Existen muchos mitos acerca de las prótesis, aunque, por fortuna, cada vez hay más información y las mujeres que desean reconstruirse conocen bien este tema. Así, una de las dudas más frecuentes es si producen cáncer, habiéndose demostrado que no. Por otra parte, tampoco supone un factor de riesgo en las revisiones ya que no afectan a la exploración o pruebas complementarias. Tampoco impide los tratamientos oncológicos, aunque si se ha implantado de forma precoz y la paciente precisa radioterapia, el resultado estético puede comprometerse.

75.

Si me quitan la mama y pierdo la regla con los tratamientos, ¿mi vida habrá terminado como pareja de cara a la sexualidad?

Existen multitud de trabajos acerca de la alteración de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Los factores que influyen en estas alteraciones son variados y se interrelacionan entre sí. Puede decirse, según los estudios, que más del 40% de las pacientes han presentado alteración importante de su sexualidad.

Los *problemas psicológicos* (temor, ansiedad, depresión, etc.), tan frecuentes en la mayoría de las pacientes, provocan desconcentración, astenia, disminución de la libido, imposibilidad de orgasmo, miedo al rechazo, introversión y, en definitiva, empeoramiento de las relaciones sexuales. Asimismo, las *alteraciones físicas* por los tratamientos suponen también un notable déficit en las relaciones sexuales. La cirugía provoca alteración de la imagen corporal, dolor y dificultad de movilización. Es de resaltar que la influencia en la sexología se realiza independien-



temente del tipo de cirugía: mastectomía radical, conservadora o con reconstrucción. Los tratamientos oncológicos, a su vez, producen: pérdida de la libido, astenia, náuseas, amenorrea, alteraciones en genitales externos (sequedad y prurito vaginal, dolor durante el coito, etc.).

A todo ello habría que sumar otros dos factores que influyen negativamente: la falta de colaboración conyugal y el miedo de la paciente al embarazo.

Con todo este panorama es difícil tener una sexualidad normal en relación a la habitual de cada pareja. Pero la vida sexual no se termina por ello. Actualmente, distintos equipos de profesionales (psicólogos, sexólogos, enfermeras) están identificando todos estos problemas para diseñar estrategias que aporten soluciones a estas mujeres. Se recomienda la implicación de la pareja y que cada mujer solicite a su médico este tipo de apoyo lo antes posible.

76. ¿Qué actitud o qué debe conocer mi pareja sobre nuestra relación después de una mastectomía?

La sexualidad es una función compleja que involucra aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y del comportamiento de un individuo. Es importante reconocer que un funcionamiento sexual "normal" engloba una amplia gama de factores. A fin



de cuentas, la sexualidad la define cada paciente y su pareja de acuerdo con la edad, el sexo, las actitudes personales y los valores religiosos y culturales.

La respuesta sexual de una persona puede verse afectada de diversas maneras. Las causas más comunes de disfunción sexual a menudo tienen origen físico y psicológico. Entre los primeros se encuentran: la pérdida del funcionamiento sexual por los efectos del tratamiento del cáncer, la fatiga y el dolor. La cirugía y la quimioterapia pueden tener un impacto físico directo en la función sexual. Otros factores que pueden contribuir a la disfunción sexual son los medicamentos contra el dolor, la depresión, los sentimientos de culpabilidad por las creencias erróneas sobre el origen del cáncer, los cambios en la imagen corporal después de la cirugía y el estrés originado por las relaciones personales.

Hay que insistir en el hecho de que por que se le haya realizado una mastectomía a una mujer el deseo sexual en ella es menor. Siempre en



la relación de pareja es muy importante la comunicación pero más en estos momentos en que pueden existir miedos y tabús condicionados por nuestra cultura que deban ser erradicados. La pareja también puede sentir temor y ansiedad en iniciar las relaciones, o que éstas puedan causar molestias físicas. Las pacientes y sus

parejas deben hablar sobre sus preocupaciones entre sí, y con el médico u otro profesional si fuera necesario. Es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos, las preocupaciones y las preferencias.

77.

¿Influirán estos tratamientos en la relación con mis hijos?

Cuando una persona es diagnosticada de cáncer, tanto el propio paciente como los miembros de la familia pueden reaccionar de manera diferente. La aceptación del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios exigen la necesidad de adaptación del paciente y de sus allegados. El estrés que acompaña a todo el proceso puede alterar las relaciones familiares, y uno de los grupos más vulnerables son los hijos.

Especialmente los niños. En el caso de hijos mayores, el cáncer y el tratamiento deben de servir para estrechar los vínculos, es un momento importante para que el hijo sienta más que nunca la cercanía de su madre y ésta a su vez sienta el apoyo y el cariño de sus hijos.

Con respecto a los niños, es muy importante comunicarse con ellos. La cantidad de información que se les dará depende de su edad y de su capacidad de comprensión. El objetivo es que pregunten y puedan expresar sus sentimientos: podremos detectar así determinados problemas, como el sentimiento de culpa que tienden a desarrollar.





Una serie de consejos pueden ayudar en este sentido:

- Explicarles que el cáncer no es contagioso.
- Ofrecerles la información poco a poco.
- Asegurarles que no son culpables de la enfermedad.
- No mentirles.
- Animarles a que hagan preguntas.
- Prepararles para los cambios físicos del paciente.
- No ofrecer explicaciones largas ni complicadas.
- Expresarles que se les quiere.

Deberemos mantener al máximo las rutinas diarias, evitando que los niños duerman fuera de casa. Seguiremos de cerca su evolución en la escuela y en todo momento estaremos atentos a posibles signos de alarma. Cuando detectemos que el pequeño está preocupado, temeroso, que no expresa sus sentimientos o que su comportamiento está cambiando, nos plantearemos la posibilidad de buscar ayuda especializada.

ASPECTOS A RECORDAR

- El estado nutricional deteriorado tiene un efecto directo sobre la calidad de vida y sobre el pronóstico de la enfermedad neoplásica.
- De forma general una adecuada alimentación es básica durante el tratamiento.
- El ejercicio físico ejerce un efecto positivo en aquellas mujeres intervenidas de cáncer de mama.
- La paciente con prótesis puede hacer una vida totalmente normal.
- Siempre en la relación de pareja es muy importante la comunicación pero más en estos momentos en que puede existir miedos y tabúes condicionados por nuestra cultura que deban ser erradicados.
- La aceptación del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios exigen la necesidad de adaptación del paciente y de sus allegados.

OTROS TRATAMIENTOS Y NUEVOS ESTUDIOS

78. **¿Existen nuevos tratamientos? ¿Tienen utilidad los tratamientos naturales: hierbas, homeopatía, etc.?**

La medicina complementaria y alternativa, también conocida como medicina integral, consta de una serie extensa de filosofías, enfoques y terapias. Un tratamiento se denomina complementario cuando se usa además de los tratamientos convencionales; cuando se usa en vez de los tratamientos convencionales se le denomina medicina alternativa. Dependiendo de cómo se utilicen algunas terapias, éstas pueden ser consideradas complementarias o alternativas.



Las terapias complementarias o alternativas se utilizan como un esfuerzo para prevenir la enfermedad, reducir el estrés, prevenir o reducir los efectos secundarios y los síntomas, o con el fin de controlar o curar la enfermedad. Entre algunos de los métodos complementarios o alternativos comúnmente utilizados se encuentran las intervenciones que tratan sobre el control mental/corporal, como la visualización o relajación, curación manual, incluyendo la acupuntura y los masajes, homeopatía, vitaminas o productos herbáceos y acupuntura.

Aunque existen pocos estudios sobre el uso de las terapias complementarias y alternativas contra el cáncer, un estudio a gran escala encontró que el porcentaje de pacientes en Estados Unidos que utiliza estas terapias era del 9%.

A menudo, es muy poco lo que se sabe acerca de la seguridad y eficacia de los métodos complementarios y alternativos. Algunas de estas terapias complementarias o alternativas no han sido sujetas a evaluaciones rigurosas.

Las pacientes que se planteen utilizar alguna medicina complementaria o alternativa deben consultarlo con su médico, como lo harían con cualquier otro enfoque terapéutico, ya que algunas terapias complementarias y alternativas pueden interferir con su tratamiento estándar o con el tratamiento convencional.

79. ¿Qué es un ensayo clínico? ¿Seré conejo de indias si me someto a uno?

Existen diversos tratamientos para las pacientes con cáncer de mama. Algunos tratamientos se consideran estándar y otros se encuentran en evaluación en estudios clínicos. Antes de iniciar un tratamiento es conveniente informar a las pacientes sobre la posibilidad de participar en un ensayo clínico.



Un ensayo clínico consiste en un estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre nuevos tratamientos. Cuando un ensayo clínico demuestra que un nuevo tratamiento es mejor que el utilizado actualmente como "estándar", el

nuevo tratamiento se puede convertir en el tratamiento estándar. Sólo se ponen en marcha ensayos clínicos cuando se tienen razones objetivas para creer que el tratamiento a evaluar es probablemente superior que el que se dispone como estándar.



Para poder ser más eficaces en el tratamiento del cáncer de mama es imprescindible realizar ensayos clínicos. En estos estudios se comparan dos o más grupos de pacientes que reciben tratamientos diferentes. Tales estudios pueden demostrar si los nuevos tratamientos son más efectivos o menos que los estándar y en qué forma se comparan los efectos secundarios. Las personas que participan en los estudios clínicos tienen la primera oportunidad de recibir los beneficios de los nuevos tratamientos y, al mismo tiempo, contribuyen a aumentar el conocimiento médico, para poder tratar mejor a las pacientes con cáncer de mama.

La búsqueda de mejores tratamientos para el cáncer comienza con la investigación básica, que se hace en el laboratorio y en estudios con animales. Los mejores resultados de esta investigación se utilizan más tarde en estudios con pacientes, con la esperanza de que estos estudios clínicos lleven a otros descubrimientos que permitan ayudar a muchos pacientes de cáncer.

Participar en un ensayo clínico es totalmente voluntario. Y el médico debe explicar con todo detalle en qué consiste, y además debe entregar a la paciente un documento escrito en donde se explicarán todos los detalles del tra-



tamiento, las pruebas a realizar y los posibles beneficios y riesgos, para que la paciente decida libremente si desea participar en el ensayo clínico o no. A este documento se le llama "consentimiento informado" y es una parte muy importante para valorar un buen ensayo clínico. Después de firmar este documento y del inicio del ensayo, la paciente puede abandonarlo en cualquier momento, por cualquier razón.

El participar en un ensayo clínico es una opción apropiada para las pacientes con cáncer de mama en cualquier estadio de la enfermedad en que se encuentren. Además, participar en un ensayo no le impide recibir cualquier otro tipo de tratamiento de soporte que se precise.

Participar en un ensayo clínico puede ayudar directamente a la paciente que participa y, sobre todo, puede ayudar a cualquier mujer con esta enfermedad en el futuro.

80. ¿Se tiene derecho a participar en ensayos clínicos?

Naturalmente que sí. Cuando el oncólogo responsable de una paciente considera que ésta es subsidiaria por su patología de participar en un ensayo clínico abierto en su Centro, tras discutir las diferentes opciones terapéuticas, debe ofrecerle la posibilidad de participar en el mismo. Una condición indispensable es que la paciente acepte expresamente participar firmando un documento de consentimiento informado específico para el ensayo.



81.

¿Qué beneficios se derivan de los ensayos clínicos?

La medicina en general y la oncología en particular están en permanente avance como consecuencia de una continua labor investigadora en la búsqueda de tratamientos más eficaces y menos tóxicos. Cuando la investigación en el laboratorio comprueba que una sustancia puede resultar prometedora en la lucha frente al cáncer de mama, se pone en marcha un

complejo proceso que tiene como objetivo valorar su aportación real en el tratamiento de las pacientes. La última fase de este proceso de investigación clínica es la utilización en pacientes portadoras de la enfermedad para compararlos con los tratamientos ya existentes. Son los denominados ensayos clínicos, y se realizan bajo estrictas medidas de control por parte de diferentes organismos reguladores.



Estos ensayos están por lo tanto diseñados para responder a cuestiones importantes y para averiguar si el nuevo enfoque es útil y seguro. Generalmente se suele probar primero en pacientes con enfermedad avanzada para después incorporar los nuevos medicamentos a la fase precoz de la enfermedad.

De la participación en los ensayos clínicos se obtienen dos tipos principales de beneficios: por un lado; la posibilidad de recibir un tratamiento más eficaz hasta que éste es aprobado (como ha ocurrido recientemente con los taxanos o el Herceptín); por otra parte supone una importantísima contribución al avance de la ciencia médica.

En la actualidad están en marcha multitud de ensayos clínicos que investigan nuevos agentes quimioterápicos, nuevas drogas en el campo de la hormonoterapia, mejores tratamientos de soporte para reducir o evitar la toxicidad de los medicamentos, etc. Sin duda alguna, uno de los campos más prometedores es el desarrollo de sustancias dirigidas específicamente frente a dianas presentes en las células tumorales, lo que aporta mayor eficacia con escasa toxicidad. El principal exponente de esta modalidad de tratamiento es el Herceptín (trastuzumab), medicamento que tras los espectaculares resultados que ha obtenido en los ensayos clínicos reali-



zados, ha sido aprobado para el tratamiento de cáncer de mama precoz en aquellas pacientes que sobreexpresan la proteína Her 2+.

82.

¿Qué estudios se están desarrollando para encontrar formas mejores de prevenir y tratar el cáncer de mama?

Después de muchos años de empleo de tamoxifeno en el tratamiento del cáncer de mama, algunos estudios demostraron que en las enfermas que lo utilizaban disminuía la incidencia de tumores en la mama contralateral. Ésta fue la base para que se planteara un ambicioso ensayo clínico en el que se quería comprobar si el tamoxifeno era capaz de reducir las posibilidades de desarrollar cáncer de mama en mujeres con riesgo aumentado. El estudio se denominó NSABP-P1 y

participaron 13.338 mujeres que fueron divididas en dos grupos: las que tomarían tamoxifeno frente a las que no lo tomarían. Se comprobó que había una disminución del 50% en la incidencia de cáncer de mama invasivo en las que tomaron tamoxifeno. Tras este estudio, se aprobó el uso de tamoxifeno en la prevención de cáncer de mama en mujeres de riesgo.

En la actualidad se están llevando a cabo diferentes ensayos clínicos con otros medicamentos en el campo de la prevención, entre los que destacan:

- **Raloxifeno:** Droga de efecto similar al tamoxifeno.
- **Inhibidores de aromatasa:** Considerados en la actualidad como las drogas más eficaces en el manejo de pacientes postmenopáusicas.
- **Retinoides:** Son un grupo de compuestos que integran análogos y metabolitos de la vitamina A y ejercen un papel importante en la regulación del crecimiento y la diferenciación celular.

ASPECTOS A RECORDAR

- Las pacientes que se planteen utilizar medicina complementaria o alternativa deben consultarlo con su médico.
- Antes de iniciar un tratamiento es conveniente informar a las pacientes sobre la posibilidad de participar en un ensayo clínico.
- Participar en un ensayo clínico puede ayudar directamente a la paciente que participa, y sobre todo, puede ayudar a cualquier mujer con esta enfermedad en el futuro.

APOYO PSICOLÓGICO

83. ¿Qué es una psicooncóloga?

Un psicooncólogo/a es un psicólogo clínico especializado en el manejo tanto de los pacientes con cáncer como de sus familiares.

Hoy en día existe un reconocimiento explícito en que para lograr un óptimo nivel de calidad en la atención al paciente con cáncer es imprescindible disponer de una adecuada asistencia psicológica. El personal sanitario de las unidades de oncología, además de estar sometido a numerosas fuentes de estrés que surgen diariamente, se ve obligado a afrontar los problemas psicosociales de los pacientes y sus familiares sin tener el adiestramiento necesario. Para cubrir esta atención se precisa de los servicios de un psicooncólogo/a.



Los diferentes planes oncológicos desarrollados por la Administración reflejan entre sus recomendaciones la necesidad de que todas las unidades de oncología cuenten con al menos un psicólogo. Asimismo, el Plan Integral del Cáncer, del Sistema Nacional de Salud, recoge entre

las carencias más importantes la de una adecuada asistencia psicosocial del paciente y propone entre sus estándares la necesidad de la integración del apoyo psicosocial en el plan terapéutico.

84. ¿Es importante recibir apoyo psicológico?

Sí. Ya desde hace años se sabe que el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer se acompaña de problemas psicosociales en un gran número de pacientes. El 47% de los pacientes padecen trastornos psicológicos y psiquiátricos que precisan atención especializada, e incluso, hasta la mitad de los que no reúnen criterios para ser incluidos en ninguna categoría diagnóstica, muestran síntomas de estrés en relación con el proceso de su enfermedad.



La labor asistencial se dirigirá tanto al paciente como a su familia y tendrá como objetivos:

- Mejorar la calidad de vida del paciente y su adaptación y la de su familia tanto a los tratamientos como al propio proceso de la enfermedad.
- Proporcionar un cuidado asistencial desde un punto de vista más humanista de cara a disminuir el impacto que supone la dinámica hospitalaria en sí.
- Reducir la responsabilidad del personal sanitario de proporcionar soporte psicológico a la unidad familiar afectada, aliviando así la carga de estrés por ambas partes.

85.

¿En qué casos?

En general, se puede decir que todas las pacientes se benefician de terapia de apoyo, orientada a facilitar la expresión emocional y el manejo de los problemas asociados a la enfermedad oncológica. Los estudios han demostrado que aquellas pacientes que reciben este tipo de terapia aumentan su capacidad de resolver problemas, de regular sus pensamientos y sentimientos negativos, así como de manifestar sus emociones y no inhibirlas ni evitarlas. Esto influirá notablemente en la calidad de vida.

86.

Si voy a morir, ¿pueden ayudarme a afrontar la situación? Necesito dejar muchas cosas aclaradas y preparar a mi familia para mi ausencia

Afortunadamente, las pacientes con cáncer de mama que puedan encontrarse en esta situación son una minoría; no obstante, en oncología estos problemas se plantean con cierta frecuencia. En nuestra sociedad actual, donde impera la imagen, el poder, el dinero y el éxito, no hay sitio para la muerte. Se vive de espaldas a una realidad tan intrínseca al hombre como su propia vida. Por otra parte, en nuestra cultura mediterránea impera el efecto protector de ocultar las malas noticias al enfermo. En base a estos dos argumentos y otros similares se puede entender por qué en nuestra práctica clínica es inusual que el médico enfoque con detalle el proceso paliativo y la proximidad de la muerte.

En los países anglosajones, y sobre todo en los del norte de Europa, es frecuente que los pacientes compartan sus evoluciones y pronósticos

hasta el final, preparándose para el “último viaje”. Los estudios realizados por expertos y nuestra propia experiencia nos demuestran que en estos casos (siempre que exista un buen control sintomático y buen nivel de conciencia) todo son ventajas cuando un paciente espera su muerte. Así, el paciente vive sus últimos días en paz, con sosiego, con la tranquilidad del deber cumplido y, paradójicamente, con total intensidad vital, disfrutando cada minuto.

También ha tenido tiempo de resolver cuestiones personales (económicas, familiares, laborales) y espirituales.

En nuestro país es frecuente informar con veracidad al enfermo sobre su pronóstico e incluso sobre la posibilidad de muerte cercana, pero es excepcional que se plantee una estrategia de afrontamiento conjunta durante este período. En principio, el paciente no se siente preparado para demandar ese apoyo e información ya que, aunque lo intuye, prefiere dejar al azar el momento de su fin. Por otra parte, el profesional no suele estar preparado para este tipo de afrontamiento, faltando en muchas ocasiones la implicación de una unidad de psicología.

Afortunadamente, con el actual desarrollo en España de las Unidades de Cuidados Paliativos, donde existen equipos multiprofesionales, ya es posible ofrecer este tipo de apoyo a todos los pacientes que lo necesiten.

ASPECTOS A RECORDAR

- Un psicooncólogo/a es un psicólogo clínico especializado en el manejo tanto de las pacientes con cáncer como de sus familiares.
- En general, se puede decir que todas las pacientes se benefician de terapia de apoyo, orientada a facilitar la expresión emocional y el manejo de los problemas asociados a la enfermedad oncológica.
- Con el actual desarrollo en España de las Unidades de Cuidados Paliativos, donde existen equipos multiprofesionales, ya es posible ofrecer este tipo de apoyo a todos los pacientes que lo necesiten.

PROBLEMAS SOCIALES Y LABORALES

87. ¿Origina problemas laborales el cáncer de mama?

En principio, sí. Durante las fases de diagnóstico y tratamiento, que suelen comprender un período aproximado de seis meses, es norma habitual que la paciente permanezca de baja laboral médica.

Posteriormente la mayoría de las mujeres se reincorporan con "normalidad" a su trabajo habitual, aunque deben hacer un esfuerzo añadido para recuperar el entorno socio-laboral del que disfrutaban previamente a la enfermedad.



El problema se plantea cuando el tipo de trabajo requiere una actividad física incompatible con el grado de funcionalidad postquirúrgico (fuerza, movilidad) de la mujer o con la prevención del linfedema que, como ya dijimos, exige evitar sobreesfuerzos físicos. Se trata de trabajos de carga y esfuerzo continuo. En estos casos se debe solicitar, siempre que se pueda, una reubicación más apropiada dentro de la propia empresa.

En otras ocasiones la vida después de superar el cáncer se replantea en términos de mayor tranquilidad y descanso, lo que predispone a la paciente a optar por otro tipo de ocupación. No obstante, en ningún caso es admisible la discriminación laboral que pudiera sufrir cualquier mujer por el hecho de haber padecido cáncer de mama.

88.

¿Qué grados de incapacidad pueden derivarse de un cáncer de mama?

Hay que distinguir entre el *grado de incapacidad laboral*, que concede la Seguridad Social, y el *grado de minusvalía* que depende de los organismos de igualdad y bienestar social. Según la legislación vigente, exponemos a modo de resumen los conceptos de incapacidad y de minusvalía.

Incapacidad laboral

Para asignar el grado de incapacidad laboral permanente se tiene en cuenta el pronóstico del cáncer y las secuelas que hayan quedado, una vez realizado los tratamientos oportunos y la influencia de estas secuelas en el puesto de trabajo que realice la persona a valorar. Además hay que valorar al paciente en su conjunto, sumando el resto de patologías no oncológicas que también pudiera padecer. Cada caso es diferente por lo que, para empezar, se recomienda que consultemos la situación con nuestro médico de familia.

Con todos estos datos el tribunal médico asignará uno de los siguientes *grados de invalidez permanente*:

1. **Incapacidad permanente** total para la profesión habitual: Inhabilita al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

2. *Incapacidad permanente absoluta* para todo trabajo: Inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. (Esta incapacidad se suele asignar cuando existe metástasis).
3. *Gran invalidez*: La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida (comer, vestirse, desplazarse o análogos).

Grado de minusvalía

Es el resultado de combinar la discapacidad física, psíquica y/o sensorial, más los factores sociales complementarios. El grado de discapacidad son las limitaciones que la persona tiene para realizar las actividades de vida diaria que se consideran normales en un ser humano (autocuidados, comunicación, funciones sensoriales, motoras, sexuales, actividad social, etc.).

En relación con el cáncer existen *cinco clases o grados de capacidad*:

- Clase I (0 %): El solicitante debe estar diagnosticado de enfermedad neoplásica, necesitar o no tratamiento y su grado de discapacidad es nulo.
- Clase II (1-24%): Estar diagnosticado de enfermedad neoplásica, necesitando tratamiento continuado y su grado de discapacidad es leve.
- Clase III (25-49%): Estar diagnosticado de enfermedad neoplásica, necesitando tratamiento continuado y su grado de discapacidad es moderado.
- Clase IV (50-70%): Estar diagnosticado de enfermedad neoplásica y su grado de discapacidad es grave.
- Clase V (75%): Estar diagnosticado de enfermedad neoplásica, con grado de discapacidad muy grave, necesitando de otra persona para las actividades de la vida diaria y otros cuidados.

En el caso concreto del cáncer de mama, una vez diagnosticado, si es posible realizar tratamiento curativo, se valorará a los seis meses de la intervención si el tratamiento fuese sólo quirúrgico. Si necesitase tratamiento quimioterápico o radioterápico, se debe esperar a la finalización de estos tratamientos para la valoración. La valoración médica que se realiza entonces es la de las secuelas que quedan después de estos tratamientos; generalmente éstas consisten en limitación de movilidad en hombro, alteración de la sensibilidad en brazo afecto y posible linfedema. En un tanto por ciento elevado esta valoración suele encontrarse en una clase II (1-24%).

Si se trata de un cáncer con tratamiento paliativo la valoración se puede hacer inmediatamente y se tendrán en cuenta los efectos de los tratamientos. En caso que hubiera metástasis, se valorarán el grado de discapacidad del solicitante y se pasará a la clase siguiente a la correspondiente por su situación clínica.

Por desgracia, en muchos casos las necesidades y limitaciones de nuestras pacientes no se ven correspondidas con las valoraciones médicas oficiales, por lo que es fundamental que la mujer esté siempre bien informada y disponga de asesoramiento médico laboral.

89.

**¿Qué hacer si el cáncer de mama impide desarrollar el trabajo o profesión habitual?
¿Puede solicitarse un cambio de puesto de trabajo?**

En principio sí es posible solicitar el cambio de puesto de trabajo. Dependerá de la disponibilidad de la empresa y de las limitaciones de la interesada. Para ello es conveniente proveerse de los informes clínicos necesarios, contactar con nuestro médico de Atención Primaria, y con los departamentos sindicales y de salud laboral de la empresa.



Las limitaciones más frecuentes son las propias en la prevención del linfedema en pacientes con intervención axilar, debiendo por tanto evitar con el miembro operado la realización de sobreesfuerzos físicos, trabajos de carga o que estén sometidos a elevadas temperaturas, que por desgracia son frecuentes en nuestro medio (cocineras, servicio doméstico, agricultura, comercio o ama de casa, etc.). Por otra parte, la mastectomía radical o parcial provoca alteraciones motoras y de sensibilidad que también justifican evitar el sobreesfuerzo físico.

Aunque es aconsejable reincorporarse al trabajo habitual en cuanto se pueda, en muchas ocasiones las limitaciones pueden impedirlo por lo que hay que adaptarse a un nuevo tipo de vida, manteniendo la actividad que nos permita el organismo. Así, los pacientes que sean autónomos o que no puedan mejorar su puesto de trabajo tendrán que valorar el hecho de mantener el mismo ritmo laboral, cambiar de tipo de trabajo o una renuncia compensada a continuar trabajando.

90.

¿Puede afectar el cáncer de mama a las relaciones sociales?

Habitualmente, sí. El cáncer es una enfermedad social y la mujer actualmente no es sólo la pieza clave de la dinámica familiar, sino un elemento tanto o más indispensable que el hombre en el complejo entramado sociolaboral.

Inicialmente la paciente pierde su papel social y se siente excluida, debiendo pos-



poner con urgencia todos sus proyectos vitales. Se constituye a la vez en fuente de "problemas" y necesidades para su entorno próximo. Surgen necesidades sanitarias (cobertura sanitaria, bajas médicas, tiempo para acudir a consultas), económicas (gastos médicos, pérdidas de producción salarial), laborales (despidos, separación de su ambiente laboral y de la socialización que conlleva) y familiares (pérdida de liderazgo familiar, sentimiento de compasión, incompreensión, soledad, crisis conyugal). Cuando la mujer termina sus tratamientos y se propone normalizar su vida, debe realizar un esfuerzo suplementario para recuperar su rol social, familiar y laboral. Toda esta gama de alteraciones pueden reducirse significativamente si la mujer cuenta con una buena red de apoyo sociofamiliar.

91. ¿Cómo afrontar los problemas si surgen?

Aunque ya hemos explicado los problemas sociales que afectan al colectivo, en realidad cada paciente tiene una situación concreta que requiere un enfoque individual. No obstante, existen algunas pautas generales que pueden servir de ayuda:

- Se deben expresar los sentimientos, miedos y angustias, compartiendo las necesidades con su familia y amigos íntimos. Si a pesar de eso la mujer se siente sola o persisten problemas familiares, conyugales o sociales debe ponerse en contacto con su médico y con unidades de apoyo (psicooncología, asistencia social).



- Consultar a un profesional gestor (economista, abogado, etc.) todo tipo de información laboral, de ayudas sociales, invalidez, pensiones, etc.
- Disfrutar del entorno familiar y social sin pretender que dicho entorno se centre en la paciente. Normalizar en lo posible la vida, recuperando aficiones y hábitos pero evitando estrés de tipo físico o emocional.
- Consultar con las Asociaciones provinciales de cáncer de mama, donde encontrará un apoyo valioso y constante, a la vez que información sobre todas las cuestiones que pudieran afectarles.

En general, para conseguir un buen afrontamiento del problema con el mínimo coste sociofamiliar, es imprescindible contar con un buen equipo médico y de apoyo psicosocial, con un entorno familiar afectivo y sobre todo con una actitud colaboradora y positiva por parte de la mujer.

ASPECTOS A RECORDAR

- Los grados de incapacidad que pueden derivarse del cáncer de mama atienden a la “incapacidad laboral” y “grado de minusvalía” (limitaciones que la persona tiene para realizar las actividades diarias).

Estos grados se asignan teniendo en cuenta, en cada caso particular, cómo afecta en el puesto de trabajo, el pronóstico, tratamiento y las secuelas que hayan quedado. Además, hay que valorar al paciente en su conjunto sumando el resto de patologías no oncológicas que pudiera padecer.

- En muchos casos las necesidades y limitaciones de nuestras pacientes no se ven correspondidas con las valoraciones médicas oficiales.
- Para conseguir un buen afrontamiento del problema con el mínimo coste sociofamiliar, es imprescindible contar con un buen equipo médico y de apoyo psicosocial, con un entorno familiar afectivo y sobre todo con una actitud colaboradora y positiva por parte de la mujer.

PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA

92. ¿Cuál es el futuro del cáncer?

Para entender la respuesta a esta pregunta es preciso entender el cáncer como una *enfermedad multi-causal* y que a la vez engloba a un conjunto de enfermedades distintas, según su naturaleza histológica, biológica y anatómica. Por ello el futuro dependerá de cada entidad clínica; así, por ejemplo, en los últimos cinco años ha mejorado mucho más el futuro del cáncer de mama que el del cáncer de pulmón.



En cualquier caso, a partir de la segunda mitad de la década de los años noventa se ha comenzado a identificar los complejos mecanismos que a nivel genético o biomolecular activan la replicación celular, estando todos ellos en mayor o menor medida implicados como punto común de partida en la iniciación y diseminación del cáncer. La determinación de estas rutas celulares con sus mediadores bioquímicos y sus receptores está sirviendo para comprender el complejo mecanismo de la *carcinogénesis* y, por tanto, para diseñar sustancias



que puedan interferir estos procesos. Actuando de forma conjunta con quimioterapia, consiguen inhibir el crecimiento celular con los correspondientes cambios clínicos que de ello se derivan. Así, estamos viendo cómo pacientes sin posibilidad terapéutica mejoran con estos tratamientos hasta el punto de desaparecer la enfermedad o disminuir de forma importante, de manera que esa baja carga tumoral permita una buena calidad de vida durante largos períodos de tiempo. Se está *cro-*

nificando la enfermedad; así, podrá haber períodos de recaídas que precisen nuevas tandas de tratamiento, como ocurre en otras enfermedades crónicas (reumatológicas, respiratorias, etc.). Se prevé que con el conocimiento cada vez más profundo de estos mecanismos y con el desarrollo de la terapia genética el control sobre la enfermedad vaya aumentando, consiguiéndose así curaciones más precoces y definitivas.

Estos agentes pertenecen al campo de la inmunoterapia, genética o son nuevos citostáticos, aumentando cada día el número de sustancias de estas características.

Por otra parte, no hay que olvidar que, independientemente de los avances médicos, en los próximos 20-30 años el cáncer continuará siendo una enfermedad común ya que la tendencia actual es el *aumento de la incidencia* con una estabilización o descenso en la mortalidad. Este aumento se atribuye a muchos factores, resaltando dos: la actual incorporación de la mujer al tabaquismo y el envejecimiento progresivo de la población. Son necesarias intervenciones sanitarias globales y cambios socioculturales profundos (hábitos de vida, alimentación, etc.) para mejorar nuestro futuro.

En conclusión, podría decirse que existe un futuro esperanzador en cuanto al control de la enfermedad, consiguiéndose su curación o, en todo caso, su cronificación. Sin embargo, esta enfermedad continuará siendo muy frecuente si no se modifican sustancialmente las actuales condiciones sociosanitarias.



93. ¿Se vive muchos años después del cáncer de mama?

Habría que tener en cuenta cada situación clínica, ya que el cáncer de mama reúne situaciones muy heterogéneas. Así, podemos encontrar subgrupos con mortalidad anual del 30% y otros tan sólo del 2% incluso sin tratamiento. En cualquier caso, la evolución de la supervivencia ha ido claramente mejorando; así, hace unos treinta años se cifraba en el 30-40% y actualmente se sitúa en torno al 70%. La tasa de recaídas es mayor en los dos-tres primeros años. Es baja entre el 5º y 10º año y anecdótica a partir de entonces. Este avance se debe principalmente a dos factores: la aplicación generalizada de los tratamientos oncológicos complementarios y al diagnóstico precoz, que consigue detectar tumores con mejor pronóstico.

Los elementos que nos ayudan a predecir la evolución de la enfermedad se llaman **factores pronósticos**. En el cáncer de mama, los más importantes son:

1. **Estado ganglionar (N):** Existencia o no de ganglios afectados por el tumor.

- 2. Tamaño tumoral (T):** Medido en cm (0-2, 2-5, >5).
- 3. Tipo y grado histológico:** Mide la agresividad de las células tumorales (I, II, III).
- 4. Receptores hormonales:** Los receptores de estrógeno o progesterona positivos indican mejor pronóstico.
- 5. Factores biomoleculares:** El más importante es la determinación de HER-2, cuya positividad se considera un factor adverso.
- 6. Edad:** Considerándose un factor de riesgo cuando la edad es inferior a 35 años.

En la práctica clínica, la estimación de la supervivencia y elección del tratamiento se realiza en base a la fase en que se encuentre la enfermedad. Así, la supervivencia media a los cinco años en el estadio I es del 90% y desciende en estadio IV al 15%. En los últimos años, y gracias a los modernos tratamientos, se ha conseguido una importante mejora en las tasas de supervivencia en el estadio IV, pasando la supervivencia media de 6-9 meses a 24 meses, existiendo ya un subgrupo de estas mujeres que viven de forma indefinida.

94.

¿Es posible realizar una vida normal con el cáncer?

Los estudios realizados por diferentes equipos de trabajo son contradictorios. Aunque algunos trabajos han analizado grupos de pacientes que realizan una vida totalmente normal, la mayoría de los estudios describen la existencia, en mayor o menor medida, de problemas en las pacientes que obstaculizan su vida diaria.



Dependerá de las *secuelas físicas o psíquicas* que tenga la mujer, siendo frecuente que aparezcan: linfedema, molestias locales, fatiga psi-

quico-física, ansiedad, temor, alteraciones sexuales, problemas socio-familiares, etc.

La mujer deberá adaptar su vida a las posibles limitaciones físicas que pueda tener; asimismo, debe solicitar apoyo psicológico de forma precoz para resolver, desde el principio, las alteraciones que puedan impedir su felicidad. Resulta útil que hable de todos sus problemas con personas de confianza, evitando así la introversión.

Un aspecto importante es la llamada *depresión postratamiento*, que se refiere al aumento de necesidades afectivas y psicológicas cuando han terminado los tratamientos oncológicos, coincidiendo con la actitud familiar de "fin del problema" y, por tanto, no se escucha ya a la



mujer. Consecuentemente, el problema empeora y la situación se complica. Suele resultar muy útil en esta fase el hecho de que la mujer prescinda un poco de su familia y sea escuchada por otras personas (grupos de psicoterapia, voluntariado, Asociaciones, etc.).

Para terminar queremos referirnos al grupo de mujeres que convive con la enfermedad ya sea por continuas recaídas o por enfermedad metastásica. Su calidad de vida depende del estado general, de los síntomas de la enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos. Actualmente es posible que muchas de estas pacientes obtengan largos períodos de tiempo con buena calidad de vida y, por tanto, integradas en su entorno personal.

95.

Conozco a mucha gente que ha muerto. ¿Cuánto puedo vivir?

A pesar de la *elevada supervivencia* que actualmente tiene el cáncer de mama, el hecho de que sea el cáncer más frecuente en la mujer le confiere el primer puesto en cuanto a mortalidad por cáncer en el sexo femenino. Sin embargo, estas apreciaciones requieren un análisis más detallado. En principio, el simple hecho de que se difunda con tanta intensidad la noticia del fallecimiento de una paciente, en relación a las miles de pacientes que viven con normalidad, hace que se tenga una impresión magnificada y pesimista del problema. El hecho de que el cáncer de mama sea una enfermedad con repercusión pública y social (enfermas famosas, etc.) hace que las muertes sean más llamativas, sobre todo para un grupo tan receptivo como son las mujeres que han tenido la misma enfermedad.

Se estima que el cáncer de mama tiene una supervivencia media en torno al 70%, por lo que, en realidad, se trata de una enfermedad menos letal que otras consideradas "benignas", como el infarto agudo de miocardio o los accidentes cerebrovasculares. En concreto, en el año 2004 se registraron en España, para el sexo femenino, 5.833 fallecimientos por cáncer de mama, 6.042 por la diabetes, 9.849 por infarto agudo de miocardio y 20.049 por enfermedad cerebrovascular.

Respecto a los años de supervivencia de cada paciente, dependerá de la fase en que se encuentre la enfermedad. Así, la supervivencia a los cinco años en el estadio I puede estimarse en el 90%; estadio II: 85-60%; estadio III: 60-40%; y estadio IV: 20-10%.

Conforme vaya pasando el tiempo, y sobre todo después de diez años, la probabilidad de recaída será muy escasa, por lo que los años de vida o la posibilidad de muerte tienden a ser similares a los de la población general.

¿Cuándo se considera curado el cáncer? ¿Debo ir a revisiones toda la vida?

Se trata de dos preguntas muy interesantes a la vez que complejas. El significado de *curación clínica* en su acepción habitual, o sea, la recuperación completa y definitiva de la salud, no es aplicable como tal en oncología.

El cáncer de mama tiene una historia natural larga, habiéndose descrito casos de recaída incluso después de veinte años. Pero esto no es un obstáculo para que hablemos de *paciente curada* en el momento en que el riesgo de recaída sea bajo, aproximándose al riesgo de la población general de la misma edad. Dado que el máximo riesgo de recaída suele darse en los dos-tres primeros años, y que es mucho menor entre el 5° y 10° año, en la práctica consideramos a una paciente *técnicamente curada* o *en remisión* cuando ha superado el 5° año sin ningún contratiempo, debiendo seguir entonces revisiones anuales. La mayoría de las pacientes se encuentran en esta situación y, aunque entienden las matizaciones descritas, se consideran curadas tras superar este período, recuperando así sus expectativas personales al mismo nivel que cualquier ciudadano.



Respecto al seguimiento, hay que comentar que existe bastante controversia y ha sido motivo de numerosos estudios. Actualmente no existen conclusiones definitivas pero, en general, se siguen las directrices de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), que coincide con otros grupos que han realizado revisiones sistemáticas de este tema. Los estudios y su frecuencia recomendada son:

- 1. Visita clínica y exploración física:** Cada 3-6 meses los tres primeros años y luego cada 6-12 meses hasta el 5° año. Posteriormente, anual.

2. **Mamografía:** De forma anual.
3. **Examen ginecológico:** De forma periódica (anual si existe tratamiento hormonal).
4. **Resto de estudios:** Analíticas, marcadores tumorales, radiografía de tórax, gammagrafía ósea, TAC, etc. Se solicitarán en función de los hallazgos clínicos que encuentre el médico, pero no de forma rutinaria.

Estos mismos trabajos contemplan la posibilidad de seguimiento en determinadas situaciones por Asistencia Primaria siempre que exista un entrenamiento y coordinación hospitalaria adecuada. En nuestro medio, el seguimiento se realiza de forma algo más intensiva en cuanto a pruebas, pero es similar en periodicidad.

Con esta premisa contestaremos a la segunda pregunta diciendo que entre el 5º y el 10º año las revisiones deben ser anuales y que posteriormente dependerá del contexto hospitalario; continuar revisiones anuales o bianuales, alta definitiva con derivación a Asistencia Primaria o incorporación a algún programa local de detección precoz.

Hay que tener en cuenta que cada paciente tiene como mínimo el mismo riesgo de las mujeres de su edad, por lo que el gran grupo de largas supervivientes de cáncer de mama no deben ser nunca excluidas de los controles habituales de la población general (detección precoz, controles ginecológicos, anticoncepción, etc.).

97.

¿Lo habrán cogido a tiempo? ¿O está muy extendido? ¿Cuántos años tendré buena calidad de vida?

Afortunadamente, con la incorporación de las mujeres a los **programas** de detección precoz, cada vez se realizan los diagnósticos en fases

más tempranas. Así, en diferentes estudios se describen índices de diagnóstico en el 70% para el cáncer de mama precoz (I-II). (Un análisis que hemos realizado recientemente en nuestra Unidad refleja un 80% de estadios iniciales al diagnóstico).

En la primera visita a Oncología siempre se solicita lo que se llama estudio de extensión, que consta de analíticas, marcadores tumorales, radiografía de tórax, TAC o ecografía abdominal y gammagrafía ósea (en tumores de bajo riesgo puede obviarse algún estudio). En función de los resultados obtenidos y en conjunción con los datos de la biopsia, se configura la clasificación TNM y, a su vez, la fase o *estadificación* (I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV). Es en este momento cuando debe comentarse a la paciente el grado de extensión de la enfermedad, su pronóstico y los tratamientos indicados.

El *tiempo de buena calidad de vida* depende de la evolución de la enfermedad y de la tolerancia a los tratamientos. Obviamente, si la paciente convive con la enfermedad, además de las alteraciones físicas y psíquicas provocadas por tratamientos sucesivos, tendrá los síntomas derivados de la propia enfermedad. Por ejemplo, si la metástasis es ósea, puede comprometer mucho la calidad de vida en caso de fracturas o, por el contrario, ser compatible con una vida normal facilitada, además, con la aplicación de modernos tratamientos que evitan o retrasan las complicaciones óseas.



Por tanto, la calidad de vida vendrá determinada en cada caso por la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento, aunque está demostrado que, si éste es eficaz, la calidad de vida siempre tiende a mejorar.

¿De qué forma pueden influir las metástasis en mi calidad de vida?

Ya hemos comentado que dependerá de cada caso individual, según el tipo y actividad de las metástasis, aunque expondremos algunas ideas generales.

Con los actuales tratamientos se ha aumentado en el estadio IV la supervivencia media a 24 meses y, lo que es más importante, se ha conseguido que subgrupos de pacientes convivan con la enfermedad de forma asintomática durante largos períodos de tiempo. Así, por ejemplo, si la supervivencia a los cinco años del estadio IV se sitúa entre el 10-20%, en caso de metástasis óseas podría llegar al 40-50%.

Otros factores que influyen en la evolución de la enfermedad metastásica son:

- a) El número de órganos afectados y el área de extensión.
- b) El estado general que presente la paciente.
- c) El tiempo total libre de enfermedad que haya tenido.
- d) Los tratamientos, su tolerancia y eficacia.

Con todos estos datos, a modo de resumen, podríamos establecer tres grandes grupos según el deterioro de la calidad de vida de cada paciente:

- 1. Grupo con buena calidad de vida, larga supervivencia y aceptable respuesta a los tratamientos:** Metástasis óseas no complicadas, nódulos pulmonares o hepáticos aislados, afectación de piel o partes blandas e infiltración de médula ósea.
- 2. Grupo con mala calidad de vida, corta supervivencia y escasa respuesta a los tratamientos:** Metástasis pulmonar diseminada o linfan-

gitis pulmonar, afectación pleuropericárdica, infiltración difusa hepática y, sobre todo, metástasis en el sistema nervioso central (cerebral, meníngea, etc.).

- 3. Grupo con mala calidad de vida y mediana supervivencia:** Metástasis óseas diseminadas y complicadas (fracturas, dolor, hipercalcemia, compresión medular), afectación axilar o de plexo braquial e infiltración de la pared torácica (tórax en coraza).

99.

Tras cinco años, ¿disminuye el riesgo de tener recidiva?

Sí, disminuye, ya que las recidivas entre el 5º y el 10º año después del diagnóstico son escasas. Partiendo de series estadísticas que confieren unas cifras de supervivencia a los cinco años del 70%, ésta disminuye muy ligeramente en los siguientes cinco años, para estabilizarse ya sobre el 10º año.

En concreto, la máxima tasa de recaídas se produce en los dos ó tres primeros años, aplanándose posteriormente la curva de supervivencia, de forma gradual. En los tumores con elevada supervivencia, como el cáncer de mama, se hace un primer corte estadístico a los cinco años y el segundo corte a los diez. En los tumores de poca supervivencia, como el cáncer de pulmón, el corte primero se hace a los dos años y el segundo a los cinco. Por este motivo, aunque resulte orientativo, no hay que mitificar el 5º año ya que se trata de un artificio estadístico en el seno de un proceso biológico continuo.

En la práctica clínica podemos considerar que las posibilidades de recaída pasados los cinco años son escasas y, por tanto, a la paciente se le considera "curada". Aunque se recomienda continuar con revisiones de forma anual.

ASPECTOS A RECORDAR

- En los próximos 20-30 años el cáncer continuará siendo una enfermedad común ya que la tendencia actual es el aumento de la incidencia.
- Los elementos que nos ayudan a predecir la evolución de la enfermedad se llaman factores pronósticos.
- En la práctica clínica, la estimación de la supervivencia y elección del tratamiento se realiza en base a la fase en que se encuentre la enfermedad.
- La mujer deberá adaptar su vida a las posibles limitaciones físicas que pueda tener.
- En la práctica consideramos a una paciente técnicamente curada o en remisión cuando ha superado el 5º año sin ningún contratiempo, debiendo seguir entonces revisiones anuales.
- Con la incorporación de las mujeres a los programas de detección precoz, cada vez se realizan los diagnósticos en fases más tempranas.
- La máxima tasa de recaídas se produce en los dos o tres primeros años, aplanándose posteriormente la curva de supervivencia, de forma gradual, o sea, disminuyendo gradualmente la aparición de recaída.

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

100.

¿Es posible quedar embarazada después de haber sido diagnosticada de cáncer de mama?

Ésta es una de las dos grandes cuestiones a resolver en relación al cáncer de mama y embarazo. La otra la comentaremos en la última pregunta.

La edad media de diagnóstico del cáncer de mama ha descendido en los últimos años, y aunque la mayor incidencia ocurre entre los 55-60 años, se detectan actualmente más casos en mujeres jóvenes. En concreto el diagnóstico inicial en mujeres menores de 40 años oscila del 5 al 10% del total. Este hecho, unido a que actualmente muchas de estas mujeres aún no han tenido hijos, hace que esta cuestión sea cada vez más relevante.



No existen grandes estudios controlados que aclaren el problema, pero sí hay varios trabajos europeos y americanos que, aunque son retrospectivos, coinciden en el hecho de no haber demostrado empeoramiento del pronóstico en el subgrupo de pacientes que tuvo

embarazos posteriores al cáncer de mama. Así, si la paciente sigue fértil tras terminar los cinco años de hormonoterapia, entonces podrá plantearse su embarazo, pero nunca durante la toma del tratamiento. Si terminó quimioterapia y no recibe tratamiento hormonal es recomendable esperar un mínimo de dos años para superar el período de recaídas precoces de la enfermedad. Por tanto, la respuesta a la pregunta es que sí es posible, siempre que se haga un estudio individualizado previo y por supuesto con el control onco-ginecológico adecuado.

101. **¿Es aconsejable el embarazo? ¿En qué casos?**

No suele recomendarse, salvo que responda a un claro deseo reproductivo de la mujer con el consiguiente beneficio psicológico. En algunos de los estudios publicados recientemente se ha demostrado un cierto beneficio en la supervivencia de las pacientes que quedaron embarazadas con respecto al grupo control de pacientes en seguimiento. Sin embargo, las limitaciones metodológicas de estos estudios y el hecho de que pudiera existir una posible "selección" de las pacientes a las que se les autorizó el embarazo de entre el grupo de buen pronóstico, hace que no pueda concluirse definitivamente que el embarazo actúa como un factor protector de la recaída en cáncer de mama. No obstante, sí se establece en estos estudios que en todo caso no interviene desfavorablemente.

102. **¿Existe algún tratamiento específico para el cáncer de mama estando embarazada?**

Existe un enfoque particular y específico del que constituye uno de los mayores conflictos clínicos, emocionales y éticos en cáncer de mama.

A pesar de ser el tumor más frecuente en la mujer embarazada, afortunadamente esta situación es poco habitual en la práctica clínica.

Los cambios de la mama gestante provocan un retraso en el diagnóstico, lo que conlleva que en la mayoría de los casos se trate de tumores avanzados o con ganglios positivos y por tanto con peor pronóstico. La cirugía suele ser radical, y los estudios diagnósticos se limitan a la radiografía de tórax y a la ecografía abdominal, para evitar la irradiación fetal. Respecto al tratamiento, se requiere una valoración cuidadosa del riesgo de cada paciente. Tanto la radioterapia como el tratamiento hormonal suelen diferirse a después del parto. Sin embargo, la quimioterapia puede administrarse cuando sea imprescindible y evitando el primer trimestre, asumiendo siempre los posibles daños fetales que pudiera causar.

En situaciones muy especiales, como por ejemplo en caso de enfermedad avanzada, podría plantearse la interrupción del embarazo. Tanto ésta, como todas las cuestiones relativas al tratamiento, requieren del médico la realización del máximo esfuerzo y respeto para este tipo de paciente.

ASPECTOS A RECORDAR

- Es posible quedar embarazada después de haber sido diagnosticada de cáncer de mama, siempre que se haga un estudio individualizado previo y por supuesto con el control onco-ginecológico adecuados.



LECTURAS
RECOMENDADAS
Y DIRECCIONES DE INTERÉS

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 (BOE núm. 102, de 29-04-86), Artículos 10-11. Derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la atención sanitaria.
2. Follow-Up Care for Breast Cancer: A Patient's Guide. ASCO (American Society of Clinical Oncology). 1900 Duke Street, Suite 200 Alexandria, Va 22314. USA. www.asco.org
3. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Diseases of the breast, 2ª ed. Section XVI: Issues in breast cancer survivorship. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2000.
4. L. Cabero, M. Codes, P. Gascón, V. Guillén, C. Ollé, M. Prats. Hablemos del cáncer de mama. Ed. ACV, 2000, Barcelona.
5. Cáncer de mama. Una guía práctica. Ed. Asociación Española contra el Cáncer. Madrid. 2001.
6. Chemotherapy and you: A guide To Self-Help During Treatment. NIH Publication, 1999.
7. Orlando Silva, Stefano Zurrada. Breast Cancer: A Practical Guide. Third edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
8. Mª Luisa de Cáceres Zurita, Francisca Ruiz Mata, Miguel A. Seguí Palmer. Recetas de cocina y de autoayuda para el enfermo oncológico, 2ª edición. Barcelona: Mayo ediciones, 2004.
9. Revista Geysalus. Edita GEICAM.

DIRECCIONES WEB DE INTERÉS

1. National Alliance of Breast Cancer Organizations (NABCO): www.nabco.org
2. National Cancer Institute (NCI): www.nci.nih.gov
3. National Comprehensive Cancer Network: www.nccn.org
4. Proyecto La Vida Sigue: www.lavidasigue.com
5. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): www.seom.org
6. The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation: www.komen.org
7. The European Breast Cancer Coalition: Europa Donna: www.cancer-europe.org/europadonna
8. www.oralchemo.org

9. FECMA (Federación Española de Cáncer de Mama): www.fecma.org
10. GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama):
www.geicam.org
11. Laboratorios Roche: www.roche.es
12. CNIO (Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas):
www.cnio.es
13. ASCO (American Society of Clinical Oncology): www.asco.org
14. CNE (Centro Nacional de Epidemiología): <http://cne.isciii.es/>
15. <http://aeec.es>
16. www.cancerhelp.org.uk
17. www.cancercare.org
18. www.fefoc.org
19. <http://cancer.org>
20. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm
21. www.tusalud.com
22. www.cancerbacup.org.uk
23. www.nccn.org
24. <http://canceret.nci.nhi.gov>
25. www.canceradvocacy.org
26. www.nci.org
27. www.breastcancer.net
28. www.cancermama.roche.es
29. www.acs.org
30. Revista Geysalus que edita GEICAM: www.geysalus.org
31. www.websalud.com

DIRECCIONES DE INTERÉS

AECC

Asociación Española Contra el Cáncer
Amador de los Ríos, 5
28010 Madrid
Tel. 913 194 138
Fax. 913 190 966
www.aecc.es

Curso de postgrado "Senología y Patología Mamaria"

Universidad de Barcelona
Rambla de Catalunya, 61-4º 1ª
08007 Barcelona
Tel. 934 880 199
Fax. 934 880 123
mprats@medicina.ub.es

FECMA

Federación Española de Cáncer de Mama
Centro Cívico María Cristina
General Dávila, 124
39007 Santander
Tel. 942 22 53 54
www.fecma.org
info@fecma.org

FESEO

Federación de Sociedades Españolas de Oncología
Amador de los Ríos, 5 - Plta. 5ª
28010 Madrid
Tel. 913 196 793

Fundación Docente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Villanueva, 11 - Plta 3ª
28001 Madrid
Tel. 915 771 376
Fax. 914 315 153
www.secpres.org
www.cirurgia-plastica.org

GEICAM

Avenida de los Pirineos 7, 1º, Of. 14
28700 San Sebastián de los Reyes
Tel. 916592870
www.geicam.org
geicam@geicam.org

**Secció Collegial de Senologia
del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona**

Passeig de la Bonanova, 47

08017 Barcelona

Tel. 935 678 888

www.comb.cat

**Sección de Ginecología Oncológica y Patología
Mamaria de la SEGO**

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Pº de la Habana, 190

28036 Madrid

Tel. 913 509 816

Fax. 913 509 818

www.sego.es

sego@sego.es

SEOM

Sociedad Española de Oncología Médica

Conde de Aranda, 20 - 5º dcha.

28001 Madrid

Tel. 915 775 281

Fax. 914 361 259

www.seom.org

**Sociedad Española de Senología
y Patología Mamaria**

Coroleu, 35 - bajos

08030 Barcelona

Tel. 933 450 060 / Fax. 934 187 832

www.minetgen.net

**Sociedad Madrileña de Ginecología
y Obstetricia**

Villanueva, 11 - Piso 3º

28001 Madrid

Tel. 655 097 911

www.sego.es
jclavero@sego.es

Societat Catalana d'Oncologia Mèdica

Passeig de la Bonanova, 51
08017 Barcelona
Tel. 932 123 895
www.acmcb.es

SOLTI

Sant Llorenç, 23 - 1º
08202 Sabadell
Tel. 93 715 61 65
Fax: 937 156 401
www.gruposolti.org
josep.vazquez@gruposolti.org

ASOCIACIONES DE PACIENTES

ACAMBI

Asociación de Cáncer de Mama de Bizkaia
Dña. Georgina Sastre Villa
General Eguía, nº 33 - 1º - izquierda
48008 Bilbao (Vizcaya)
Tel. 944 421 283
www.acambi.org
mastectomizadas@terra.es

ACCM

Asociación Canaria de Cáncer de Mama
y Ginecológico
Dña. Marisa Herrera Ramos
Antonio Manchado Viglietti, nº 1
Centro Socio Sanitario Ntra. Sra. de Fátima. Ciudad Jardín
35005 Las Palmas de Gran Canaria

Tel. 928 245 718
Tel. 610 318 018
Fax: 928 290 751
www.escancer.com,
www.canariascontraelcancer.es o
www.icic.es
asociacioncancermama@yahoo.es
accmyg@yahoo.es

ACEO

Asociación Cordobesa de Enfermedades
Oncológicas)
Dña. Pilar Vázquez Rodríguez
Avda. Ollerías, 27 - 6º-5ª
14001 Córdoba
Tel. 957 482 382

ACMUMA

Asociación Ceutí de Mujeres
Mastectomizadas
Presidenta: Dña. Hilda Castro Blanco
Secretaria: Dña. Manuela Camacho Macías
Teniente Olmo, nº 2 - 2º - pta. 8
11701 Ceuta
Tel. 616136113 (Manuela Camacho)
Tel. 956 514515
mccm55@yahoo.es

ADICAM

Asociación de diagnosticad@s
de cáncer de mama
Dña. Josefa Acuña Graña
Avda. de Marín, nº 12 - 1º Piso
36940 Cangas de Morrazo (Pontevedra)
Tel. 986 307 158 / 629 946 523
www.adicam.net
adicam@terra.es

ADIMA

Asociación de Mujeres Intervenidas de Mama
Dña. Silvia Solé Trepal
Fundadora: Dña. Pilar Vicente Fumaz
Hospital Universitario Arnau de Vilanova
Unidad de Oncología Radioterápica
Avda. Alcalde Rovira Roure, 80
25198 Lleida
Tel. 973 705 204 / 636 683 071
adima@lleida.org

AGAMAMA

Asociación Gaditana de Mujeres
Mastectomizadas y otros
Dña. M^a Ángeles Revuelta Chica
Sociedad, 3 - bajo
11008 Cádiz
Tel. 956 266 266 / 685 807 411
agamama@agamama.org
www.agamama.org

ALBA

Mujeres Afectadas de Cáncer de Mama de Menorca
Dña. María Ángeles Camps Sintés
Ciudadela, 91
07703 Mahón (Menorca)
Tel. 971 352 156 / 676 979 110
albamenorca@hotmail.com

ÁLMON

Asociación Leonesa de Mujeres Operadas
de Cáncer de Mama
Dña. Esther Fernández Valbuena
Gran Vía de San Marcos, 55 - entreplanta - izquierda F
24001 León
Tel. 987 230 041 / 691 205 434
almonleon@yahoo.es

AMAC

Asociación de mujeres afectadas de
cáncer de mama y ginecológico
de Albacete

Dña. María José Merlos Galián

C/ del Cura, nº 5 - 2º derecha

02001 Albacete

Tel. 967 669 141

Tel. 678 500 112

amacab@ono.com

AMAC-GEMA

Asociación de Mujeres Aragonesas con Cáncer
Genital y Mama

Dña. María José Aybar González

Plaza del Pilar, 14 - 3º centro

50003 Zaragoza

Tel. 976 297 764

amacgema@terra.com

www.mujierycancer.org

AMAMA

Asociación de Mujeres Andaluzas Mastectomizadas

Dña. Eulogia Jiménez Hurtado

Postigo de Veluti, 4 - 1º B

18001 Granada

Tel. / Fax. 958 282 882

www.amamagranada.com

info@amamagranada.com

AMAMA

Asociación de Mujeres Almerienses Mastectomizadas

Dña. Belinda Pérez Sánchez

González Galbín, 17 - 1º B

04001 Almería

Tel. 950 245 124 / 950 264 567 / 619 099 441

amama-al@terra.es

AMAMA

Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama
de Sevilla

Dña. Margarita García Simón
Alberto Lista, 16
41003 Sevilla
Tel. 954 903 970
amamasevilla@hotmail.com

AMAMA

Asociación de Mujeres Mastectomizadas
de Andújar

Dña. Juana Medina López
Los Negros, nº 18
23740 Andújar (Jaén)
Tel. 953 512 393

AMACMEC

Asociación de Mujeres Afectadas
por Cáncer de Mama de Elche y Comarca

Dña. Maribel Román Sabuco
Olegario Donarco Seller, 93 - Entlo
03206 Elche (Alicante)
Tel. 965 447 552
Fax. 966 670 097
info@amacmec.org
www.amacmec.org

AMIGA

Asociación Murciana para la ayuda de mujeres
con cáncer de mama

Dña. María del Carmen Andreu Escribano
Plaza Santo Domingo, 1
Palacio de Almodóvar, 1º - 3ª puerta
30001 Murcia
Tel. 678 660 457
amigamurcia@gmail.com

amigamurcia@amigamurcia.com
www.amigamurcia.com

AMMCOVA

Asociación de Mujeres Mastectomizadas
de la Comunidad Valenciana
Dña. Amparo Bernet Antai
Martínez Cubells, 2 - puerta. 15
46002 Valencia
Tel. 963 523 696 / 656 890 108
www.ammcova.com
ammcova@ammcova.com

AMUCCAM

Asociación para la Ayuda de las Mujeres
de Cantabria con Cáncer de Mama
de Cantabria
Dña. Antonia Gimón Revuelta
Centro Cívico M^a Cristina
General Dávila, 124
39007 Santander
Tel. 942 225 354
www.amuccam.com
amuccam@amuccam.com
gimon_ma@gobcantabria.es

AMUMA

Asociación de Mujeres Afectadas de Cáncer
de Mama de Castilla La Mancha
Dña. Ana M^a Ocaña Colorado
Alarcós, nº 12 - Planta Comercial - puerta. 6
13001 Ciudad Real
Tel. / Fax. 926 216 579
Móvil: 616 103 608
info@amuma.org
www.amuma.org

ANÉMONA

Grupo de Autoayuda para Mujeres con Cáncer de Mama
Dña. Feli Erce Gurrea
Centro Social Selena
Los Olivos, 11 planta segunda
03501 Benidorm
Tel. 965 860 226 / 676 597 462
grupo@anemonacmama.com
www.anemonacmama.com

AOCAM

Asociación Onubense de Cáncer de Mama Santa Águeda
Dña. Rosario Venegas Gutiérrez
Miguel Redondo, 56 - bajo
21003 Huelva
Tel. / Fax. 959 812 345
Tel. 659 781 169
aocam@hotmail.com

APAMM

Asociación Provincial de Alicante
de Mujeres Mastectomizadas
Dña. Conchita Sabater Moya
Pablo Iglesias, 10 - 1º izqda.
03004 Alicante
Tel. / Fax 965 217 955
apamm@telefonica.net

ASAMMA

Asociación Alavesa de Mujeres con Cáncer
de Mama y Ginecológico
Dña. Aurelia Miguel Refoyo
Pintor Vicente Abreu, 7
01008 Vitoria (Álava)
Tel. 945 223 292
asammavitoria@yahoo.es

ASAMMA

Asociación para la Atención de Mujeres
Operadas de Cáncer de Mama
Dña. Francisca Aguilar Gómez
Tizo, 11 - bajos
29013 Málaga
Tel. 952 256 951 / 659 885 480
asamma_10@hotmail.com

ASSOCIACIO L'OLIVERA

Dña. Concha Serra
Calle de la Mel, 8
08240 Manresa (Barcelona)
Tel. 938 752 310
olivera@ajmanresea.org

Asociación Ariadna

Dña. Isabel Molina
Anselm Clavé, 175 - entlo. 3ª
08640 Olesa Montserrat (Barcelona)
Tel. 937 784 708
ariadna@associacio.e.telefonica.net

GINESTA grup d'autoajuda

Grupo de Autoayuda para Mujeres con Cáncer de Mama
Dña. Mª Rosa Goma Coll
Pl. Penedès, 3 - 2ª
08720 Vilafranca del Penedès (Barcelona)
Tel. 639 171 765
www.ginestavilla.cat
associacioginesta@ginestavilla.cat

GRUP ÀGATA

Associació Catalana de Dones Afectadas de cáncer de mama
Dña. Montserrat Domenech María
Enrique Granados, 137 - ppal. 1ª
08008 Barcelona

Tel. 934 159 394
Fax. 934 156 334
agatas@suport.org

Grupo Santa Águeda

Asociación Santa Águeda de mujeres afectadas
de cáncer de mama
Dña. Ana María Valdera Caldero
Cuesta, 16
13500 Puertollano (Ciudad Real)
Tel. 926 413 109 / 656 489 184
sagueda@gmail.com
www.sagueda.com

KATXALIN

Asociación de Mujeres Afectadas
de Cáncer de Mama y Ginecológico de Gipuzkoa
Dña. Charo Beobide Aguirre
Pº de Zarategui, 100
Edif. Txara, nº 1
20015 Donostia
Tel. / Fax. 943 245 608
www.katxalin.org
katxalin@katxalin.org

PICAM

Dña. Berna Moreira Porto
Centre Civic Riera Bonet
Ca la Córdia, 5
08750 Molins de Rei (Barcelona)
Tel. 616 866 305
picam5@hotmail.com

ROSAE

Asociación de mujeres afectadas
de cáncer de mama
Dña. Josefa Madrid Castellanos

Avda. Primero de Julio, 46
13300 Valdepeñas (Ciudad Real)
Dirección postal: apartado de correos 160
Tel. 615 112 169
ROSAE_ORG@terra.es

SARAY

Asociación de Mujeres Diagnostinadas
de Cáncer de Mama de Navarra
Dña. Mercedes Castañeda Mateos
Cortes de Navarra, 7 - 3º - derecha
31002 Pamplona
Tel. / Fax: 948 229 444
asocsaray@yahoo.es

Glosario

Analítica: análisis clínico que se realiza mediante extracción de sangre para ver el estado de salud.

Antiestrógeno: Fármaco que inhibe el efecto de los estrógenos sobre los receptores hormonales.

Atipia: Característica de una célula maligna que la diferencia de las normales.

Autoexploración de la mama: Visualización de la mama y palpación de la glándula por la mujer, lo que puede permitirle diagnosticar nódulos mamarios. No es un método eficaz de diagnóstico precoz de las enfermedades mamarias.

Biopsia: Obtención de una muestra de tejido vivo, empleando distintas técnicas quirúrgicas; para posteriormente observarla al microscopio y determinar el tipo de células que lo forman.

Carcinoma: Neoplasia maligna constituida por células epiteliales anaplásicas con capacidad metastásica.

Claustrofobia: Sensación de angustia o temor provocada por la permanencia en lugares cerrados.

Comités de Tumores: Grupo de especialistas encargados en la toma de decisiones de una estrategia terapéutica para un paciente determinado.

Consentimiento informado: Aceptación dada por un enfermo, donante o sujeto de investigación a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se van a efectuar sobre él, después de haber recibido la información relevante al respecto. La legislación actual exige que dicho consentimiento se dé por escrito, con el fin de disponer de una prueba documen-

tal de que se ha dado tanto la información del médico como la autorización del paciente. En lo posible, dicha información debe ser completa y debe proporcionarse de modo que no presione debidamente la legítima autonomía del paciente. El consentimiento del paciente no exime al médico de la responsabilidad en los resultados de su intervención, por lo que, sopesando los riesgos y beneficios que conlleva, puede no efectuarla aunque el enfermo la desee.

Cuidados profilácticos: Cuidados de prevención.

Dermatitis: Inflamación de la piel.

Dermitis: (Ver dermatitis).

Dehiscencia de suturas: Despegamiento de los tejidos, artificialmente unidos mediante suturas, por fallo técnico, que conduce a la separación de los bordes de la sutura y a la fuga del contenido orgánico que tenga. Suele referirse a las suturas del aparato digestivo y génito-urinario y conlleva una complicación quirúrgica habitualmente grave.

Disestesias: Alteraciones de sensibilidad en forma de hormigueo, calambres o pinchazos que pueden llegar a ser dolorosas.

Ecografía o ultrasonografía: Técnica de diagnóstico por imagen, que emplea ultrasonidos para generar imágenes de los distintos órganos.

Enfermedad no proliferativa: Cualquier cambio en el estado de la salud cuya evolución no es excesivamente rápida. Podemos decir que en este caso particular, las lesiones no estarían asociadas con incremento del riesgo de cáncer de mama.

Estado ganglionar: Mide la existencia o no de ganglios afectados por el tumor.

Estrógenos: Grupo de hormonas esteroides que promueve el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos. Regulan el ciclo menstrual y preparan el cuerpo para la fertilización.

Factores de crecimiento: Conjunto de sustancias, generalmente de tipo proteico, responsables de la proliferación y diferenciación de las células en un tejido específico, así como de su mantenimiento.

Factores pronósticos: Elementos que nos ayudan a predecir la evolución de la enfermedad.

Fórmulas magistrales: Recetas elaboradas en las farmacias con una composición especial que puede prescribir el médico.

Fotosensibilidad: Sensibilidad a la luz, propensión a padecer fotodermatitis.

Gadolinio: Metal de símbolo químico Gd, de número atómico 64 y de masa molar atómica 157,2, que posee capacidad ferromagnética. Es empleado como medio de contraste, ligado a otras moléculas, en las exploraciones de resonancia magnética.

Ganglio centinela: Es el primer ganglio linfático que drena una zona afectada por tumor, y la teoría plantea que el tumor inicialmente drena a este ganglio y que posteriormente, se disemina a otros más distales llamados secundarios. Puede ser único o múltiple. El concepto de ganglio centinela pretende obtener la misma información pronóstica que ofrece el vaciamiento ganglionar acerca del compromiso metastático axilar, con la ventaja de que disminuye cuantitativamente la considerable morbilidad relacionada con la disección de los niveles I y II.

Glóbulos blancos: Son células que están principalmente en la sangre y circulan por ella con la función de combatir las infecciones o cuerpos extraños; pero en ocasiones pueden atacar los tejidos normales del propio cuerpo. Es una parte de las defensas inmunitarias del cuerpo humano.

Hallazgos histológicos: Resultado de una observación hecha sobre un estado de enfermedad particular, usualmente en relación con la exploración física y las pruebas del laboratorio. Relativo al estudio de la anatomía y fisiología de las células de los tejidos.

Hematomas: Colección hemática de partes blandas o lechos quirúrgicos, espontánea, traumática o postquirúrgica. Se diferencia de la equimosis en que no hay gran infiltración en los tejidos, sino acúmulo de sangre.

Hormona: Sustancia química secretada por las glándulas endocrinas, que alcanza el órgano diana a través de la sangre.

Hormonoterapia: Tratamiento médico que tiene como agente terapéutico las hormonas.

Libido: Apetito sexual. Según la teoría de Freud, energía o impulso psíquico relacionado con el instinto sexual. Posteriormente, Jung la definió como la energía psíquica que subyace a cualquier manifestación psíquica (pulsiones, esfuerzos, etc.).

Linfa: Líquido que se origina en los órganos, transparente, claro y ligeramente amarillo, compuesto básicamente de glóbulos blancos (llamados linfocitos) que forma parte del plasma sanguíneo. La linfa circula por todo el organismo, a través de los vasos linfáticos hasta incorporarse a la sangre venosa. El organismo utiliza los linfocitos para luchar contra las infecciones.

Linfadenectomía axilar: Disección y extirpación de los ganglios de drenaje linfático de un órgano o territorio del cuerpo, que puede verse afectado por la extensión de una enfermedad tumoral. Su interés radica fundamentalmente en el estadiaje de la enfermedad tumoral, que no se podría hacer sin el estudio histológico de los ganglios linfáticos.

Linfangitis aguda: Inflamación de los vasos linfáticos, generalmente como consecuencia de procesos infecciosos localizados. Resultado de células cancerosas circulantes en los canales de la linfa (glándulas).

Linfangitis pulmonar (ver linfangitis aguda): Consiste en un patrón pulmonar intersticial más acentuado en los lóbulos inferiores, producido por el resalte de los espacios intersticiales broncovasculares alternando con micronodulaciones que representa la invasión tumoral de los linfáticos pulmonares. Se pueden encontrar adenopatías hiliares y mediastínicas y las líneas B de Kerley son constantes.

El diagnóstico, la mayor parte de las ocasiones, es fácil pues se encuadra dentro de un proceso neoplásico conocido en fase terminal, pero en raras ocasiones el diagnóstico diferencial con los procesos de fibrosis intersticial pulmonar se puede establecer y ser necesario un diagnóstico anatomopatológico bien por broncofibroscopia y biopsia transbronquial o biopsia pulmonar abierta mediante videotoracoscopia o toracotomía.

Linfedema: Inflamación que se produce debido a la acumulación de líquido linfático, por afectación de los ganglios linfáticos. En el caso del cáncer de mama se produce en el brazo correspondiente a la mama afectada, tras la extirpación o radiación de los ganglios axilares.

Leucopenia: Descenso del número de leucocitos en la sangre por debajo de sus niveles normales.

Malignización: Lesión o enfermedad que evoluciona desfavorablemente. Por ejemplo, proceso en el que los tumores crecen invadiendo los tejidos que le rodean y son capaces de diseminarse a otros órganos del cuerpo.

Mamografía: Radiografía de la mama. Técnica basada en la radiología convencional, para obtener imágenes caracterizadas por su alto contraste y buena definición.

Mastectomía: Extirpación total de la glándula mamaria o una parte de la misma.

Mastopatía fibroquística: Enfermedad frecuente de la mujer adulta consistente en la hipertrofia del tejido fibroso de la mama y el desarrollo de múltiples quistes simples en la mama. Tiene gran influencia hormonal y se suele manifestar por dolor mamario con mamas tensas a la palpación. No es una enfermedad que predisponga al cáncer de mama, pero sí que dificulta su diagnóstico precoz por provocar grandes distorsiones en la exploración y en las mamografías. Se puede tratar con hormonas, que disminuyen la frecuencia de aparición de nuevos quistes, y con aspiración de los quistes. Raramente requiere cirugía.

Menopausia: Fecha en la que la mujer tiene la última menstruación de su vida.

Microcalcificaciones: Pequeños depósitos de calcio en las mamas, los cuales a veces son una indicación de la presencia de cáncer.

Mucositis: Toxicidad que ejercen los distintos agentes quimioterápicos sobre las mucosas.

Neoadyuvante: Aquel tratamiento terapéutico que se realiza, previamente, a la cirugía por cáncer con el fin de mejorar las posibilidades de practicar la intervención y sus resultados con vistas a la curación.

Neoplasia: Tumor producido por la multiplicación incontrolada de células. Según el grado de diferenciación de sus células y la capacidad invasiva y metastásica se dividen en benignas y malignas.

Neumonitis: Inflamación del parénquima pulmonar por un virus o por un mecanismo de hipersensibilidad, que cursa como un proceso fibrosante, intersticial y granulomatoso del pulmón, especialmente de bronquiolos y alveolos.

Pleuropericárdica: Inflamación que afecta a la pleura y al pericardio.

Progesterona: Hormona esteroidea progestacional. Desempeña un papel importante en el ciclo ovárico. Se produce en el cuerpo Lúteo (o amarillo) del ovario y lleva la mucosa uterina (endometrio) a la fase de secreción, fase en la que tiene lugar la anidación del cigoto (si es que la ovulación fue seguida de fertilización). Durante el embarazo disminuye las contracciones uterinas y favorece el crecimiento de la placenta y de las glándulas mamarias.

Prótesis: Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce más o menos exactamente lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial implantado en el organismo. En ortopedia, aparato que sustituye una extremidad que falta o una parte de la extremidad (mano,

pie, etc.).

Prurito: Sensación de picor cutáneo que provoca la necesidad de rascar.

Quimioprofilaxis: Quimioterapia profiláctica (quimioterapia preventiva). Administración de quimioterapia para prevenir una infección o su progresión.

Radiación ionizante: Aquella radiación de alta energía con capacidad de provocar modificaciones en los tejidos sobre los que actúa. Esta alteración se traduce en cambios capaces de producir la muerte celular, por lo que se aprovechan en Oncología Radioterápica para la destrucción de tumores.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN): Es una técnica de obtención de imágenes del organismo basada en el fenómeno físico de la resonancia. Estas imágenes se utilizan como fuente de información en numerosos diagnósticos.

Screening: Conjunto de acciones englobadas en un programa dirigido a detectar precozmente un tumor concreto. Este tumor debe poderse diagnosticar, bien en las fases más precoces de la enfermedad, o en fases premalignas o en ambas circunstancias. Para ello se emplea una prueba que debe ser sencilla de realizar y aceptada por la población de riesgo. También se denomina cribado.

Seroma: Colección localizada de suero retenido en un tejido u órgano, herida cerrada, sutura o cicatriz quirúrgica. Puede comprometer la vitalidad de la piel y, por la presión ejercida contra la sutura, producir una dehiscencia. Su presencia también favorece la infección y su tratamiento consistente en la evacuación.

Tamoxifeno: Fármaco prototipo de los moduladores de los receptores estrogénicos empleado en el tratamiento de los tumores de mama ER-positivos. El tamoxifeno actúa inhibiendo los efectos de los estrógenos (hormonas sexuales femeninas). Los estrógenos se unen a las células de ciertos tejidos, como la mama, e influyen en el crecimiento y la replicación de las células.

las. Como resultado, algunos cánceres de mama crecerán más rápido en presencia de los estrógenos. El tamoxifeno bloquea la acción de los estrógenos y evita el crecimiento del cáncer.

Tumorectomía: Extirpación de un tumor con un pequeño margen de tejido sano a su alrededor para evitar que se reproduzca. Se aplica en los tumores benignos y en algunos tumores malignos, como los cánceres de mama, en los que, asociado a un tratamiento con radioterapia, obtienen un resultado igual que con las mastectomías clásicas.

