



GUÍA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Un reto para todos

Realizada por:

- Begoña Álvarez Muñoz (*Médica de familia*)
- Paloma García-Bustelo Martínez (*Trabajadora social*)
- Rosa M^a del Campo Ugidos (*Enfermera*)
- José Luis Cifuentes Fernández (*Psicooncólogo*)
- Juan José Corte García (*Farmacéutico*)
- José Antonio González Sánchez (*Área Calidad*)
- Germán Juan Rijo (*Oncólogo radioterápico*)
- M^a Aranzazu Martínez Menéndez (*Cirujana general*)
- Esther Mata Peón (*Enfermera*)
- Roberto Miranda López (*Cirujano plástico*)
- Maritza Portillo Palomino (*Cirujana plástica*)
- Sonia Tejuca Samoano (*Ginecóloga*)
- María Trujillo Fajundo (*Farmacéutica*)

Colaboradores:

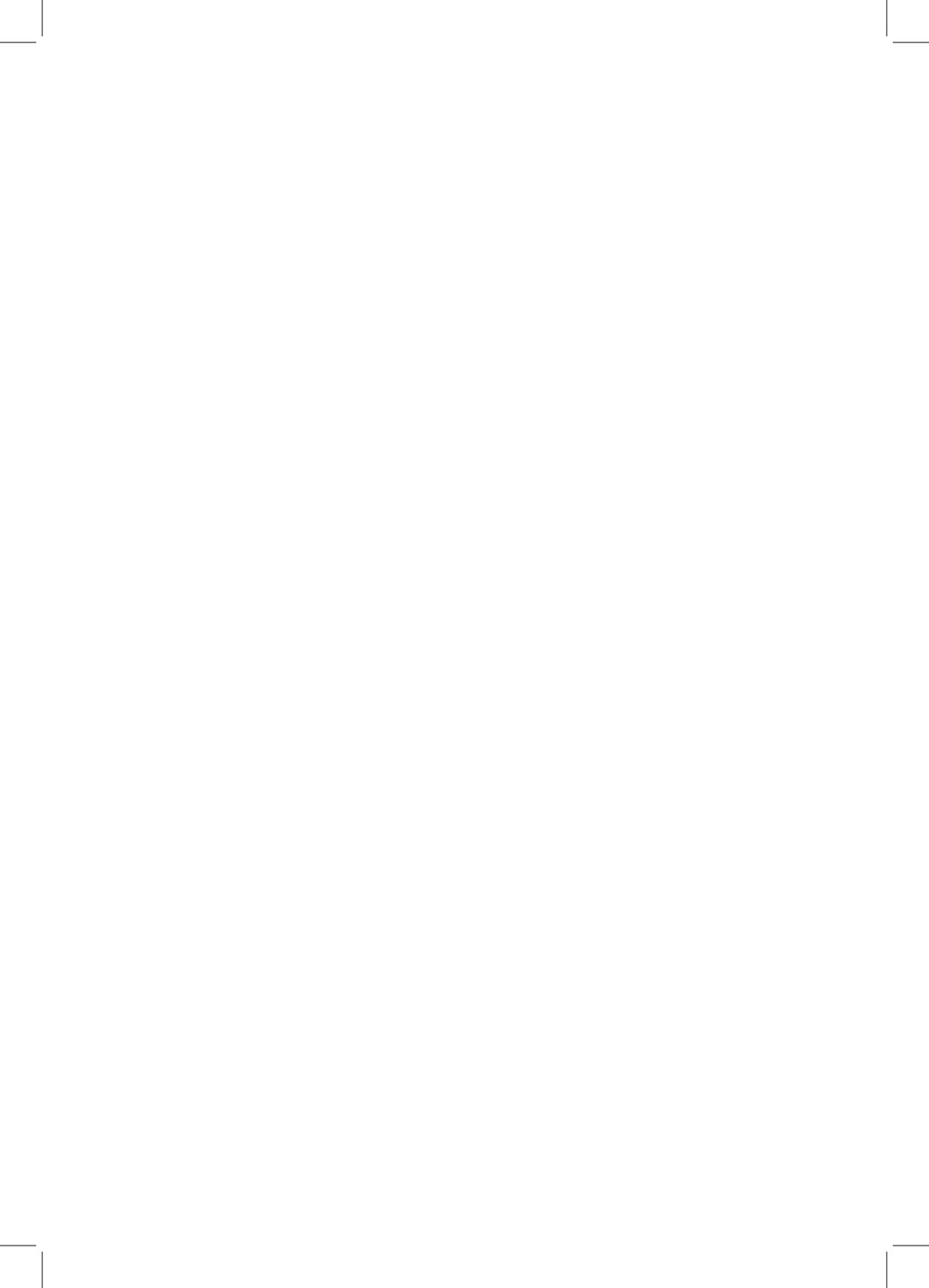
- Carmen Arriaga Neira (*Enfermera*)
- Juan Díaz Suárez (*Dibujo portada*)
- Carmen Fernández Mata (*Dibujos y maquetación*)
- Magdalena Gómez de la Luz (*Enfermera*)
- Ignacio Peláez Fernández (*Oncólogo médico. Hospital de Cabueñes*)
- Rosa Rico Alonso (*Enfermera*)

Edición Mayo 2017

ISBN: 978-84-697-2644-0

“Te haré una promesa, no hablaré de avanzar, no hablaré de camino, no hablaré de valor ni recorrido... tan solo abre tus ojos, así sabré que me ves, aquí CONTIGO”

– ISABEL JIMÉNEZ LÓPEZ



Índice

1. Introducción	7
2. Diagnóstico	8
– ¿Cómo se llega?	
– ¿Qué es un tumor? Benigno o maligno (cáncer)	
– Estructura de mama	
– Tipos de cáncer de mama	
– ¿Qué tipo de tratamiento voy a recibir?	
– Tras el diagnóstico, ¿qué pruebas me van a hacer?	
3. Tratamiento quirúrgico	13
– Tipos de cirugía	
– ¿En que consiste la reconstrucción mamaria?	
– ¿En que momento se realiza la reconstrucción mamaria?	
– Mastectomía profiláctica más reconstrucción inmediata	
– ¿Como se reconstruye una mama?	
– Reconstrucción con expansor- protesis	
– Reconstrucción con tejidos autologos	
– Lipoinjertos	
– Simetrización Mamaria	
– Complicaciones y secuelas de la cirugía	
– ¿Cómo es el proceso de hospitalización?	
4. Recomendaciones alta	20
5. Linfedema: prevención	22
6. Tratamientos complementarios	24
– Radioterapia	
– Quimioterapia	
– Hormonoterapia	
7. Se terminó el tratamiento propuesto. Y ahora ¿qué?	35
8. Más cosas que interesan a las mujeres	36
– Menopausia	
– Fertilidad y embarazo después del cáncer de mama	
– Anticoncepción	
– Revisiones ginecológicas	
– Consejo genético	
9. Apoyo psicológico	40
10. problemas sociales y laborales.	43
Anexo I. Ejercicios tras cirugía de la mama.	48
Anexo II. Direcciones y páginas web de interés.	50

1. Introducción

La batalla contra el cáncer de mama sigue siendo intensa, con importantes esfuerzos para derrotar a la enfermedad y asegurar su remisión y posterior curación. Es evidente, en nuestro medio, el progreso efectuado en la prevención, detección, tratamiento e investigación del cáncer en las últimas décadas. El éxito logrado, puede valorarse por la supervivencia más prolongada y las tasas más altas de curación.

El diagnóstico de cáncer de mama, altera el curso de la vida normal de una mujer, pudiendo representar una agresión a su integridad física y psicológica, así como la interrupción de sus actividades personales, familiares, profesionales y/o sociales.

Esta guía, elaborada por un **equipo multidisciplinar** de la Fundación Hospital de Jove, quiere despejar esas dudas, tanto sobre su enfermedad, como sobre los posibles tratamientos a los que se deba someter. Tenga en cuenta que cada persona, y por lo tanto, cada proceso son diferentes.

El equipo de profesionales que le atendemos, intentaremos que sepa en todo momento el tratamiento que se le va a aplicar y lo que ello implica.

Le recomendamos que lea esta guía gradualmente, siguiendo los pasos a la vez que su enfermedad.

El personal que estará más en contacto con usted durante su estancia en el hospital, será el personal de Enfermería, no dude en preguntarles lo que necesite, si no conocen la respuesta o no están autorizadas a dársela, la derivarán al profesional correspondiente.

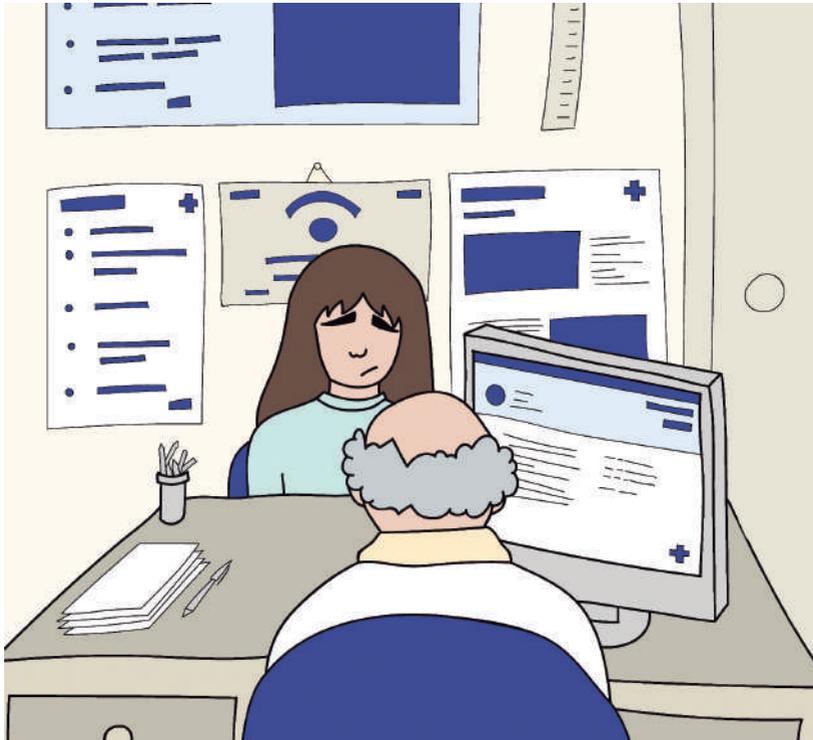
Al final de esta guía, dispone de unas hojas en blanco para anotar sus dudas y preguntas a medida que éstas vayan surgiendo, y poder así formularlas al profesional correspondiente.

Creemos que tener una información veraz de las distintas situaciones que se pueden plantear en su proceso, contribuye a disminuir la ansiedad y afrontarlas de forma más segura y tranquila. La información es el mejor remedio para afrontar la enfermedad, evitar complicaciones y estar preparada en caso de que aparezcan.

2. Diagnóstico

¿Cómo se llega?

- Me he notado un nódulo (bulto) y he consultado. En este caso su médico le habrá solicitado la prueba de imagen adecuada (eco y/o mamografía) que el radiólogo podrá ampliar si lo considera necesario. En algunos casos también procederá a pinchar el nódulo para su diagnóstico por el patólogo (especialista en la evaluación de las células, tejidos y test de laboratorio).
- Estoy incluida en un programa de Screening poblacional o tengo antecedentes familiares de primer grado que recomienda la evaluación por aumento del riesgo. En este caso se realizará con periodicidad de uno o dos años mamografía y según los hallazgos, el radiólogo completará los estudios y me enviará al especialista adecuado o establecerá los controles posteriores necesarios.



¿Qué es un tumor? Benigno o maligno (cáncer)

Los tumores benignos no son cancerosos. Las células de los tumores benignos pueden crecer pero no se extienden a otras partes del cuerpo. Generalmente se pueden eliminar mediante cirugía y la mayor parte no reaparecen. En muchos casos la extirpación no es necesaria. Los tumores benignos de mama más frecuentes se llaman fibroadenomas.

“Tumor maligno” o “cáncer” es un término que agrupa a diversas enfermedades que tienen algunas características importantes en común. Las células de los tumores malignos son anormales y se dividen sin control ni orden por lo que pueden invadir y destruir los tejidos vecinos. Además, las células cancerosas pueden separarse y entrar en el torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo, formando tumores en otros órganos que se denominan metástasis.

Hay que tener en cuenta que el cáncer de mama es muy frecuente. Se estima que afectará a una de cada 9 mujeres a lo largo de su vida. También existe en el varón aunque sólo el 1% de los cánceres de mama se dan en hombres.

Estructura de la mama

La mama está formada principalmente por tejido graso. Sin embargo, dentro de este tejido hay una red de lóbulos formados por minúsculas estructuras tubulares llamadas lobulillos, que contienen las glándulas de secreción de la leche. Pequeños conductos conectan las glándulas, los lóbulos y los lobulillos y transportan la leche desde los lóbulos al pezón.

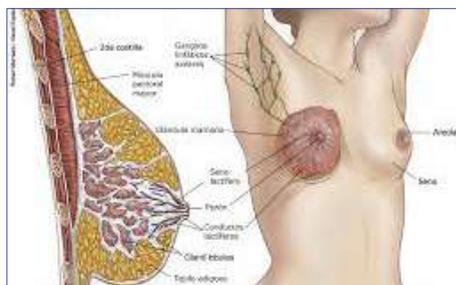


Imagen tomada de la American Society of Clinical Oncology answers. *Breast cancer guide*. 2014.

Tipos de cáncer de mama

Los dos más comunes son los llamados carcinoma ductal y carcinoma lobulillar:

El **carcinoma ductal** comienza en las células que recubren los conductos de la leche y constituyen la mayoría de los cánceres de mama.

El carcinoma ductal in situ (DCIS) es un precáncer que se encuentra sólo dentro del conducto.

El carcinoma ductal invasivo o infiltrante es un cáncer invasivo que se ha extendido fuera del conducto.

El **carcinoma lobulillar**. Este es un cáncer que comienza en los lobulillos.

El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) se encuentra sólo en los lóbulos. CLIS no se considera un cáncer sin embargo, puede ser un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama invasivo en el futuro en cualquiera de los senos.

El carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante. Este es un cáncer invasivo que se ha extendido fuera del lóbulo.

Estadios del cáncer de mama

El estadio es un modo de describir dónde se encuentra el cáncer, cuánto ha crecido, si se ha diseminado y hacia dónde. Existen cinco estadios para el cáncer de mama: el estadio 0, el cual se denomina cáncer no invasivo o carcinoma ductal in situ, y los estadios del I al IV.

¿Qué tipo de tratamiento voy a recibir?

Cada persona precisa un esquema de tratamiento dependiendo de múltiples factores (estadio, receptores presentes en la célula tumoral, edad, salud general, si la mujer ha pasado la menopausia, número de nódulos y situación, tamaño de la mama, etc.). **EL TRATAMIENTO QUE SE LE VA A OFRECER NO ES DECISIÓN DE UN SOLO ESPECIALISTA**

SINO DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR en donde están presentes cirujanos, patólogos, radiólogos y oncólogos (médico especialista en tratamiento del cáncer bien con medicamentos bien con radiación).





En los primeros estadios del cáncer, habitualmente el primer tratamiento consiste en la cirugía para extirpar el tumor y los ganglios cercanos. En general, después de la cirugía se realiza un tratamiento adicional con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o terapia dirigida, para disminuir el riesgo de que el cáncer regrese. Este tratamiento varía en función de características propias de cada tumor y de características propias de cada persona.

Tras el diagnóstico ¿qué pruebas me van a hacer?

Según el planteamiento que el equipo multidisciplinar haya diseñado para usted será necesario realizarle:

- Resonancia de la mama para determinar el tamaño y la presencia de otros nódulos así como de adenopatías(ganglios enfermos).
- Preoperatorio completo que incluye analítica, radiografía de tórax, electrocardiograma y espirometría.
- En algunos casos de tumores grandes, alteración de la analítica, etc. se realizará también ecografía abdominal o TAC toracoabdominal u otras pruebas que se consideren necesarias.

3. Tratamiento Quirúrgico

Tipos de cirugía

La cirugía consiste en extirpar el tumor y/o evaluar los ganglios linfáticos. Las opciones de tratamiento son:

- **Tumorectomía** también llamada cirugía conservadora de la mama. En este caso se quita el nódulo con un margen de tejido sano. Conlleva necesariamente tratamiento posterior con radioterapia. En algún caso el estudio exhaustivo de la pieza nos puede obligar a plantear una nueva cirugía para ampliar el margen o para extirpar el resto de la mama.

En algunas situaciones no está indicado el tratamiento conservador: varios tumores en la misma mama, tamaño grande del tumor, casos en los que se desaconseja la radioterapia.

- **Mastectomía.** En este caso el cirujano extirpará todo la mama y podrá realizarse el primer paso para la reconstrucción posterior colocando por parte del cirujano plástico una prótesis debajo del músculo pectoral.
- **Biopsia selectiva del ganglio centinela.** Los ganglios son estructuras de defensa del organismo. Llamamos ganglio centinela a aquel que es el primero en recoger un territorio específico. Por lo tanto, si sacamos este ganglio y no presenta células tumorales el resto de ganglios de la axila tampoco las presentará.
 - La información de la afectación ganglionar nos sirve para conocer el comportamiento futuro del cáncer y establecer el tipo de tratamiento más adecuado.
 - Para encontrar el ganglio centinela de la mama enferma el cirujano dispone de dos métodos: uno con radiotrazador que le habrán inyectado horas antes del ingreso en el hospital y que reconocemos con un detector de radiactividad y otro, con un colorante azul que una vez puesta la anestesia se inyectará en la areola correspondiente y que teñirá el ganglio (durante las primeras horas del postoperatorio es probable que la orina también adquiera este color).

- Si el ganglio centinela es negativo (no se detectan células tumorales) no es necesario realizar linfadenectomía. En caso contrario (afectación del ganglio por el cáncer) se realizará linfadenectomía axilar en la misma cirugía. Es probable aunque poco frecuente que el análisis definitivo del ganglio por el patólogo nos obligue días después de la cirugía inicial a plantear una linfadenectomía. En los últimos años se está valorando la posibilidad de tratar la axila con radioterapia en pacientes con ganglio centinela positivo con una menor morbilidad.
- **Linfadenectomía axilar.** Es la extirpación de los ganglios de la axila para su examen por el patólogo.

¿En qué consiste la reconstrucción mamaria?

La reconstrucción mamaria consiste en recrear la forma de la mama de la manera mas natural permitiendo a las pacientes recuperar su contorno corporal previo a la mastectomía, ayudando a superar el trance psicológico que supone la pérdida de un órgano tan íntimo.

¿En qué momento se realiza la reconstrucción mamaria?

La reconstrucción mamaria se puede realizar de manera inmediata, es decir en la misma cirugía de la mastectomía en aquellas pacientes que no requerirán un tratamiento radioterápico posterior y que así lo deseen.

Es importante saber que la reconstrucción inmediata no interfiere ni retrasa la administración de tratamiento quimioterápico.

También se puede realizar de manera diferida, es decir cuando ha pasado un tiempo de la mastectomía. El momento óptimo para la reconstrucción depende de varios factores por lo que se decidirá en conjunto con su cirujano plástico. No existe un límite de tiempo posterior a la mastectomía para poder realizar la reconstrucción de la mama, y la reconstrucción de las zonas afectadas no hace mas difícil la detección de una reaparición del cáncer.

Mastectomía profiláctica más reconstrucción inmediata

En pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama, o con un riesgo elevado de padecer éste, se puede realizar una mastectomía profiláctica y una reconstrucción inmediata mediante la colocación de implantes protésicos mamarios bilaterales.

Esta técnica consiste en realizar solo la exéresis de la glándula mamaria respetando la piel con o sin conservación del complejo areola-pezón, con la implantación inmediata de implantes mamarios definitivos por debajo del músculo pectoral mayor.



¿Cómo se reconstruye una mama?

Existen varias formas de reconstruir una mama y se realiza en varias fases por lo que se requiere más de una cirugía.

- **Reconstrucción con expansor- prótesis**

En pacientes que no recibieron radioterapia, se puede realizar la reconstrucción mediante la implantación de un expansor mamario con posterior recambio por una prótesis definitiva.

La técnica consiste colocar el expansor por debajo del músculo pectoral mayor sin generar nuevas cicatrices, la cicatriz de abordaje es la misma que la de la mastectomía y de forma ambulatoria se procede a insuflar de suero fisiológico, lo cual se realiza en varias sesiones. Una vez obtenido el volumen deseado, se procede a realizar una nueva intervención para el recambio del expansor por un implante mamario definitivo.

Hay que tener en cuenta que al realizar la reconstrucción con un tejido ajeno al organismo como son los implantes mamaros, la nueva mama no seguirá los cambios fisiológicos de la mama contralateral (variaciones según el peso y caída asociada a la edad...), se intenta conseguir una mayor simetría realizando reducción, aumento y elevación de la mama contralateral.

- **Reconstrucción con tejidos autólogos**

Esta técnica consiste en reconstruir la mama mediante la transferencia de piel y grasa del paciente, sea unida a un músculo o mediante técnicas microquirúrgicas a lo que denominamos colgajos. Las zonas más comunes de donde se obtiene el colgajo son la espalda y el abdomen.

De acuerdo al volumen de la mama contralateral puede ser necesario asociarla a la inclusión de un implante mamario y/o lipoinjerto.

- **Lipoinjertos**

Consiste en la lipoaspiración de depósitos grasos de la región abdominal, flancos, glúteos y muslos, preparación de dicha grasa y su posterior inyección en zonas de que tengan un déficit de volumen.

En todos los casos, se realizará la reconstrucción del complejo areola-pezones con cirugía que no requiere hospitalización y se realiza con anestesia local.

Simetrización Mamaria

Post-reconstrucción mamaria o post-tumorectomías puede quedar una asimetría mamaria, la cual puede ser corregida mediante técnicas de elevación, reducción, aumento o lipoinjerto en la mama contralateral, asegurando un mejor resultado estético.

Complicaciones y secuelas de la cirugía

Dependerá del tipo de intervención quirúrgica pero en general son procedimientos seguros y con escasas complicaciones de gravedad.

- Complicaciones agudas. La más frecuente es el seroma (acúmulo de líquido debajo de la cicatriz) que a veces precisa evacuaciones de repetición. En algunos casos se producen sangrados que en ocasiones obligan a reintervenir para evacuar la sangre y hacer hemostasia (control de hemorragia). Le siguen las infecciones, la necrosis y dehiscencia (separación) de la sutura. En algún caso dolor en torno a la cicatriz, pérdida de movilidad en el miembro superior homolateral y linfedema (estos dos últimos asociados habitualmente a las linfadenectomías).
- Complicaciones tardías o secuelas. La más temida es el linfedema crónico más frecuente asociado a linfadenectomía más radioterapia. En estas pacientes puede surgir una complicación infecciosa llamada linfangitis que precisa tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

Es frecuente también cierta pérdida de movilidad y destreza en el brazo afectado así como alteraciones de la sensibilidad.

¿Cómo es el proceso de hospitalización?

El día de la cirugía, ingresará en una planta de hospitalización donde le recibirá el personal de enfermería. Le explicarán el funcionamiento de la unidad, le realizarán algunas preguntas para completar su historia clínica, y le informarán sobre la hora aproximada de la intervención.

Es importante que acuda acompañada.

Si no viene depilada, una auxiliar le rasurará la axila y retirará, si fuese necesario el esmalte de las uñas.

Si tiene uñas de gel, mejor retirarlo antes del ingreso.

Tendrá que quitarse toda la ropa (Incluida ropa interior), prótesis y objetos metálicos.

Antes de bajar a quirófano tomará la medicación pautada por el anestesista, le ayudará a relajarse y puede que le de sueño.

Una vez finalizada la cirugía, pasará al área de reanimación hasta que el anestesista le dé el alta a planta, este tiempo varía mucho en función de la paciente, del tipo de cirugía y de anestesia.

Al llegar a planta se le explicará con detalle lo que puede hacer, cuando empezará a beber, a levantarse, etc. Es probable que se sienta cansada y somnolienta, intente descansar y pídale a sus acompañantes que pospongan las visitas.

Además de una vía venosa para los sueros y la medicación, es posible que tenga algún tipo de drenaje; no se preocupe, nos encargaremos de su cuidado.

Si, a pesar de la analgesia pautada tuviera dolor, debe de comunicarlo a la enfermera para ponerle analgesia de rescate. No debe pasar dolor en ningún momento.

A las 48 horas de la intervención le realizarán la primera cura.

A partir del segundo día, la herida podría quedar al aire. Si usted no se siente preparada, cubriremos la herida con un apósito. Es importante darse tiempo para adaptarse a los cambios.

Si le han realizado una linfadenectomía, la enfermera le enseñará una serie de ejercicios que le ayudarán a recuperar la movilidad del brazo y a prevenir complicaciones. (Anexo 1).

Es importante lograr una movilización precoz. Realizará los ejercicios de forma lenta y progresiva.

Si tiene drenajes (llamados "redones") cada noche, un auxiliar se los cambiará, y anotará la cantidad y las características del débito. El cirujano indicará cuando retirarlos.

Probablemente irá de alta con puntos y la citarán en la consulta para retirarlos en unos días.



4. Recomendaciones al alta

En casa, lave a diario la herida con agua y jabón, seque con suavidad y aplique un antiséptico.

Al principio necesitará que la ayuden en diferentes tareas, pida colaboración en su autocuidado (ayuda en su aseo, vestirse...) y delegue en otras personas tareas que no pueda desempeñar (tareas del hogar, compras...).

Pueden existir problemas con la movilidad del brazo, que se recuperará en unas 4-6 semanas tras la intervención. Hay que comenzar a vestirse por el brazo operado y comenzar a desvestirse por el brazo no operado.

Una vez retirados los puntos puede aplicar crema hidratante, aceite de rosa mosqueta, etc. (consulte si existen contraindicaciones para estas cremas con su oncólogo).

En función de la evolución de la herida podrá empezar a usar sujetador. Conviene que sea de tejido transpirable, sin aros, con la parte inferior elástica, los tirantes anchos y preferiblemente que abroche en la parte delantera.

Existen en el mercado sujetadores de tipo deportivo que cumplen estas características y que además llevan un bolsillo interior que podemos rellenar con algodón, dándole la forma y tamaño de la otra mama. Su enfermera le explicará cómo hacerlo.

En las ortopedias especializadas, hay una amplia gama de prendas de lencería y baño para mujeres mastectomizadas.

Aproximadamente al mes de la intervención, su cirujano le recetará la prótesis temporal que puede adquirir en cualquier ortopedia. Estas prótesis, están fabricadas con materiales suaves y resistentes. Tienen la misma consistencia que un pecho natural; al contacto con la piel adquieren la temperatura corporal, resisten bien el calor y no se alteran al contacto con el agua.

Las hay de diferente forma y peso para adaptarse a la anatomía de cada mujer. Hay mujeres que utilizan la prótesis directamente sobre la piel, otras prefieren usarla con una funda de algodón.



El uso diario de la prótesis es importante para evitar deformaciones de la columna vertebral.

Para el cuidado de las prótesis debemos no exponerlas a temperaturas elevadas, evitar golpearlas, lavarlas cada 4-5 días con un jabón neutro y agua templada y cambiarlas cada 2-3 años.

La seguridad social asume el coste de una prótesis de silicona cada dos años.

Para que la mujer recupere con mayor facilidad su equilibrio emocional es imprescindible que tenga una actitud positiva ante la asimetría de su pecho. Son muchas las mujeres que consiguen vivir en completa armonía con su cuerpo utilizando prótesis parciales como solución definitiva.

Puede utilizar desodorantes, no irritantes, con poca cantidad de alcohol.

Puede depilarse, mejor con crema depilatoria y/o rasuradora eléctrica. Desaconsejado el uso de maquinilla y cera caliente.

Evite la sauna y los rayos UVA.

5. Linfedema: prevención

El linfedema es la retención de linfa (líquido transparente que circula por los vasos linfáticos), en el brazo correspondiente a la mama y axila operada.



A pesar de que no todas las mujeres lo desarrollan, es recomendable que inmediatamente tras la intervención se tomen medidas preventivas.

- Evitar extracciones de sangre, o administración de medicamentos y vacunas en ese brazo.
- Evitar tomar la tensión en esa extremidad.
- No utilizar sustancias tóxicas (lejía, amoníaco) sin guantes.
- Especial atención con la plancha o fuentes de calor (cocina, horno) para evitar quemaduras.
- Precaución en el manejo de elementos cortantes (cuchillo, tijeras...).
- Evitar mordeduras y arañazos (especial cuidado con los arañazos de gato).
- Utilice guantes de goma para limpiar pescado.
- Especial cuidado al realizar la manicura o corte de uñas.
- Evitar calor excesivo en el brazo.
- Evitar cargar excesivo peso en ese brazo.
- Evitar picaduras de insectos (utilizar repelentes).
- Utilizar dedal si cose.
- No realice ejercicios bruscos.
- Evitar ropa ajustada, joyas (anillos, pulseras, relojes...) en esa extremidad.

6. Tratamientos complementarios

El abordaje para la curación del cáncer de mama, generalmente se realiza con una combinación de tratamientos.

Radioterapia

Desde que existe la sospecha o cuando se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de mama, el caso es presentado al comité multidisciplinar de cáncer de mama y se decide la actitud terapéutica individualizada a cada paciente.

La decisión terapéutica decidida en el comité será transmitida a la paciente por su cirujano, pero cada especialista que vaya a participar en su tratamiento, y entre ellos el oncólogo radioterápico cuando haya indicación de tratar con radioterapia, le verá en la consulta y le explicará pormenorizadamente en qué consiste el tratamiento que le va a administrar, y le contestará todas las preguntas que necesite hacer.

¿Qué es la Radioterapia?

Es una de las terapias oncológicas empleadas en el tratamiento de los tumores y consiste en el uso de radiación ionizante, similar a la radiación empleada para realizar estudios de imagen (radiografías o escáner), que por diferentes mecanismos produce la destrucción de las células tumorales.

La radioterapia es un tratamiento local o locoregional (cuando se incluyen los ganglios linfáticos cercanos al tumor), es decir trata el cáncer en su lugar de origen.

¿Cuándo está indicado administrar radioterapia por un cáncer de mama?

Siempre que se realice cirugía conservadora de la mama se dará radioterapia al resto de la glándula mamaria. Tras una mastectomía (extirpación de toda la mama) se irradiará la zona de la cicatriz en función del tamaño que tenía el tumor y de los ganglios que estuviesen afectados. La radioterapia sobre las cadenas ganglionares (de la axila y de la parte baja del cuello) se administrará en función del número de ganglios afectados y de la cirugía realizada.

¿Por qué si se ha quitado el tumor de la mama se da radioterapia al resto de la glándula mamaria?

Por distintos estudios clínicos y antomopatológicos se sabe que hasta en el 40 % de los casos de cáncer de mama existe multicentricidad; esto significa que además del tumor visto en los estudios de diagnóstico por imagen (mamografías, ecografías o resonancia magnética), existen focos en otros conductos de la glándula mamaria que son microscópicos y no se ven en dichos estudios y que si no son tratados terminarán desarrollando una lesión visible y palpable. Cuando esté indicada la tumorectomía, la administración de radioterapia posterior consigue el mismo control de la enfermedad que si se realiza mastectomía.

¿En qué momento del tratamiento del cáncer de mama se administra la radioterapia?

En la gran mayoría de las ocasiones la radioterapia se administra tras realizar la cirugía del tumor de la mama y la actuación quirúrgica que se lleve a cabo sobre los ganglios axilares.

Si hay indicación de administrar tratamiento con quimioterapia, la radioterapia se administrará tras 4 ó 5 semanas de finalizar dicho tratamiento.

Si se le indica tratamiento con hormonoterapia, lo puede recibir a la vez que la radioterapia.

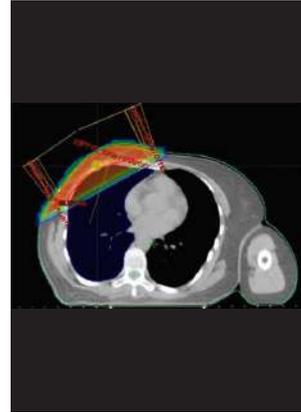
¿Cómo será el procedimiento para recibir el tratamiento de radioterapia?

Tras ser valorada en consulta por el oncólogo radioterápico, y decidido el tratamiento que se le va a administrar y la estimación de cuándo va a iniciar dicho tratamiento, se le citará para realizar un TAC (escáner), que se realizará en el Servicio de Radiodiagnóstico de nuestro Hospital. El TAC se hará en la posición en la que recibirá posteriormente el tratamiento. Se realiza sin necesidad de poner contraste oral ni intravenoso. Sobre



ese TAC se realiza la planificación del tratamiento que se le va a realizar. El oncólogo radioterápico valora en dicha planificación si la zona a tratar recibe la dosis apropiada y si los órganos sanos (pulmón, corazón, piel) quedan suficientemente protegidos recibiendo dosis tolerables.

Cuando esté todo preparado se le citará en el Servicio de Oncología Radioterápica para iniciar las sesiones de radioterapia.



¿Cuánto dura el tratamiento con radioterapia?

La radioterapia se administra en un número determinado de sesiones que se administran diariamente de lunes a viernes. Entre 10-15 minutos es el tiempo empleado para cada sesión, y es el tiempo que se necesita para pasarlo a la sala de tratamiento, colocarlo en la misma posición en la que se le realizó el TAC de simulación, en comprobar con imagen realizada en la propia unidad que dicha posición es la correcta y administrar la dosis de radioterapia. El tiempo empleado para dar la dosis de radioterapia es de más o menos medio minuto por cada campo de irradiación.

Generalmente el número de sesiones que se administra está entre 15 y 30 sesiones. El número de sesiones no está en función de la gravedad sino de la técnica de tratamiento que en cada caso se puede aplicar. Actualmente la mayoría de los casos en los que sólo se trata la mama el número está entre 15 y 20 sesiones y cuando se tratan también las regiones ganglionares entre 25 y 30.

¿Qué se nota al recibir la radioterapia?

En el momento de recibir la dosis de radioterapia no se nota nada, ni calor ni dolor, es como cuando le hacen una radiografía.

A medida que van pasando los días de tratamiento puede notar enrojecimiento de la piel, algo de hinchazón de la mama y algo de molestia que suele ser leve. Al inicio del tratamiento la enfermera le informará de los cuidados generales y de la piel que debe hacer y semanalmente será valorada en consulta, tanto por su oncólogo radioterápico como por la enfermera, quienes le indicarán los cuidados específicos según los síntomas que presente.

Su oncólogo radioterápico le informará el día de la primera consulta acerca de otros posibles efectos secundarios en función de las zonas a tratar con radioterapia. Le indicará que posibilidad tiene de presentar dichos efectos y las medidas a tomar para minimizarlos. Estos efectos secundarios, que en general son poco probables y leves son debidos a la irradiación de una pequeña parte del pulmón y en ocasiones del corazón.

Hoy en día, con los medios de los que se disponen para administrar los tratamientos con radioterapia, así como el conocimiento para tratar de forma prematura las complicaciones, observamos que la tolerancia al tratamiento con radioterapia por cáncer de mama es en general muy buena, permitiendo hacer una vida normal.

Al menos una vez a la semana, será visto por su enfermera y/o médico, pero si tuviese alguna duda o molestia comuníquelo al acudir a la sesión de tratamiento.

¿Qué pasa tras finalizar el tratamiento con radioterapia?

Una vez finaliza el tratamiento con radioterapia su oncólogo radioterápico le indicarán los cuidados locales y generales que debe seguir. En 10-15 días le va a ir desapareciendo el enrojecimiento y edema de la piel y aunque en los primeros meses observará que la piel esta más morena (pigmentación) posteriormente le va a ir aclarando.

Se le dará cita de revisión en el servicio de oncología radioterápica para realizar una valoración del tratamiento administrado. En un principio se harán alternando, dentro de un protocolo de seguimiento con las revisiones realizadas por de su cirujano.

Recomendaciones durante el tratamiento con radioterapia y tras finalizarlo

- Realizar ducha diaria, a ser posible antes de la sesión de radioterapia.
- Proteger la zona radiada del sol, cubriéndose y usando cremas con elevada protección solar.
- Lavar la zona suavemente sin esponja (con la mano), con agua tibia y jabón o gel neutro.
- Secar la piel con la toalla sin frotar ni restregar.
- Aplicar la crema recomendada en la zona después del tratamiento, nunca antes (preferiblemente por la noche), diariamente.
- Utilizar poca cantidad de crema y extenderla bien para no macerar la piel.
- No usar sujetadores con aros ni acrílicos durante un par de semanas.
- No llevar ropa muy ajustada.
- Airear la zona. Evitar lugares con mucho calor.
- Beber de 1,5 a 2 litros de agua al día y seguir una dieta equilibrada.
- No utilizar desodorantes, colonias, aceites, ni polvos de talco.
- No depilar la axila durante el tratamiento.
- Hacer ejercicios, si fuera necesario, para prevenir la rigidez del brazo.
- No retirar las marcas de rotulador que se le hayan pintado en la piel, ni tampoco remarcarlas.

Si tuviese dudas, aparecen molestias o empeorasen las que tenía durante el tratamiento, podrá ponerse en contacto con la unidad, vía telefónica.

Quimioterapia

Se trata del uso de medicamentos para destruir o evitar el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células cancerosas de la mama.

Existen varios tipos de fármacos que se pueden administrar solos o en combinación. La vía de administración más frecuente es la vía intravenosa y en algún caso la oral.



¿Cuándo se realiza?

Puede realizarse en distintos momentos:

- Antes de la cirugía: Cuando se realiza antes de la cirugía la llamamos quimioterapia neoadyuvante. Lo que se pretende es reducir el tamaño del tumor y actuar lo antes posible sobre las células ocultas. También se aplica cuando hay un tumor localizado para intentar disminuir su tamaño y hacer posible una cirugía conservadora y con mejores resultados estéticos.
- Después de la cirugía: Cuando se realiza después de la cirugía, la llamamos quimioterapia adyuvante o complementaria. Lo que se pretende en estos casos es destruir células ocultas que se hayan diseminado antes de la cirugía.
- Enfermedad avanzada (metastásica): En las pacientes con enfermedad avanzada la quimioterapia es una de las formas de tratamiento junto al manejo hormonal y terapias dirigidas. Lo que se pretende es disminuir los síntomas que sufre la paciente y prolongar la supervivencia.

¿Cómo se realiza?

Se puede utilizar en monoterapia o en combinación de fármacos y terapias dirigidas.

No es necesaria la hospitalización para recibir estos tratamientos, se suele realizar en el hospital, pero de forma ambulatoria (Hospital de Día).

La quimioterapia se administra por ciclos, alternando periodos de administración seguidos con periodos de descanso. El número de ciclos oscila según la pauta que se utilice. Su médico oncólogo le explicará las opciones de tratamiento y cómo se va a realizar en concreto el suyo.

En la actualidad existen nuevas estrategias de tratamiento par el cáncer de mama. Avances en la quimioterapia, desarrollo de terapias biológicas dirigidas y el desarrollo de agentes quimioterápicos orales.

Recomendaciones durante el tratamiento con quimioterapia

Antes de iniciar el tratamiento con quimioterapia la citaran en la consulta de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes donde le explicaran en que va a consistir su tratamiento, ciclos, tipo de medicación, etc.

- Tenga en cuenta que durante la administración del tratamiento de quimioterapia permanecerá varias horas en el hospital, por lo que se recomienda planificar sus tareas con antelación. La utilización de dispositivos de entretenimiento o lectura pueden hacer más llevadero ese tiempo.
- Realizar ejercicio físico moderado (pasear), siempre que las condiciones físicas lo permitan.
- Realizar una dieta Equilibrada: rica en frutas, verduras y proteínas evitando fritos y alimentos grasos, así como picantes o con fuertes aromas.
- Es preferible realizar varias comidas de poca cantidad.
- Aumentar la ingesta de líquidos (agua, zumos, infusiones...), evitar bebidas alcohólicas.
- Podría tener nauseas y/o vómitos, siendo este uno de los síntomas mas comunes, aunque no aparece en todos los casos. En la actualidad, se dispone de una amplia gama de fármacos que pueden evitarlos o mitigarlos.
- Procurar no intervenir en la preparación de las comidas (tenerlo preparado previamente o congelado).
- Adaptar la dieta a la tolerancia que se tenga a los diferentes alimentos.
- Si tiene pérdida de apetito, intente comer en compañía, comer platos pequeños, evitando comidas de digestión pesada.

- Puede acompañar los alimentos con aguas carbonatadas (soda, agua con gas).
- Se recomiendan alimentos con gran contenido energético (leche condensada, claras de huevo, flanes, nata, chocolate, helados, batidos naturales).
- Hacer ejercicio suave (paseo) antes de las comidas.
- Los alimentos se toleran mejor a temperatura ambiente o fríos.
- Si aparece diarrea, tomar alimentos astringentes (arroz hervido, zanahorias, limón...), evitando los lácteos, excepto el yogur.
- Evitar el consumo de sal y café, ya que favorecen la aparición de edemas.
- Es aconsejable dormir entre 6 y 8 horas.
- Algunos fármacos empleados en la quimioterapia pueden producir fotosensibilidad por lo que se aconseja no exponerse al sol y utilizar cremas con un factor de protección solar alto.
- Si aparece Mucositis (Úlceras bucales), además de la limpieza bucal, hay fórmulas magistrales y medicamentos que ayudan a mitigar las molestias que ocasionan. Pregunte a su farmacéutico.
- La mayor parte de los tratamientos con quimioterapia producen alopecia (caída del pelo). Suele ocurrir en torno a las tres semanas del inicio del tratamiento y puede afectar a cejas, pestañas, vello axilar y púbico.
- El pelo vuelve a crecer entre dos y tres meses una vez finalizado el tratamiento. En ocasiones el pelo es más denso, rizado y canoso que antes del tratamiento. Puede teñirse, aunque en los primeros meses se debe evitar el uso de tintes que contengan amoníaco.
- Hay pacientes que optan por cortarlo al cero antes de iniciar el tratamiento y confeccionar una peluca de las mismas características de su pelo natural para utilizar durante el proceso.

- También se puede utilizar un pañuelo. En el mercado hay variedad de modelos de pañuelos y turbantes acordes con el gusto de cada mujer.
- Las cejas se pueden perfilar.
- La anemia puede ser un efecto secundario, y esta puede hacerla sentir muy cansada, este cansancio no significa que algo vaya mal, desaparecerá una vez finalice el tratamiento.

Con frecuencia, la quimioterapia disminuye el número de leucocitos en sangre, lo que nos hace más vulnerables a las infecciones; por lo que durante este periodo de inmunosupresión, es importante extremar los hábitos higiénicos y evitar el contacto con personas que tengan algún tipo de infección (gripe, catarro...), incluidos niños que hayan recibido recientemente una vacuna con virus vivos atenuados (gripe, polio, sarampión...)

- Lavar las manos frecuentemente y extremar la higiene bucal.
- Son recomendables los arándanos (naturales, en zumos o comprimidos de herbolario) para prevenir las infecciones de orina.
- También se recomienda el uso de probióticos orales para restablecer la flora intestinal y en óvulos para la flora vaginal.
- Si tiene fiebre (Temperatura mayor de 38°), consúltelo con el oncólogo y acuda al hospital de forma inmediata.
- Algunas mujeres que han recibido tratamiento con quimioterapia y /o tratamiento hormonal presentan supresión de la menstruación. Pueden darse sofocos, alteración del sueño, sequedad vaginal... etc. Para mejorar la sequedad vaginal y evitar molestias durante las relaciones sexuales se pueden emplear lubricantes vaginales.

Hormonoterapia

¿Qué es la hormonoterapia?

Las hormonas son sustancias químicas producidas por diferentes glándulas del cuerpo y con múltiples y diversas funciones. En condiciones normales, las células de las glándulas mamarias sufren cambios por la acción de las hormonas, especialmente los estrógenos (desarrollo de 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. Dos tercios de los tumores mamarios se consideran hormonodependientes en su crecimiento y proliferación.

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 se utilizan son: los antiestrógenos (tamoxifeno, fulvestrant), los inhibidores de la aromatasas (anastrozol, letrozol y exemestano) y los progestágenos. Tradicionalmente se utilizan en monoterapia pero cada vez es más frecuente su uso en combinación con nuevas terapias dirigidas (inhibidores de mTOR, inhibidores de las ciclinas dependientes de quinasas, anticuerpos monoclonales, etc...)

¿Cuándo se realiza?

El tratamiento hormonal se indica en los tumores de mama en los que su crecimiento y desarrollo está directamente influido por las hormonas; estos tumores se llaman hormonodependientes.

El tratamiento hormonal se puede usar, al igual que la quimioterapia, en distintos momentos: Tratamiento neoadyuvante antes de la cirugía, tratamiento adyuvante tras la primera intervención, y en las fases avanzadas de la enfermedad.

La vía de administración es la vía oral o intramuscular.

En general, en el escenario adyuvante, la duración recomendada del tratamiento es de cinco años pero en ciertos casos se puede valorar extender este periodo de tratamiento hasta los 10 años.

7. Se terminó el tratamiento propuesto

¿Y ahora qué?

El tratamiento del cáncer de mama no se termina cuando acaba el tratamiento activo. Durante años seguirá un protocolo que incluye visitas periódicas con exploración física y mamografía anual. Además se tratarán o paliarán los posibles efectos secundarios del tratamiento o tratamientos recibidos.

Si aparecen en algún momento signos o síntomas de alarma se realizarán las pruebas complementarias que su médico estime oportunas. Tenga en cuenta que no todos los síntomas deben ser achacados a su enfermedad y que hay siempre que descartar otras causas frecuentes de los mismos.

Los síntomas de recurrencia del cáncer de mama incluyen:

- Otro nódulo en la mama, en la axila o a lo largo de la cicatriz.
- Dolor que no cede con tratamiento médico habitual.
- Dolor o fracturas óseas.
- Dolor de cabeza o convulsiones.
- Tos crónica o problemas para respirar.
- Dolor abdominal o ictericia (color amarillo en la piel y ojos).
- Fatiga extrema.

8. Más cosas que interesan a las mujeres

Menopausia

¿Me quedaré menopáusica tras el cáncer de mama?

Hay fármacos utilizados durante el tratamiento que por su acción sobre los ovarios interrumpen el ciclo menstrual. Esta interrupción puede ser transitoria o permanente.

Este efecto depende de forma muy importante de la edad. Las mujeres con edad próxima a la menopausia (45-55 años) tienen más posibilidades de presentar menopausia tras el tratamiento.

Las mujeres menores de 40 años pueden tener un periodo de ausencia de menstruación durante el tratamiento pero en un alto porcentaje recuperarán la función ovárica cuando este finalice.

La hormonoterapia produce efectos secundarios similares a la menopausia, como sofocos, sequedad y molestias vaginales, aumento de peso, osteoporosis o pequeñas pérdidas vaginales o menstruación irregular.

Fertilidad y embarazo después del cáncer de mama

¿Puedo tener hijos tras la enfermedad?

En mujeres con antecedentes de cáncer de mama un embarazo posterior no compromete la supervivencia global. La gestación tras cáncer de mama es segura, independientemente del estado de los receptores estrogénicos.

Los tratamientos utilizados frente al cáncer de mama no aumentan el riesgo de malformaciones congénitas fetales.

Algunos expertos recomiendan esperar dos años tras el diagnóstico de cáncer antes de intentar embarazo.

En las mujeres sometidas a tratamiento con Tamoxifeno se recomien-

da esperar al menos seis meses a la suspensión del mismo antes de intentar embarazo.

Las mujeres tratadas con Trastuzumab deben esperar al menos seis meses tras la finalización del tratamiento para intentar embarazo.

Anticoncepción tras cáncer de mama

¿Qué método anticonceptivo puedo utilizar?

Los métodos de elección son los de barrera como el preservativo, o el DIU de cobre.

De acuerdo con los criterios de la OMS las pacientes con cáncer de mama activo o historia de cáncer de mama deben evitar el uso de anticoncepción hormonal.

Aunque los estudios son limitados no se recomienda el uso de DIU de Levonorgestrel.

Revisiones Ginecológicas

¿Cuándo debo visitar al ginecólogo?

Las visitas al ginecólogo deben seguir por lo general las pautas habituales para cualquier mujer.

Las pacientes que tengan síntomas derivados de la menopausia pueden consultar, muchos de ellos se pueden paliar de forma segura. Las pacientes que deseen gestación o anticoncepción pueden contar con nuestra ayuda.

Las pacientes con mutación BRCA deben visitar al ginecólogo cada 6 meses.

Siempre que presente sangrados vaginales o pequeñas pérdidas san-

guíneas tras la menopausia debe consultar al ginecólogo, la mayoría de las veces estarán causadas por los tratamientos (Tamoxifeno), o la atrofia vaginal pero es importante que nos lo haga saber.

Consejo genético

Entre el 5 y el 10% de los cánceres de mama se producen por cambios en los genes llamados mutaciones que pasan de una generación a otra. Algunas de estas mutaciones pueden ser detectadas en un análisis sanguíneo. En el caso de varios familiares afectados de cáncer de mama o del diagnóstico en mujeres jóvenes su médico la enviará a la Unidad de Consejo Genético.

¿Qué son las pruebas Genéticas?

Los genes pueden tener anomalías llamadas mutaciones. El cáncer se desarrolla por mutaciones en uno o más genes. Estas mutaciones se pueden heredar.

Los dos genes que por lo general se asocian con riesgo de cáncer de mama y de ovario se llaman BRCA 1 y BRCA 2. Puede haber otros genes implicados que están en estudio.

Tenemos test genéticos que identifican los genes BRCA 1 y 2.

La mayoría de las mujeres con cáncer de mama no presentan estas alteraciones genéticas.

¿A quién se recomienda realizar los test genéticos?

Mujeres con cáncer de mama menores de 40 años o con historia familiar de cáncer de mama u ovario pueden ser candidatas a estudio genético.

Su médico Cirujano General, Oncólogo Médico o Ginecólogo, le indicará si usted se beneficiaría de la realización de estos test.

¿Qué me aporta la realización de estos test?

Si usted es portadora de los genes BRCA 1 o BRCA 2 se pueden tomar medidas especiales de prevención y tratamiento con respecto al cáncer.

Además se puede estudiar a otros miembros de su familia que si son portadores se beneficiarían también de medidas de prevención.

9. Apoyo psicológico

El Psicooncólogo es un especialista en Psicología clínica y Psicoterapia. Perteneció al equipo multidisciplinar que trabaja en la lucha contra el cáncer de mama. Ayuda a la paciente en el proceso de adaptación a una enfermedad grave. Su intervención comienza en el diagnóstico y continúa durante los tratamientos, hasta la finalización de las intervenciones médicas. Su misión es acompañar y orientar para fortalecer la personalidad de la enferma, reducir el impacto emocional, afrontar los sentimientos de pérdida y culpa que genera la enfermedad y elaborar los síntomas de ansiedad y angustia, así como ayudar a disminuir el impacto emocional y superar la desconfianza inicial.

Primer impacto emocional al diagnóstico

El diagnóstico de cáncer de mama se vive como una amenaza a nuestra integridad y produce una tormenta emocional, al vivirlo como una presencia de una enfermedad crónica.

La persona en esos momentos padece una inestabilidad y vulnerabilidad psicológica, que afecta a la autoestima. Suelen aparecer síntomas depresivos y angustia. En ocasiones puede ser necesario solicitar la intervención del psicooncólogo.

Síntomas psicológicos secundarios a tratamientos

Los tratamientos producen síntomas secundarios físicos y psíquicos:

- La radioterapia estresa y altera la organización familiar y el ritmo de la casa. La mujer tiene dificultades para asumir sus responsabilidades en el hogar y con los hijos. Suelen presentarse dificultades para los desplazamientos a la radioterapia y si se trabaja, sufre interrupciones en la agenda laboral.
- La quimioterapia produce alteraciones emocionales, afectivas y sexuales. Hay pérdida de autonomía y atractivo físico. La frustración genera agresividad, que se manifiesta más con la familia.

Adaptación al proceso de la enfermedad

La paciente de cáncer de mama debe sentirse viva desde el primer momento y protagonista activa contra la enfermedad.

Su experiencia de la vida, la etapa evolutiva en la que se encuentra, su biografía y personalidad determinarán su adaptación, paso a paso.

La comunicación con el equipo multidisciplinar, así como la negociación en la toma de decisiones, le irán ayudando a ganar seguridad en el proceso, disminuyendo la presencia de síntomas y fortaleciendo su dignidad y autoestima. Así se aceptarán las limitaciones que impone la enfermedad y actuará desde la esperanza, en la lucha contra la enfermedad.



Tipos de apoyo psicoterápico

Psicoterapia individual: Su objetivo es ajustar la personalidad del paciente para afrontar la enfermedad. La terapia individual es adecuada para pacientes y familia (pareja e hijos). Su psicoterapeuta valorará el número de sesiones a realizar.

Psicoterapia grupal: Los encuentros del grupo tratan de potenciar la expresión de los problemas relacionados con la enfermedad, buscando el apoyo de los que comparten la misma situación. Es un lugar de motivación y aprendizaje. Asisten pacientes y familiares, pueden ser grupos homogéneos o heterogéneos. El psicoterapeuta seleccionará a los participantes y moderará los encuentros, para que el grupo sea siempre una actividad terapéutica y no otra cosa.

Después del final de los tratamientos

Tras los tratamientos estándar, las personas arrastran una sintomatología secundaria a ellos. Se siente una cronicidad de la enfermedad por las constantes evaluaciones médicas, a las que hay que someterse por protocolo.

Vuelve el temor al regreso de la enfermedad (recidiva), o a la presencia de la enfermedad en otro lugar del cuerpo (metástasis).

En este tiempo la intervención psicológica sigue siendo necesaria para mejorar la calidad de vida, establecer el control de la enfermedad, aceptar el cambio de imagen e identidad, abordar los cambios de sexualidad: fertilidad, menopausia precoz o deseo sexual. También los problemas familiares o de pareja son propios de esta etapa.

Es necesario redefinir las expectativas y valorar la reincorporación laboral, siendo éste un periodo de necesidades afectivas intensas.

Si existiera una recaída surgiría la desesperanza, con sentimientos negativos de enfado y depresión. La paciente necesita apoyo de nuevo, de forma individual o grupal, haciéndole ver que recaída no significa terminalidad, ni necesidad de cuidados paliativos.

10. Problemas sociales y laborales

El Trabajador Social sanitario del hospital puede ayudarle en caso de que la paciente sea cuidadora principal de otra persona /as enferma o dependiente, o que en el núcleo familiar haya niños pequeños, o bien en otras cuestiones que le preocupan tales como, el tiempo previsible de estancia hospitalaria, la capacidad y autonomía personal, las ayudas que puede necesitar o de las que puede disponer al regreso al domicilio, en su caso. También le podrá orientar y asesorar sobre los recursos sanitarios y sociales de su zona de los que se podrá beneficiar e informarle sobre servicios de ayuda a domicilio, tele-asistencia, desplazamientos, recursos ortoprotésicos, asociaciones y grupos de soporte, etc. siempre en función de su situación personal concreta.

Su enfermedad puede provocar un cambio en la dinámica familiar, a partir del cual pueden surgir o agravarse problemas sociales, que dificultan la aceptación del diagnóstico, evolución y tratamiento, la posterior reintegración a la vida cotidiana o la adaptación a la nueva situación. El Trabajador Social sanitario acompaña y proporciona ayuda profesional en situaciones de crisis y en los problemas personales y sociales de la vida diaria, facilitando la reorganización familiar y aumentando su bienestar.

Ante el diagnóstico, cada paciente y cada uno de los miembros de la familia puede reaccionar de forma distinta. Manifestaciones de rabia, cansancio, nerviosismo o miedo a un posible cambio en la forma de vida, son habituales.

Resulta importante para la adaptación a la enfermedad evitar la sobreprotección hacia el paciente, impidiendo que realice tareas que puede llevar a cabo o por parte del paciente hacia la familia evitando hablar del tema.

Intentar mantener las rutinas en la medida de lo posible. Si se previenen cambios, una comunicación sincera entre paciente y los miembros de la familia, facilitará la colaboración y la reorganización de tareas.

En el caso de niños próximos o a cargo, hablar con ellos teniendo en cuenta su edad, limitando las explicaciones a lo que pregunten o deban saber y dando respuestas claras, sencillas y veraces.

No dude en **PEDIR AYUDA** si la necesita

Los cuidadores

El cuidador o cuidadores, a menudo sufren modificaciones y limitaciones importantes en sus actividades cotidianas, laborales o sociales. Además en ocasiones, el agotamiento físico y/o psicológico, la falta de apoyo familiar o social, la toma de decisiones etc., pueden dificultar aún más su cometido, aunque al mismo tiempo éste pueda resultar gratificante y positivo. El cuidado del enfermo es importante, pero no se debe descuidar la salud física y emocional del cuidador, que cuanto más se cuide mejor podrá cuidar.

Recomendaciones al cuidador:

- Pedir ayuda cuando lo necesite. Teniendo en cuenta que la tristeza excesiva, la pérdida de interés por las actividades habituales, la tendencia al aislamiento, la irritabilidad, la pérdida de apetito, la ansiedad, el consumo excesivo de cafeína, alcohol, tabaco, pastillas para dormir u otros medicamentos o las alteraciones del sueño, son signos de alerta que indican que el cuidador debe prestarse mayor atención y pedir ayuda.
- Informarse sobre la evolución de la enfermedad para poder planificar con antelación los cambios.
- Hacer partícipes de la situación a otros miembros de la familia y aceptar sus propuestas de apoyo.
- Mantener un tiempo pre-establecido para su espacio personal.

El regreso al domicilio

El regreso a domicilio, conlleva nuevos cambios e interrogantes. Cada paciente afronta la enfermedad de distinta manera dependiendo de sus capacidades y situación personal y por tanto las necesidades también son diferentes. Además, los cuidados que precisa el paciente después de una intervención quirúrgica o los efectos secundarios de los tratamientos, pueden dificultar temporalmente el desarrollo de las actividades de la vida diaria que se realizaban hasta el momento. Es posible que sea el momento de realizar algún cambio que le haga la vida más sencilla.



Los trabajadores sociales sanitarios ubicados en los Centros de Salud pueden ofrecer tanto a pacientes como a sus familiares apoyo profesional y orientación sobre los recursos sanitarios y sociales de la zona en función de su estado de salud y situación socio-familiar, pudiendo desplazarse al domicilio en caso de dificultades para el desplazamiento.

El trabajo, baja y reincorporación

Muchas pacientes podrán continuar trabajando. Ello dependerá de distintos factores, como el tipo de trabajo, el tratamiento que recibe o su estado de salud. Los contactos sociales que se establecen en el entorno laboral resultan en ocasiones, otra fuente de apoyo para la normalización. Otras personas sin embargo, necesitarán más tiempo hasta la reincorporación, lo que no debe hacerles sentirse culpables. No olvide que será el médico quien le oriente sobre las limitaciones para la realización de algunas actividades.

En el caso de no poder seguir realizando el trabajo que tenía hasta el momento, algunas empresas facilitan otros puestos de trabajo que la persona afectada pueda desarrollar, por ello es importante consultarlo con su empresa.

Podrá solicitar en su caso, el reconocimiento del grado de discapacidad a través del centro de valoración de discapacidades.

En caso de pérdida de empleo es importante que consulte sobre las prestaciones a las que puede o no acogerse.

No olvide que además, puede solicitar más orientación sobre temas laborales a través de consulta con abogado de oficio en los Colegios de Abogados, en los Sindicatos Obreros, en la oficina de información socio-laboral o en el INSS.

- **Baja laboral**

A lo largo del proceso de la enfermedad, la situación laboral habitualmente se ve afectada, lo que en ocasiones conlleva una disminución de ingresos de la unidad familiar al tiempo que se generan gastos extras (desplazamientos, medicaciones, ayuda de otra persona en el hogar...).

- **Incapacidad Laboral Temporal (ILT)**

La Incapacidad Laboral Temporal la prescribe el médico de cabecera. Su duración máxima es de 18 meses. La cuantía de esta prestación está en función de la base reguladora. Para ser beneficiario de esta prestación es necesario, estar integrado en el régimen general de la Seguridad Social, afiliada y de alta o en situación asimilada al alta en la fecha de prescripción de la baja y haber cotizado al menos 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores. Antes de que finalice el plazo máximo, si no se ha producido el alta, será citada para la realización de una revisión que dará lugar a la emisión de un informe dirigido al (INSS) con propuesta, bien de alta, de prórroga con vistas a la curación o de inicio de expediente de Incapacidad Permanente.

- **Incapacidad Laboral Permanente (ILP)**

Para solicitar la ILP, es necesario haber agotado la ILT sin haber estado de alta y presentar reducciones anatómicas o funcionales graves que disminuyan o anulen la capacidad laboral de forma permanente. Una vez reconocida esta prestación se mantendrá hasta los 65 años, dando paso entonces a la prestación de jubilación.

Grados de ILP:

Incapacidad permanente parcial, para lo que es necesario tener reconocido un grado de disminución del rendimiento para su profesión no inferior al 33%. Consiste en una indemnización de 24 mensualidades de la base reguladora.

Incapacidad permanente total. En este caso la enferma quedará inhabilitada para el ejercicio de su profesión habitual, aunque no para profesión distinta. La cuantía será del 55% de la base reguladora, incrementada en un 20% a partir de los 55 años y siempre que se presuma dificultad para obtener empleo distinto a su profesión habitual.

Incapacidad permanente absoluta, que inhabilita para desarrollar cualquier tipo de profesión y supone el 100% de la base reguladora.

Gran invalidez, reconocida sólo en los casos en que se necesita la ayuda de una tercera persona para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Supone un 150% de la base reguladora.

Anexo I. Ejercicios tras la cirugía de mama

OBJETIVOS

Conseguir nuevamente la elasticidad de la piel para el correcto movimiento del brazo y hombro.

Ayudar a conseguir una postura correcta del cuerpo y sentirse mejor.

REGLAS BÁSICAS

Al principio haga solamente los ejercicios que pueda, comenzando por 3 ó 5 veces, hasta conseguir 10 veces seguidas.

No realice movimientos bruscos.

La repetición y constancia en realizar estos ejercicios es importante para su recuperación.

Es importante acompañar todos los ejercicios y el descanso entre uno y otro con una respiración suave, tomando aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Llevar mano a la nuca



Brazos en cruz en la nuca



Llevar la mano a la cabeza y a la oreja contraria



Contar baldosas de frente



Contar baldosas de perfil



Intención de atarse un delantal



Intención de atarse el sujetador



Flexoextensión



Descripción de círculos



Brazos en cruz



Elevación con ayuda de escoba

Anexo II. Direcciones y webs de interés

Direcciones de interés

Asociación contra el cáncer

C/ Langreo, 11, entresuelo dcha.
33207 – Gijón
Tlf: 985356256
Gijón@aecc.es

C/ Uría, 26
33003 – Oviedo
Tlf: 985 20 32 45
Asturias@aecc.es

Contactos

Fundación Hospital de Jove

Centralita: 985320050

Consulta de Cirugía General: Extensión 84330
Unidad de Hospitalización Cirugía General: 84150
Oncología Radioterápica: 84368

Hospital de Cabueñes

Centralita: 985185000
Oncología: 985185080

Apunte aquí el teléfono de

Su centro de salud:
Su médico Atención Primaria:
Su enfermera de Atención Primaria:

Páginas web

www.fecma.org (Federación Española de Cáncer de Mama)
www.geicam.org (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama)
www.seom.org (Sociedad Española de Oncología Médica)
www.cancer.org/es/ (Sociedad Americana del cáncer. Versión en español)
www.amoena.es (prótesis y sujetadores)



SU OPINIÓN, NOS AYUDA A MEJORAR

**SEPARE ESTA HOJA Y DEPOSÍTELA
EN EL BUZÓN DE SUGERENCIAS QUE SE
ENCUENTRA EN LA ENTRADA
DEL HOSPITAL DE JOVE**

MUCHAS GRACIAS





GUÍA PARA PACIENTES CON **CÁNCER DE MAMA**

Un reto para todos