:información Pacientes y Familiares

02 Diagnóstico y tratamiento

Proceso asistencial integrado de cáncer mama

XUNTA DE GALICIA

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Lugar: Santiago de Compostela
Año: 2012
D. L: C 2046-2012

Coordinación:
Dirección de Asistencia Sanitaria

Grupo de trabajo:
María José Bartolomé Domínguez
María Antonia Trueba Moreno
Miguel Ángel Talavera Valverde
Julio García Comesaña
Ángela Luz García Caeiro

Distribución de contenidos:
María José Bartolomé Domínguez.
Prevención.
Diagnóstico y tratamiento.
Seguimiento.
María Antonia Trueba Moreno.
Linfedema.
Miguel Ángel Talavera Valverde.
Ocupación, bienestar y salud en la persona que padece un cáncer de mama.

Agradecimientos:
A los miembros del grupo de trabajo del proceso asistencial integrado de cáncer de mama y otros profesionales de los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud, a las asociaciones contra el cáncer (Asociación Española contra el Cáncer Coruña, Asociación Española contra el Cáncer Lugo, Asociación Española contra el Cáncer Ourense, Asociación Española contra el Cáncer Pontevedra, Asociación de diagnosticadas de cancro de mama de Cangas, Asociación galega de mulleres afectadas por cancro de mama Punto e Seguido) y a la Escuela gallega de salud para ciudadanos, por la revisión, comentarios y aportaciones a este documento.

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2011 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que fueron aprobados en el CISNS de fecha 2 de junio de 2011, como apoyo a la implementación a la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

:información Pacientes y Familiares

mama

PREVENCIÓN 01

02 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO 03

Diagnóstico y tratamiento

02

2.1 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA PG 4

2.2 TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA PG 10

Tratamiento quirúrgico PG 13

Tratamiento quimioterápico PG 17

Tratamiento radioterápico PG 20

Otros tratamientos PG 23

2.3 POSIBLES EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS PG 24

2.4 LINFEDEMA PG 30

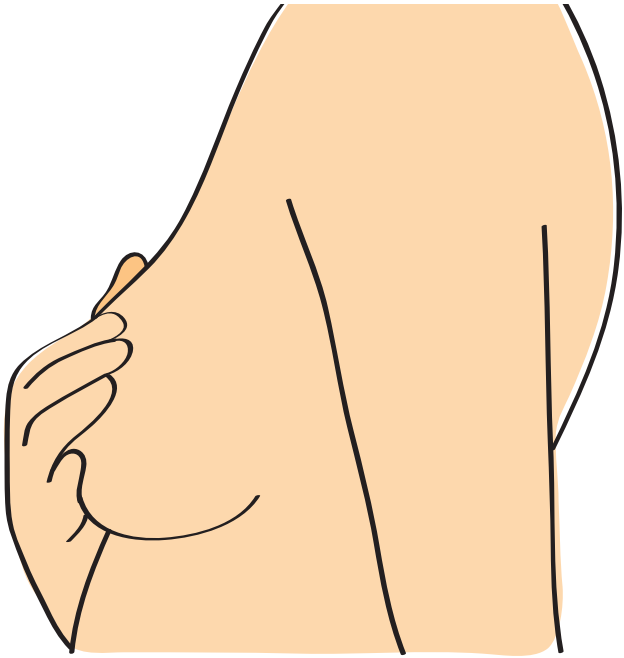
2.5 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA PG 44

ANEXOS

Bibliografía PG 48

Direcciones y teléfonos de interés

2.1 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA



¿Qué **síntomas** puede producir el cáncer de mama?

El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas. A medida que el cáncer crece puede causar algunos cambios que tienes que vigilar:

- **Aparición de un bulto** en la mama o en la axila, que generalmente es duro y no duele.
- **Cambios en el tamaño o forma** de la mama.
- **Alteración en la piel** de la mama como: aparición de úlceras, cambios de color, aspecto de la piel como la piel de una naranja.
- **Cambios en la areola-pezón**: secreción de líquido por pezón, retracción del pezón, úlceras, costras.
- El cáncer de mama duele en muy raras ocasiones, y generalmente cuando hay **dolor** se acompaña de un **bulto**.
- Los hombres también pueden padecer cáncer de mama y los síntomas suelen ser un **bulto mamario** y r**etracción del pezón**.

Cuando el cáncer de mama está avanzado puede producir síntomas entre los que están:

- **Úlceras en la piel**.
- **Hinchazón del brazo** del mismo lado de la mama con cáncer.
- **Pérdida de peso**.

Si notas algunos de los cambios anteriores tienes que decírselo a tu médico, pero tienes que saber que estos cambios también pueden aparecer asociados a otras enfermedades que no son un cáncer de mama. Para que puedas reconocer estos cambios es muy importante que conozcas tus mamas.

¿**Cómo** se diagnostica el cáncer de mama?

Tu médico te hará una historia clínica donde quedarán reflejados datos en relación a tus hábitos (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio etc.) y tus antecedentes médicos (operaciones, tratamientos que tomes, enfermedades que padezcas, etc.) y familiares (cáncer de mama en la familia, otros enfermedades y cánceres en familiares, etc.) También te va a realizar una exploración física general que incluya exploración y palpación de las mamas.

En función de los resultados de la historia clínica y la exploración física, se decidirá que técnicas son las más apropiadas en cada caso para llegar a un diagnóstico.

¿Qué **técnicas** son las que se utilizan para llegar al diagnóstico?

Mamografía

Es una de las técnicas más eficaces y fácil de realizar. En el caso de observarse masas en las mamografías, las pruebas complementarias más habituales son la ecografía y la biopsia. En ocasiones puede ser necesario realizar una resonancia magnética nuclear.

Ecografía de las mamas

Utiliza ultrasonidos para generar imágenes en una pantalla. Tiene utilidad para diferenciar el contenido de los bultos de la mama, en sólido o líquido (generalmente benigno). Es una prueba que no te produce dolor y no precisa una preparación especial.

Biopsia de mama

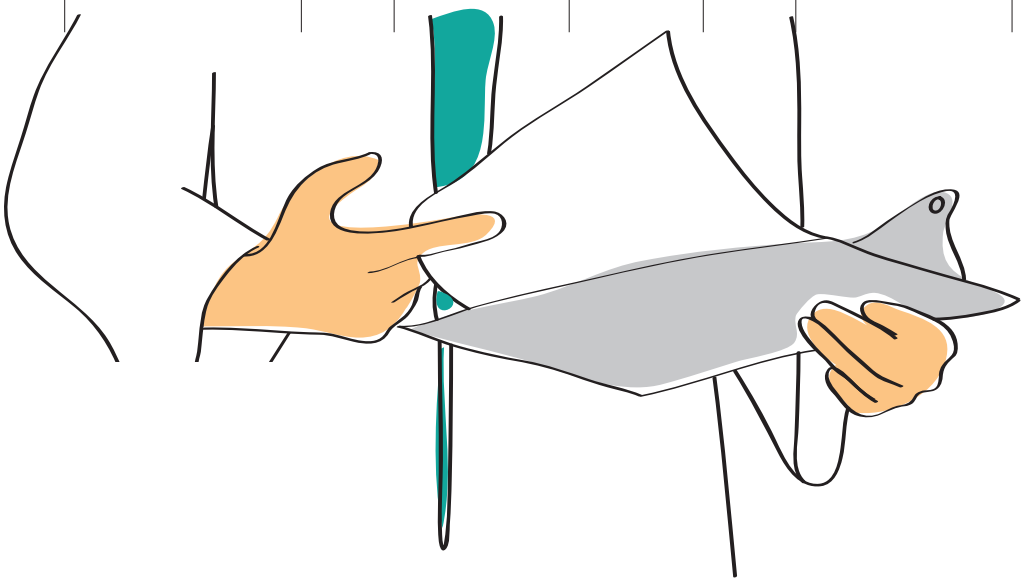
Consiste en obtener una muestra de la mama para estudiar al microscopio. Hay varias formas de obtener la muestra:

Punción aspiración con aguja fina (PAAF): se realiza una punción guiada por ecografía para extraer una pequeña cantidad de células o líquido para analizar. No necesita ingreso.

Biopsia con aguja gruesa (BAG): se realiza con agujas más gruesas que la anterior, también guiada con la ayuda de la ecografía y con anestesia local para evitar molestias. Normalmente se hace sin necesidad de ingreso, no necesitas una preparación especial, se puede producir un hematoma en la zona del pinchazo, el personal que realiza la prueba te indicará el uso de hielo y presión en la zona de punción para minimizar la aparición del hematoma.

Biopsia asistida por vacío (BAV): habitualmente requiere el uso de una sofisticada tecnología. Tampoco precisa ingreso, pero necesita anestesia local.

Biopsia abierta. La muestra se obtiene en el quirófano haciendo una pequeña incisión en la mama, por lo que precisa el ingreso.



Resonancia magnética de las mamas
Para ayudar a identificar mejor la tumoración mamaria o evaluar un cambio anormal en una mamografía.

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de cáncer de mama, es importante saber en que fase se encuentra el tumor para elegir el tratamiento más adecuado. En ocasiones se realiza la biopsia de ganglio linfático centinela para ver si la enfermedad ha alcanzado los ganglios (axilares habitualmente). **El ganglio centinela sería el primer ganglio por el que sale la linfa en la zona más cercana al tumor y sería el primer ganglio afectado por el cáncer y su puerta de diseminación**.

El cáncer de mama se **clasifica** en distintos niveles:

tnm

Clasificación TNM

T_(tamaño del tumor)

- **T1** igual o menor a 2 cm.
- **T2** entre 2-5 cm.
- **T3** mayor de 5 cm.
- **T4** si tiene expansión hacia la piel o la pared del tórax.

N_(afectación o no de los ganglios linfáticos)

- **N0** no hay afectación de ganglios.
- **N1** de 1 a 3 ganglios afectados.
- **N2** de 4 a 9 ganglios afectados.
- **N3** 10 o más ganglios afectados o los ganglios afectados están lejos de la mama.

M_(afectación o no de otros órganos)

- **M0** no hay afectación de otros órganos (no hay metástasis).
- **M1** hay metástasis.

Para realizar esta clasificación **es necesario que te hagan una serie de pruebas** como son mamografía, ecografía, resonancia magnética nuclear, TC etc.

estadios

Clasificación en estadios

En función de la clasificación TNM el cáncer de mama tiene los siguientes estadios:

Estadio 0 o carcinoma in situ o no invasivo_Las células del tumor están localizadas exclusivamente en el interior de los lobulillos o conductos de la mama.

Estadio I (T1, N0, M0)_El tamaño del tumor es inferior a dos centímetros. No hay afectación de ganglios linfáticos ni metástasis a distancia.

Estadio II_Tumor entre 2 y 5 centímetros, con o sin afectación de ganglios axilares. Se subdivide en estadio IIA (T0, N1, M0 ó T1, N1, M0 ó T2, N0, M0) y en estadio IIB (T2, N1, M0 ó T3, N0, M0).

Estadio III_El tumor afecta a ganglios de la axila y/o piel y pared del tórax (músculos o costillas). Se subdivide en estadio IIIA (T0-2, N2, M0 ó T3, N1-2, M0), estadio IIIB (T4, N0-2, M0) y estadio IIIC (T0-4, N3, M0).

Estadio IV_El cáncer se ha diseminado, afectando a otros órganos (cualquier T, cualquier N, M1).

La clasificación en estadios sirve para elegir el tratamiento y también **es importante para el pronóstico y supervivencia**.

ESTADIO	DEFINICIÓN
Estadio 0	Las células del tumor están localizadas exclusivamente en el interior de los lobulillos o conductos de la mama.
Estadio I	El tamaño del tumor es inferior a dos centímetros. No hay afectación de ganglios linfáticos ni metástasis a distancia.
Estadio II	Tumor entre 2 y 5 centímetros, con o sin afectación de ganglios axilares. Se subdivide en estadio IIA y en estadio IIB.
Estadio III	El tumor afecta a ganglios de la axila y/o piel y pared del tórax (músculos o costillas). Se subdivide en estadio IIIA, estadio IIIB y estadio IIIC.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado, afectando a otros órganos.

123

Clasificación según el grado histológico

Grado 1 o **bien diferenciadas**_Las células del tumor se parecen mucho a las células normales y son tumores que crecen despacio.

Grado 2 o **moderadamente diferenciadas**_Tienen cierto parecido con las células de origen y su crecimiento es más rápido que en el grado 1.

Grado 3 o **indiferenciado**_No se parecen a las células de dónde proceden y crecen rápidamente. Son los que con más frecuencia se diseminan.

biología de la célula tumoral

Clasificación según la biología de la célula tumoral

Esta clasificación depende de la presencia o no de receptores hormonales en la célula tumoral y de la presencia o no de la proteína HER 2. Según esto, tenemos los siguientes tipos:

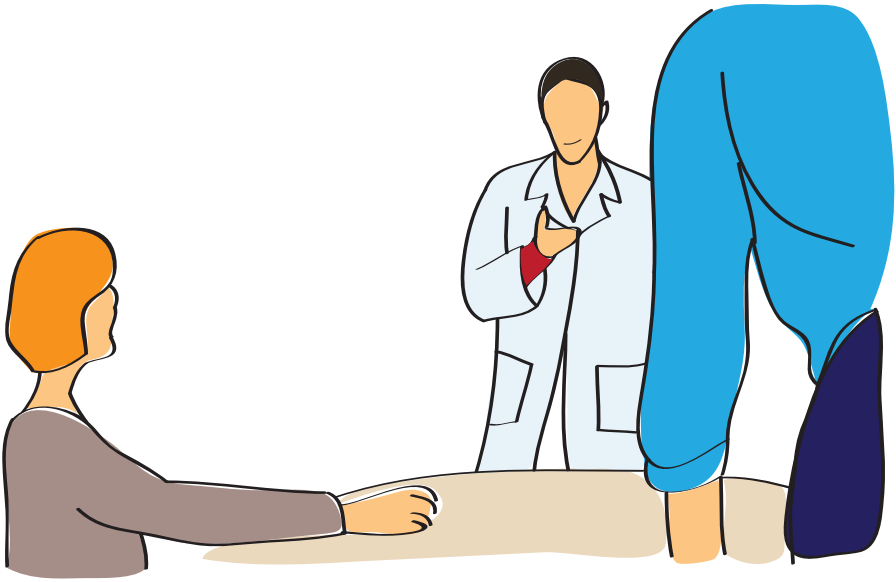
Hormonales_Son los tumores que tienen receptores hormonales positivos para estrógenos y progesterona. Son más típicos después de la menopausia. Responden mejor al tratamiento con hormonas que con quimioterapia y son los de mejor pronóstico.

HER 2 positivos_La célula tumoral tiene elevada la expresión de la proteína HER 2 y no tiene receptores para estrógenos y progesterona. Hoy en día disponemos de medicamentos contra la proteína HER 2 por lo que el pronóstico de este tipo de cáncer ha mejorado mucho.

Triple negativos_La célula tumoral no tiene receptores para estrógenos ni progesterona y no tiene elevada la expresión de la proteína HER 2.

Positivos para todo_La célula tumoral tiene receptores para estrógenos y progesterona y elevada la expresión de HER 2.

2.2 TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA



Todos los casos de cáncer de mama se llevan al comité de tumores, donde un equipo de profesionales de diferentes especialidades (equipo multidisciplinar) propone cual es el tratamiento más adecuado para cada caso, para conseguir las mayores posibilidades de curación y a la vez dar respuesta a tus expectativas.

¿**De qué depende** el tipo de tratamiento que voy a recibir?

Factores dependientes de cada paciente
Edad, estado general, estado hormonal (pre o postmenopausia), decisión por tu parte después de una información completa.

Factores dependientes del tumor
Localización del tumor, tamaño del tumor, afectación o no de los ganglios, diseminación o no de la enfermedad, proteína HER 2 positiva, grado de las células etc.

Los tratamientos que más se emplean en el cáncer de mama son la **cirugía**, la **quimioterapia**, la **radioterapia**, la **hormonoterapia** y la **terapia biológica sistémica**. Estos tratamientos pueden combinarse en función de cada tumor.

¿Qué **tipos** de tratamiento existen?

Tratamiento local
El tratamiento está dirigido al tumor en su lugar de origen o en alguna localización determinada. Ejemplos: cirugía y radioterapia.

Tratamiento sistémico
El tratamiento afecta a todo el organismo. Ejemplos quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica sistémica.

Tratamiento adyuvante
Tratamiento sistémico que se aplica después de un tratamiento local sin que exista evidencia de enfermedad. Tiene como objetivo destruir células tumorales que estén por el organismo.

Tratamiento neoadyuvante
Aplicar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o como tratamiento en pacientes con enfermedad no localizada de forma previa a la cirugía.

Tratamiento paliativo
Su objetivo es aliviar los síntomas, prolongar el tiempo hasta la progresión de la enfermedad y, si es posible, mejorar la supervivencia.

La cirugía es la primera opción de tratamiento en los cánceres de mama que se detectan en las fases iniciales de la enfermedad. Es una intervención quirúrgica mayor, es decir, tienes que estar ingresada unos días y generalmente se hará con anestesia de tipo general.

2.2.1 Tratamiento quirúrgico

Antes de la operación

Se realiza el estudio preoperatorio: análisis de sangre con coagulación, radiografía de tórax y electrocardiograma, para conocer si existe algún riesgo y el tipo de anestesia a utilizar.

Antes de la cirugía, tienes que recibir toda la **información sobre la técnica quirúrgica** que se va a utilizar y si esta será radical con amputación de toda la mama o solo de parte de ella, los **riesgos y complicaciones** que conlleva la intervención, las **secuelas** que pueden permanecer y las **recomendaciones** para disminuir dichas complicaciones. Te informarán también si la intervención es radical, si es posible la reconstrucción de la mama y en que tiempo, en la misma operación o tras todo el tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Recuerda que en esta consulta debes preguntar todo lo que quieras saber, no te quedes con dudas.

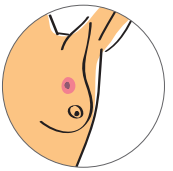
Una vez que tengas claro todo el proceso, el especialista te facilitará un documento que se llama **consentimiento informado**, si tienes todo claro lo debes firmar, ya que se trata de un contrato de confianza entre tú y el especialista tras haber recibido toda la información para poner en marcha el tratamiento de tu enfermedad.

¿Qué **tipos** de cirugía hay?

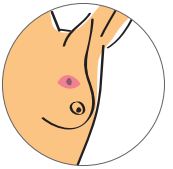
El tratamiento quirúrgico de tu enfermedad precisa la realización de una cirugía en la mama; para la extirpación del tumor, y de una cirugía en la axila para conocer si existe afectación del tumor en los ganglios de la axila.

Tipos de Cirugía en la Mama

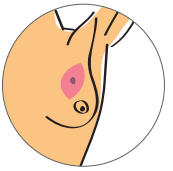
Tumorectomía_Sólo se extirpa el tumor.



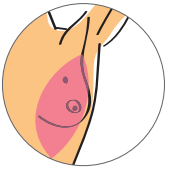
Cuadrantectomía_ Se extirpa el cuadrante donde está el tumor.



Procedimiento oncoplástico_ Se utiliza cuando es necesario remodelar o reducir la mama para evitar deformidades o mejorar la irradiación de la mama.

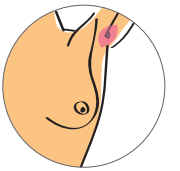


Mastectomía_ Se extirpa la mama entera.

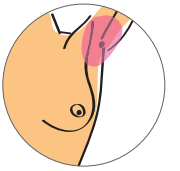


Tipos de Cirugía en la axila

Biopsia de ganglio centinela.



Linfadenectomía axilar, también denominada vaciamiento axilar.

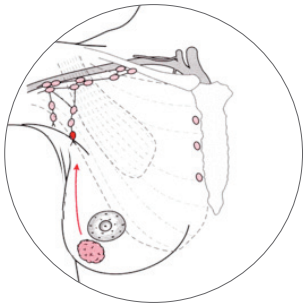


¿Cuáles son las **técnicas** quirúrgicas?

La técnica que te van a realizar depende de la fase en la que esté la enfermedad, tamaño del tumor, tipo de tumor, tamaño de la mama, edad, decisión del profesional y la paciente etc. Existen varias técnicas:

Cirugía conservadora

Se extirpa el tumor y una pequeña cantidad de tejido mamario sano que rodea al tumor. Después de este tipo de cirugía siempre se aconseja tratamiento con radioterapia. En casos seleccionados puede ser necesaria la remodelación o reducción de la mama mediante un procedimiento oncoplástico para evitar deformidades u optimizar el tratamiento radioterápico.



Mastectomía

Se extirpa toda la mama, incluyendo pezón y el tejido de la mama que se extiende a la axila:

Mastectomía radical modificada_ Se extirpa toda la mama pero el músculo pectoral y otros tejidos que están debajo de la mama no se operan, por lo que resultará más fácil y con mejores resultados estéticos una reconstrucción posterior. Es la técnica más usada dentro de las mastectomías.

Mastectomía preservadora (ahorradora) de piel_ Con esta técnica se extirpa toda la glándula, junto con el tumor, y se conserva parte de la cubierta cutánea de la mama asi como el surco submamario. Este tipo de mastectomía se utiliza en mujeres en quienes se realiza una reconstrucción mamaria durante la misma intervención de la mastectomía (reconstrucción inmediata) para mejorar el resultado estético de la reconstrucción.

¿**De qué depende** que me quiten o no la mama?

La cirugía conservadora de la mama no está indicada en todos los casos, a pesar de que hoy en día se detectan más tumores en fases iniciales de la enfermedad. Conservar la mama no está indicado en los siguientes casos:

- Que tengas **dos o más tumores en la misma mama**, que estén separados y no se puedan extirpar juntos.
- Que el **tamaño del tumor** sea **demasiado grande** o que la relación entre el tamaño del tumor/el tamaño de la mama no permita obtener un buen resultado estético.
- Que tengas **una enfermedad además del cáncer de mama** que haga que tu organismo sea muy sensible a los efectos de la radioterapia.

¿**Cuándo** hay que extirpar los ganglios linfáticos de la axila?

Es importante saber, independientemente de la técnica quirúrgica, **si la enfermedad se ha extendido a los ganglios linfáticos de la axila** ya que de esto va a depender las posibilidades de superar la enfermedad y la necesidad de ponerte o no quimioterapia y/o radioterapia.

Hay varias formas de realizar el estudio de los ganglios linfáticos de la axila, entre otras están:

Linfadenectomía axilar
Normalmente se extraen entre 10 y 40 ganglios, que se analizan para saber si la enfermedad se ha diseminado a los mismos. Es frecuente que produzca como secuela la aparición del linfedema (ver punto 2.4.).

Biopsia del ganglio centinela
Se extrae el ganglio ó los ganglios (por lo general 1) que llamamos centinela (primer ganglio donde drena el tumor), si este ganglio no está afectado por la enfermedad hay muchas posibilidades de que el resto de los ganglios tampoco lo esté. Esta técnica tiene la enorme ventaja que no produce como secuela la aparición del linfedema (ver punto 2.4.).

Como norma general, se realizará biopsia de ganglio centinela en aquellos casos en los que no hay una afectación demostrada de los ganglios linfáticos de la axila.

Cuando tu médico te recomiende alguna de estas técnicas, te explicará los detalles de las mismas, es importante que preguntes todas las dudas que te puedan surgir.

La quimioterapia es uno de los tratamientos de elección para el cáncer. Su objetivo es destruir las células que originan el tumor para evitar su crecimiento y, de esta manera intentar que desaparezca la enfermedad.

Para administrarte este tratamiento se utilizan unos medicamentos que se llaman antineoplásicos o quimioterápicos. Estos medicamentos se distribuyen por el organismo y actúan tanto sobre las células tumorales como sobre las células sanas.

El personal sanitario que te atenderá (médicos y personal de enfermería) te informará de los cuidados y funcionamiento de su servicio.

2.2.2 Tratamiento quimioterápico

¿**Cuándo** se pone la quimioterapia?

Quimioterapia adyuvante
Es la que se administra tras la cirugía de la mama como tratamiento complementario para prevenir la aparición de metástasis. Este caso es el más habitual.

Quimioterapia neoadyuvante
Es la que se administra como primer tratamiento con la finalidad de reducir el tamaño del tumor.

Quimioterapia paliativa
Para la enfermedad metastásica.

Previamente al inicio del tratamiento con quimioterapia, el especialista que te va a tratar, te explicará en que consiste el tratamiento, cuantos ciclos debes poner y las complicaciones que tiene la quimioterapia, una vez que tengas toda la información y, al igual que cuando te operaste, deberás firmar el documento de consentimiento informado que como en el caso anterior es un contrato de confianza mutua. Debes saber que si en algún momento del tratamiento decides pararlo y no seguir con él, puedes hacerlo y comunicarlo firmando el apartado que en el documento existe para revocar el consentimiento dado. Es importante que hables con tu oncólogo para que te explique los beneficios y riesgos de ponerte quimioterapia.

¿Cómo se **administra**?

Puedes recibir tratamiento con un solo medicamento o con varios y generalmente estos fármacos antineoplásicos se te administrarán de forma intravenosa (a través de una vena).

En la mayoría de los casos el tratamiento se pone de forma ambulatoria en el hospital de día, es decir no tienes que estar ingresada. Se administra en ciclos que pueden ser semanales, quincenales o cada tres semanas, donde alternarás periodos de tratamiento con periodos de descanso.

Antes de recibir un ciclo te van a hacer una analítica de sangre para saber si puedes recibir o no ese ciclo, en el caso de que la analítica esté alterada y no puedas recibir el ciclo de quimioterapia hay que retrasarlo hasta que los valores del análisis permitan poner de nuevo el tratamiento.

El **personal de enfermería** es el que se va a encargar de cogerte la vía y ponerte un suero con los medicamentos que indique tu oncólogo.

¿**Está funcionando** la quimioterapia?

Tu oncólogo durante y /o después de acabar el tratamiento te pedirá una serie de pruebas que permiten saber si el tumor ha respondido a la quimioterapia. Con estas pruebas y la exploración física se puede saber si el tumor ha disminuido, ha desaparecido o si no ha respondido al tratamiento.

¿Cómo puedo prepararme para poner el tratamiento?

_Intenta **mantener alta la temperatura corporal**.

_**Come bien el día anterior** a ponerte el tratamiento.

_En la **cena anterior** al día que tengas que ir a la quimioterapia **come alimentos que** aunque te gusten **no sean tus preferidos**, estos últimos tómalos cuando empieces a recuperarte de cada sesión. Si tomas tus alimentos preferidos y comienzas a encontrarte mal (debido a tu tratamiento) tu mente va a asociar en adelante eso que tanto te gusta con el malestar que experimentes.

_**Durante los primeros días** después de la quimioterapia **toma alimentos fáciles de digerir**.

_Come raciones más pequeñas (5 veces al día).

_Intenta hacer tu **comida principal coincidiendo con el momento del día en que mejor te encuentres**, para unos puede ser a las 12h de la mañana, y para otros a las 18h o a las 14h, se flexible contigo misma.

_**Come tranquilamente**. No conviertas la comida en una obsesión.

_**Haz de la comida** una situación agradable.

_**Evita olores fuertes** que se puedan asociar y que pueden resultarte desagradables posteriormente.

_Toma la **comida a temperatura ambiente o fresca**, la comida caliente puede favorecer la aparición de náuseas.

_**Evita comidas muy grasas o muy sazonadas**.

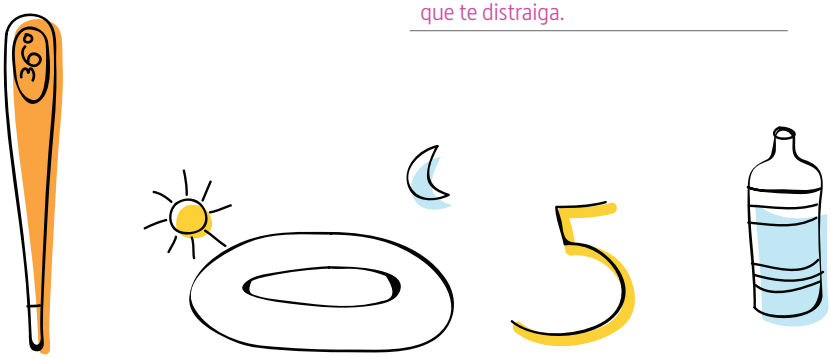
_**Bebe 2-3 litros de agua**.

_**Haz ejercicios** con las manos y los brazos en casa.

_**Hidrata bien** la piel con cremas.

_**Descansa** de una forma regular.

_**Sal de paseo** o realiza otra actividad que te distraiga.



La radioterapia es un tratamiento que consiste en la utilización de rayos X de alta energía (radiaciones ionizantes), para eliminar las células tumorales, causando el menor daño posible a los tejidos sanos que rodean el tumor.

2.2.3 Tratamiento radioterápico

¿**Cuándo** se utiliza?

Normalmente la radioterapia se utiliza después de la intervención quirúrgica, con el objetivo de eliminar las células que hayan podido quedar en la zona de la cirugía.

Después de una cirugía conservadora se suele utilizar siempre.

En ocasiones se usa **tras una mastectomía**.

Existe una radioterapia paliativa, es decir la que se utiliza **para aliviar los síntomas producidos por el cáncer o las metástasis**. Este es el caso de la radioterapia antiálgica, que es la que se utiliza por ejemplo en las lesiones óseas para aliviar el dolor.

Previamente al inicio del tratamiento con radioterapia, el especialista que te va a tratar, te explicará en que consiste el tratamiento y las complicaciones que tiene la radioterapia, una vez que tengas toda la información, deberás firmar el documento de consentimiento informado que como en el caso anterior es un contrato de confianza mutua. Debes saber que si en algún momento del tratamiento decides pararlo y no seguir con él, puedes hacerlo y comunicarlo firmando el apartado que en el documento existe para revocar el consentimiento dado.

El personal sanitario que te atenderá (médicos y personal de enfermería) te informará de los cuidados y funcionamiento de su servicio.

¿Qué **tipos de radioterapia** me pueden ofrecer?

Tu oncólogo radioterápico te indicará el **tipo de radioterapia más eficaz** para tu caso así como la planificación del tratamiento.

Clásicamente hay **dos tipos** de radioterapia:

Radioterapia externa
Es el tipo de radioterapia que más frecuentemente se utiliza en el cáncer de mama. Las radiaciones proceden de una máquina que está fuera del organismo.

Radioterapia interna o braquiterapia
Consiste en colocar sustancias que emiten las radiaciones cerca o dentro del tumor. Es una radiación muy localizada y de corta duración.

Antes de iniciar el tratamiento con radioterapia hay que realizar una simulación.

¿Qué es la **simulación**?

La simulación consiste en decir que partes del cuerpo se te van a radiar. Durante la misma se imitan las condiciones en las que se te hará el tratamiento, y la postura más correcta para tu caso.

La simulación no te va a producir dolor, sólo requiere que permanezcas quieta en una camilla durante el tiempo que dure la simulación. Normalmente también es necesario realizarte un TC o escáner para calcular la dosis de radiación que va recibir el tumor y los tejidos sanos.

Una vez que se ha realizado el planteamiento de tu tratamiento es necesario reproducirlo igual todos los días que acudas a radioterapia, para esto se te hace en la piel tatuajes o marcas que ayudan al personal de radioterapia a administrarte correctamente el tratamiento.

¿**Cuántos días** tengo que acudir a ponerme el tratamiento y durante cuanto tiempo?

Para evitar daños serios sobre los tejidos de tu organismo, la dosis total de radiación que vas a recibir se fracciona, motivo por el que tendrás que acudir a ponerte el tratamiento todos los días generalmente cinco días a la semana (habitualmente descansas sábado y domingo).

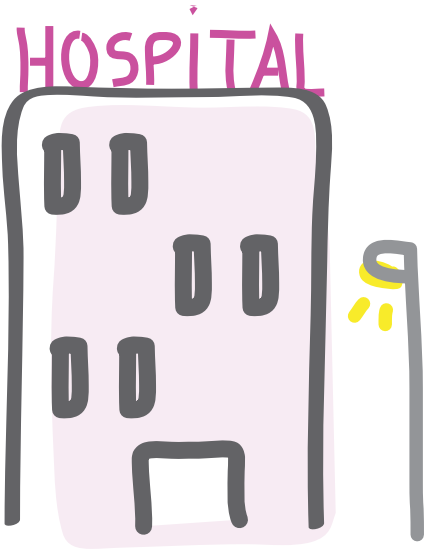
No es necesario que estés ingresada para el tratamiento. Acudirás al hospital de referencia y se te administra el tratamiento. Habitualmente la sesión dura unos 15 minutos y después puedes regresar a tu domicilio.

La duración del tratamiento es variable, entre 2 y 7 semanas. No se te puede dar el tratamiento hasta que la cicatrización se haya completado, si además vas a recibir quimioterapia, la radioterapia se inicia al finalizar el tratamiento de quimioterapia.

¿**Dónde** me aplican la radioterapia?

Tendrás que acudir al hospital de referencia que tenga la posibilidad de hacer radioterapia, una vez en el hospital estás dentro de una habitación aislada para evitar que la radiación se propague.

Durante la sesión permaneces sola dentro de esta habitación, pero continuamente vigilada por el personal especializado. Tras recibir tu sesión puedes hacer una vida normal y estar en contacto con otras personas ya que no emites radiactividad.



¿Qué **cuidados** debo tener de cara al tratamiento con radioterapia?

No te apliques ningún tipo de crema en la zona que te van a radiar sin consultarlo con el personal que te va a poner el tratamiento.

No te tapes la zona de tratamiento con adhesivos (tiritas, esparadrapo...) por que al despegarlos puedes lesionarte la piel.

Lávate la zona con agua templada y sin frotar demasiado para evitar irritar la piel.

Intenta **evitar lesiones** como cortes o arañazos en la zona a tratar.

No uses desodorantes sobre la axila a radiar.

Evita ponerte ropa ajustada o con elásticos que rocen la zona. Es mejor que uses prendas de fibras naturales.

No debes exponer al sol las zonas tratadas, por lo menos durante el primer año tras acabar el tratamiento, por que la piel está muy sensible. Tienes que usar cremas solares de alta protección.

No dudes en preguntar al personal que te está atendiendo, no te quedes con dudas.

En el cáncer de mama además de los tratamientos anteriormente citados y descritos, se utilizan otros tratamientos:

2.2.4 Otros tratamientos

Hormonoterapia

Este tipo de tratamiento solo se puede usar en los tumores con receptores hormonales positivos o también llamados tumores hormonodependientes. Estos fármacos bloquean la acción de los estrógenos sobre las células malignas de la mama para impedir su crecimiento, de esta manera el tumor puede disminuir o incluso desaparecer.
Normalmente estos medicamentos los tomas por vía oral. La elección del fármaco que vas a tomar depende de muchos factores que tu médico tendrá en cuenta a la hora de elegir un medicamento u otro.
Los efectos secundarios de este tratamiento dependen, fundamentalmente, del tipo de fármaco administrado. Habitualmente este tratamiento se tolera bien. Puedes tener oleadas de calor, náuseas, reglas irregulares, sangrados vaginales etc.
Ante cualquier efecto que notes tienes que decírselo a tu oncólogo y también tienes que saber que con este tipo de tratamiento es aconsejable realizar revisiones ginecológicas frecuentes que incluyan ecografía.

Terapia biológica

En los tumores de mama HER 2 positivos la célula tumoral tiene elevada la expresión de la proteína HER 2. Hoy en día disponemos de medicamentos contra la proteína HER 2 por lo que el pronóstico de este tipo de cáncer ha mejorado mucho.
Aproximadamente del 20 al 30% de los cánceres de mama sobreexpresan la proteína HER2.
Los efectos secundarios de estos fármacos son mínimos, ya que sólo actúan sobre las células tumorales y no sobre las sanas.

Nuevos fármacos

Se está investigando mucho con nuevos fármacos que actúan sobre la célula tumoral exclusivamente. Son fármacos dirigidos a moléculas específicas de la célula tumoral. En algún caso pueden ofrecerte formar parte de un estudio de investigación de nuevas terapias, si lo deseas y accedes, te facilitaran toda la información para que conozcas de que se trata y puedas conocer los riesgos y posibles consecuencias, como en otros tratamientos deberás firmar el contrato de consentimiento informado para poder formar parte de este estudio.

2.3 POSIBLES EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS

Efectos secundarios del **tratamiento quirúrgico**

Efectos secundarios del **tratamiento quimioterápico**

Efectos secundarios del **tratamiento radioterápico**

Efectos secundarios del **tratamiento quirúrgico**

Dolor

Una vez que cesa el efecto de la anestesia, es normal tener dolor en la zona de la operación. Te dejarán pautados medicamentos para el dolor si fuera necesario.

Cicatrización

Vas a tener una cicatriz en la zona de la operación, no precisa que realices cuidados especiales, es decir, tienes que actuar como si fuera cualquier otra cicatriz.

Alteraciones sensitivas locales

Puedes notar menos sensibilidad o sensación de acorchamiento en la zona de la operación. Este efecto secundario suele desaparecer con el tiempo.

Seroma

Es la aparición de un bulto con contenido líquido en la zona de la cicatriz. A veces hay que vaciarlo, y normalmente desaparece con el tiempo.

Linfedema

Es uno de los efectos secundarios más importantes, por lo que hemos decidido dedicarle un capítulo entero (punto 2.4).

Limitación de la movilidad del hombro

En ocasiones puede aparecer una limitación en el hombro del mismo lado de la mama operada.

Secuelas físicas

Son dependientes del tipo de cirugía. Hemos dedicado un capítulo a la reconstrucción mamaria (punto 2.5) por su importancia.

Otros

Efectos secundarios del **tratamiento quimioterápico**

Los efectos secundarios producidos por la quimioterapia, van a depender del tipo de medicamentos que recibas. Entre los efectos secundarios están los siguientes:

Digestivos

Sobre todo náuseas, vómitos, llagas en la boca, diarrea o estreñimiento.

Cansancio

Normalmente con este tipo de tratamientos te puedes encontrar más cansada de lo habitual.

Caída del pelo

Es uno de los efectos que más preocupa a las personas que reciben tratamiento con quimioterapia, este efecto es reversible, es decir tras acabar con el tratamiento el pelo vuelve a salir.

Tienes que tener en cuenta que en algunos casos la caída del pelo es generalizada y no solo afecta al cuero cabelludo sino también a otras zonas del cuerpo.

Alteraciones en la piel

Suelen ser alteraciones poco importantes de piel y uñas como picor, enrojecimiento, sequedad, coloración oscura de las uñas etc.

Alteraciones neurológicas

En ocasiones puede aparecer descenso de la sensibilidad, acorchamiento, pérdida de fuerza etc. Si notas algunos de estos síntomas tienes que decírselo a tu médico.

Es importante que sepas que **todos estos efectos no tienen por qué aparecer**. No dudes en preguntar al personal que te está atendiendo, no te quedes con dudas.

Alteraciones en la médula ósea

Pueden disminuir los glóbulos rojos, los leucocitos y las plaquetas.

_**Cuando disminuyen los glóbulos rojos** hablamos de anemia y lo que te va a producir sobre todo es cansancio.

_**Cuando disminuyen los leucocitos** disminuyen nuestras defensas, por lo que corres el riesgo de padecer infecciones más graves que en una persona que tenga estas células en número normal. Es importante saber que cuando tienes las defensas bajas y fiebre de más de 38 ºC, tienes que acudir a tu médico o a un servicio de urgencias. Antes de recibir un ciclo de quimioterapia se te va a realizar un análisis donde se ve el número de leucocitos y en el caso de que estuviera por debajo de un valor concreto, se te retrasaría el ciclo.

_**Cuando disminuyen las plaquetas**, aumenta el riesgo de tener una hemorragia, ya que las plaquetas participan en la coagulación. Estos sangrados en ocasiones son espontáneos, es decir sin necesidad de un golpe o corte.

Aparición de cistitis

Determinados fármacos de la quimioterapia pueden causar irritación de la vejiga (cistitis) provocando una serie de síntomas como escozor y dolor al orinar, sensación de necesidad urgente de orinar, sangre en la orina, etc.

Alteraciones en la sexualidad y fertilidad

Se puede ver afectado el deseo y la apetencia sexual por muchos factores relacionados con la enfermedad y los tratamientos. Algunos tratamientos para el cáncer pueden afectar a los órganos sexuales tanto de mujeres como de hombres:

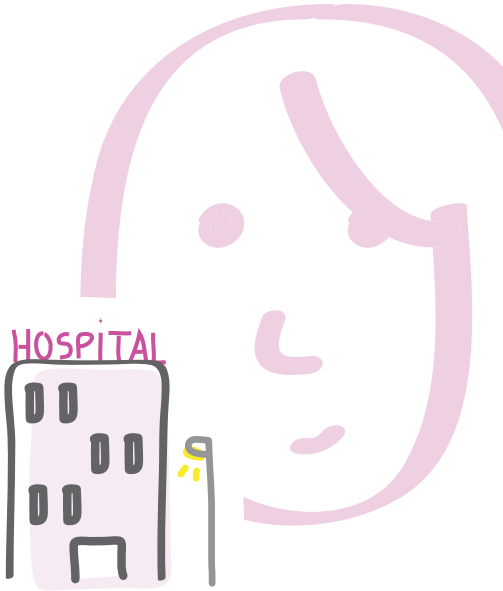
_En **las mujeres** se pueden producir alteraciones de la menstruación, menopausia precoz, descenso de la producción de oocitos, sequedad vaginal etc. Durante el tratamiento tendrás que utilizar un método anticonceptivo eficaz, por que aunque la posibilidad de embarazo es baja, existe. Es recomendable usar métodos anticonceptivos no hormonales, consulta con tu médico sobre estos aspectos. Muchos de los problemas que pueden aparecer tienen solución.

_**Los hombres** aunque es mucho menos frecuente, también pueden tener cáncer de mama, la enfermedad y los tratamientos pueden producir alteraciones en la erección, disminución en la producción de espermatozoides que puede provocar una esterilidad temporal o permanente. Habla con el equipo médico.

Situaciones por las que debes acudir al hospital

Cuando tengas:

- Fiebre por encima de los 38º C.
- Aparición de hematomas y/o hemorragias sin traumatismo previo o traumatismo mínimo.
- Pérdida de fuerza o sensibilidad en un brazo o en una pierna.
- Vómitos o diarrea importantes y persistentes que no ceden con el tratamiento médico.



¿Puedo hacer algo para la **caída del cabello**?

Antes de la caída:

- **Emplea** champú suave.
- **Utiliza** crema suavizante para el cabello.
- **Sécate** el pelo al aire o con un secador a baja temperatura.
- **No uses** cepillos para acondicionar el cabello mientras se seca.
- **No te tiñas** el pelo o hagas permanentes.
- **Córtate** el pelo antes de que comience a caer, no evitarás la caída pero será más fácil que te acostumbres a tu nueva imagen corporal.

Ya se me ha caído el pelo:

- La piel del cuero cabelludo ya no está protegida del sol, por lo que tienes que protegerla con **sombreros**, **pañuelos**, **crema protectora** etc.
- También puedes usar **peluca**, hoy en día hay gran variedad en el mercado.

Efectos secundarios del **tratamiento radioterápico**

La radioterapia, además de actuar y eliminar células enfermas, puede afectar a los tejidos sanos cercanos a la zona de irradiación y producir en ellos efectos secundarios. En el caso de la radioterapia interna los efectos secundarios, de aparecer, son mínimos. En caso de la externa los efectos que aparecen son muy variables de unas personas a otras y dependen de varios factores, pero en general los efectos más frecuentes son:

Cansancio también llamado astenia, es un efecto temporal, que normalmente desaparece cuando finalices el tratamiento.

Efectos sobre la piel, son difíciles de predecir y dependen de muchos factores como la zona del cuerpo a tratar, la dosis, la reacción individual de cada persona a la radiación etc.
Puedes tener cambios en la piel, temporales o permanentes:

Temporales_ enrojecimiento, aumento de la sensibilidad, inflamación de la mama, descamación que asemeja a una quemadura solar. Estos efectos generalmente te desaparecerán en uno o dos meses tras acabar el tratamiento.

Permanentes_ oscurecimiento de la piel, la mama radiada puede hacerse más pequeña y consistente.

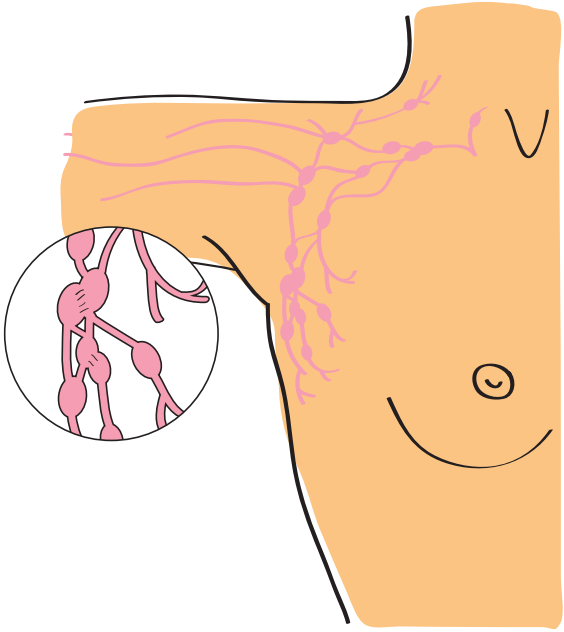
Caída del pelo en la zona irradiada
Aparece a las dos o tres semanas de iniciar el tratamiento. Es muy frecuente en la zona de la axila.

Linfedema
La cirugía y la radioterapia sobre la axila aumentan el riesgo de que tengas linfedema.

Efectos sobre el corazón
A largo plazo pueden aparecer alteraciones en las arterias coronarias, si parte del corazón ha recibido radiación.

Es importante que sepas que **todos estos efectos no tienen por qué aparecer**. No dudes en preguntar al personal que te está atendiendo, no te quedes con dudas.

2.4 LINFEDEMA



El linfedema es la inflamación del brazo del lado que ha sufrido la intervención quirúrgica en la mama y axila.

Los ganglios linfáticos axilares se encargan de recoger la linfa del brazo, evitando que se acumule en la extremidad.

Esta hinchazón se produce porque al extirpar estos ganglios se acumula líquido.

El linfedema es la secuela más importante del tratamiento loco-regional del cáncer de mama, es un trastorno crónico y progresivo que solo algunas de las pacientes operadas de cáncer de mama van a tener.

El 75% de los casos aparecen durante el primer año tras la cirugía.

¿**Quién** tiene riesgo?

Tras un cáncer de mama tratado con cirugía en la axila para extirpar los ganglios o nódulos linfáticos, existe un riesgo de que desarrolles linfedema de hasta un 10%. Si además de la cirugía, has recibido o vas a recibir radioterapia en la axila el riesgo se incrementa hasta el 20-25%.

Debes saber que el riesgo de desarrollar linfedema en una persona en concreto es impredecible.

Factores que pueden influir:

- _Extirpación de los nódulos linfáticos axilares.
- _Cirugía y/o radioterapia sobre la axila.
- _Cirugía e infección postoperatoria.
- _Obesidad.
- _Falta de movilidad.
- _Vida sedentaria.
- _Exceso de movimiento o movimientos mal realizados (potenciar el brazo con peso excesivo y sin pautas correctas, etc.)
- _Prendas de vestir o joyas que compriman.

¿**Qué** me puede producir?

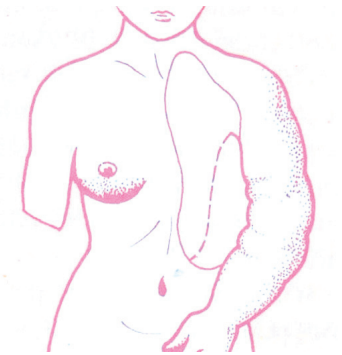
El linfedema no suele desarrollarse de forma brusca, por lo que los primeros síntomas pueden ser la sensación de pesadez en el brazo o endurecimiento de algunas zonas del mismo, principalmente la cara anterior del brazo y la región del codo.

Posteriormente se aprecia aumento del diámetro del brazo y, en ocasiones, dolor y dificultad en la movilización. El aumento del perímetro del brazo conlleva un cambio en la apariencia física al que habrá que adaptarse. Estos cambios pueden afectar negativamente al estado de ánimo y la autopercepción y a la forma de relacionarse con los demás, pudiendo deteriorarse la calidad de vida.

Es un problema de salud por lo que conocer estos primeros síntomas puede evitar el agravamiento posterior del linfedema, ya que permite instaurar un tratamiento precoz. El tratamiento debe abordarlo un profesional capacitado para ello, generalmente el fisioterapeuta especialista en este campo.

¿**Cómo** se diagnostica?

Si notas un aumento de volumen o alguna otra alteración del brazo del mismo lado de la intervención debes consultarlo en primer lugar con tu médico para que te realice una exploración clínica exhaustiva y solicite las pruebas que considere oportunas.



Los dos aspectos más importantes para realizar el diagnóstico son el examen físico y la historia clínica.

Para evaluar el linfedema los fisioterapeutas emplean un método muy sencillo y eficaz, que consiste en la medida del diámetro del brazo cada 5 cm por encima y por debajo del epicóndilo (prominencia ósea situada en el codo). Diferencias mayores de 1.5-2 cm en dos medidas consecutivas entre el brazo afectado y el brazo normal se consideran clínicamente relevantes. La medición del brazo se acompaña siempre de la palpación del brazo y tórax afectos para detectar las zonas más endurecidas así como de diferentes maniobras de drenaje que proporcionan información sobre los cambios de textura del linfedema. Esto permite adaptar el tratamiento fisioterapéutico a cada caso en concreto. El fisioterapeuta está cualificado para realizar el diagnóstico fisioterapéutico y en consecuencia, adaptar el tratamiento fisioterapéutico al caso concreto.

¿**Cómo** evoluciona?

El linfedema evoluciona tanto en tamaño como en dureza

La rapidez con la que evoluciona es variable.

Respecto al volumen la evolución es clara. Una vez aparece el linfedema, su tendencia es a aumentar.

En cuanto a la dureza, su evolución es la siguiente:

1. Fase líquida_el linfedema es blando y mejora si se deja descansar el brazo elevado durante un tiempo.

2. Fase fibrótica_el linfedema tiene zonas duras y no mejora con la elevación del brazo.

3. Fase grasa_el linfedema es duro y no mejora con la elevación del brazo. Puede haber cambios visibles en la piel.

Se aumenta el riesgo de infección

La infección siempre agrava el linfedema. Los signos y síntomas de la infección son: enrojecimiento de la piel de la zona (brazo y tórax), dolor intenso en la zona, aumento repentino de volumen y fiebre.

¿Se puede **prevenir**, **controlar** o **tratar**?

Prevención

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

La prevención del linfedema debe comenzar inmediatamente tras la cirugía y requiere una serie de cuidados diarios por tu parte, así como un seguimiento regular por parte del fisioterapeuta que será el encargado de explicarte los hábitos higiénicos sanitarios adecuados.

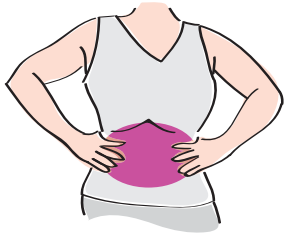
Tras la intervención el fisioterapeuta debe iniciar un programa de ejercicios respiratorios y movilidad de la mano del brazo afecto. Progresivamente, se irán introduciendo un mayor número de movimientos, que deberás llevar a cabo con suavidad y de forma repetitiva, y que pueden ser de utilidad, inmediatamente después del proceso quirúrgico, y siempre como complemento al tratamiento fisioterapéutico, ya que movilizan la cicatriz.

Es muy importante que sigas las pautas de tu fisioterapeuta y que acudas puntualmente a las revisiones. La mejor manera de prevenir el linfedema es cuidar el brazo intentando evitar en lo posible todo aquello que obstruya o dificulte en exceso la circulación de retorno. Además, un diagnóstico precoz es la mejor manera de impedir su evolución.

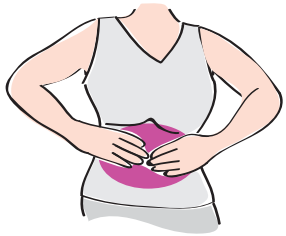
Desarrollar nuevas formas de arreglarte, cuidar tu cuerpo y hacer las cosas, incorporando a los hábitos cotidianos las recomendaciones y los ejercicios que el fisioterapeuta te dé, es una buena forma de conseguir disminuir las limitaciones que el linfedema puede conllevar y de continuar disfrutando de la vida.

Ejercicios

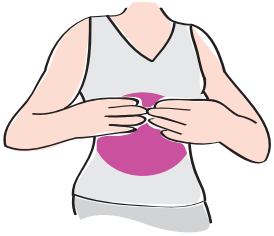
Tras la intervención quirúrgica, el fisioterapeuta debe iniciar un programa de ejercicios respiratorios, para progresivamente introducir un mayor número de ejercicios.



Diafragmáticos_ Toma aire por la nariz intentando hinchar el abdomen, retén el aire unos segundos y a continuación expúlsalo lentamente por la boca. El movimiento del abdomen se controla colocando las manos sobre él.

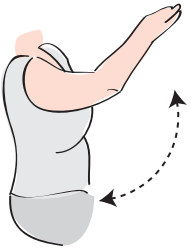


Torácicos bajos_ Inspira el aire expandiendo la parte inferior del tórax, mantenlo durante unos segundos y a continuación expúlsalo lentamente por la boca. Coloca las manos a nivel de las últimas costillas para apreciar el movimiento de las mismas al tomar el aire.

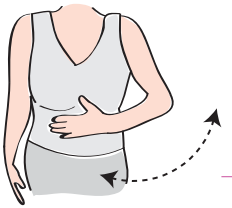


Torácicos altos_ Inspira el aire expandiendo la parte superior del tórax. Retén el aire unos segundos y expúlsalo lentamente por la boca. Sitúa las manos en la parte alta del tórax.

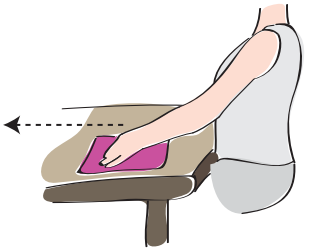
Ejercicios **básicos para favorecer el flujo linfático**



_Sentada en un taburete, eleva lentamente el brazo hacia delante abriendo y cerrando la mano.

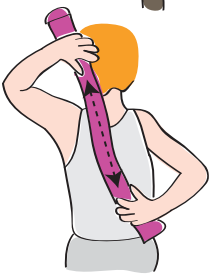


_En la misma posición separa el brazo lateralmente abriendo y cerrando la mano.



_Sentada frente a una mesa, con el tronco recto, coloca la mano con un libro bajo ella sobre la mesa. Desliza el libro lentamente hacia delante hasta el momento que comiences a sentir una molestia. Vuelve a la posición inicial.

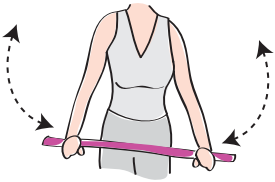
_Sentada lateralmente a la mesa, desplaza el brazo hacia delante y hacia atrás colocando un libro bajo la mano para facilitar el desplazamiento.



_Sentada sobre un taburete, sujeta una toalla por la espalda. Con una mano por arriba y otra por debajo, realiza movimientos hacia ambas manos.

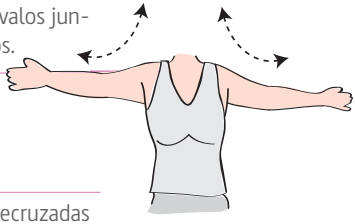
Ejercicios **de prevención de linfedema**

Estos ejercicios se deben realizar 2 o 3 veces a lo largo del día durante unos 30 minutos, aproximadamente, y no deben ser vigorosos.

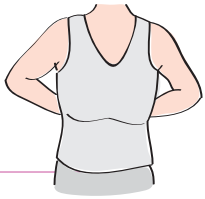


_Coge un palo horizontalmente y levántalo todo lo que puedas.

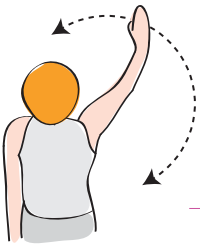
_Pon los brazos en cruz y elévalos juntando las palmas de las manos.



_Coloca ambas manos entrecruzadas en la nuca, junta los codos delante y luego sepáralos al máximo sin soltar las manos.

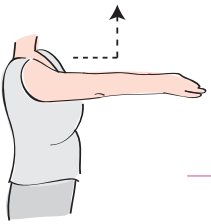


_Coloca las manos entrecruzadas en la espalda lo más altas que puedas y lleva los brazos atrás.

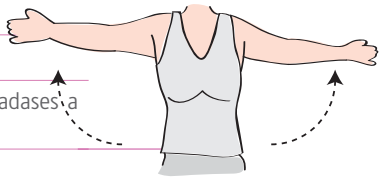


_Sitúate frente a una pared. Con el brazo afecto dibuja un círculo lo más grande posible, primero en un sentido y luego en el otro.

_En la misma posición haz que los dedos índice y anular suban por la pared lo más alto posible.



_Con los brazos extendidos hacia delante, a la altura de los hombros, **flexiona** los codos a la vez que cierras el puño. Posteriormente estira el brazo a la vez que abres las manos.

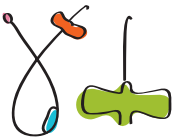


_Mueve los brazos como si nadases a braza.

Tratamiento

El único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para reducir y controlar el linfedema es el fisioterapéutico.

La efectividad del tratamiento se basa en cuatro medidas fisioterápicas que se realizan en dos fases:



Fase I o de descompresión

También llamada fase de ataque o choque, en esta fase conseguimos la mayor reducción posible del volumen. El tratamiento en esta fase se compone de:

Drenaje linfático manual Debe ser realizado por un fisioterapeuta con experiencia en el tratamiento del linfedema. El objetivo del mismo es la reabsorción del linfedema y la activación de la circulación linfática superficial.

Vendaje compresivo adaptado al caso concreto Es un paso esencial en el tratamiento del linfedema y se coloca inmediatamente después del drenaje linfático manual. El vendaje no debe de causar ninguna molestia en el brazo y es fundamental que quede firme incluso después de una actividad física.

Los objetivos del vendaje son incrementar la absorción de linfa de los tejidos, disminuir el flujo del sistema venoso y aumentar su retorno.

El drenaje manual sin vendajes no es eficaz, al igual que los vendajes sin drenaje manual.

Dura entre dos y tres semanas. El tratamiento debe ser diario, de lunes a viernes.

Fase II o de mantenimiento

Se pueden realizar medidas de compresión con prendas de compresión o recursos ortoprotésicos o manguitos:

Prendas de compresión En esta fase la compresión del brazo se consigue empleando prendas de compresión, adaptadas al tamaño del brazo. Esta prenda debes llevarla puesta siempre durante el día. Los ejercicios deben realizarse con la prenda de compresión puesta para conseguir mayores beneficios. Serán los mismos que se realizan en la prevención del linfedema.

Recursos ortoprotésicos La duración de esta fase es variable ya que depende de lo que tarde en confeccionarse el manguito a medida en la ortopedia especializada. Normalmente tarda unos 15 días. Se sigue aplicando drenaje manual y vendajes, en días alternos (tres veces a la semana).

Para cualquier otra información puedes ponerte en contacto con el trabajador social del hospital o en el centro de salud o servicios sociales.

Una vez que te hayan dado de alta, se establecerá un calendario de visitas para el seguimiento. Estas visitas se aprovecharán para realizar medidas del diámetro del brazo, de tal forma que si aparece un linfedema pueda ser diagnosticado precozmente. Asimismo, el fisioterapeuta iniciará un plan de nuevos ejercicios y de educación para modificar determinados hábitos.

Existen algunas **situaciones en las que no** se debe realizar **drenaje y vendaje del linfedema**

_Si tienes infecciones generalizadas (gripe, bronquitis...) o locales (linfangitis). En este caso, lo primero es ponerte un tratamiento para la infección y posteriormente, una vez resuelto el cuadro infeccioso, se puede reiniciar el tratamiento del linfedema.

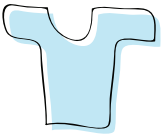
_Cuando aparece un cuadro de trombosis o tromboflebitis en el brazo afecto, ya que la manipulación del mismo puede movilizar el trombo y causar problemas en otros órganos.

_Lesiones en la piel como puede ser un eczema o dermatitis, ya que pueden empeorar con el drenaje.

_Si en el momento de realizar el drenaje linfático existe **tumor en la axila y/o la piel del brazo**.

¿Qué puedo hacer para **prevenirlo**?

A continuación, te ofrecemos algunos consejos y cuidados que te ayudarán a prevenir el linfedema.



Vestimenta

_**No cargues** peso con el brazo afecto. No te coloques el bolso en el hombro de ese lado.

_**Evita llevar** reloj, anillos o pulseras que puedan presionarte el antebrazo y/o muñeca del brazo afecto.

_**Evita utilizar** ropa interior que te apriete a nivel del pecho, hombros o brazo.

_**El sujetador debe ser apropiado**, con tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro.

Aseo

_**Extrema** el cuidado de la piel. Cuando te laves, emplea jabones neutros y hazlo con suavidad. Es importante secar minuciosamente la piel, sin olvidar los pliegues y la zona entre los dedos.

_**Utiliza crema** corporal para mantener la zona bien hidratada y nutrida.

_**Ten cuidado** al cortarte las uñas.

_**¡OJO! con la manicura**. Intenta evitar pequeñas heridas.

_**Córtate** las uñas con cortauñas. Evita el uso de las tijeras.

_**No cortes** las cutículas, empújalas.

_**No** te muerdas las uñas, ni te arranques los padrastros.

_**Cuidado** cuando te depiles la axila. Es preferible utilizar una máquina eléctrica en vez de cuchillas o ceras calientes.

_**Evita productos** cosméticos irritantes o que te produzcan reacciones alérgicas. Si desconoces si te irritan, prueba primero en el brazo no afecto.

_**Evita** la sauna, los baños calientes, los baños de sol. En la piscina o en la playa ponte debajo de una sombrilla. Si paseas por la orilla, evita las horas de máximo sol y ponte una camisa ligera que te cubra el pecho y brazo. No tomes el sol sin la protección adecuada del brazo.

_**Cuidado** con los masajes en los brazos. Deben aplicarlos fisioterapeutas conocedores del drenaje linfático manual.

Otros hábitos

_Evita el sobrepeso. Realiza una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y legumbres. Limita la sal en las comidas. Si padeces obesidad, acude a tu médico.

_Evita el tabaco y el alcohol.

_Por las noches intenta mantener el brazo ligeramente elevado, por ejemplo, apoyado sobre una almohada. Si no puedes, al menos no duermas sobre ese lado.

_Si llevas manguito de contención, sigue estrictamente la pauta establecida por tu fisioterapeuta.

Trabajo y tareas de la casa

_Evita llevar pesos excesivos. No cargues peso con el brazo afecto. Utiliza un carro con ruedas que puedas empujar.

_Evita los golpes, el sobreesfuerzo y las temperaturas excesivas, tanto frío como calor.

_No laves ni friegues con agua muy caliente.

_Ten mucho cuidado cuando trabajes con objetos punzantes o cortantes (cuchillos, agujas, tijeras etc.) tanto en la cocina como si practicas la jardinería. Si te haces alguna herida desinfecta bien la zona y obsérvala.

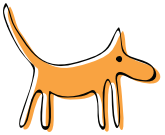
_Evita permanecer mucho tiempo con los brazos levantados (limpiar ventanas, azulejos, tender, etc.). Fracciona las tareas.

_Extrema las precauciones con la plancha, al manipular estufas o el horno, ya que las quemaduras en el brazo afecto se infectan con facilidad.

_En los trabajos caseros utiliza guantes de goma. No emplees sustancias tóxicas (lejía, amoniaco) sin llevar guantes en esa mano.

_Utiliza siempre dedal para coser.

_Evita introducir el brazo afecto en el horno, emplea el otro brazo.



Actividad física, ocio y animales domésticos

_El ejercicio es importante, pero **debes evitar** sobresfuerzos y aquellos deportes que utilizan excesivamente los brazos (tenis, esquí, etc.). La natación puede ser un buen ejercicio. Tu fisioterapeuta te indicará cómo debes practicarlo.

_Procura evitar heridas en el jardín o en el campo. Cualquier herida es peligrosa, pero más si hay riesgo de infección. Desinféctala y obsérvala.

_Procura evitar las mordeduras, los arañazos de animales y las picaduras de insectos en el brazo afecto. Si ocurre, desinfecta la herida y obsérvala.

A tener en cuenta

_ Evita que te tomen la tensión arterial en el brazo afecto. Que lo hagan en el otro.

_Intenta evitar la punción en ese brazo: inyecciones, extracción de sangre, agujas de acupuntura, vacunas, etc.

_En caso de tener diabetes, no te hagas las determinaciones de glucemia capilar mediante el pinchazo del pulpejo de los dedos de la mano afecta.

_ Ante cualquier herida en la piel del brazo u hombro, es importante lavarla con agua y jabón y emplear un antiséptico.

¡Cuidado!

_Si se te hincha el brazo y/o aumenta la temperatura, acude inmediatamente al médico o al fisioterapeuta especialista.

_El tratamiento físico debe efectuarlo un fisioterapeuta especialista.

_No se trata de un problema estético sino de salud. Desconfía de los intrusos y de masajes enérgicos.

- ¡Exige un profesional cualificado!

¿Qué puedo hacer para **mejorar**?

Manguito de contención

Debes llevarlo durante el día el máximo tiempo posible. Por la noche te lo puedes quitar si no estás cómoda o para que respire la piel.

Ejercicios

Debes realizar los ejercicios 2-3 veces al día, despacio, con una duración máxima de 30 minutos. Pueden realizarse sentada en una silla y es recomendable hacerlos con el manguito de contención.

Ejercicios respiratorios

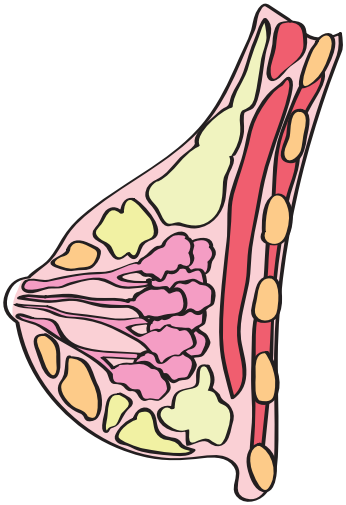
Estarás acostada, con los brazos bajados y apoyados en la cama;

Inspiración_ Coge todo el aire que puedas por la nariz, elevando el abdomen.
Espiración_ Expulsa lentamente el aire por la boca.

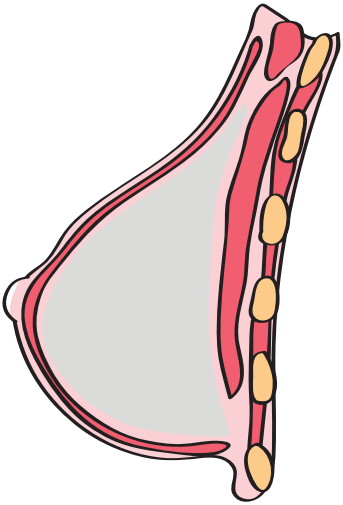
Repite este proceso tres veces.

2.5 RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA

Mama normal



Mama reconstruida



Si te han realizado una mastectomía, tienes dos alternativas para mejorar tu imagen:

Uso de una **prótesis externa** con el sujetador adecuado pueden ser una buena opción, si no deseas realizar la reconstrucción de la mama.

Habitualmente están hechas de silicona y se adaptan a las características de cada mujer (forma, figura, actividad...).

Reconstruir la mama mediante intervención quirúrgica.

La decisión de reconstruirte la mama o no, es una decisión difícil por lo que mediante este capítulo intentamos proporcionarte toda la información posible para ayudarte a que esta decisión sea un poco más fácil.

¿**Qué es** una reconstrucción mamaria?

Es una intervención quirúrgica que consigue sustituir la mama operada por otra parecida en forma y textura, es una técnica quirúrgica complicada que a veces necesita más de una intervención para lograr un buen resultado. Se puede realizar tras la mastectomía o hacerla diferida meses o años después. Esta operación debe realizarla un cirujano especializado en la reconstrucción de la mama.

La reconstrucción hace que mejore tu imagen corporal, por lo que **te sentirás mejor** y podrás afrontar la enfermedad de una forma más positiva. No olvides que la decisión de hacerlo es solamente tuya.

En mi caso, ¿es **posible** la reconstrucción de la mama?

Desde el punto de vista médico, la mayoría de las mujeres con cáncer de mama son candidatas para la reconstrucción.

Si estás diagnosticada de cáncer de mama y dentro de tu plan terapéutico está la extirpación total o parcial de la mama, tienes que ser informada sobre la posibilidad de la reconstrucción y valorar junto con el equipo médico el tipo de cirugía que te van a realizar.

Desde el punto de vista médico, no hay contraindicaciones absolutas para la reconstrucción, puede estar desaconsejada en pacientes con mal estado de salud, y hay que informar a las fumadoras de que su cicatrización puede ser más lenta y con peores resultados. Una contraindicación es que tú rechaces esta opción terapéutica.

23

¿**Cuándo** puedo realizar la reconstrucción?

Existen dos tipos de reconstrucción en función de cuando se realice:

Reconstrucción inmediata

_Se realiza en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa la mama, por lo que requiere menos intervenciones quirúrgicas.

_Tiene como ventaja que se puede conservar la piel de tu mama (excepto areola y pezón), con lo que se obtiene un mejor resultado estético y además no te verás mastectomizada lo que es muy importante desde el punto de vista psicológico.

_Se puede realizar con tejidos autólogos (propios de la paciente) o emplear implantes.

_No interfiere ni retrasa el tratamiento con quimioterapia o radioterapia.

Reconstrucción diferida

_Se realiza un tiempo después de la mastectomía. Requiere varias intervenciones.

_El resultado estético es algo inferior a la inmediata, estás un tiempo sin el pecho.

_Se pueden emplear tejidos autólogos o implantes.

¿Qué **tipos** de reconstrucción mamaria hay?

Existen distintas técnicas pero las más habituales son:

Las que emplean tus propios tejidos o autólogas

Se suele utilizar piel, grasa y músculo que se obtienen del abdomen o de la espalda y en ocasiones de los glúteos. Es una técnica más compleja pero sus resultados son buenos y duraderos.

Las que emplean implantes

Puede usarse expansores, prótesis o prótesis-expansores:

Expansores_ Esta técnica se realiza en varias fases, primero se coloca el expansor que se va rellenando con suero para dilatar la piel, posteriormente se sustituye el expansor por una prótesis definitiva.

Prótesis-expansores_ Se usa un expansor que a su vez es prótesis, por lo que no hay que realizar una segunda cirugía.

Prótesis_ Se realiza cuando hay piel suficiente para la reconstrucción, y no precisa un expansor para dilatar la piel.

Estas técnicas son más sencillas que las autólogas y ofrecen resultados buenos pero menos duraderos en el tiempo y por ello pueden precisar nuevas intervenciones a medio o largo plazo. Al igual que en la reconstrucción autóloga, el resultado estético empeora con la radioterapia. La complicación más habitual es lo que llamamos la contractura capsular, que consiste en que el organismo crea alrededor del implante una cápsula cicatricial produciendo una mama más dura.

Tienes que saber que independientemente de la técnica que te realicen por lo general vas a necesitar una intervención posterior para la reconstrucción de la areola-pezón.

Otra
información de interés

_La reconstrucción de la mama no interfiere en la evolución de la enfermedad, ni en las pruebas necesarias en las revisiones, ni en el pronóstico de la enfermedad.

_La reconstrucción no interfiere en la administración de quimioterapia.

_La radioterapia es igual de eficaz en mamas reconstruidas que en mamas no reconstruidas, sin embargo en reconstrucciones con implantes la radioterapia puede producir una contractura capsular severa.

_El linfedema puede empeorar con la reconstrucción, también existe mayor riesgo de infecciones y el resultado estético no es tan bueno, en líneas generales.

BIBLIOGRAFÍA

Acebal Blanco MM (coordinador). Proceso asistencial integrado de cáncer de mama. 3ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de salud; 2011.

ADICAM. O que debes saber sobre a quimioterapia. Marín: ADICAM; 2008.

ADICAM. O que debes saber da radioterapia. Marín: ADICAM; 2008.

ADICAM. O valor da alimentación como factor de saúde. Marín: ADICAM; 2008.

ADICAM. Qué podes facer tras unha mastectomía? Exercicios e consellos. Marín: ADICAM; 2008.

AECC contra el cáncer [sede Web]. Madrid: AECC contra el cáncer; [actualizada 15/03/2012; acceso 01/02/2012]. Disponible en: https://www.aecc.es/

AECC. Cáncer de mama una guía práctica. Madrid: AECC; 2002.

AECC. Cáncer de mama una guía práctica. 2ª ed. Madrid: AECC; 2007.

AECC. Cuidarte para cuidar. Guía para cuidadores de enfermos de cáncer. Madrid: AECC; 2008.

AECC. Guía de cuidados estéticos para el paciente oncológico. Madrid: AECC; 2008.

AECC. Glosario del Cáncer. Madrid: Aula medicina y conocimiento; 2007.

AECC. Linfedema, prevención y tratamiento. Madrid: AECC; 2002. [acceso 05/03/2012]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/folletolinfedema1.pdf

AECC. Linfedema Consejos Prácticos. Madrid: AECC; 2008.

AECC. ¿Que es la radioterapia?. Madrid: AECC; 2008.

Asociación Americana de Oncología Clínica. Guía para pacientes con cáncer de mama [Traducción]. Alexandria: ASCO; 2006. [Acceso 01/02/2012]. Disponible en:http://www.coba.org.ar/archivos/controlmama.pdf

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª ed [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-03/04/2012-]; [85p.]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.html . Traducido de:American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

Bayo Calero JL, García Mato J, Lluch Hernández A, Valentín Magato V. Cáncer de mama cuestiones más frecuentes. Madrid: Grupo editorial Entheos; 2006.

Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología. 2007;4(1): 133-142.

Breastcancer.org [sede Web]. Lancaster: Breastcancer.org; [actualizada 07/01/2012; acceso 01/02/2012]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/

Cáceres Zurita ML, Ruiz Mata F, Seguí Palmer MA. Recetas de cocina y de autoayuda para el enfermo oncológico. 2ª ed. Madrid: Pfizer; 2004.

Cancer.net [sede Web]. Alexandria: Cancer.net; 1999 [actualización 10/10/2006; acceso 05/03/2012]. Guía de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica para el paciente: Atención de seguimiento del cáncer de mama. [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/gu%C3%ADas-para-pacientes/atenci%C3%B3n-de-seguimiento-del-c%C3%A1ncer-de-mama

Cancer.net [sede Web]. ASCO University: American Society of Clinical Oncology; [actualizada 10/02/2012; acceso 01/03/2012]. Cáncer de mama [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.cancer.net/patient/Cancer.Net+En+Espa%C3%B1ol/Tipos+de+c%C3%A1ncer/C%26aacute%3Bncer+de+mama

Cereijo C. Mamá tiene un tumor. A Coruña: Fundación María José Jove; 2008.

Cervera S, Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. Bol Psicolog. 2005; 85: 7-29.

Cirugest.com [sede Web]. Londres: Cirugest.com; [actualizada 06/01/2012; acceso 01/02/2012]. Martínez F, Téllez F, Sierra A. Protocolo unificado en el cáncer de mama. [aproximadamente 1 pantallas]. Disponible en:http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir09-06/09-06-16.htm

Cirujanos de Alcañiz [sede Web]. Alcañiz: Cirujanos de Alcañiz; [actualizada 05/01/2012; acceso 01/02/2012]. Disponible en: http://sites.google.com/site/cirujanosdealcaniz/informacion-para-pacientes/mama

Cook A, Burkhardt A. The effect of cancer diagnosis and treatment on hand function. Am J Occup Ther. 1994; 48: 836-839.

Cooper J. Occupational therapy intervention with radiation-induced brachial plexopathy. Europ J Cancer Care. 1998; 7: 88-92.

Cooper J. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. London: Whurr; 1997.

CORDIS. Servicio de información comunitario sobre investigación y desarrollo. [sede Web]. Bruselas: [actualizada 09/05/2012; acceso 01/02/2012]. Disponible en: http://cordis.europa.eu

Cruz Piqueras M, López Doblas M, Martín Barato A, Prieto Rodriguez MA. Cáncer de mama, guía informativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.

Departamento de Salud Pública de California. Sección para la detección del Cáncer. Una guía de la mujer para el tratamiento del cáncer de mama. Sacramento: Sección para la detección del Cáncer. Departamento de Salud Pública de California; 2010. [acceso 02/03/2012]. Disponible en: www.mbc.ca.gov/publications/breast_cancer_spanish.pdf

Díaz Hernández OL, García Lizame ML, Peguero Bríngez Y, Eliseo Mussenden O, Otero Reyes M. Rehabilitación en atención primaria al paciente con linfedema posmastectomía. Rev Cub Med Gene Integ. 2009; 25(4): 117-126.

Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Guía de Recomendaciones Clínicas de Cáncer de Mama. Oviedo: Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2005.

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2009. Informe 7. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2010.

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2010. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2011.

Domínguez Cunchillos F. Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares. Pamplona: Iquinosa Farma; 2009.

Europa Donna. Guía resumen de las recomendaciones europeas para el control de calidad del cribado y el diagnóstico de cáncer de mama. Milan: EuropaDonna; 2008.

eFisioterapia.net [sede Web]. Barcelona: Medidas de prevención y cuidados del linfedema en M. Superior; 2006 [actualización 04/12/2011; acceso 05/03/2012]. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=167

Equipo técnico de ACV. Hablemos del cáncer de mama. Barcelona: ACV ediciones; 2001.

Equipo técnico de ACV. Hablemos del tratamiento y calidad de vida en el cáncer de mama. Barcelona: ACV ediciones; 2002.

Escalera de Andrés C (Coordinadora). Proceso asistencial integrado. Cáncer de mama. Detección precoz de cáncer de mama. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.

Estevez LG, Lluch A, Muñoz M. Siéntete bien. Naúseas y vómitos bajo control. Cuestiones más frecuentes. Madrid: Grupo editorial Entheos; 2010.

European Society For Medical Oncology. Cáncer de mama: una guía para pacientes [Traducción]. Viganello – Lugano: ESMO; 2011. [Acceso 01/02/2012]. Disponible en: http://www.esmo.org/fileadmin/media/pdf/2011/patients/summaries/es/Cancer_de_Mama_Guia_para_Pacientes_RCT_ESMO_2011.1.pdf

Fecma. Cáncer de mama, calidad de vida, es posible. Santander: Fecma; 2009.

Fecma. El linfedema. Recomendaciones y ejercicios para su prevención. Santander: Fecma; 2009.

Fernandez Rivas M. El cribado mamográfico no ha sido determinante en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Una comparación entre países. Gest Clinic Sanit. 2011; 13(3): 116.

Ferrer J (coordinador). Cáncer de mama en la menopausia. Barcelona: AEEM-SEGO; 2008.

García- Viniegras CRV, González Blanco M. Bienestar Psicológico y Cáncer de Mama. Av Psic Latin (Bogotá). 2007; 25: 72-80.

GeoSalud [sede Web]. Costa Rica: GeoSalud; [actualizada 10/01/2012; acceso 01/02/2012]. Disponible en: http://www.geosalud.com/

Hegel MT, Lyons KD, Hull JG, P Kaufman P, Urquhart L, Li Z, Ahles TA. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving–occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. Psycho-Oncology. 2011; 20: 1092–1101.

Hospiten [sede Web]. Santa Cruz de Tenerife: Hospiten; [acceso 05/03/2012]. Recomendaciones para Pacientes Intervenidas por Cáncer de Mama. [1 pantalla aproximadamente]. Disponible en: http://www.hospiten.es/hospiten/HOSPITEN/published/DEFAULT/node_432.shtml

Hoving JL , Broekhuizen MLA, Frings-Dresen MHW. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. BMC Cancer.2009; 9: 117.

IEO. Carta dei Servizi. Milano: IEO.it; 2008.

IEO. Esercizi dopo biopsia del linfonodo sentinella. Milano: IEO; 2009.

IEO. Gestione del drenaggio a domicilio. Milano: IEO; 2009.

IEO. La biopsia del linfonodo sentinella. Milano: IEO; 2009.

IEO. La riconstruzione mammaria. Milano: IEO; 2009.

IEO. Il drenaggio. Milano: IEO; 2009.

IEO. Il retorno a casa. Milano: IEO; 2009.

IEO. Il ricovero in senología. Milano: IEO; 2009.

IEO. Returning home. A guide for patients. Milano: IEO; 2009.

IEO. Il tratamiento del dolore postoperatorio. Milano: IEO; 2009.

Iglesias i Martínez E, Fierro i Barrabés G. Recupera´t d´un càncer de mama. Lleida: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Delegació de Lleida; 2002.

Instituto nacional del cáncer. [sede Web]. NY: National Cancer Institute; 2011 [actualización 06/09/2011; acceso 05/03/2012]. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/linfedema/Patient/page2

2nd International Congress of Breast Disease Centers. Paris; Marzo 2012. Paris: International Congress of Breast Disease Centers; 2012.

Izquierdo Sanz M. Actitud ante signos, síntomas y diagnósticos en patología mamaria. Barcelona: Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria; 2011.

Jiménez Martínez CM, Tauler Villafruela E, Miranda Digón M, Ramírez Vargas T, Cabrera González O, Estrada Suárez Z. Rehabilitación en pacientes operados por cáncer de mama en la provincia Las Tunas. Rehab Fisioter. 2010; 20: 1-4.

Junta de Andalucía [sede Web]. Sevilla: Junta de Andalucía; [actualizada 09/02/2012; acceso 01/03/2012]. Escuela de pacientes [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guias.aspx?stk=Aulas/Cancer_de_mama/Guias_Informativas

Lattanzi JB, Giuliano S, Meehan C, Sander B, Wootten R; Zimmerman A. Recommendations for Physical and Occupational Therapy Practice from the Perspective of Clients Undergoing Therapy for Breast Cancer-related Impairments. Journal of Allied Health. 2010; 39(4): 257-264.

López Domínguez R. Rehabilitación y oncología secuelas del cáncer de mama [transparencias]. Badajoz: Gerencia del Área de Salud de Badajoz; 2010.

MedlinePlus. Información de salud para ustedes [sede Web]. Bethesda: MedlinePlus; [actualizada 12/05/2011; acceso 01/02/2012]. Chen YB. Cáncer de mama [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm

MENTOR. Opciones de reconstrucción mamaria. Madrid: MENTOR; 2006.

MENTOR. Preguntas más frecuentes acerca de los implantes mamario. Madrid: MENTOR; 2006.

Monge Rodríguez FS. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Hospital Essalud cusco. SITUA. 2006; 15(1,2): 48-54.

Navarrete Salas E. Terapia ocupacional y rehabilitación post quirúrgica en pacientes con cáncer de mamas: Manejo de los síntomas físicos y emocionales. Rev Chil Ter Ocup. 2002; 1(2): 1-2.

Navarro A. Pautas estéticas. Autocuidado en pacientes oncológicos. Madrid: Astrazeneca; 2008.

OncotypeDX. Patient guide to breast cancer surgery and treatment. London: Genomic Health; 2008.

Oncoweb [sede Web]. Barcelona: Ediciones Farmavet; [actualizada 09/01/2012; acceso 01/02/2012]. Oncología [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.oncoweb.net/doc.php?op=oncologia

Pastor Climente IP, Morales Suarez-Varela MM, Llopis González A, Magraner Gil JF. Aplicación del método de Gail de cálculo de riesgo de cáncer de mama a la población valenciana. Clin Transl Oncol. 2005; 7(8): 336-43.

Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Anticiparse puede salvar vidas. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2008.

Psicooncología.org [sede Web]. Barcelona: Psicooncología.org; [acceso: 02/02/2012]. Angione M, Zuker M, Wons B. Información para pacientes operadas de cáncer de mama. La enfermedad y su impacto psicológico [7 páginas]. Disponible en: www.psicooncologia.org/articulos/1cartillamamas.doc

Quinton Fantoni S, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors Related to Return to Work by Women with Breast Cancer in Northern France. J Occup Rehabil. 2010; 20: 49–58.

Reed K, Sanderson S. Concepts of Occupational Therapy. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

Rice M. La recidiva del cáncer de mama al cabo de más de diez años es un importante indicador de supervivencia. En: VIIª Conferencia Europea sobre Cáncer de Mama. Barcelona: Conferencia Europea sobre Cáncer de Mama; 2010. [acceso 01/02/2012]. Disponible en: http://www.eurekalert.org/pub_releases_ml/2010-03/aaft-t_2032210.php

Salas Zapata C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Antioquia, ano 2009. [tesis doctoral]. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Publica "Héctor Abad Gómez"; 2009.

Tejero J, Gironès M. Protocolo de rehabilitación en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Barcelona: Grup d'Ajuda Mama i Salut; 2005.

The Lymphoedema Association of Australia [sede Web]. Australia: The Lymphoedema Association of Australia; 1998 [actualización 01/12/2003; acceso 05/03/2012]. Disponible en: http://lymphoedema.org.au/

The Natrelle Collection. Reconstrucción de la mama ¿que opciones existen?. Madrid: ALLERGAN; 2009.

Vivar CG. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama. Un área olvidada en la investigación enfermera española. Index Enferm. 2005; 14(50): 30-4.

DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS

ESCOLA GALEGA DE SAÚDE PARA CIDADÁNS

Sede web www.sergas.es/escolasaude/

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER
CORUÑA. AECC CORUÑA

981 142 740

PLAZA DEL MAESTRO MATEO 2, 2º
15004 A CORUÑA

E-Mail: lacoruna@aecc.es

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER
LUGO. AECC LUGO

982 250 809

RUA CLÉRIGOS 7, 3º IZDA.
27002 LUGO

E-Mail: lugo@aecc.es

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER
OURENSE. AECC OURENSE

988 219 300

CURROS ENRIQUEZ 26, 1º IZDA.
32003 OURENSE

E-Mail: ourense@aecc.es

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER
PONTEVEDRA. AECC PONTEVEDRA

986 865 220

C/AUGUSTO GONZÁLEZ BESADA, 9,
ENTRESUELO, 36001 PONTEVEDRA

E-Mail: pontevedra@aecc.es

ASOCIACIÓN DE DIAGNOSTICADAS DE CANCRO DE MAMA. **ADICAM**

986 307 158

AVDA. MARÍN 12, 1º
36940 CANGAS

E-Mail: adicam@terra.es

ASOCIACIÓN GALEGA DE MULLERES AFECTADAS POR CANCRO DE MAMA.
PUNTO E SEGUIDO

676 56 89 14

CENTRO CÍVICO DE EIRÍS.
C/ TERRANOVA DE EIRÍS 7,
15005 A CORUÑA

E-Mail: puntoeseguido@gmail.com

OTRAS DIRECCIONES DE INTERÉS

Sede web: www.todocancer.org

Sede web: www.muchoxvivir.org

INFOCÁNCER 900 100 036

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

galicia

Servizo Galego de Saúde

Asistencia Sanitaria
Información divulgativa

XUNTA DE GALICIA