

Mil preguntas sobre el cáncer de mama

**Las preguntas más frecuentes sobre
el cáncer de mama y sus tratamientos**

EDITH SALAZAR G.

*no es lo mismo
cáncer de mama
que el cáncer de*
MAMÁ

Yo & mujer
Corporación
Cáncer de mama
CHILE

Mil preguntas sobre el cáncer de mama

**Las preguntas más frecuentes sobre
el cáncer de mama y sus tratamientos**

EDITH SALAZAR G.

*no es lo mismo
cáncer de mama
que el cáncer de*
MAMÁ

Yo *mu* **jer**
Corporación
Cáncer de mama
CHILE

A Jesús M. mi marido,
a nuestros hijos Jesús M., José Antonio y Vicente,
a mi Inesita y a toda mi gran familia.

TEMARIO

- I- Introducción
- II- Nómina y Agradecimientos Revisores y Colaboradores.
- III- Preguntas generales sobre la enfermedad.
- IV- Preguntas sobre exámenes y procedimientos diagnósticos.
- V- Preguntas sobre informe anatomopatológico o biopsia.
- VI- Preguntas generales sobre el tratamiento del cáncer de mama.
- VII- Preguntas sobre cirugía en cáncer de mama.
- VIII- Preguntas sobre cirugía reconstructiva en cáncer de mama.
- IX- Preguntas sobre radioterapia en cáncer de mama.
- X- Preguntas sobre quimioterapia en cáncer de mama.
- XI- Preguntas sobre hormonoterapia en cáncer de mama.
- XII- Preguntas sobre terapia biológica en cáncer de mama.
- XIII- Preguntas sobre control y seguimiento en cáncer de mama.
- XIV- Preguntas sobre beneficios del cáncer de mama como enfermedad GES- AUGE.

INTRODUCCIÓN

Estimadas pacientes

Soy una enfermera que desde hace muchos años trabajo en Oncología y que desde que se inició la Corporación "Yo Mujer", he tenido el honor de hacer el taller del tratamiento para pacientes con cáncer de mama. Este taller no es otra cosa que un diálogo tranquilo y transparente, para responder las preguntas y resolver las dudas que la paciente tiene acerca de su enfermedad, del tratamiento que está recibiendo o que luego recibirá y de sus aprehensiones acerca de las complicaciones que pudiera presentar.

Muchas veces estas dudas constituyen verdaderas angustias que impiden enfrentar con tranquilidad todo el proceso de la enfermedad. Esta aclaración, generalmente las llena de paz y optimismo, elementos muy necesarios, especialmente para las mujeres enfrentadas a esta enfermedad.

He seleccionado las preguntas más frecuentes que en estos más de 15 años me ha tocado responder, desde las más sencillas hasta las más sofisticadas, porque debo reconocer que cada día las pacientes llegan sabiendo más y queriendo saber mucho más todavía; seguramente he olvidado algunas y lo más probable es que aparezcan nuevas preguntas....

De todos modos reciban ustedes este regalo hecho con profundo amor y no duden en hacerme llegar sus inquietudes, porque la idea es hacerlo lo mejor y más completo posible.

Este regalo lo dedico a todas las pacientes que he conocido, especialmente a Margarita Gianoli y Alicia Gimeno. También, a todas las enfermas a quienes pueda ayudar a través de estas respuestas.

Con cariño

Edith

Yo  **mujer**

Corporación
Cáncer de mama
CHILE

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales revisores y demás colaboradores, muchas gracias por su trabajo y su tiempo.

MÉDICOS REVISORES:

Nuvia Aliaga Molina

Médico Cirujano Oncólogo, especialista en reconstrucción mamaria
Diplomado en Docencia Universidad de Chile, Dirección Académica Clínica Las Condes.

Ramón Baeza Baeza

Médico Radiooncólogo
Director Médico Instituto de Radiomedicina, IRAM.

Alejandro Cifuentes Gutiérrez

Médico Cirujano Oncólogo
Clínica Universitaria de Concepción.

Mónica Hoffens Massardo

Médico Radiólogo Comité de Patología Mamaria
Hospital de Puerto de Montt, Cruz Médica Puerto Montt.

Augusto León Ramírez

Médico Cirujano Oncólogo, Facultad de Medicina y Director del Centro de Cáncer
Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jorge Madrid Arenas

Médico Hematólogo Oncólogo, Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Carlos Regonesi Muranda

Médico Hematólogo-oncólogo, Médico Jefe del
Departamento de Hematología y Oncología, Clínica Las Condes.

COLABORADORES

Ana María Castro Rioseco

Tecnólogo Médico U. de Chile

Coordinadora Unidad de Radiología Mamaria, Clínica Las Condes.

Anita Cox Donoso

Enfermera Universidad de Chile

Coordinadora Unidad Quimioterapia, Instituto de Radiomedicina IRAM

Presidenta de la Corporación Yo Mujer.

Mariela Fuenzalida Cavada

Enfermera Matrona P. Universidad Católica de Chile, Especialista en Oncología

Coordinadora de Estudios Clínicos, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Marcela Moraga Manzor

Licenciada en Educación Universidad Metropolitana de la Educación

Departamento de Lenguaje, Colegio San Ignacio El Bosque.

Mariana Ramírez Rojas

Odontóloga U. de Chile

Profesora Facultad de Odontología Universidad Finis Terrae.

José Antonio Casas Salazar

Estudiante de Medicina Universidad de Santiago de Chile.



PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA ENFERMEDAD

P ¿Qué es el cáncer de mama?

R Es una enfermedad maligna que aparece y se desarrolla en la glándula mamaria y que, al progresar, puede extenderse fuera de ésta.

P ¿Por qué se produce el cáncer de mama?

R Se produce por una sucesión de cambios genéticos o “mutaciones” en el ADN de las células mamarias, que afectan los genes encargados de la reproducción celular y su control.

Normalmente las células tienen un ciclo, en el que nacen, crecen, se reproducen y mueren. Al afectarse el control de la reproducción celular, las células “mutadas” se vuelven “inmortales”, de modo que se reproducen indefinidamente, produciéndose infinitas nuevas células con sus mismas características. La agrupación de células hijas (clones) de la célula alterada, es el tumor.

Además de “inmortales” estas células alteradas pierden la adherencia entre sí, por lo que pueden infiltrar (invadir) los tejidos vecinos, o “meterse” dentro de los vasos sanguíneos o linfáticos y llegar a otros territorios, distantes del tumor originario. Al llegar ahí, se siguen reproduciendo y forman otros tumores conocidos como metástasis.

Se desconoce por qué algunas células mutan y otras no, pero se sabe que hay factores propios de la paciente (factor genético) y factores ambientales.

P ¿Es probable que otras células de mi cuerpo se alteren?

R Sí, es probable, porque siempre existe la posibilidad que nazcan células alteradas en nuestro organismo, no sólo en las mamas sino que en

cualquier otro órgano del cuerpo, pero también nuestro organismo dispone de un sistema de vigilancia que se encarga de captar e impedir que estas células continúen reproduciéndose, este mecanismo se denomina apoptosis.

Lamentablemente, el cáncer de mama se produjo porque o el sistema de defensa no estaba funcionando muy bien, o porque la célula maligna simplemente fue más rápida y no le dio tiempo a su organismo para actuar y defenderse, por eso usted se enfermó.

P ¿Por qué me enfermé yo si nadie en mi familia había tenido cáncer de mama?

R Nadie está libre de tener esta enfermedad, aunque se sabe que tener un familiar directo (mamá, hermana o hija) con cáncer de mama es un factor de riesgo, también se sabe que la mayoría de las pacientes (aproximadamente el 70%, de 10 personas 7) no tienen ningún antecedente familiar y ningún otro antecedente de riesgo.

P ¿Qué otros antecedentes de riesgo para cáncer de mama existen?

R Existen varios más, ser mujer, es un factor de riesgo, porque por cada 100 personas con cáncer de mama, sólo 1 es hombre, el resto son todas mujeres.

Ser mayor de 40 años, porque la mayor cantidad de mujeres que se enferman están cerca de la menopausia.

Sin duda que el factor sobrepeso y obesidad es cada día más importante, porque está demostrado que el cáncer de mama es más frecuente en las pacientes obesas. Sí sabemos que la grasa acumulada en el cuerpo, al metabolizarse produce hormonas, podemos deducir que las mujeres

“gorditas” están continuamente sobreestimulando a las células de las glándulas mamarias para que se reproduzcan, aumentando la posibilidad que nazca una célula alterada.

P ¿Actualmente, existe más cáncer de mama que hace 20 o 30 años atrás?

R Efectivamente existe mayor cantidad de enfermas de cáncer de mama en Chile que hace 20 o 30 años atrás, pero también existe mejores métodos diagnósticos y mayor difusión e información sobre esta enfermedad.

P ¿Qué debí haber hecho para prevenir el cáncer de mama?

R Aunque existen algunas estrategias demostradas para disminuir el riesgo de desarrollar un cáncer de mama, tales como:

Evitar la obesidad, estimular el ejercicio y la vida sana, favorecer la maternidad y la lactancia materna, evitar la terapia hormonal de reemplazo (hormonas para la menopausia) salvo casos muy justificados.

Todas ellas no son suficientes para evitar totalmente que aparezca la enfermedad.

Lo que sí podemos hacer, es detectar lesiones cancerosas o precancerosas en forma precoz, para luego tratarlas oportunamente.

Esto se puede conseguir con un control médico anual, una mamografía a los 35 años y luego anual a partir de los 40 años y, conocer sus mamas, examinarlas frecuentemente con la técnica correcta del autoexamen, de tal manera que, ante cualquier cambio, no sólo en la palpación, sino también en la apariencia, consultar al mastólogo – médico especialista en patología mamaria- para saber si es normal o no esa alteración.

P ¿Qué deberían hacer mis hijas?

R Además de lo anterior, en caso de contar con antecedentes familiares de primer grado, el médico adelantará los controles mamarios, calculando a lo menos 10 años antes de la edad en que usted fue diagnosticada; siempre y cuando sea menor a 45 años, porque de lo contrario le correspondería hacer la primera mamografía a los 35 años, como toda mujer.

P ¿Es posible calcular el riesgo de desarrollar cáncer de mama que tiene cada persona?

R Si es posible calcular el riesgo individual de desarrollar esta enfermedad, existe un método científicamente probado con que un médico especialista calificado puede calcularlo.

En caso de tratarse de una paciente con un riesgo individual muy alto o, con demostración del oncogen BRCA 1-2, puede ser necesario discutir con su médico estrategias de reducción de riesgo más agresivas, tales como mastectomía total bilateral profiláctica (extirpación completa de ambas mamas), salpingo-ooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios con o sin extirpación de las trompas de falopio), raloxifeno (medicamento que antagoniza el efecto de los estrógenos en la glándula mamaria), tamoxifeno (medicamento ampliamente usado en el tratamiento del cáncer de mama y que antagoniza el efecto de los estrógenos en la glándula mamaria).

P ¿Qué significan las etapas del cáncer de mama?

R El cáncer de mama al igual que la mayoría de las enfermedades tiene un curso natural que va desde que recién comienza, hasta que ya está

muy avanzada la enfermedad. Por ello, el médico clasifica su enfermedad en etapas o estadio de acuerdo al tamaño del tumor, al compromiso de los ganglios linfáticos y a la presencia o no de metástasis a distancia.

P ¿Cuáles son las etapas del cáncer de mama?

R Las etapas o estadios del cáncer de mama son 0, I, II, III y IV siendo las etapas 0, I y II las etapas consideradas como etapas tempranas.

Etapa 0: Es el cáncer de mama más precoz, puede ser cáncer lobulillar o ductal in situ, en donde el tumor permanece dentro del lobulillo y/o dentro del conducto pero no ha invadido los tejidos vecinos.

Etapa I: El tumor mide menos de 2 cm. Y no se ha diseminado fuera de la mama.

Etapa II: En esta etapa el tumor mide entre 2 y 5 centímetros y podría o no tener ganglios comprometidos, se clasifican en:

Etapa IIA: El tumor mide 2 centímetros o menos pero ya ha comprometido los ganglios de la axila o bien el tumor mide entre 2 y 5 centímetros y no tiene ganglios comprometidos.

Etapa II B: El tumor mide entre 2 y 5 centímetros y ya ha comprometido los ganglios de la axila o bien mide más de 5 centímetros pero se encuentra sólo en la mama.

Etapa III: En esta etapa el tumor mide más de 5 centímetros y ha comprometido los ganglios axilares, se clasifican en:

Etapa III A: El tumor mide más de 5 cm y ha comprometido los ganglios linfáticos que pueden o no estar adheridos entre sí o a otras estructuras.

Etapa III B: El tumor ha comprometido los tejidos cercanos de la mama como por ejemplo a la piel o pared torácica.

Etapa III C: El tumor ha comprometido los tejidos cercanos de la mama como por ejemplo a la piel o pared torácica y/o además a otros ganglios linfáticos cercanos a la mama como por ejemplo a los que están sobre o debajo de la clavícula y a los del cuello.

Etapa IV: El tumor de la mama se ha extendido a otros órganos del cuerpo, con más frecuencia a los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

P Ahora que me detectaron este tumor ¿Qué va a pasar conmigo?

R Pues ahora el médico deberá estudiar su lesión maligna para saber qué tipo de células es, cuán rápido crece, qué tamaño real tiene, etc. Para ello le ofrecerá un estudio previo que podría incluir una biopsia trucut, una biopsia core, una biopsia estereotáxica, una biopsia radioquirúrgica o simplemente la extirpación del tumor y eventualmente de uno o varios linfonodos o ganglios linfáticos.



**PREGUNTAS
SOBRE EXÁMENES
Y PROCEDIMIENTOS
DIAGNÓSTICOS.**

P ¿Qué es la mamografía?

R La mamografía es el examen radiológico específico para examinar las mamas, que utiliza rayos X de baja dosis con el objetivo de detectar cambios o alteraciones en la glándula mamaria.

P ¿Para qué sirve la mamografía?

R La mamografía permite observar la estructura de la mama, por esta razón es utilizado en las mujeres aparentemente sanas o asintomáticas (sin síntomas), como herramienta de exploración para detectar de manera temprana el cáncer de mama(s).

Además este examen, permite detectar o confirmar lesiones mamarias, en mujeres que presentan síntomas tales como nódulos o “porotos”, retracción del pezón, secreción por el pezón, dolor, etc.

P ¿Por qué es tan útil la mamografía?

R La mamografía es tan útil, porque aún no se ha encontrado la forma de prevenir el cáncer de mama, pero sí está demostrado por estudios científicos, que la mamografía disminuye la mortalidad por esta enfermedad, gracias a que posibilita el diagnóstico de una lesión maligna cuando es lo suficientemente pequeña, como para permitir su curación a través de tratamientos menos invasivos.

P ¿Es tan eficaz la mamografía?

R Efectivamente la mamografía es el examen más eficaz para detectar cáncer de mama, pero la eficacia de este examen como método de pesquisa o diagnóstico precoz, dependerá de la regularidad con que se

realicen los controles, porque deben ser anuales a partir de los 40 años de edad.

P ¿Por qué es importante guardar las mamografías anteriores?

R Es importante guardar siempre las mamografías anteriores, porque el médico radiólogo, especialista en imágenes mamarias, las solicitará para comparar y buscar cambios entre las imágenes actuales y las imágenes anteriores.

Por lo tanto, es de vital importancia llevar los exámenes anteriores a cada control para su comparación. Sin embargo, hoy en día ya existen en Chile, algunos centros modernos que mantienen archivos digitales –en un computador–, de todas las imágenes radiológicas, siendo innecesario llevar sus exámenes anteriores.

P ¿Es importante que siempre yo guarde una copia de mis exámenes?

R Si, aunque el centro radiológico guarde una copia de su examen, siempre es importante que usted mantenga otra en su poder, ya sea de las placas de la mamografía, del informe entregado, o bien de la grabación en CD en caso de mamografía digital.

Asegurando que, - independiente del centro radiológico donde usted decida hacer la mamografía al año siguiente-, el médico especialista podrá disponer del examen anterior para compararlo con el examen actual.

¿De cuántos años atrás debo guardar los exámenes anteriores?

Usted debería guardar los exámenes de mama realizados al menos, los 5 últimos años, -idealmente debería guardarlos todos- y recordar llevarlos el día del control anual, para que el médico radiólogo especialista en imágenes mamarias pueda comparar y emitir un informe más completo de sus imágenes.

P ¿Cuánto tiempo antes de palpar una lesión maligna la mamografía podría pesquisarla?

R La mamografía juega un papel central en la detección temprana del cáncer de mama, ya que puede mostrar los cambios en las mamas hasta dos años antes de que sean detectados por la paciente o por el médico.

P ¿A qué edad se recomienda hacer una mamografía?

R Las pautas actuales de importantes organizaciones de salud*, recomiendan a las mujeres realizar una mamografía basal alrededor de los 35 años y una mamografía de control anual a partir de los 40 años. La investigación ha demostrado que las mamografías anuales logran la detección temprana del cáncer de mama, antes que el tumor sea palpable o que se manifieste con otro síntoma, etapa inicial en que existen mayores probabilidades de conservar la mama y de curación de esta enfermedad.

P ¿Hasta qué edad se recomienda hacer mamografía?

R Toda mujer aparentemente sana, debe controlarse anualmente con mamografía hasta al menos los 70 años de edad y luego si es una persona activa, saludable y vital es recomendable continuar con los controles anuales, o bien distanciarlos cada 18 meses.

* Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS, por sus siglas en inglés), la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés) y el Colegio Estadounidense de Radiología (ACR, por sus siglas en inglés) 4

P ¿A qué edad se recomienda que las mujeres de alto riesgo comiencen sus controles con una mamografía anual?

R El Instituto Nacional de Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) recomienda a las mujeres que han sido tratadas por cáncer de mama, continuar con controles anuales independiente de la edad.

En relación a las mujeres consideradas de alto riesgo, por antecedentes familiares o genéticos de cáncer de mama, deberían ser asesoradas por un mastólogo, - médico especialista en patología mamaria-, respecto a qué edad y con qué frecuencia les corresponderían comenzar sus controles mamográficos; pues algunas mujeres podrían requerir mamografías anuales antes de los 40 años de edad.

P Si una mujer tiene como antecedente la madre con cáncer de mama ¿A qué edad debe comenzar las mamografías anuales?

R Cuando una persona tiene como antecedente familiar, la mamá con cáncer de mama, deberá iniciar los controles mamográficos anuales, 10 años antes de la edad en que fue diagnosticada su madre.

Si la mamá fue diagnosticada a los 40 años, su hija deberá iniciar los controles mamográficos a partir de los 30 años de edad, en cambio si la mamá fue diagnosticada a los 55 años de edad, a su hija le correspondería iniciar sus controles mamográficos como toda mujer asintomática y sin factores de riesgo, a partir de los 35 años la mamografía basal y los controles mamográficos anuales a partir de los 40 años.

P ¿Si soy menor de 35 años puede ser perjudicial para mi salud hacerme una mamografía?

R Si usted es menor de 35 años, se ha palpado un nódulo, presenta retracción del pezón o de piel, salida de líquido o secreción sanguinolenta

por un pezón, o enrojecimiento de la mama, debe tomarse una mamografía diagnóstica lo antes posible, que permita detectar o descartar una lesión maligna, sin perjuicio alguno para su salud.

Aún más, si usted es menor de 35 años, no tiene síntoma alguno pero desea tomarse una mamografía, para su tranquilidad puede hacerla, porque no afectará en lo absoluto su salud.

P ¿Por qué no sirve hacer una mamografía antes de los 35 años?

R La verdad es que, no es que la mamografía no sirva antes de los 35 años, lo que sucede es que cuando se es menor de esa edad, las mamas suelen tener más tejido fibroso, este tejido fibroso se proyecta de color blanco en la mamografía, cubriendo la imagen mamaria, haciendo imposible visualizar la glándula mamaria y peor aún, impidiendo detectar los nódulos mamaros que pudieran existir en esa mama, porque se pueden ocultar fácilmente.

Además en este tipo de mamas, la fibra también impide visualizar otros detalles finos en la glándula mamaria, como por ejemplo las microcalcificaciones, las que pueden constituir el 1er signo de cáncer.

Es por esta razón que generalmente estas mamografías, necesitan ser complementadas con una ecografía mamaria.

Esta necesidad hace erróneamente creer que a esta edad, sólo la ecografía puede ser útil, lo que constituye una falsedad porque la mamografía aporta mucha información tanto o más útil que la información aportada por la ecografía mamaria.

Por lo tanto, no se puede desestimar la mamografía en las mujeres menores de 35 años, porque además a esta edad no todas las mujeres tienen mamas fibrosas.

P ¿Entonces a esta edad es mejor hacerse una ecografía mamaria en vez de una mamografía?

R mo explicamos anteriormente la ecografía ayuda mucho, pero NO reemplaza a la mamografía. El médico decidirá después de examinarla, cuál es el examen que debe realizarse, optando siempre por el examen que aporte mayor información sobre sus mamas.

P ¿Cuáles son los beneficios de la mamografía?

R Los beneficios de la mamografía son:

- Las imágenes que la mamografía otorga de las mamas, brindan al médico mayor capacidad para detectar tumores pequeños, cambios en el parénquima o crecimiento de tejidos anormales, que podrían corresponder a una incipiente lesión maligna, antes de constituir un pequeño tumor. Si la enfermedad es diagnosticada en esta etapa tan temprana, la posibilidad de curarse es cercana al 100 %, o sea todas las pacientes se mejoran del cáncer precoz.
- La mamografía es el único medio comprobado para detectar de manera confiable el cáncer de mama in situ (que está recién comenzando) y para detectar el carcinoma infiltrante o invasor en las diversas etapas.
- Los rayos X por lo general no tienen efectos secundarios cuando se usan para exámenes radiológicos.
- Es un examen rápido, en general bien tolerado, de bajo costo.
- Una vez que la mujer se hace la mamografía no continúa emitiendo radiación de rayos X.

P ¿Cuáles son las desventajas de la mamografía?

R Las desventajas de la mamografía son:

- Exposición a la radiación: Aunque siempre se habla que la exposición

a la radiación podría ser peligrosa para la salud, la radiación recibida durante la mamografía es ínfima.

Este examen constituye el examen radiológico con menor radiación de todos, porque la estructura irradiada es pequeña, se utilizan placas muy sensibles y la dosis de irradiación necesaria es muy baja. Entonces el riesgo es mínimo si se compara con el beneficio ampliamente mayor, de conocer el diagnóstico exacto que permitirá iniciar un tratamiento certero.

- Sin embargo, la dosis de radiación efectiva de una mamografía es alrededor de 0,7 mSv, que equivale aproximadamente a la radiación promedio existente en el ambiente que usted recibe en un período de tres meses. Obviamente que para que se cumplan todas las normas de seguridad, los establecimientos de salud deben cumplir con un programa de mantenimiento periódico de los equipos mamográficos, que garantice el correcto funcionamiento del equipo.
- Además los equipos más modernos tienen haces de rayos X, controlados firmemente con métodos de control de filtración y de dosificación para minimizar, la desviación o dispersión de radiación a las zonas vecinas, lo que garantiza que estos tejidos recibirán la mínima exposición posible a la radiación.
- Mamografías con resultado falso positivo: Entre el 5 al 15 por ciento de las mamografías de pesquisa precoz, requieren de mayor evaluación, - o sea que de 100 mujeres que se toman mamografía sólo 5 a 15 mujeres necesitarán más estudio-, como por ejemplo la realización de imágenes adicionales ampliadas y/o localizadas.
- Aproximadamente entre un 30 a 40% de mujeres, esa decir 30 a 40 mujertes de entre 100 mujeres, requerirán una ecografía o ultrasonido, especialmente cuando la mama es de condición fibrosa. La mayoría de estos exámenes resultan ser normales.
- Si aparece un resultado anormal, se podría realizar un seguimiento en algunos meses más, o bien si el médico especialista estima necesario, se

solicitará una biopsia para descartar una lesión maligna.

- Mamografía con resultado falso negativo: En distintas series clínicas se estima que puede existir en las mamografías un cáncer oculto a las imágenes hasta en un 2%, lo que significa que en sólo 2 de cada 100 mamografías, las imágenes parecen normales pero existe en algún sitio de la mama un cáncer oculto o “escondido” que no se logra identificar.
- Daño al feto: Es sabido que la exposición de un embrión o feto a la radiación podría producir malformaciones o alteraciones en su formación o desarrollo. Esto principalmente en el primer trimestre del embarazo durante la embriogénesis, es decir, cuando el embrión se está recién formando, por lo tanto las mujeres siempre deberán informar a su médico o al tecnólogo de rayos X si existe la posibilidad de embarazo. Si tiene un atraso no aclarado o tiene dudas de estar embarazada es necesario informarlo al médico radiólogo o al tecnólogo médico antes de realizar el examen.

P ¿La mamografía es un examen doloroso?

R El dolor referido por algunas mujeres durante la mamografía siempre ha sido un tema de discusión e investigación debido que esto podría ser un obstáculo significativo para que las mujeres consideren o no realizar este examen.

Por ello es muy importante enfatizar, que las potenciales molestias de la mamografía son un mal menor, en relación al inmenso beneficio que significa detectar un cáncer de mama en etapa precoz cuando aún puede ser curable.

Varios estudios realizados al respecto, han determinado que de 10 mujeres que se realizan una mamografía: 3 sienten dolor, 4 a 5 sienten incomodidad y 2 a 3 no sienten ni dolor ni incomodidad. Muchas mujeres que se toman por primera vez la mamografía, lo hacen con temor por los

comentarios que han escuchado.

De cualquier modo, estas molestias se deben a la necesidad de comprimir la mama durante unos segundos, así la glándula permanece inmovilizada y se disminuye la cantidad de rayos X necesaria para lograr una imagen nítida, además de disminuir imágenes borrosas por movimientos, naturales en un órgano que se mueve como un péndulo.

Sin duda la mamografía es mejor tolerada si se realiza alrededor del día 10 del ciclo, a sea 10 días después de la llegada de la menstruación; por ejemplo si a usted le llegó su regla el día 5 del mes, sería ideal que pidiera hora para hacer la mamografía el día 15. En casos excepcionales, si usted tiene mamas muy sensibles o el umbral del dolor muy bajo es posible prevenir con analgésicos o antiinflamatorios unas horas antes del examen.

P ¿Por qué el día 10 del ciclo menstrual es ideal para hacer la mamografía?

R Durante el ciclo menstrual las mamas sufren cambios según los niveles hormonales, por lo tanto algunos días estarán más congestionadas y otros más “desocupadas”, más sensibles y menos sensibles respectivamente, por ello se recomienda programar su mamografía el día 10 del ciclo menstrual o sea alrededor de 10 días después de iniciada la menstruación, porque precisamente esos días las mamas estarán menos congestionadas y la compresión será menos incómoda o dolorosa. Además, la menstruación inmediatamente anterior le asegurará que usted no está embarazada, de lo contrario usted siempre debe informar a su médico o al tecnólogo médico de rayos, si existe la posibilidad de estar embarazada, aunque le parezca una mínima probabilidad.

P ¿Cómo se llama el profesional que toma la mamografía?

R El profesional universitario responsable de tomar la mamografía es el tecnólogo médico, cuya función tiene dos objetivos primordiales: Generar las mejores imágenes para el diagnóstico y minimizar la exposición a los rayos X.

P ¿Cuántos tipos de mamografía existen?

R Actualmente se disponen de 2 tipos de equipos de mamografías. Aquella convencional o análoga en que la imagen se produce y registra en una película o placa de rayos y también la mamografía digital o “computarizada” en que se utiliza una placa especial de registro digital, también llamada mamografía digital que se puede ver y dejar grabada en un computador.

P ¿Cuáles son las diferencias de la mamografía convencional y la mamografía digital?

R En la mamografía digital la película de rayos X es reemplazada por detectores en estado sólido que transforman los rayos X en señales eléctricas, estos detectores son similares a los que tienen las cámaras digitales. Las señales eléctricas se utilizan para producir imágenes de las mamas que pueden ser visualizadas en una pantalla de alta resolución y también ser impresas en una película especial, - similar a las mamografías convencionales-, pero pueden grabarse en CD y archivarse en sistemas de almacenamiento de imágenes que existen actualmente en algunos establecimientos de salud.

P ¿Cuáles son las ventajas de la mamografía digital?

R Una de las principales ventajas de la mamografía digital sobre la mamografía tradicional o convencional es que ante el extravío del examen, en el centro radiológico siempre existirá posibilidad de copia de la imagen anterior, para la necesaria comparación.

Además la imagen digital permitirá hacer ampliaciones o magnificaciones de un área determinada, disminuyendo las probabilidades que usted sea nuevamente citada porque necesitan efectuar otra toma o magnificación adicional.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la mamografía digital NO evitará comprimir la mama, porque esta compresión es muy necesaria para adquirir una óptima imagen.

P ¿Es verdad que la mamografía digital comprime menos que la mamografía tradicional?

R No es verdad que en la mamografía digital se comprime menos la mama que en la mamografía tradicional, porque la compresión necesaria es idéntica en ambos tipos de mamografía, sin diferencia alguna. Esta compresión permite mantener fija la mama, impidiendo que cualquier movimiento, - por mínimo que sea-, pueda alterar la imagen de la mamografía.

P ¿Es verdad que con la mx digital se evita que la persona vuelva a tomarse otros exámenes adicionales?

R No es verdad, va a depender del tipo de lesión que se requiere evaluar, porque por ejemplo, en caso de las microcalcificaciones, efectivamente es probable que no necesite volver para magnificar, pero en caso de asimetría o alteración localizada del tejido mamario, es posible que

sea citada nuevamente para tomar placas adicionales.

P ¿Cuáles son las ventajas o beneficios de la mamografía digital?

R • La principal ventaja es que en mujeres con mamas densas o de condición fibrosa permite una mejor visualización del tejido pudiendo identificar de mejor forma las microcalcificaciones.

- Otra ventaja es el ahorro en tiempo, porque es probable evitar nuevas citas para tomar de magnificaciones.
- El almacenamiento, porque el CD ocupa menos espacio para ser guardado y su imagen no se deteriora por causas físicas como calor, sol o humedad.
- El almacenamiento como archivo computacional en el centro de salud en caso de extravío del CD o de las imágenes anteriores.
- Favorece el medio ambiente, al no tener que revelar las placas con líquidos químicos convencionales.

P ¿Qué otras diferencias tiene para la mujer, tomarse una mamografía convencional versus una mamografía digital?

R Desde el punto de vista de la paciente, realizarse una mamografía digital es esencialmente lo mismo que tomarse una mamografía convencional, porque la posición de la paciente, la compresión de las mamas, la cantidad de tomas, el tiempo de duración del examen, etc. es similar en ambos tipos de mamografía.

La única diferencia es la descrita anteriormente como beneficio, porque cuando se requiere mayor estudio de algunas áreas o lesiones podría evitarse tomar nuevas placas.

P ¿Cuáles son las limitaciones o debilidades de la mamografía?

R Como la mayoría de los exámenes la mamografía también tiene ciertas limitaciones, entre ellas:

- Si en la mamografía inicial se observa una anomalía, estas imágenes por sí sola no serán suficientes para determinar con certeza si la anomalía es benigna o maligna. Por lo tanto, el médico radiólogo requerirá de otros exámenes adicionales para completar el estudio.
- Las interpretaciones de las mamografías pueden resultar difíciles, ya que una mama normal puede aparecer diferente en cada mujer.
- El aspecto de una imagen mamaria puede verse alterada cuando se ha realizado una cirugía previa o con la presencia de polvo, talco o desodorante en el área.
- Los radiólogos normalmente comparan la mamografía actual con mamografía(s) anterior(es) para, determinar cambios en las imágenes o aparición de signos que antes no se apreciaban, sólo así se podrán detectar lesiones mucho antes de ser palpables.
- No todas las lesiones malignas de las mamas pueden visualizarse en una mamografía, porque dependerá de cuán fibrosa es la mama de la persona.
- Los implantes mamarios también pueden limitar o impedir una lectura exacta de la mamografía, ya que los implantes salinos o de silicona no son transparentes en los rayos X y pueden bloquear la visualización clara de los tejidos mamarios, cuando estos implantes han sido colocados sobre la glándula mamaria en vez de instalarlos detrás del músculo pectoral

A pesar de estas limitaciones la mamografía es la mejor herramienta de diagnóstico por imágenes actualmente disponible, para pesquisar cáncer de mama.

P ¿Qué significa tener mamas densas o fibrosas?

R La mama es una glándula, cuya función es producir leche para la lactancia. Esta glándula se afirma en tejido fibroso que es más firme o apretado y es rodeada por grasa para darle la forma a la mama. Cuando hay mayor cantidad de tejido fibroso en la mama, se habla de mama fibrosa, que da a la mamografía una imagen más blanca o “densa” difusamente, de ahí el sinónimo de mama densa. La mama fibrosa es una condición o característica propia de la mujer joven.

Para estudiar estas mamas, se requiere complementar la mamografía con la ecografía mamaria.

P ¿Qué significa tener mamas adiposas?

R También existen mamas de condición adiposa o grasa, en que predomina el tejido graso por sobre el tejido fibroso, este tipo de mama generalmente se presentan en las mujeres mayores.

Habitualmente este tipo de mamas, pueden ser evaluadas sólo con mamografía sin necesidad de ecografía.

P ¿Qué significa tener mamas fibroquísticas?

R Como su nombre lo dice, estas mamas tienen más cantidad de fibra, como anteriormente mencionamos la fibra es un tejido más duro, porque tiene la función de afirmar y sostener la glándula. Este tejido tiene la capacidad de “estirarse” como un elástico cuando la mama recibe líquido o está congestionada y luego - por efecto hormonal-, durante la menstruación, este líquido se elimina y la congestión desaparece hasta el próximo ciclo menstrual.

Sin embargo, es probable que en algún rincón de la mama, este tejido fibroso haya dejado atrapado restos de líquido, convirtiéndose así en quistes, que son verdaderos “saquitos” de líquido dentro de la mama.

P ¿Qué diferencia hay entre un quiste y un nódulo o es lo mismo?

R Los quistes y nódulos son dos cosas diferentes. Los quistes son acúmulos de líquido o pelotitas de líquido, que pueden desaparecer, mantenerse o crecer en el próximo ciclo menstrual.

Si un quiste crece demasiado o provoca dolor, su médico podría decidir durante la consulta, pincharlo con una jeringa para evacuar este líquido. Los nódulos, en cambio, son “pelotitas” formadas por el mismo tejido de la mama, podría ser por el tejido fibroso o glandular o graso o por todos a la vez. El nódulo es más duro y pincharlo con una jeringa no da salida a líquido.

P ¿Los nódulos son siempre malignos?

R No, los nódulos pueden ser benignos de tejido normal de la mama, o bien malignos o cancerosos, por lo que al ser pesquisado por el médico, será necesario solicitar exámenes radiológicos para definir su naturaleza. El médico radiólogo determinará sus características mediante mamografía y ecografía.

P ¿Los nódulos malignos se notan fácilmente en la mamografía?

R Los nódulos malignos suelen presentar algunas características típicas que el radiólogo especialista puede diferenciar fácilmente, sin embargo, algunos nódulos llamados indeterminados, no muestran dichas características muy bien definidas y el médico radiólogo necesitará evaluar con más exámenes para sugerir o decidir que conducta tomar.

P ¿Qué conducta podría seguir con un nódulo indeterminado?

R Una vez que el radiólogo termina el estudio de un nódulo podría sugerir biopsia o bien mantener en control periódico durante un tiempo para ver si sufre cambios en tamaño o aspecto.

Si no presenta cambios y se ha mantenido estable, lo más probable es que sea un nódulo bueno o benigno, en cambio si presenta un crecimiento significativo o su forma se torna algo más irregular puede sugerir un tejido anormal y debería ir a biopsia para descartar el cáncer.

P ¿En cuánto tiempo debe controlarse una lesión indeterminada?

R El médico radiólogo, - según las características de la lesión-, definirá en cuanto tiempo y con qué examen debe ser el próximo control radiológico.

P ¿Cuándo se aspira líquido de un quiste necesita ser enviado a biopsia?

R No, generalmente este líquido claro tipo suero, o amarillento con tinte verdoso no necesita ir a biopsia.

Sin embargo, si el líquido extraído es de aspecto sanguinolento o con un tinte muy oscuro, que llame la atención del médico especialista, podría decidir enviarlo a estudio o biopsia, para confirmar que es benigno.

P ¿Cuándo hablan de tumor siempre es malo?

R No siempre. En estricto rigor en medicina la palabra tumor significa "aumento de volumen". Este aumento de volumen puede ser de origen benigno que lo más frecuente, o de origen maligno que es menos frecuente.

P ¿Es malo o peligroso tener mamas fibrosas?

R En verdad no es peligroso, pero es importante saber que con la sola mamografía será más difícil encontrar algún nódulo mamario, por lo que siempre será necesario o recomendable realizar mamografía y ecografía mamaria a la vez.

P ¿Es cierto que las mamas fibrosas duelen más?

R No, las mamas fibrosas no duelen más que la mama no fibrosa. La mama fibrosa es una condición, no es una enfermedad. Esta condición está determinada genéticamente así como el color de los ojos o del pelo, por ello es normal que la presenten, la mayoría de las mujeres de una misma familia.

Existen mujeres que pueden tener una mama muy fibrosa y no referir dolor y otras mujeres pueden tener mamas grasas con poca fibra en el tejido mamario y ser muy sensible o sentir más dolor, porque también depende del umbral o sensibilidad de cada persona a sentir dolor.

P ¿A qué se debe el dolor durante las reglas?

R El dolor relacionado con las reglas se debe a la congestión mamaria que obliga a los tejidos a distenderse o estirarse por el líquido que llega a las mamas. Habitualmente se relaciona más con una condición innata de sensibilidad en la mujer que a la condición de mamas fibrosas.

Esta sensibilidad mamaria cambia en las distintas etapas de la vida de cada mujer, siendo más sensibles en la pubertad y edad fértil, antes o después de los embarazos, que en la menopausia o climaterio.

P ¿Las mujeres con implantes mamarios también deben hacerse mamografía?

R Por supuesto que sí, toda mujer debe hacerse una mamografía independiente si tiene o no implantes mamarios y rige la misma norma internacional que para cualquier mujer sana sin molestias ni síntoma alguno. Sin embargo, toda mujer que tenga planeado hacer una cirugía plástica para colocación de implantes mamarios debería tener una evaluación por especialista con mamografía y eventual ecografía mamaria para descartar una lesión sospechosa, la que además servirá de base para comparar con las imágenes posteriores, porque obviamente las cicatrices pueden alterar o distorsionar las imágenes mamarias.

P ¿Cómo debe ser tomada la mamografía de una mujer con implantes mamarios?

R Los tecnólogos y los radiólogos con experiencia saben que al tomar la mamografía a una persona con implantes mamarios, las mamas deben ser cuidadosamente comprimidas, para mejorar la visualización sin romper el implante.

Por lo tanto, al solicitar hora para una mamografía, las mujeres con implantes deben preguntar si el establecimiento cuenta con tecnólogos experimentados en la realización de mamografías de pacientes con implantes mamarios.

P ¿Pueden las prótesis alterar las mamografías?

R Efectivamente podrían impedir visualizar adecuadamente la glándula mamaria, por ello es muy importante tomar el examen, en un centro radiológico con personal capacitado para lograr la mejor imagen. Esta dificultad podría evitarse, si la instalación de prótesis, se efectuara

detrás del músculo pectoral, dejando absolutamente libre la mama.

P ¿Qué significa BIRADS?

R BI-RADS® son las siglas en inglés de Breast Imaging Report and Database System. Es una herramienta radiológica creada para unificar criterios y mejorar la clasificación de las lesiones mamarias en las interpretaciones y reportes de las mamografías. Su uso permite actualmente estandarizar los informes radiológicos de los exámenes, de tal manera que, sea entendido como tal por todo médico radiólogo y por todo médico, especialista en patología mamaria del país y del mundo.

Este sistema fue publicado y registrado en 1992 por el Colegio Americano de Radiología (ACR), y es ampliamente usado por los especialistas extranjeros y chilenos, lo que ha constituido un avance para el diagnóstico del cáncer de mama.

Existen clasificaciones BIRADS para mamografía, para ecografía mamaria y para resonancia magnética de la mama.

P ¿Cuáles son las categorías BIRADS?

R El médico radiólogo especialista en imágenes mamarias después de evaluar la mamografía, asignará una clasificación numérica en el informe, permitiendo un reporte uniforme y conciso, - con palabras adecuadas y claras-, que será entendido por múltiples médicos, de diferentes centros hospitalarios y de diferentes países.

Esta clasificación consta de 9 categorías diferentes de acuerdo a su estadificación.

BIRADS 0: Mamografía insuficiente, necesita una evaluación adicional con otro estudio, no es posible determinar alguna patología.

BIRADS 1: Mamografía negativa a malignidad, sin ganglios o calcificaciones. Con un 0% posibilidades o ninguna posibilidad de cáncer.

BIRADS 2: Mamografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos (ganglios intramamarios o dentro de la mama, calcificaciones benignas, etc.). Con 0% de posibilidades – o ninguna posibilidad- de cáncer.

BIRADS 3: Resultado con probable benignidad, pero que requiere control en 6 meses. Por ejemplo puede presentar nódulos circunscritos o bien delimitados, o algún grupo pequeño de calcificaciones puntiformes y redondeadas, no microcalcificaciones sospechosas. Con mínimas probabilidades - alrededor de un 2.24% de posibilidades- de cáncer.

BIRADS 4: Resultado dudoso de malignidad. Requiere una confirmación histopatológica. Consta de 3 grados de acuerdo con su porcentaje de malignidad que varía del 3 % al 94%

BIRADS 4 a: Baja sospecha de malignidad: 3 a 49%

BIRADS 4 b: Sospecha media de malignidad: 50 a 89%

BIRADS 4 c: Sospecha intermedia de malignidad: 90 a 94%

BIRADS 5: Alta sospecha de malignidad. Requiere biopsia para confirmar el diagnóstico. Con mayor de 95% de posibilidades de malignidad.

BIRADS 6: Con imagen alterada, cuya malignidad ya ha sido comprobada mediante biopsia.

P ¿Qué son las microcalcificaciones mamarias?

R El calcio es un elemento que está dentro de la célula mamaria. Cuando una célula se rompe o está inflamada, aparece calcio y se deposita

en el conducto o ducto mamario, haciéndose visible en una mamografía. Las calcificaciones se muestran como puntos o manchas blancas en la mamografía y pueden dividirse según el tamaño en dos tipos: microcalcificaciones y macrocalcificaciones.

Las macrocalcificaciones, como su nombre lo indica, son calcificaciones más grandes y gruesas, que están asociadas habitualmente con la edad, porque las presentan comúnmente las mujeres mayores de 50 años y sólo ocasionalmente están presentes en mujeres más jóvenes.

En cuanto a su relación con enfermedad maligna, las macrocalcificaciones no están típicamente asociadas con el cáncer.

Las microcalcificaciones, a diferencia de las macrocalcificaciones, son consideradas en ocasiones señales de posible malignidad, estén o no asociadas a una masa o lesión tumoral. Aunque la mayoría de las microcalcificaciones son benignas y frecuentes de ver en los informes mamográficos, a veces éstas se juntan o agrupan en forma sospechosa, en cuyo caso el radiólogo determinará si deben ser mantenidas bajo estricto control, o bien biopsiadas prontamente.

P ¿Las microcalcificaciones pueden estar pegadas a un nódulo?

R Efectivamente las microcalcificaciones podrían estar o no relacionadas con un nódulo, si las microcalcificaciones están relacionadas con una imagen nodular o asimetría, el radiólogo debe interpretar las características de la masa o nódulo para determinar la posibilidad de cáncer, siendo probable que solicite otros exámenes, incluso hasta una biopsia si fuese necesario.

P ¿Qué señales o signos de cáncer o malignidad puede mostrar una mamografía?

R En la mamografía existen tres signos principales de lesión maligna, estos son:

- Microcalcificaciones agrupadas.
- Densidad asimétrica, área más densa del tejido comparada con el resto de la mama.
- Masa o nódulo sospechoso.

P ¿Cuáles microcalcificaciones son sospechosas de cáncer?

R No todas las microcalcificaciones son sospechosas de malignidad, sólo cuando las microcalcificaciones están agrupadas y tienen formas alargadas e irregulares, serán catalogadas como sospechosas y necesitarán placas o imágenes adicionales, ya sea magnificaciones o compresiones focales.

P ¿Siempre que llaman para tomar placas adicionales (o más placas) puede ser maligno?

R El hecho que a usted le hayan pedido más pruebas no significa que haya necesariamente algo maligno, pues la mayoría de las veces será por causa benigna. El médico radiólogo solamente necesita otra imagen que pueda aportar mayor información para despejar dudas.

P ¿Generalmente las microcalcificaciones requieren una biopsia?

R No siempre requieren ser biopsiadas. Una vez que el radiólogo observa con mayor precisión las características de las microcalcificaciones podrá definir la conducta a seguir, la que puede ser control en 6 meses o al año.

Sólo el 8 al 10 % de las pacientes, que requieren imágenes adicionales necesitarán una biopsia, ya sea una biopsia estereotáxica o bien una biopsia quirúrgica propiamente tal, en otras palabras de 100 señoras que fueron citadas para tomar otras placas adicionales, sólo 8 o 10 necesitaron hacerse una biopsia de ese grupo de microcalcificaciones, el resto sólo necesito control.

P ¿Generalmente las microcalcificaciones que requieren biopsia suelen ser malignas?

R No siempre suelen ser maligna, al contrario la mayoría de las veces son benignas, porque aproximadamente sólo un 20% de esas pacientes (de 100 sólo 20 pacientes) serán diagnosticadas con algún tipo de cáncer. Pero lo más importante es que si la enfermedad es diagnosticada en esta etapa, todas las pacientes se mejoran y permanecen más años libre de enfermedad.

P ¿Las microcalcificaciones se pueden ver en la ecotomografía mamaria?

R El ultrasonido o ecotomografía mamaria no es un examen efectivo para detectar las microcalcificaciones, ya que éstas como su nombre lo dice, contienen calcio y el calcio sólo es detectable por Rayos X, no por el ultrasonido.

Además la ecotomografía o ecografía, permite evaluar las lesiones que contienen líquido, - para las cuales los Rayos X no serían tan útiles- y las microcalcificaciones no contienen líquido.

Sólo en algunas oportunidades y con equipos de ultrasonido o ecografía de alta resolución o muy avanzado podría ser posible evaluar microcalcificaciones o macro-calcificaciones en conductos o en nódulos.

P ¿Qué desventajas presenta la mamografía en las mujeres con mamas densas?

R las mujeres con mamas muy fibrosas o densas, las mamografías tienen menor sensibilidad, esto significa que en las imágenes mamográficas no se logra diferenciar con certeza cuál es el tejido mamario normal y cuál es el nódulo, ya que todo aparece denso o “blanco”. Por tal razón, es más difícil interpretar y generalmente se hace necesario complementar el estudio con otros exámenes. Además en una mama muy fibrosa puede ser difícil también, -en algunas ocasiones-, distinguir las microcalcificaciones.

Sólo la pericia y experiencia del radiólogo permitirá identificar zonas sospechosas de alteración, ya sea de alteración benigna o maligna, que siempre requerirá ser complementada con otros estudios, el más utilizado la ecografía o ultrasonido.

P ¿Es posible reemplazar la mamografía por la ecografía?

R La ecografía mamaria NO puede reemplazar a la mamografía, porque la ecografía, - también llamada ecotomografía o ultrasonido mamario - no permite detectar satisfactoriamente lesiones cuando están recién empezando, cuando todavía están dentro del conducto mamario, sino habitualmente cuando ya ha salido de este conducto hacia los ganglios linfáticos o linfonodos.

En esta etapa precoz del cáncer, dentro de los conductos mamaros se producen y se pueden visualizar las microcalcificaciones siempre y cuando el examen sea la mamografía, porque las microcalcificaciones, como ya se ha mencionado anteriormente, no se distinguen claramente en la ecografía, por lo tanto no sirve para la detección precoz.

Por lo tanto, la ecografía es considerada un examen complementario en aquellas mujeres que presentan alguna alteración en la mamografía o

que tengan alteración a la palpación o que tienen mamas densas que pueden ocultar algún pequeño nódulo.

Además la ecografía por sí sola, no descarta la posibilidad de un cáncer, porque si bien pueden verse nódulos, no siempre es posible demostrar la presencia de microcalcificaciones o de distorsiones del tejido que se ven sólo en la mamografía y que son tan importantes como los nódulos.

P ¿Es mejor la mamografía que la ecotomografía para detectar un cáncer de mama precoz?

R El cáncer mamario en etapa temprana se presenta en un 60% con microcalcificaciones antes de que forme nódulo y es en ésta etapa en donde se pretende llegar con la mamografía. Si sólo hiciéramos estudios rutinarios con ecografía siempre llegaríamos tarde, ya en la etapa de nódulo y no se lograría el objetivo de la mamografía, cuál es disminuir la mortalidad por cáncer de mama.

Esta técnica fue desarrollada en la creencia que podría sustituir a la mamografía en la detección del cáncer de mama. Hoy en día dicho postulado no es aceptado, pues la ecografía de mama no está indicada en el diagnóstico precoz de esta enfermedad debido a la baja sensibilidad y especificidad en lesiones iniciales o in situ, es decir, es difícil visualizar y caracterizar como cáncer propiamente tal, cuando este cáncer está recién comenzando, cuando mide menos de 10mm. de diámetro o está aún dentro del conducto mamario.

Debido a esto la ecografía ha sido excluida para la pesquisa precoz de cáncer de mama, sin embargo, continúa siendo una herramienta complementaria muy útil e importante de la mamografía.

P ¿Por qué a algunas mujeres les diagnosticaron el cáncer con una ecografía?

R Algunas pacientes después de una mamografía sospechosa, fue necesario hacer una ecotomografía para definir con claridad la lesión maligna, y sólo entonces le fue entregado el informe, quedando erróneamente en la memoria que fue la ecografía el examen que mayor información aportó para su diagnóstico.

P ¿Cuándo es necesario hacer una ecotomografía mamaria?

R Como se dijo anteriormente ésta técnica es complementaria a la mamografía y es utilizada para aclarar cualquier hallazgo mamográfico y definir si una determinada lesión es de naturaleza sólida o líquida. Además es una herramienta fundamental como complemento en mujeres con mamas densas, quienes deberían hacerse periódicamente una mamografía y ecotomografía mamaria.

P ¿En qué circunstancias está indicada la ecografía?

R La realización de la ecografía está indicada en:

- Estudio de asimetrías, masas o nódulos palpables y/o no palpables visualizadas en una mamografía (sólida o quística)
- Estudio de densidades asimétricas palpables o no palpables, asociadas a microcalcificaciones visualizadas en una mamografía, en búsqueda de masas o nódulos asociados.
- Estudio de masas palpables no vistas en mamografía.
- Estudio de mamas en pacientes menores de 30 años.
- Estudio de dolor mamario o mastodinia con mamografía normal.
- Estudio de mamas en pacientes embarazadas.
- Estudio de mamas en pacientes que están amamantando.

- Estudio de anomalías visible en una sola proyección de la mamografía.
- Estudio de pacientes con implantes mamarios (silicona).
- Estudio de pacientes operadas de cáncer de mama con reconstrucción mamaria.
- Control de nódulos o quistes conocidos.
- Estudio de lesiones identificadas en resonancia magnética de la mama, no visibles en mamografía.
- Siempre como complemento de estudio en mamas previamente operadas de cáncer mamario.
- Para caracterizar y controlar la evolución de quistes mamarios.
- Como guía en el control de punciones de mama y como localización quirúrgica de algunas lesiones.
- Como guía en biopsias percutáneas de lesiones mamarias.
- Como identificación y guía en el drenaje de un absceso intramamario.
- En estudio de hombres con ginecomastia.
- Otros

P ¿La ecotomografía mamaria también se informa con BIRADS?

R Sí, existe también una clasificación BIRADS específica para ecografía mamaria, que permite estandarizar los informes del médico radiólogo. Se conoce como BIRADS US.

P ¿Qué es la resonancia nuclear magnética?

R La resonancia nuclear magnética (RNM) o resonancia magnética (RM) es un examen médico no invasivo que otorga mayor información al médico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La RNM emplea un campo magnético potente, con pulsos de radiofrecuencia y una computadora para crear imágenes detalladas de los órganos, tejidos blandos, huesos, y prácticamente todo el resto de las

estructuras internas del cuerpo. De esta forma, las imágenes pueden examinarse en el monitor de una computadora, transmitirse electrónicamente e imprimirse o copiarse a un CD. La RNM no utiliza radiaciones ionizantes (rayos X) como la mamografía ni ultrasonido.

La RNM se utiliza para el estudio propiamente tal de las mamas para caracterizar mejor una lesión sospechosa de probable cáncer. También permite estudiar el resto de cuerpo cuando es necesario buscar metástasis o "pequeños tumores en otros sitios" del primer tumor de la mama. Las imágenes detalladas obtenidas con la RNM les permiten a los médicos evaluar mejor varias partes del cuerpo y determinar la presencia de ciertas enfermedades que no se podrían evaluar adecuadamente con otros métodos por imágenes como los rayos X, el ultrasonido o las tomografías axiales computarizadas (también denominadas escáner o TAC).

P ¿Para qué sirve la resonancia nuclear magnética mamaria?

R La RNM de mama proporciona información valiosa acerca de algunas patologías mamarias que no puede obtenerse mediante las otras modalidades de diagnóstico por imágenes más conocidas como la mamografía o el ultrasonido o ecotomografía mamaria.

La RNM de mama no reemplaza la mamografía o el ultrasonido, sino que es generalmente usada como una herramienta más específica para detectar y determinar la evolución del cáncer de mama y otras anomalías mamarias. Es especialmente útil en mamas ya operadas con cicatrices prominentes, en que se sospecha haya vuelto a aparecer el mismo u otro cáncer.

Actualmente, se están llevando a cabo estudios para determinar si la RNM y otros métodos de diagnóstico por imágenes pueden contribuir a la detección temprana del cáncer de mama y a la prevención de muertes a causa del mismo.

P ¿Cuándo el médico solicitará una RNM de la mama?

R El médico podría solicitar una RNM de mama cuando necesite:

- Evaluar las diferentes ubicaciones de los tumores, especialmente previo a la cirugía conservadora de mamas.
- Identificar cáncer de mama temprano no detectado mediante otros métodos, especialmente en mujeres con denso tejido mamario y en aquellas con alto riesgo de padecer la enfermedad.
- Evaluar las anomalías ya detectadas por la mamografía o el ultrasonido.
- Distinguir entre tejidos cicatrizados y tumores recurrentes.
- Detección de recidiva en mama operada y/o irradiada.
- Determinar con mayor precisión la extensión real del cáncer detectado por la mamografía o el ultrasonido, especialmente previo a una cirugía conservadora de mama.
- Evaluar el efecto de la quimioterapia.
- Mayor información para decidir el tratamiento a seguir.
- En algunos casos específicos para evaluar complicaciones de los implantes mamarios y detección de cáncer oculto en pacientes con prótesis mamarias.

P ¿Qué puede mostrar la RNM sin medio de contraste?

R La RNM sin medio de contraste puede mostrar: la densidad de los tejidos mamarios, presencia de quistes, conductos mamarios inflamados, hematomas, implantes de mama con filtraciones o rupturas, la presencia de ganglios linfáticos inflamados, lipomas, etc.

P ¿Qué puede mostrar la RNM con medio de contraste?

R Mediante la comparación de las imágenes mamarias tomadas antes y después de la inyección del medio de contraste, el examen de RNM pu-

ede determinar: presencia de anomalías o alteraciones mamarias y sus características; sugerentes de benignidad (no cancerosa) o de malignidad (cancerosa), el tamaño y la ubicación dentro de la mama y su relación con estructuras vecinas como músculos y costillas.

P ¿Cómo se realiza la RMN de mama?

R Usted se sitúa en una camilla boca abajo con las mamas dentro de unas aberturas acolchonadas que están rodeadas por una espiral o bobina de seno que recibe las señales y funciona junto con el equipo de RNM para crear las imágenes.

Es importante mantenerse inmóvil durante el examen, para lograrlo debe asegurarse de estar bien cómoda para relajarse y evitar poner los músculos bajo tensión. No deje de informar al tecnólogo si algo no es cómodo, puesto que la incomodidad aumenta la probabilidad de sentir la necesidad de moverse durante el examen. Recuerde que hasta los más pequeños movimientos pueden limitar la capacidad de obtener un examen de buena calidad. Le darán unos tapones de oídos, fíjese que queden bien puestos, ya que la resonancia produce mucho ruido durante el tiempo de estudio.

Previo a su inmovilización, un tecnólogo le instalará una vía intravenosa (IV) en una vena de la mano o del brazo, para ser utilizada en la inyección de medio de contraste más adelante.

La camilla del equipo se movilizará y el tecnólogo abandonará la habitación mientras se lleva a cabo el examen de RNM.

Se tomarán una serie de imágenes y luego se inyectará el medio de contraste por la vía venosa previamente instalada, para continuar durante o a continuación de la inyección con otra serie de exploraciones.

Usted se dará cuenta cuando se están adquiriendo las imágenes, porque escuchará unos golpecitos o ruidos sordos cuando se encienden las bobinas que generan los pulsos de radiofrecuencia. Podrá relajarse entre

las secuencias de imágenes, pero se le pedirá que en lo posible mantenga su posición.

Las salas de RNM son climatizadas y por lo general están bien iluminadas, pudiendo generar durante la exploración mayor comodidad de la paciente. Algunas salas tienen música, lo que la ayudará a pasar el tiempo. Cuando se completa el examen, le pedirán que espere un momento hasta que el tecnólogo o radiólogo controle las imágenes en caso de que necesite imágenes adicionales.

Le quitarán la línea intravenosa. Está lista para regresar a su casa.

P ¿Este examen requiere de una preparación especial?

R No requiere de preparación especial y las indicaciones de ingerir o beber líquidos antes del examen varían según las normas del establecimiento.

P ¿Tiene riesgos la resonancia nuclear magnética de la mama?

R Generalmente la RNM mamaria requiere que a la paciente se le suministre una inyección de medio de contraste en el torrente sanguíneo o vena. Probablemente, el radiólogo o tecnólogo le pregunten si usted tiene algún tipo de alergia, tales como al yodo o al material de contraste de los rayos X, drogas, comida, etc. Sin embargo, el material de contraste utilizado para un examen de RNM, denominado gadolinio, no contiene yodo y es poco probable que cause una reacción alérgica u otro efecto secundario.

Algunas enfermedades, como la enfermedad grave del riñón del tipo insuficiencia renal, podría impedir que usted reciba el medio de contraste, entonces su médico decidirá el beneficio de hacer o no la RNM sin medio de contraste.

Por otra parte, las mujeres siempre deben informar al médico o tecnólogo

go médico si hubiera alguna posibilidad de estar embarazadas, porque - a pesar que se ha usado la RNM desde los años de 1980 sin ningún informe de malos efectos en las mujeres embarazadas o en sus bebés y que puede ser utilizado con confianza en las etapas tardías del embarazo -, ante la certeza de que el bebé estará expuesto a un fuerte campo magnético, las mujeres embarazadas especialmente en el primer trimestre del embarazo no deben hacerse este examen a menos que se asuma que el potencial beneficio de la RNM supera con creces los riesgos posibles.

P ¿Si existen antecedentes de claustrofobia es posible hacer la RNM?

R Si usted sufre de claustrofobia (miedo a los espacios reducidos) o ansiedad, puede pedirle a su médico que le recete un sedante suave antes del examen programado, aunque es un examen que demora menos de una hora.

P ¿Por qué es necesario retirar los objetos metálicos o electrónicos antes del examen?

R Está prohibido el uso de objetos metálicos y electrónicos durante el examen debido a que podrían interferir en el campo magnético de la unidad. Además estos objetos metálicos serán atraídos por el campo magnético con gran fuerza pudiendo ocasionar lesiones a los equipos y especialmente a pacientes. En la mayoría de los casos, el examen de RNM es seguro para los pacientes que tienen implantes de metal de titanio, sin embargo, en algunos casos de portar elementos metálicos ferromagnéticos como en los siguientes casos, la RNM está contraindicada:

- Desfibrilador interno (implantado) o marcapaso cardíaco
- Implante coclear (del oído)
- Algunos tipos de clips utilizados en los aneurismas cerebrales
- Válvulas cardíacas artificiales

- Extremidades artificiales o prótesis metálicas para articulaciones
- Broches metálicos, tornillos, placas, stents o grapas quirúrgicas.

Los pacientes que puedan tener objetos metálicos incrustados en su cuerpo debido a algún accidente, deben notificar al tecnólogo o radiólogo antes del examen.

Los tintes que se utilizan en los tatuajes también pueden contener hierro y pueden calentarse durante la RMN, pero esto rara vez representa un problema.

Los implantes dentales por lo general no se ven afectados por el campo magnético ya que habitualmente son de titanio. Las prótesis dentales removibles deben ser extraídas.

P ¿Cuánto demora la RNM mamaria?

R Por lo general, los exámenes de RNM incluyen múltiples “pasadas” o secuencias, algunas de ellas pueden durar varios minutos, pero en general el examen tarda entre 30 a 40 minutos. Si es con medio de contraste el tiempo de examen será mayor.

P ¿Es dolorosa la RNM mamaria?

R La mayoría de los exámenes de RNM no son dolorosos, sin embargo, algunos pacientes sienten que es incómodo permanecer inmóviles o experimentan una sensación de encierro (claustrofobia). Por esto se puede solicitar y coordinar con el anestesista la sedación o anestesia para aquellos pacientes que prevén ansiedad o gran inquietud, pero menos de una de cada 20 pacientes la necesita.

P ¿Qué sentiré cuando me inyecten el medio de contraste?

R Cuando se inyecta el material de contraste, es normal sentir frío o acalambramiento durante uno o dos minutos. La aguja intravenosa puede causarle cierta molestia al ser insertada y una vez que es extraída, quizá aparezca algún hematoma. Asimismo, existe una probabilidad muy pequeña de que se irrite o infecte la piel en la parte donde se instaló el tubo IV.

P ¿Se necesita algún cuidado especial después del examen?

R Si no se ha usado sedación, no es necesario ningún período de recuperación. Puede reanudar sus actividades cotidianas y una dieta normal inmediatamente después del examen. Muy pocos pacientes experimentan efectos secundarios al material de contraste, incluyendo náuseas y dolor local. Muy raramente, los pacientes presentan alergia al medio de contraste y padecen de urticaria, ojos que pican u otras reacciones. Si usted experimenta síntomas alérgicos, un radiólogo u otro médico estarán disponibles para ayudarla de inmediato.

Los fabricantes del medio de contraste intravenoso recomiendan que las madres no deban amamantar a sus bebés por 24-48 horas después de que hayan recibido un medio de contraste. No obstante, tanto el Colegio Americano de Radiología (ACR) como la Sociedad Europea de Radiología confirman que los datos disponibles sugieren que no hay riesgo en seguir amamantando después de recibir contraste intravenoso, porque la cantidad de Gadolinio – medio de contraste utilizado – excretado en la leche materna es mínima y no produciría efectos tóxicos al ser ingerido a través de la leche por el bebé, por lo tanto, los datos disponibles sugieren que no hay riesgo en que la madre continúe amamantando a su bebé.

P ¿Da lo mismo cuando me haga la RNM considerando mi ciclo menstrual?

R La verdad es que el período más apropiado para la realización de una RNM de mama es entre el 5º y 15º día del ciclo, cuando las mamas están menos congestionadas. Antes y durante el período de reglas existe una captación fisiológica del tejido mamario con el contraste, dificultando la interpretación de las imágenes y dando resultados falsos positivos, es decir, que se sospecha cáncer cuando de verdad no existe. En la mayoría de las pacientes con tratamiento hormonal sustitutivo, se observa captación difusa o focal que, eventualmente, podría enmascarar pequeña lesión subyacente.

P ¿Quién informará la RNM mamaria?

R Las imágenes de RNM de la mama son interpretadas por un médico radiólogo especializado en imágenes mamarias, altamente capacitado para supervisar e interpretar los exámenes radiológicos, quien analizará las imágenes y enviará un informe firmado a su médico de cabecera, el que a su vez, compartirá los resultados con usted.

P ¿Cuáles son los beneficios de la RNM de la mama?

R

- La RNM es una técnica de exploración no invasiva que no implica exposición a la radiación ionizante (Rayos X).
- Se ha comprobado que la RNM es una herramienta valiosa para el diagnóstico de una amplia gama de patologías, incluyendo la detección y estadificación del cáncer de mama, en especial cuando otros estudios de diagnóstico por imágenes (mamografías, ultrasonido, etc.) no proporcionan la información adecuada.
- La RNM hace posible descubrir anomalías que pueden quedar ocultas con otros métodos de exploración.

- El medio de contraste utilizado en los exámenes de RNM tiene menos probabilidades de producir una reacción alérgica que los materiales a base de yodo, utilizados para rayos X convencionales y exploraciones por TAC.
- La RNM está creciendo en popularidad como un complemento a la tradicional mamografía por rayos x para el diagnóstico temprano de cáncer de mama.
- Se ha comprobado que la RNM puede detectar pequeñas lesiones mamarias, aunque mayores de 3mm, que en algunas ocasiones no se detectan mediante la mamografía.
- La RNM puede obtener satisfactoriamente imágenes de las mamas densas- muy comunes en las mujeres más jóvenes-, así como de implantes de mama, que son difíciles de captar mediante una mamografía tradicional.
- La RNM es un complemento a la mamografía muy útil para evaluar mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama y está en estudio aún si jugará un rol verdadero en la pesquisa precoz de esta enfermedad. Si una lesión sospechosa sólo se visualiza con la RNM, ésta puede proporcionar orientación para realizar una biopsia.

P ¿Cuáles son los riesgos que puede presentar la RNM?

R El examen de RNM casi no supone riesgos en el paciente promedio si se siguen pautas de seguridad apropiadas.

Si bien el potente campo magnético no es perjudicial en sí mismo, los dispositivos médicos implantables que contienen metales ferromagnéticos pueden funcionar mal o causar problemas durante el examen de RNM.

Existe un leve riesgo de que se produzcan reacciones alérgicas al inyectar el medio de contraste. Dichas reacciones por lo general son benignas y de fácil control mediante la medicación. Si usted experimenta síntomas

alérgicos, un radiólogo u otro médico estarán disponibles para ayuda inmediata. En caso de mal funcionamiento de los riñones o insuficiencia renal estaría contraindicado el uso de gadolinio, medio de contraste en RNM, ya que puede inducir una fibrosis de los riñones, lo que está bien documentado.

P ¿Cuáles son las limitaciones de la RMN de mama?

R La presencia de un implante u otro objeto metálico ferromagnético no permite la realización del examen. En caso de elementos metálicos de titanio puede dificultar la obtención de imágenes claras, al igual que el movimiento de la persona durante el procedimiento.

A pesar de que no existe razón alguna para pensar que la resonancia magnética nuclear puede dañar el feto, generalmente se les advierte a las mujeres embarazadas que no se realicen exámenes de RMN a menos que sea necesario en términos médicos.

Por lo general, la RNM es un procedimiento largo y de mayor costo y no en todos los lugares se realiza, a diferencia de las otras modalidades de diagnóstico por imágenes.

La RNM de mama no siempre distingue entre cáncer y una enfermedad benigna del seno (como los fibroadenomas o el cambio fibroquístico), lo que conduce a un resultado falso positivo del examen. Un falso positivo es un resultado de prueba que indica la existencia de un descubrimiento sospechoso cuando en realidad no corresponde a una enfermedad. Por esto es importante respetar los días del ciclo en que usted deba hacerse este examen.

P ¿Cuáles son los tipos de biopsias guiadas por imágenes?

R Los tumores o anomalías en la mama generalmente se detectan por medio de un examen físico, mamografía, ultrasonido o ecografía y

RNM. Estos exámenes permiten determinar el grado de sospecha si una lesión es benigna (buena o no cancerosa) o maligna (cancerosa), sin embargo, no nos dan la certeza de ello, ya que la única forma de saber con exactitud si una lesión es cáncer o no es viéndola bajo el microscopio. Por esto que el diagnóstico de “gold standard” o examen final que nos dice si una lesión es buena o mala es la BIOPSIA.

P ¿Qué es la biopsia?

R La biopsia es un estudio anatomopatológico de la lesión, es decir, es necesario sacar una muestra o “un pedacito” del tumor para llevarlo al microscopio. Esto puede realizarse en forma quirúrgica, operando o haciendo una cirugía, o a través de un procedimiento menos invasivo y costoso como es una operación, que se denomina biopsia percutánea.

P ¿Qué es una biopsia percutánea?

R Es el nombre del procedimiento se realiza a través de la piel, con una aguja para extraer una muestra o parte de un tumor o una lesión sospechosa para ser estudiada bajo el microscopio por un médico especialista llamado anatomatólogo.

P ¿Cómo se hace la biopsia percutánea?

R La biopsia percutánea puede realizarse utilizando distintos métodos de imágenes, los que servirán de guía para llegar al lugar indicado. Siempre se usa un anestésico local previo a la introducción de la aguja para evitar producir dolor, luego el médico introduce una aguja especial, – que tiene dos cuchillitos y un “hueco” o espacio suficiente para extraer el tejido–, en la zona sospechosa de la mama y extrae muestras de tejido mamario como “cordoncitos” o pequeños y delgados cordones, que luego

son llevadas a un laboratorio, donde se preparan para ser analizados por el médico anatómo-patólogo quien emitirá un informe final sobre la naturaleza benigna o maligna de la lesión.

P ¿Con la biopsia percutánea es posible extraer todo el tumor?

R La biopsia percutánea o biopsia guiada por imágenes no tiene como objetivo remover o extirpar la lesión entera ni tampoco hacer el tratamiento, sino que es un método de diagnóstico, no de tratamiento. En algunos centros aislados de Santiago existe la posibilidad de poder extraer de esta forma todo el tumor, cuando éste es pequeño, pero el número de complicaciones es mayor, como por ejemplo el hematoma local. Si el resultado de la biopsia es maligno será necesaria una cirugía para extirpar toda la lesión de la mama.

P ¿Cuál es el beneficio de la biopsia guiadas por imágenes?

R • El principal beneficio de las biopsias percutáneas guiadas por imágenes, es que ha permitido evitar cirugías que resultaban innecesarias en lesiones benignas, disminuyendo en las mujeres no sólo las cicatrices mamarias externas, sino que también las cicatrices internas que ocasionan distorsiones en la estructura de la mama y dificultaban la interpretación de las mamografías posteriores.

- Además es un procedimiento ambulatorio, que no requiere hospitalización, por lo tanto de menor costo.
- Es un procedimiento relativamente corto, las pacientes después del procedimiento necesitan un breve tiempo de observación en una sala anexa del centro radiológico donde fue realizado y luego reposo relativo en casa.
- Es un procedimiento que sólo utiliza anestesia local, habitualmente sin complicaciones.

P ¿Cuál sería el mayor aporte de las biopsias percutáneas?

R Uno de los mayores aportes de las biopsias percutáneas guiadas por imágenes, es poder ver en tiempo real el procedimiento de la toma de la muestra o biopsia, especialmente con el ultrasonido, lo que permite por ejemplo, esquivar grandes vasos sanguíneos, si hubiera venas o arterias cercanas, o bien permitiría evitar perforar otras estructuras como el pulmón, además de poder evaluar y tratar inmediatamente alguna complicación grave.

Además nos da la certeza de haber tomado la muestra del espesor mismo de la lesión y no del tejido vecino a ella, como podría ocurrir al realizar una biopsia a “ciegas”, sólo palpando con la mano desde afuera. Esta tranquilidad de estar tomando la muestra de la lesión misma permite tomar las muestras estrictamente necesarias, disminuyendo al máximo las complicaciones.

P ¿Qué es una biopsia core?

R La biopsia core es un tipo de biopsia percutánea, que se realiza con una aguja especial que va al “centro” de la lesión, de ahí su nombre del inglés “core” que significa “centro”. Este procedimiento es realizado por el radiólogo especializado en imágenes mamarias, habitualmente guiada por una ecografía o ultrasonido, por ello el personal de salud utiliza el término de “biopsia core” como sinónimo de biopsia guiada por ecografía o ultrasonido. Es un examen ambulatorio, relativamente corto que prácticamente no duele, porque se utiliza anestésico local.

P ¿Cuál es la posición necesaria para la biopsia core?

R Usted deberá tenderse en una camilla en posición decúbito dorsal (de espalda) igual que para una ecotomografía mamaria, a veces con una

almohada detrás, que levante el tórax del lado de la mama en estudio, procurando que usted esté lo más cómoda posible.

P ¿Es verdad que es un examen molesto?

R En verdad la biopsia por aguja core no es un examen molesto ni doloroso, porque se activa un mecanismo automático que moviliza la aguja hacia adelante, llenando la zona hueca de la misma, con cordones de tejido mamario. Este proceso se repite de tres a seis veces reinsertando cada vez la aguja, pero como la zona está protegida por el anestésico local, usted podrá sentir algunas escasas molestias o como el médico va movilizándolo o presionando, pero no dolor.

En caso de sentir dolor, informe al doctor porque puede ser necesario administrarle otra pequeña dosis de anestésico local.

P ¿Qué es una biopsia estereotáxica de mama?

R Es otro tipo de biopsia percutánea realizado en forma ambulatoria por un médico radiólogo especializado en imágenes mamarias, que consiste en la extirpación de varios pedazos de la lesión sospechosa a través de una aguja especial guiándose con mamografía digital.

P ¿Cuál es la posición necesaria para la biopsia estereotáxica?

R Para este examen usted deberá tenderse en decúbito ventral (boca abajo) sobre una camilla “especial”, porque es una camilla que tiene una perforación circular por donde se introduce la mama a estudiar, de tal manera que, su mama penderá o colgará libremente, quedando fácilmente abordable para extraer las muestras de tejido.

Este procedimiento demora cerca de una hora, en que usted idealmente no podrá moverse, por lo que se sugiere tenderse lo más cómoda que

pueda y relajarse para facilitar la toma de muestra en el menor tiempo posible.

P ¿Es doloroso este procedimiento?

R En general no es un procedimiento muy doloroso, es más bien un procedimiento incómodo por la posición poco usual en que debe permanecer, pero de todos modos antes de comenzar el médico inyectará anestésico local previo al procedimiento y si usted necesita más infórmele al doctor para que la ayude a sentirse más comfortable.

P ¿Cómo es el procedimiento?

R Este procedimiento se realiza de los siguientes pasos:

1. Usted será recostada boca abajo en una camilla de examen móvil, quedando la mama afectada, ubicada holgadamente en el orificio o abertura diseñada para ello.
2. Luego esta camilla móvil, se eleva por sobre el médico y sus ayudantes, de tal manera que ellos pueden trabajar libremente por debajo de la misma. En uno o dos centros del país, la máquina tiene un sistema vertical, entonces usted podría estar sentada como si estuvieran tomándole una mamografía sentada.
3. La mama se comprime y se sostiene en la misma posición durante todo el procedimiento, por lo que no podrá cambiar de posición.
4. El médico le inyectará un anestésico local en la mama para adormecer la zona de biopsia.
5. Le tomarán algunas imágenes para ubicar la lesión a través de los rayos X en la pantalla del computador.
6. Se realiza una pequeña incisión u orificio en la piel, en el sitio donde se insertará la aguja para la biopsia.
7. Luego el radiólogo inserta la aguja y la hace avanzar hasta la ubi-

cación de la lesión sospechosa guiándose por las coordenadas proporcionadas por rayos X y la computadora.

8. Luego se tomarán nuevas imágenes por rayos X, para confirmar que la punta de la aguja se encuentre realmente dentro de la lesión.

9. Luego se extraen muestras de tejido por medio de un dispositivo asistido por vacío (BAV), el más conocido se llama Mammotome, que utiliza presión al vacío (como si succionara o chupara) para extraer el tejido de la mama a través de la aguja hasta la cámara de muestreo. Sin necesidad de retirar ni reinsertar la aguja, porque la misma aguja rota de posición y recoge muestras adicionales.

10. Por lo general, se extraen de 8 a 10 muestras de tejido circundante a la lesión.

11. Una vez extraídas todas las muestras necesarias, se retira la aguja y cubre el orificio con una gasa estéril (muy limpia para evitar infecciones).

12. Se tomará una serie final de imágenes para evaluar eventuales complicaciones.

Por lo general se ubica un pequeño marcador clip metálico, en el sitio de biopsia para que pueda ser localizado en el futuro de ser necesario. Una vez finalizada la biopsia, se ejerce presión, ojalá con frío, para detener cualquier sangrado y se cubre la incisión en la piel con un vendaje. No se necesitan suturas. Se puede realizar una mamografía para confirmar la correcta ubicación del marcador.

P ¿Cuánto demora el procedimiento?

R Todo el proceso tomará aproximadamente una hora, pero el procedimiento de extracción de muestras propiamente tal, sólo toma unos cuantos minutos.

P ¿Cuáles son los cuidados posteriores?

R Inmediatamente después, usted debe hacer un breve reposo con una compresa de hielo en el área biopsiada, para favorecer una pronta cicatrización y disminuir el hematoma o moretones.

Después de terminado el reposo con frío local, usted debería volver a casa a descansar y podría poner frío local repetidas veces cada 1 o 2 horas por 10 minutos durante el resto del día.

Se recomienda no hacer ejercicios o realizar actividades que requieran fuerza por lo menos 3 días después del procedimiento y deberá ir a control a las 24 o 48 horas después, dependiendo de la normas del centro de imagenología donde se realizó el procedimiento.

En caso de dolor, generalmente se indica sólo Paracetamol, porque no podrá usar aspirina ni antiinflamatorios por al menos 7 días posteriores, ya que estos alteran la función de las plaquetas aumentando la posibilidad de hematomas o sangrados.

Aunque todo el procedimiento se realiza con técnica estrictamente estéril para evitar infecciones, usted debe saber que siempre existe algún riesgo de infección, por lo tanto procure:

- Cuidar la zona manteniendo limpio y seco el parche.
- Seguir todas las indicaciones dadas por el médico, tecnólogo o enfermera del centro donde se haya realizado la biopsia.
- Acudir al control el día y la hora indicada.
- En caso de aparecer dolor en la mama, fiebre o malestar general, llame al centro o acuda personalmente para ser evaluado prontamente por un profesional.

P ¿Para qué se realiza la marcación preoperatoria de las microcalcificaciones?

R El médico cirujano especialista en patología mamaria, para extirpar las microcalcificaciones en la cirugía, deberá tenerlas previamente ubicadas a través de una mamografía, ya que estas lesiones no se palpan ni se ven a simple vista.

P ¿Cómo es la técnica de marcación preoperatoria de las microcalcificaciones?

R El radiólogo busca las “coordenadas” de la ubicación de las microcalcificaciones dentro de la mama por mamografía, ya sea convencional (tradicional) o digital, y siguiendo algunos procedimientos específicos deja un alambre especial, llamado “aguja de Kopans”, cuya punta tiene forma de gancho, colocada lo más cercano posible a las microcalcificaciones.

Este procedimiento requiere de mucha precisión y adiestramiento. El radiólogo emite un informe y toma algunas placas o fotos de mamografía para que el cirujano sepa exactamente cuál es la relación de posición entre las microcalcificaciones y la aguja de Kopans.

El cirujano al operar va siguiendo esta aguja y al llegar a su punta saca todo el tejido de alrededor.

Este procedimiento debe hacerse en un tiempo lo más cercano posible al momento de la operación, ojalá justo antes para evitar que la aguja de Kopans se mueva dentro de la mama y se desplace del lugar indicado, especialmente en las mamas grasas.

P ¿Para qué se realiza la marcación preoperatoria de los nódulos no palpables?

R Cuando existen nódulos no palpables, sospechosos o confirmados de malignidad, también será necesario “marcarlos” antes de operar, para facilitar el trabajo del cirujano.

Este procedimiento también es realizado por el radiólogo especialista en mama, quien decidirá en que examen radiológico se apoya para ejecutarlo, optando por la mamografía, ecografía o más raramente la RNM. Habitualmente se usa la ecografía que permite ver mejor los nódulos y ofrece una guía en tiempo real, es decir, permite ver segundo a segundo como se va realizando la marcación.

P ¿Cómo es la técnica de marcación preoperatoria de los nódulos no palpables?

R El radiólogo ubica el nódulo no palpable dentro de la mama por ecografía y siguiendo algunos procedimientos específicos deja un alambre especial, llamado “aguja de Kopans”, (la misma que se usa para marcar microcalcificaciones que tiene su punta con forma de gancho), colocado ojalá atravesando el nódulo en estudio.

Realizado bajo ecografía resulta un procedimiento rápido y limpio, ya que se va viendo en cada instante como va avanzando este alambre. El radiólogo emite un informe y toma algunas placas o fotos de ecografía para que el cirujano sepa exactamente cuál es la relación de posición entre el nódulo no palpable y la aguja de Kopans. El cirujano al operar va siguiendo esta aguja y al llegar a su punta saca todo el tejido de alrededor.

P ¿Es molesto o doloroso la marcación preoperatoria?

R Normalmente no duele, usted sólo sentirá un pequeño pinchazo en la piel, menos que la molestia que le ocasiona una extracción de sangre. El desplazamiento de la aguja con el alambre dentro de la mama no es molesto por lo general, incluso no requiere habitualmente de anestesia. Esta última puede ser a veces hasta contraproducente, porque puede desplazar las microcalcificaciones o nódulo no palpable y otras veces puede alterar la imagen de la lesión que se quiere marcar.

P ¿Cuánto demora la marcación preoperatoria?

R Eso depende de si se hace bajo mamografía o ecografía, cuando se marcan microcalcificaciones por mamografía resulta más largo aproximadamente cerca de una hora, porque el número de imágenes requeridas es mayor. Cuando se marcan nódulos u otras alteraciones no palpables por ecografía, la marcación resulta más corta, de 15 a 30 minutos.



**PREGUNTAS SOBRE LA
BIOPSIA O INFORME
ANATOMOPATOLÓGICO**

P ¿Qué es la biopsia?

R La biopsia o estudio anatomopatológico es el estudio de las células que conforman un tejido u órgano del cuerpo, para definir un diagnóstico.

P ¿Cómo se llama el médico especialista en biopsia?

R El médico especializado en el estudio de los tejidos del organismo se denomina anatomo patólogo.

P ¿Qué es una biopsia rápida?

R Es el análisis efectuado bajo un microscopio, para analizar el tejido extirpado durante la cirugía, con el objetivo de definir un diagnóstico y/o guiar al cirujano en el procedimiento quirúrgico. Recibe este nombre porque debe ser breve y lo más preciso posible.

P ¿Qué es una biopsia diferida o biopsia lenta?

R La biopsia diferida o lenta es el estudio detallado –realizado en un laboratorio–, de los tejidos extirpados durante un procedimiento diagnóstico o una cirugía, con el objeto de definir un diagnóstico. Este procedimiento, denominado también biopsia definitiva suele tomar aproximadamente 10 días hábiles para definir un informe escrito o sugerir un diagnóstico.

P ¿Puede la biopsia rápida reemplazar a la biopsia diferida?

R La biopsia rápida no puede reemplazar a la biopsia diferida, porque ambos procedimientos usan diferente metodología y buscan diferente información.

P ¿Por qué es tan importante la biopsia diferida?

R La biopsia lenta o diferida es muy importante porque es el resultado de un estudio detallado de todo el tejido extirpado, para conocer un diagnóstico e iniciar el tratamiento indicado.

P ¿A qué corresponde un carcinoma ductal?

R Es el nombre que recibe el tumor cuyo origen corresponde a células del ducto o conducto, que comienza en la glándula mamaria y desemboca en los conductos galactóforos.

P ¿A que corresponde un carcinoma lobulillar in situ?

R El carcinoma lobulillar in situ o CLIS es una alteración en las células de los lobulillos mamarios,- donde se produce la leche-, aunque no es considerado un cáncer propiamente tal, se considera una lesión premaligna, porque el hecho de tener una lesión de estas características en la mama, aumentaría el riesgo de desarrollar un cáncer mamario invasor.

P ¿Qué significa tumor o carcinoma in situ?

R El carcinoma in situ es el cáncer de mama más precoz, este cáncer puede originarse en el lobulillo de la glándula (donde se fabrica la leche), denominándose carcinoma lobulillar in situ, o bien, puede originarse en el conducto o ducto (por donde sube la leche desde el lobulillo a los conductos galactóforos del pezón), denominándose carcinoma ductal in situ. Este tipo de tumor crece dentro del lobulillo o del conducto porque no es capaz de romper o infiltrar estructuras vecinas.

P ¿Qué significa tumor o carcinoma infiltrante?

R El carcinoma infiltrante de la mama es el cáncer que pudo haber nacido in situ, pero que desarrolló la capacidad de romper, invadir o infiltrar los tejidos vecinos de la mama, grasa, fibra y capilares linfáticos o venosos y a través de estos capilares puede llegar a los linfonodos o ganglios linfáticos y de ahí alcanzar otro órgano del cuerpo, constituyendo las metástasis.

Al igual que el carcinoma in situ, existe el carcinoma lobulillar infiltrante o invasor y el carcinoma ductal infiltrante o invasor.

P ¿Es importante el tamaño del tumor?

R Obviamente que el tamaño del tumor es importante, porque mientras más chico es el tumor, usted puede requerir un tratamiento menor y tendrá más probabilidades de mejorarse.

El estado de los ganglios de la axila, indica la presencia o ausencia de células del tumor de la mama en los linfonodos axilares.

Las metástasis son los tumores formados por células malignas de la mama que han migrado y desarrollado en otra parte del cuerpo siendo las más frecuentes; los huesos, el hígado, el pulmón y el cerebro.

P ¿Qué significa borde quirúrgico negativo o libre?

R El borde quirúrgico es el tejido sano que rodea al tumor, que también debe ser extirpado durante la operación para “asegurar” que el tumor se reseco completamente.

Este borde negativo deberá ser confirmado en la biopsia definitiva de lo contrario usted necesitará ir nuevamente al pabellón para extirpar toda la lesión.

P ¿Qué significa grado nuclear?

R Es una clasificación que considera el tamaño y la forma del núcleo de las células tumorales y del porcentaje de las células tumorales que están en proceso de multiplicarse o crecer. Los cánceres de grado nuclear bajo crecen y se diseminan más lentamente que los cánceres de grado nuclear alto.

P ¿Puede un tumor tener diferentes grados nucleares?

R Efectivamente un tumor podría presentar células que crecen más rápido y otras células que se multiplican y crecen más lentos.

P ¿Qué significa permeación vascular?

R Esto significa que las células malignas lograron introducirse en los vasos sanguíneos que irrigan la mama, por lo tanto podría considerarse con mayor riesgo que un cáncer que no presente permeación vascular.

P ¿Qué significa permeación linfática?

R Esto significa que las células malignas del tumor fueron capaces de invadir los capilares linfáticos de la glándula mamaria, lo que puede corresponder a una lesión infiltrante que pudo o no haber comprometido los linfonodos axilares.

P ¿Qué son los factores histopronósticos?

R Como su nombre lo dice son las características histológicas del tumor que permiten orientar al equipo médico sobre el pronóstico de la enfermedad, para decidir la mejor terapia para cada persona.

P ¿Qué son los receptores hormonales?

R Significa que las células malignas de su tumor son sensible a las hormonas, por lo tanto crecen y se desarrollan más fácilmente en un ambiente con hormonas; con este antecedente su médico podrá indicarle un medicamento para impedir que las células de la glándula mamaria tomen contacto con el estrógeno, algo así como “un antihormona”, otra arma para ganarle al cáncer de mama.

P ¿Qué significa p53?

R El p53 es un oncogen o gen capaz de inducir a aquella célula maligna, - cuyo ADN o información genética ha sido dañada-, para detener su ciclo vital e impedir su desarrollo y multiplicación, lo que se denomina apoptosis.

Un P53 defectuoso o positivo puede favorecer a que las células anormales se multipliquen y proliferen más libremente, facilitando el crecimiento tumoral.

P ¿Qué significa C-erb B2 positivo?

R Significa que las células tumorales de la paciente tienen el oncogén Her 2/neu (c-erb-B2), el cual codifica una proteína de membrana celular que otorga un pronóstico negativo a los pacientes con esos tumores. La única ventaja, es que nos permite contar con otra herramienta terapéutica: la droga llamada trastuzumab, que es un anticuerpo fabricado para atacar a las células tumorales Cerb B2 (+).

P ¿Qué significa tumor triple negativo?

R Se refiere a aquel tumor maligno cuyas células se multiplican y desarrollan independiente del estímulo hormonal, siendo catalogados como receptor de estrógeno y receptor de progesterona negativos, RE (-) y RP (-), por lo que no se beneficiarían con la terapia hormonal. Además estas células no sobreexpresan el receptor HER2 por lo que tampoco pueden ser beneficiadas con la terapia biológica. Por lo tanto, se consideran lesiones malignas de mayor agresividad biológica, y de más difícil manejo.

P ¿Qué significa tener los ganglios comprometidos?

R Significa que la biopsia definitiva confirmó la presencia de células malignas del tumor mamario en los ganglios de la axila.

P ¿Cuántos ganglios (o linfonodos) pueden estar comprometidos?

R Pueden estar comprometidos algunos o todos los ganglios extirpados en la cirugía, la cantidad de ganglios comprometidos generalmente se describe como una fracción del total; como por ejemplo 3/18, lo que significa que de los 18 linfonodos o ganglios disecados, sólo 3 estaban comprometidos con células del tumor mamario.

P ¿Es importante la cantidad de ganglios comprometidos?

R Es un antecedente muy importante para el equipo médico, pues con esta información y otras características más del tumor y de la paciente, por ejemplo tamaño del tumor, grado nuclear, edad de la paciente, etc. -analizarán su pronóstico y el mejor tratamiento para usted.

P ¿Por qué se demora tanto la biopsia definitiva?

R La biopsia definitiva o también llamada biopsia lenta se demora varios días porque es necesario realizar una serie de pruebas o procesos químicos que permitirán conocer las características del tumor. Esta información es muy importante no sólo para conocer el diagnóstico sino que también para definir el pronóstico de la paciente. Por lo tanto, tenga paciencia es normal que esté ansiosa por saber el resultado, pero este tiempo no es tiempo perdido, porque mientras usted se recupera de la cirugía, el médico anatomatólogo trabaja en su muestra histológica.



**PREGUNTAS EN RELACIÓN
AL TRATAMIENTO
DEL CÁNCER DE MAMA.**

P Ahora que el médico sabe qué tipo de tumor tengo ¿Qué tratamiento haré primero?

R El equipo médico evaluará su edad, el estadio y el informe definitivo de la biopsia y decidirá cuál es su mejor opción de tratamiento y qué tratamiento es más importante que usted reciba primero. Recuerde que no siempre se comienza con cirugía, usted podría empezar con quimioterapia, Radioterapia u Hormonoterapia, para luego continuar con otro tipo de tratamiento.

Algunos pacientes eventualmente pueden requerir solamente “Cuidados Paliativos”.

P ¿Puedo yo elegir mi tratamiento?

R Usted no puede elegir su tratamiento, porque no tiene los conocimientos científicos para ello, recuerde que el oncólogo es un médico muy especializado que ha estudiado más de 10 años, lo más probable es que este profesional si tiene 2 opciones igualmente buenas para usted le dé a elegir cuál de ellas usted prefiere, si no le da esta opción es porque tiene claro cuál es la terapia que usted debe comenzar a la brevedad.

P ¿Cuánto tiempo puedo esperar para empezar el tratamiento?

R Algunas mujeres creen necesitar tiempo para pensar en la enfermedad y tiempo para decidir hacerse el tratamiento, si usted es una de ellas debe saber que:

- El cáncer de mama como la mayoría de estas enfermedades tiene un curso natural, o sea una vez que aparece no va a detenerse espontáneamente o por sí sola, sino que sigue progresando o avanzando si usted no hace nada por detenerlo.
- El cáncer de mama tiene muchas probabilidades de mejorarse, pero

para ello, está comprobado que debe someterse a todos los tratamientos que el doctor estime necesario.

- Mientras ante comience su tratamiento, antes lo terminará y probablemente más posibilidades de curarse usted tendrá.
- Existen numerosas terapias que pueden complementar el tratamiento médico tales como reiki, algunas hierbas o terapias naturales, yoga, flores de Bach, etc. Todas alternativas que pueden ayudarla a sentirse mejor y que probablemente su médico autorizará. Sin embargo estos tratamientos no reemplazan al tratamiento médico que está probado científicamente desde hace muchos años.
- Atrévase, tenga fe en que usted es capaz de sobrellevar este tratamiento y acuérdesse que usted saldrá fortalecida de esta enfermedad.
- ¡No pierda más tiempo y acuda al médico ahora!

P ¿Qué pasará si yo no me hago tratamiento?

R Como ya le explicamos la enfermedad tiene un curso natural, por lo tanto si nada la detiene seguirá creciendo e invadiendo la parte cercana a la mama y formando metástasis en otros órganos hasta provocar la muerte. Ahora bien, algunas pacientes solas, mayores o con depresión, consideran la muerte como una opción válida, pero lo que ellas no saben es que sin tratamiento, la muerte por cáncer de mama no es un proceso fácil y sin dolor, sino más bien todo lo contrario, por eso es que siempre es recomendable algún tipo de tratamiento, aunque sea sólo un tratamiento del dolor y cuidados paliativos, que tienen por objetivo principal, conservar lo mejor posible la calidad de vida, o garantizar lo que llamamos, “un buen morir”.

P ¿Se puede hacer 2 o más tratamientos al mismo tiempo?

R No, no se puede realizar 2 o más tratamientos concomitantes, como por ejemplo haciendo quimioterapia e irradiándose al mismo- porque los tratamientos compiten entre sí lo que impediría sacarle el máximo de provecho a cada uno.

P ¿Qué tratamiento es mejor?

R ¿Para qué? o ¿para quién? Recuerde que el tratamiento del cáncer de mama es elegido individualmente, el mejor para una persona no necesariamente es el mejor para usted. Además cada tratamiento tiene un objetivo diferente por ejemplo la cirugía y la radioterapia son para el control local y la quimioterapia y la hormonoterapia entre otros son para el control sistémico de la enfermedad.

P ¿Es verdad que a veces los tratamientos provocan una aceleración de la enfermedad?

R Los diferentes tipos de tratamientos que se utilizan para combatir el cáncer de mama, han sido mundialmente "probados" y científicamente confirmado que son beneficiosos para su salud y NUNCA provocarán más daño ni tampoco potenciarán a las células malignas para que se multipliquen o formen metástasis en otros órganos.



**PREGUNTAS SOBRE
CIRUGÍA DEL
CÁNCER MAMARIO**

P ¿Cuántas maneras de operar existen hoy?

R Existen varios tipos de cirugía, desde una biopsia radioquirúrgica, una tumorectomía, una mastectomía parcial a una mastectomía radical, con o sin reconstrucción mamaria inmediata.

P ¿Cómo sabe el médico qué cirugía hacer?

R El médico le hará un examen físico y revisará los exámenes que usted ya tiene, la mamografía y ecotomografía mamaria y solicitará otros exámenes adicionales, si es que necesita más información sobre la lesión.

Una vez que su médico tenga todos los antecedentes, hará un análisis de su situación y decidirá su mejor opción de tratamiento. Si el equipo médico considera que su caso debe ser analizado por más especialistas, lo inscribirá, para ser discutido en el comité oncológico de su hospital o clínica.

Por ello, si usted se atiende en el sistema público o en un centro privado de salud puede estar tranquila, porque la Sociedad Chilena de Mastología ha elaborado normas de consenso en el tratamiento de cáncer de mama, así mismo existen Guías Clínicas para el tratamiento del cáncer de mama, publicadas por el Ministerio de Salud, que sugieren alternativas de tratamiento según la etapa, lo que en cierta medida garantiza que el equipo médico hará lo más adecuado para cada paciente.

P ¿Qué es una biopsia radioquirúrgica?

R Es la cirugía que se utiliza para extirpar una lesión no palpable, se denomina radioquirúrgica porque previamente – idealmente horas antes de la operación - se realiza una marcación con un alambre visible con rayos X que sirve de guía al cirujano para orientar la ubicación de la lesión sos-

pechosa, una vez extraída la pieza operatoria, generalmente se realiza una radiografía para confirmar la extirpación.

P ¿Qué es una mastectomía parcial?

R Es la cirugía en que se extirpa la parte de la mama en que se encuentra el tumor o la lesión sospechosa.

P ¿Qué es una mastectomía parcial con estudio de ganglio centinela?

R Es la cirugía en que se extirpa la parte de la mama en que se encuentra el tumor o la lesión sospechosa, además de la extirpación de él o los linfonodo(s) -previamente estudiados- que resultaron identificados, como él (o los) primer(os) linfonodo(s) en recibir la linfa proveniente del tumor, por eso se denomina centinela o guardia.

P ¿Qué es una mastectomía parcial con disección axilar?

R Es la cirugía en que se extirpa la parte de la mama en que se encuentra el tumor o lesión sospechosa y los linfonodos axilares de los niveles ubicados más cerca de la mama.

P ¿Qué es una mastectomía radical modificada?

R Es la cirugía en que se extirpa toda la glándula mamaria y los linfonodos axilares, se denomina modificada porque se conserva el músculo pectoral (el músculo que está inmediatamente detrás de la mama, músculo que anteriormente también se extirpaba).

P ¿Por qué algunas pacientes deben operarse 2 o más veces?

R Durante la cirugía se puede realizar una biopsia rápida que tiene por objeto informar al equipo que se extrajo todo el tumor con márgenes adecuados (sin tumor en los bordes) y si se realiza la técnica de biopsia del linfonodo centinela, informa si éste tiene células cancerosas o no. Esta biopsia nunca reemplaza a la biopsia definitiva o diferida, porque obviamente esta última, es el resultado de una serie de procedimientos y pruebas de laboratorios, más lentos y especializadas, que permiten conocer con mayor precisión la lesión maligna y así asegurar que no quedan células cancerosas en su cuerpo.

Por lo tanto siempre existe la posibilidad de que usted requiera ser operada nuevamente, ya sea para extirpar un borde o extirpar toda la mama, o para completar la disección axilar, sin que esto signifique un error médico.

También con los resultados de la biopsia, puede ser necesaria otra cirugía para instalar – si usted lo necesita- un catéter subcutáneo, con reservorio para quimioterapia.

P ¿Qué es mejor extirpar sólo el tumor o extirpar toda la mama?

R Hace muchos años atrás, cuando no existía la Radioterapia, la única opción terapéutica era extirpar toda la mama, pero hoy en día – sólo si es posible- se puede extirpar el tumor conservando la mama (tratamiento conservador) y hacer radioterapia. Está científicamente demostrado que tiene el mismo pronóstico que la mastectomía radical, en términos de sobrevida y sobrevida libre de enfermedad.

P ¿Qué significa que el tumor estaba “encapsulado”?

R Este término encapsulado es ampliamente usado y en general lo utilizan para decir que lograron extirpar toda la lesión maligna. No necesariamente significa que es mejor o que es más pequeño, ni tampoco que es de mejor pronóstico.

P ¿Es verdad que la cirugía puede facilitar que el tumor crezca y se ramifique con mayor rapidez?

R No es verdad, esta creencia popular no tiene asidero científico, muy por el contrario, la cirugía contribuye al control de la enfermedad y es el pilar fundamental del tratamiento del cáncer mamario.

P ¿Cómo debo cuidar la herida operatoria?

R En el momento del alta pregúntele al médico, enfermera o matrona, qué cuidados debe tener con la zona operatoria, de todos modos usted debe saber que:

Reposo relativo: El médico le indicará hacer reposo relativo, esto significa que no necesita estar en cama, debe levantarse más tarde, dormir siesta o acostarse más temprano, no coger peso ni hacer fuerza, si no tiene alguien que pueda ayudarlo, haga los quehaceres estrictamente necesarios en su hogar.

Ropa adecuada: Para mayor comodidad se recomienda el uso de sostén, éste idealmente debe ser de algodón, de copa entera y sin barba metálica de tal manera que quede lo más cómodo posible, El uso del sostén favorecerá una mejor cicatrización de la herida operatoria por lo que si es posible, duerma con él.

Reposo y sueño:

Para reposar y descansar prefiera un sillón cómodo y acomode el brazo extendido sobre una almohada o bien apóyelo sobre un respaldo, “como abrazando a alguien”.

Para dormir, acostúmbrese a dormir para el lado contralateral, de tal manera que evite comprimir la mama operada, si usted acostumbra a dormir para el lado operado, ponga una almohada o una frazada de modo que al darse vuelta tope con ella, y le impida quedar aplastando la mama o el brazo ipsilateral.

Baño: Aunque el baño es muy importante para la higiene diaria, es necesario que tenga precaución de no mojar la herida, por lo menos la 1ra semana, en general en el momento del alta le cubren la herida con un parche impermeable, pero que por la ubicación, nunca se logra que quede hermético y por un pliegue, podría mojar la gasa y humedecer la herida, lo que probablemente afectaría el proceso de cicatrización. Por ello mejor no corra riesgo y báñese por parte o con ducha teléfono, impidiendo así mojar los parches.

Curaciones: La herida operatoria son heridas limpias por lo tanto no requieren que usted las cure en su casa, sin embargo si su herida se moja, es mejor retirar el parche y poner un apósito estéril (los venden en las farmacias), para ello lave bien sus manos y seque con toalla limpia, luego abra el apósito y póngalo dejando el lado que no ha tocado con sus manos sobre la herida. Si no puede comprar apósitos, tome el paño más limpio que tenga, cubra la herida y sujétela con un sostén cómodo y acuda al hospital lo antes que pueda.

Ejercicios: Obviamente que los únicos ejercicios que usted puede hacer después de operada, son los ejercicios de brazo ipsilateral, indicados por el doctor o enfermera para evitar la inmovilización de la articulación del

hombro y la prevención de complicaciones.

El médico según su recuperación y la evaluación del proceso de cicatrización de la herida operatoria, autorizará reiniciar los ejercicios físicos, aproximadamente después de los 15 a 21 días de la cirugía.

Manejar: Es recomendable consultarlo con su médico, puesto que los primeros días es mejor descansar de la conducción, por no poder contar con la capacidad de reaccionar moviendo bruscamente el brazo, en caso de una emergencia.

P ¿Cuántos días estaré hospitalizada?

R Su médico decidirá el alta, dependiendo del tipo de cirugía, de su evolución postoperatoria y también de su buena recuperación, pero en general las pacientes requieren una o dos noches en el hospital.

P ¿Cuándo debo iniciar los ejercicios postoperatorios?

R Usted puede iniciar con precaución la movilidad del brazo, el mismo día de la cirugía o apenas despierte de la anestesia, porque mientras antes lo haga será mejor. Inicie los movimientos cotidianos como lavarse la cara, los dientes, beber agua, peinarse con el brazo del lado de la mama operada.

P ¿Por qué razón tengo que mover el brazo?

R El objetivo principal de los ejercicios es prevenir la rigidez de la articulación y la pérdida de función del brazo ipsilateral (del mismo lado operado). Además los ejercicios postoperatorios constituyen la primera medida para prevenir el linfedema, que es la retención de líquido producida por la extirpación de ganglios linfáticos.

P ¿Por qué algunas personas temen mover el brazo?

R Una vez operada y siempre que su médico lo autorice, debe iniciar la movilidad del brazo, algunas pacientes refieren temor por la herida operatoria, “que se les puede abrir la herida” o por temor al drenaje “que se les puede salir”.

Ambas situaciones son muy poco probables porque la sutura o puntos de la herida, son actualmente de un material de muy buena calidad, que disminuye las posibilidades de dehiscencia.

El drenaje está inserto en la cavidad axilar y/o en el lecho mamario, aproximadamente 15 a 20 cm., sale al exterior por un túnel bajo la piel (no directamente), dificultando su desplazamiento, además es asegurado a la piel, con un punto de sutura que aporta mayor seguridad al sistema. Por lo tanto no tema usar su brazo, pues a menor movimiento, mayor dolor y a mayor dolor, mayor inmovilidad de la articulación del hombro, y a mayor inmovilidad de la articulación, mayor rigidez que podría culminar en una incapacidad funcional de la extremidad.

P ¿Cuáles son los ejercicios postoperatorios?

R Antes de iniciar los ejercicios debe saber que:

1. Durante el ejercicio, puede sentir un suave estiramiento de los músculos del brazo y del pecho
2. No se sobreexija, PARE si siente dolor punzante o una tirantez excesiva en la zona operatoria.
3. Los ejercicios serán más fáciles de realizar día a día, por lo tanto cada vez debe hacerlo mejor y avanzar en cada movimiento.
4. Realice los ejercicios usando ambos brazos, porque el brazo del lado contrario nos sirve de parámetro o guía para saber qué es lo normal.
5. Repita cada ejercicio 5 veces y haga la secuencia 5 veces al día. Por ejemplo, en la mañana al despertar, a media mañana, después de alm-

uerzo, a la hora del té y antes de dormir.

6. Inicialmente puede hacerlo acostada, luego sentada, hasta llegar a realizarlo de pie.

EJERCICIOS POSTOPERATORIOS

Todos los ejercicios deben ser realizados suavemente.

Desde el día 0 o 1o en adelante

- Empuñe suavemente su mano y suelte.

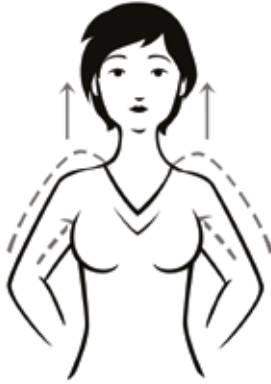


- Flecte y estire el codo



Con el cuello y la cabeza en línea media usted debe:

- Subir y bajar los hombros suavemente.



- Llevar la mano a la boca e imite el movimiento de lavarse los dientes, comer o tomar agua en un vaso.

- Tocar la oreja del lado contrario, por debajo de la cabeza, hasta lograr tocar la oreja por encima de la cabeza.



- Mueva suavemente en forma circular los hombros, primero hacia delante y luego hacia atrás.



Desde el día 3er a 4to día en adelante

Con el cuello, la cabeza y el cuerpo en línea media, usted debe:

- Intentar tocar la oreja del lado contrario por detrás de la cabeza.



- Intente tocar con su mano el omóplato contrario.



Después de retirado el drenaje.

Ejercicios colgantes del brazo

Apoyada sobre una mesa y con el brazo colgando como un péndulo realice:

- Un movimiento circular suave en dirección de las agujas del reloj y luego en sentido inverso, ampliando y reduciendo el tamaño del círculo.



- Un movimiento lineal llevando la mano hacia delante y hacia atrás, hacia adentro y hacia fuera.

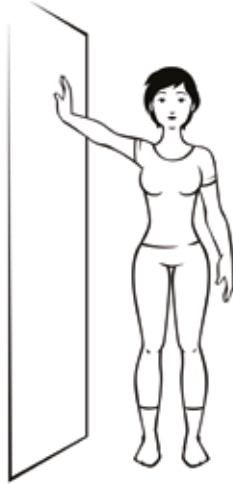


De pie lo más próxima a la pared realice:

De frente completamente apoyada sobre la pared, ambos manos en la pared, suba las manos lentamente hasta lograr la extensión completa de los brazos.



De lado apoyando la mano del lado operado, suba hasta lograr extenderla completamente hasta que el cuerpo toque la pared.



P ¿Cómo puedo colocar mi brazo para dormir o descansar?

R Ubique su brazo buscando la posición más cómoda, al descansar apóyelo sobre un cojín, para evitar mantener el brazo “colgando” por un período prolongado. Para dormir, procure acostumbrarse a hacerlo, apoyada en el brazo contrario para favorecer la circulación linfática.



P ¿Cuándo debo ir al control médico?

R Al momento del alta el doctor, enfermera o matrona le señalará cuándo y a qué hora debe venir a control, generalmente es alrededor de una semana, para ello, pregunte si deberá pedir la hora o registrarse en el policlínico de mama o en la consulta médica.

P ¿Deberé tomar algunos medicamentos en mi casa?

R Si, generalmente el doctor le indicará un analgésico en caso de dolor, la mayoría de estos medicamentos analgésicos, también son antiinflamatorios, por lo tanto le sugerimos que los primeros días los tome, aunque no presente dolor, porque se sentirá más comfortable, facilitando así su pronta recuperación.

P ¿Qué situaciones “inesperadas” me obligarían ir antes al control médico?

R Existen algunas situaciones “de emergencia”, que si las presenta, es preferible que usted llame al médico, matrona o enfermera o bien acuda al recinto asistencial en que se operó, éstas son:

- Fiebre mayor de 38°C, es probable que usted presente una leve alza febril durante el postoperatorio inmediato, - por la reabsorción de exudado y sangre de la zona operatoria- pero no debe ser mayor de 38°C ni por más de 24 horas.
- Dolor repentino intenso de la mama, con endurecimiento y aumento de volumen. En general la cirugía en la mama no provoca dolor, por lo tanto si aparece dolor con cambio en el volumen y consistencia de la mama, es recomendable consultar.
- No funciona el drenaje, cuando el drenaje se tapa y a pesar de sus esfuerzos no logra permeabilizarlo o bien cuando la cantidad drenada es

ínfima en relación a la drenada el día anterior (recuerde que siempre la disminución es gradual).

- Eliminación de secreción por la herida operatoria, si permanentemente drena líquido sanguinolento por la herida y los parches permanecen húmedos, lo que podría ocurrir, se debe a que el drenaje está tapado. Comience las maniobras para destaparlo y cubra la herida con nuevos apósitos, si no tiene apósitos, cubra la zona con un paño o funda limpia y llame al doctor o acuda a la matrona o enfermera.
- Signos de infección local, calor local con aumento de volumen y dolor cada vez más intenso (como si fuera una mastitis) que se acompaña de fiebre, debe ir antes al médico o matrona.

P ¿Qué otros ejercicios puedo hacer?

R Si ha pasado un mes y usted continúa con dificultad para movilizar su brazo le sugerimos los siguientes ejercicios:

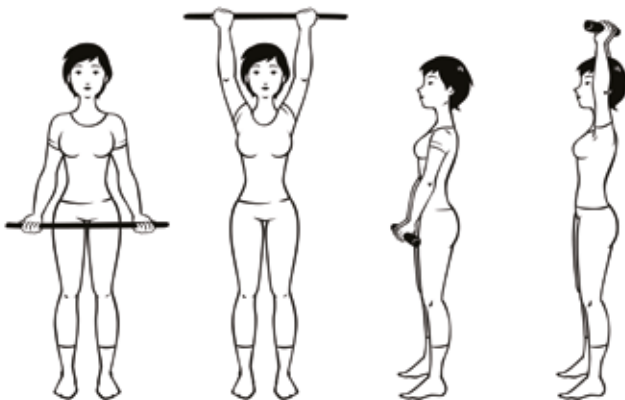
EJERCICIOS CON BASTÓN PARA LA MOVILIDAD DE HOMBRO

El uso del bastón permite comenzar lentamente a trabajar el brazo del lado operado, porque el brazo “sano” o contralateral proporciona apoyo y seguridad, facilitando la movilidad.

Se utiliza una vara liviana de 80 cm. a 100 cm. de largo (1 metro) ejemplo vara PVC.

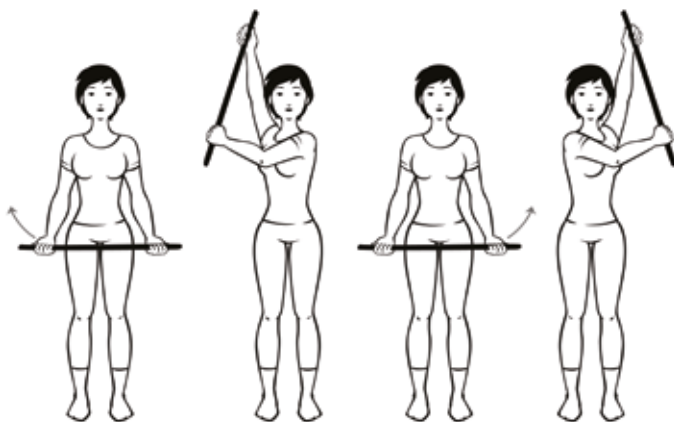
Flexión de hombro:

Tome la vara con las dos manos y lleve la vara hacia delante y hacia arriba hasta lograr quedar sobre su cabeza. Vuelva a la posición inicial.



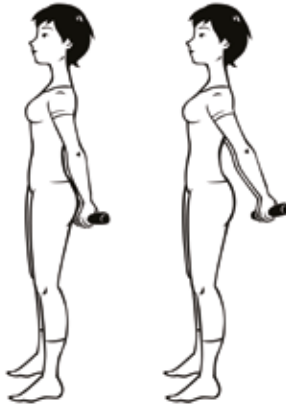
Abducción de hombro:

Tome la vara con las dos manos, luego la mano del lado operado va en el extremo, empuje con la mano contraria llevando la mano hacia el lado y arriba.



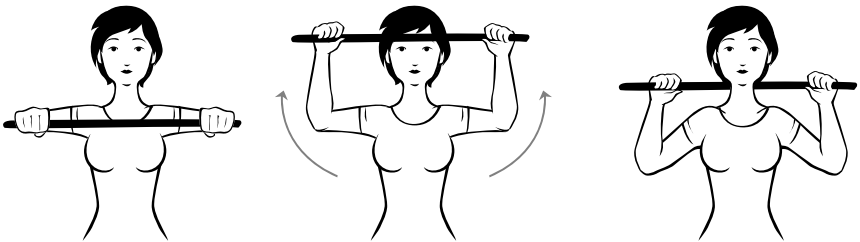
Extensión de hombro:

Este ejercicio debe hacerse de pie, sostenga la vara detrás de la espalda con sus brazos extendidos, manteniendo la apertura de los hombros. Lentamente levante la vara hacia atrás, manteniendo los codos sin flexarlos. Todos los movimientos deben ser hechos por los hombros, sin inclinar el tronco hacia delante.



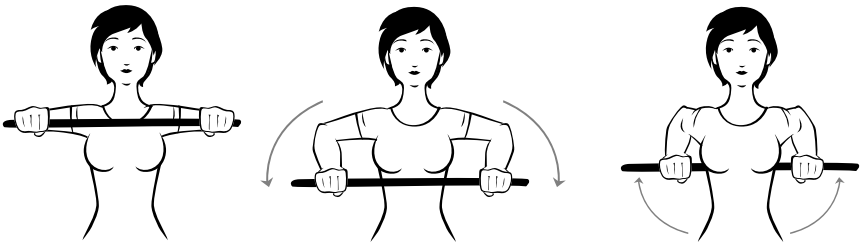
Rotación externa de hombro:

Tomar la vara con ambas manos y codo flectados en 90° a la altura del hombro, llevar la vara hacia arriba y atrás, hasta llegar por detrás de la cabeza.



Rotación interna de hombro:

Tomar la vara con ambas manos y codos flectados en 90ª a la altura del hombro, llevar la vara hacia abajo, luego pasar la vara por detrás de la espalda hasta subir a nivel de los omoplatos y bajar.



Preguntas en relación al estudio de los linfonodos o ganglios axilares

Cuando a usted le han diagnosticado un cáncer infiltrante o invasor, su médico necesitará saber si las células malignas estaban confinadas a la mama solamente o ya habían comprometido los linfonodos o ganglios de la axila.

Para ello el médico decidirá si usted es candidata para extirpar el ganglio centinela o bien debe realizar una disección axilar.

P ¿Cuándo el médico necesita operar los ganglios de la axila?

R Una vez que el médico sabe que su tumor es del tipo infiltrante, o sea que es capaz de invadir las estructuras vecinas, debe confirmar si las células malignas a través de los capilares linfáticos llegaron o no a comprometer los linfonodos de la axila.

P ¿Por qué razón el médico necesita estudiar los ganglios?

R Es muy importante saber si los linfonodos o ganglios linfáticos de la axila están o no comprometidos, porque de ello dependerá el pronóstico y el tratamiento que realmente usted necesita.

P ¿Para qué sirven los ganglios?

R Los ganglios linfáticos son parte del sistema linfático, este sistema está formado por una red de vasos linfáticos como “circuito de mangueras”, similar al sistema circulatorio, pero que en vez de llevar sangre lleva líquido linfático o linfa, que es un líquido de tinte amarillo, rico en proteínas que circula – producto del intercambio celular- entre las células y los vasos sanguíneos de nuestro cuerpo. Esta linfa debe llegar cada cierto tramo a un grupo de linfonodos o ganglios, para ser filtrada o “chequeada”, una vez revisada sigue su camino hasta desembocar en el sistema circulatorio, a nivel del corazón.

Los ganglios linfáticos de la axila reciben la linfa proveniente del brazo y de la mama, revisan y chequean si el líquido está normal o viene contaminado con desechos de bacterias, células tumorales, sustancias tóxicas o ajenas al organismo. En caso de encontrar algo “extraño”, reacciona, inflamándose para “avisar” al sistema de defensa del organismo, que debe hacerse presente y actuar combatiendo la agresión.

P ¿Cuántos ganglios hay en la axila?

R Es muy variable de persona a persona, se estima alrededor de 50 linfonodos (entre 45 a 55), distribuidos indistintamente en los tres niveles de ubicación, pero se considera aceptable que durante la disección axilar se saquen al menos 10 linfonodos.

Habitualmente siempre quedan linfonodos residuales, no visibles por

tamaño o localización y que, luego de la cirugía se desarrollan, para suplir la función de los extraídos. Entonces, si suponemos que usted tenía 50 ganglios y la biopsia definitiva confirma que le extirparon 18, a usted le quedarían alrededor de 32 ganglios, los que deberían ser capaces de asumir el trabajo que antes de la cirugía hacían los 50.

P ¿Los ganglios pueden volver a regenerarse?

R No, los linfonodos no se vuelven a regenerar, sino que el sistema es capaz de reorganizarse y el líquido, de redistribuirse a los linfonodos vecinos.

P ¿Por qué a algunas enfermas les extirpan más y a otras menos cantidad de ganglios? ¿De qué depende?

R Depende de la cantidad de ganglios que cada persona tiene a ese nivel, como ninguna persona es idéntica a otra, no tenemos todos la misma cantidad de linfonodos en los niveles I y II, incluso en el caso de cáncer bilateral en una misma paciente, operada el mismo día y por el mismo equipo quirúrgico, la biopsia definitiva informará que en una axila se disecaron menos o más linfonodos que en la otra axila.

P ¿Se puede estudiar los ganglios sin extirparlos?

R Lamentablemente aún no se puede hacer un estudio anatomopatológico o biopsia de los linfonodos sin extirparlos, porque el médico patólogo requiere de un procedimiento especial para hacer un estudio acabado, necesario para su lograr su recuperación. Sólo en los casos de tratarse de un pequeño Cáncer in situ (que no debería tener ganglios comprometidos) y encontrarse ganglios palpables en la axila, el médico puede eventualmente solicitarle una biopsia por

punción, bajo visión ecográfica de los ganglios, para planificar mejor su cirugía.

Sin embargo para el estudio de la axila en un carcinoma infiltrante o invasor, necesariamente debe extirparse uno o algunos – en caso de ganglio centinela – o bien realizar la disección de los niveles I y II completa para un estudio acabado.

P ¿Qué es el estudio de ganglio centinela?

R Es la extirpación de uno o más ganglios centinelas. El linfonodo centinela es el primer linfonodo que recibe el líquido linfático o linfa proveniente del área en que se ubica el tumor.

P ¿Cómo se reconoce el ganglio centinela?

R Tal como usted sabe el soldado centinela de un regimiento es el que está parado en la puerta controlando la entrada al recinto militar, toda persona que desea ingresar a las dependencias deberá solicitar autorización al centinela; El identificar y estudiar el linfonodo o ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama, permite saber si las células malignas del tumor, alcanzaron o no los linfonodos de la axila.

El linfonodo centinela puede identificarse con una tintura llamada azul patente, con un examen llamado Linfocintigrafía y con la detección de la sustancia radioactiva inyectada durante la linfocintigrafía. Lo ideal es realizar la búsqueda con los 3 métodos mencionados.

Para ello se realiza un procedimiento previo, horas antes de la cirugía, una linfocintigrafía con marcación del linfonodo centinela, que se realiza en el Departamento de Medicina Nuclear, usando un elemento radioactivo (Tc-99) que se inyecta a nivel peritumoral y migrará hacia un ganglio, este ganglio se reconocerá con una sonda, porque emitirá mayor radioactividad.

Este método además, es complementado durante la operación con una inyección de una solución llamada Azul Patente o Isosulfán al 1 %, detrás de la areola y pezón y luego de unos minutos se corroborará cómo este líquido de color azul-verdoso intenso, avanza por el capilar linfático hacia un ganglio de la axila, confirmándose con estos dos métodos, cuál o cuáles son los ganglios centinelas.

Una vez identificado(s) él o los ganglios centinelas, se extirpará y será analizado por el médico patólogo; si el linfonodo está sano, los cirujanos no necesitarán hacer una disección axilar (extirpar los restantes linfonodos del nivel I y II de la axila); en cambio, si el ganglio centinela ya presenta células malignas del tumor, la cirugía debe completarse con una disección axilar, con el objeto de asegurar que no hay otro linfonodo comprometido además del centinela.

P ¿Todas las pacientes pueden ser candidatas a estudio de ganglio centinela?

R No todas son candidatas a este estudio, porque existen ciertas consideraciones mínimas, como por ejemplo el tamaño del tumor, este tumor no debe ser mayor a 2 o 3 cm, ni haber recibido quimioterapia previa con linfonodos palpables.

P ¿Qué sentiré cuando me operen del ganglio centinela?

R Esta operación la mayoría de las veces se realiza junto con la cirugía de la mama, en general es bien tolerada, no provoca dolor, sino algunas molestias mínimas en la zona axilar, puede o no haber aumento de volumen por retención de líquido y cierta insensibilidad local.

La zona de la mama presentará un tinte azul-verdoso que desaparecerá en unos días, al igual que la orina del primer día también se teñirá, por el líquido usado para marcar el linfonodo.

P ¿Tiene complicaciones la disección del ganglio centinela?

R Si, aunque la probabilidad de presentar complicaciones es mucho menor comparado con la disección axilar, siempre existe el riesgo de alrededor del 2 a 3 %, de desarrollar a futuro un linfedema crónico secundario.

P ¿En qué consiste la disección axilar?

R Es el nombre que recibe la cirugía para disecar o extraer los dos grupos de ganglios linfáticos más cercanos a la mama – nivel I y II de Berg-. estos linfonodos serán analizados por el anatomopatólogo quien en la biopsia, informará la cantidad de ganglios positivos o comprometidos del total de linfonodos extirpados.

P ¿Qué es el vaciamiento axilar?

R Hace aproximadamente 15 años atrás, la cirugía estándar de la mama incluía el vaciamiento axilar, o sea, extirpaban todos los ganglios- nivel I, II y III de Berg-, con la consiguiente morbilidad, ocasionada por las complicaciones posteriores, entre ellas la más importante, el linfedema. Pero después, estudios científicos internacionales confirmaron que la probabilidad de que los ganglios del nivel III era muy baja, versus el porcentaje de complicaciones, por lo tanto se llegó al consenso que con la información obtenida con la disección axilar, era suficiente. Sin embargo, aún existen cirujanos que para informar la disección axilar utilizan la frase “te vacié la axila”, pero usted debe estar tranquila, pues sólo extirparon los linfonodos estrictamente necesarios.

P ¿Cuáles son los riesgos de la extirpación de ganglios axilares?

R Sabemos que los ganglios, “reciben y revisan” el líquido linfático,

que proviene de los dedos, mano, antebrazo y brazo ipsilateral. Al tener menos ganglios, la linfa subirá con más dificultad, porque demorará más en encontrar un ganglio que le permita pasar, por lo tanto existirá una tendencia a retener el líquido linfático y por consiguiente, ante cualquier agente externo o infección, habrá una lentitud o tardanza para que los linfonodos reaccionen y den el aviso oportuno al sistema inmunológico. Sin embargo, la principal complicación de la disección axilar sigue siendo el linfedema crónico.

Nota: “Yo mujer”, te invita a la clase de los cuidados del brazo.

P ¿Por qué me duele la axila y el brazo?

R Durante la cirugía axilar, necesariamente se comprometen algunos nervios sensitivos, entre ellos el intercostobraquial, que dan sensibilidad a la cara lateral del tórax y a la cara medial del brazo. Por lo que es normal sentir anestesia, molestias o dolor en esas zonas afectadas, referidas como “sensación de escozor o quemadura”, o “de electricidad” o de “punzada dolorosa” en el brazo.

P ¿Puedo hacer algo para prevenir o evitar esta molestia?

R No, usted no tiene cómo prevenirlo, pero sí es importante que usted continúe moviendo el brazo, haga los movimientos cotidianos, como tomar agua, lavarse los dientes, peinarse, hablar por teléfono, etc., al principio le molestará, pero luego las molestias irán cediendo.

P ¿Por qué a algunas pacientes le dejan drenaje en la axila?

R Cuando el médico disecciona los ganglios linfáticos, dejará inserto un drenaje en el lecho axilar, esta “manguera o tubo” permitirá drenar -por eso se denomina drenaje- la sangre o el exudado de la herida y la secreción

linfática o linfa que continuamente llega a esa zona. Si este líquido no se drena, la herida no podría cicatrizar, porque al acumularse el líquido haría presión sobre los tejidos y provocaría una dehiscencia o abertura de la herida operatoria.

En algunos casos - especialmente en la mastectomía radical- también es necesario dejar otro drenaje al lecho quirúrgico de la mama.

P ¿Cómo debo cuidar el drenaje de la axila?

R El drenaje, debe permanecer bajo la herida operatoria idealmente fija a la piel a nivel de la cintura, con tela adhesiva y luego a la ropa o a un cinturón - con una tela o con un alfiler-, a caída libre para facilitar que el líquido fluya fácilmente.

El sistema además debe ser hermético, que no entre aire por ningún lado, para que permanezca a presión negativa y el reservorio debe estar "apretado" para que esté continuamente aspirando. Además a lo menos 2 veces al día usted deberá apretar y soltar las mangueras desde las más cerca del cuerpo, hasta el reservorio, como "ordeñando", esto facilita la bajada del líquido e impide que se tape el orificio, con los coágulos que generalmente bajan especialmente los 1ºs días.

P ¿Cómo debo medir el drenaje axilar?

R El drenaje puede ser medido 2 o más veces al día, los primeros días en que usted está en el hospital; pero una vez que usted llegue a casa, deberá medirlo una vez al día, -aunque tenga un reservorio o bolsa recolectora graduada-, idealmente en la mañana, de tal manera que si requiere ayuda, pueda llamar para consultar o ir personalmente al hospital.

Para medir el drenaje siga las siguientes instrucciones:

- Cierre la llave o clamp, ubicado en la porción de manguera más gruesa,

una vez ocluido.

- Abra el depósito o bolsa recolectora.
- Vacíe el contenido a un vaso graduado o a un vaso con medidas.
- Cierre la bolsa recolectora manteniéndola firmemente apretada para evitar que quede con aire, porque debe quedar a presión negativa para que facilite la salida del líquido.
- Abra la llave o clamp de oclusión.
- Asegure la permeabilidad del sistema y confirme que continúa saliendo líquido por la manguera.
- Aspire el contenido del vaso con una jeringa para medirlo (aún cuando el vaso sea graduado).
- Memorice la cantidad medida y elimínela en el excusado.
- Llave el vaso y la jeringa bajo el chorro de agua corriendo.
- Ponga a secar el vaso boca abajo y la jeringa separada del émbolo (parte interior) sobre una toalla nova.
- Llave bien sus manos.
- Registre la cantidad medida y el color del líquido, además de cualquier observación que usted considere importante.
- Importante es saber que la cantidad deberá disminuir gradualmente, por ejemplo si un día drena 120 cc, al día siguiente usted debería esperar más o menos 100 cc, si usted mide 40 deberá:
- Revise si el parche que cubre la herida está húmedo.
- Confirme la permeabilidad del sistema.
- Ordeñe suavemente las manguera, por si el lumen está tapado con un coágulo.
- Revise si la llave o clamp está completamente abierta o no. (error frecuente)
- Revise si las mangueras están dobladas, recuerde que usted puede sólo momentáneamente doblarla, porque idealmente siempre debe estar a caída libre.
- Confirme que el reservorio esté suficientemente apretado, porque de lo

contrario no estará a presión negativa (error frecuente).

P ¿Es importante el registro del drenaje?

R El registro diario de la cantidad drenada y la observación de sus características es muy importante, porque usted podrá comprobar la tendencia normal que, el líquido a medida que va disminuyendo se va aclarando, cambiando el tinte sanguinolento, a una coloración amarillenta propia del líquido linfático.

Esta tabla de registro le puede ser útil para llevar la información al próximo control médico.

DÍA	HORA	CANTIDAD	OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda, anótela a continuación para evitar olvidarla cuando vaya a control

CONSULTAS AL DOCTOR:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

P ¿Cuándo me sacarán el drenaje?

R El médico decidirá cuándo sacar el drenaje, generalmente no antes de 8 a 10 días o cuando la cantidad medida en 24 horas haya gradualmente disminuido, hasta aproximadamente 40 cc o menos o bien, cuando el tiempo transcurrido, supere los 15 días.

P ¿Qué es el seroma?

R Es la acumulación de líquido linfático y serohemático en el lecho axilar o mamario, después de retirado el drenaje.

P ¿Qué puedo hacer para no tener seroma?

R Nada, porque el seroma va a ir disminuyendo naturalmente en forma gradual, generalmente preguntan si al tomar menos agua o al evitar mover el brazo ayudan a prevenir o disminuir el seroma postoperatorio, lo que no es así.

P ¿Con qué frecuencia es necesario aspirar el seroma?

R Sólo cuando sea estrictamente necesario, cuando provoca mucho dolor o incomodidad o bien cuando podría correr riesgo la cicatrización de la herida, etc. En general es cada 4, 5 o 7 días porque si aspiramos más frecuente no le damos tiempo suficiente al líquido para que se reorganice o se redistribuya por las redes colaterales.

P ¿Es normal sentir diferente -como hinchada, como caliente- la axila?

R Si, como parte de la cirugía axilar, el compromiso de nervios sensitivos, puede justificar durante las primeras semanas, sensaciones extrañas tipo hormigueos, ardor, suave dolor tipo quemante o como de corriente eléctrica.

P ¿Qué es el linfedema crónico del brazo?

R La principal complicación de la cirugía del cáncer de mama, consiste en la acumulación crónica y progresiva de líquido linfático en el tejido subcutáneo (debajo de la piel) del brazo del lado operado. Esta situación puede presentarse después de los 2 años de la cirugía y podría aparecer 10, 20 o más años después, porque como ya dijimos, los ganglios no se vuelven a regenerar, pero los casos más complejos se inician inmediatamente después de la cirugía.

P ¿Es malo tener linfedema?

R Si esta pregunta se refiere a que es mal pronóstico que se hinche el brazo, porque es más probable que el cáncer aparezca nuevamente, la respuesta es NO. Pero es “malo” en relación a la calidad de vida de las pacientes, porque el brazo hinchado pesa, molesta y hasta puede provocar cierto dolor, pero el principal riesgo es la mayor probabilidad de que, cualquier herida, por más mínima que sea, se transforme fácilmente en una infección que requiera antibióticos y hasta hospitalización.

P ¿El linfedema crónico tiene curación?

R No tiene curación, por ello es tan importante prevenirlo, pero tiene un tratamiento que incluye a la propia paciente, su familia y profesionales como Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y eventualmente un Fisiatra. El tratamiento consta de masajes de drenaje linfático, ejercicios terapéuticos y de fortalecimiento muscular, vendajes elasticados, mangas elásticas, etc.

P ¿Cómo puedo prevenir el linfedema?

R Existen varias medidas simples que podrían ayudarlo a evitar que el linfedema aparezca o bien que siga progresando, como por ejemplo:

- Comenzar a ejercitar progresivamente el brazo, inmediatamente después de operada.
- No coger peso con ese brazo, procure siempre que el brazo contralateral haga el mayor esfuerzo.
- Evitar realizar cualquier procedimiento médico en la extremidad, por ejemplo evitar tomar la presión arterial, poner vacunas, suero ni extraer sangre de ese brazo.
- Evitar heridas, por pequeñas que sean, por ejemplo utilice dedal para

coser, guantes para cocinar, lavar la loza o jardinear.

- Procure no dormir apoyada en el brazo del lado operado.
- Consulte al médico ante cualquier signo de infección en la extremidad.
- Etc.

Nota: En la Corporación “Yo Mujer”, tenemos a su disposición el Manual del Autocuidado en la Cirugía por Cáncer de Mama, en donde encontrará un inserto para el registro diario del drenaje y la información más completa para la prevención de linfedema.



PREGUNTAS SOBRE CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

P ¿Qué es la cirugía oncológica o reconstructiva?

R Se llama así a la cirugía practicada por médicos especialistas entrenados en manejo del cáncer de mama y en la reconstrucción y estética mamaria. Esta cirugía tiene como objetivo extirpar el cáncer de mama con borde de tejido sano, lo que garantiza un adecuado control local de la enfermedad, dejando un resultado cosmético aceptable. Esto se aplica tanto en una resección parcial o total de mama.

P ¿Qué razones puede tener una mujer para reconstruirse después de una mastectomía total?

R Pueden ser varias las razones por la cual una mujer podría desear reconstruirse, lo primero es conversar con su médico e informarse, sobre si es o no candidata para una cirugía reconstructiva.

Algunas razones para reconstruirse son:

- La reconstrucción mamaria puede mejorar la calidad de vida de algunas pacientes sometidas a mastectomía total o radical.
- La ausencia de mama en algunas mujeres, provoca disminución de su autoestima y dificultad para acercarse nuevamente a su pareja.
- La ausencia de una mama puede complicar el uso de la ropa habitual. La reconstrucción mamaria evita esa sensación de incomodidad.
- Algunas de las pacientes les es difícil acostumbrarse al uso permanente de prótesis externas, ya sea porque se desplazan o porque pesan mucho.

P ¿Es peligroso reconstruirse la mama?

R Como toda cirugía, la cirugía reconstructiva tiene riesgos que dependen de muchos factores, siendo los más importantes: el estado general de la paciente, su edad, hábitos, como el tabaquismo, patologías agrega-

das, como la hipertensión, diabetes u obesidad, el tipo de cirugía a realizar, la forma y tamaño de la mama, el tamaño y ubicación del tumor, el estado de la piel y sus tejidos, el tipo de cáncer que tiene la paciente, etc. Su equipo médico analizará cada caso en particular, antes de decidir cuál es la opción de reconstrucción más segura desde el punto de vista oncológico, con menos riesgos y con resultados estéticos aceptables.

P ¿Todas las pacientes pueden reconstruirse?

R Existen algunos casos en los cuales no es recomendable una reconstrucción mamaria. Si usted tiene interés en reconstruirse, no dude en manifestarlo a su médico tratante, quien junto al resto del equipo de salud, analizarán su caso y le entregarán una recomendación al respecto.

P ¿Las enfermas que se atienden en hospitales también se pueden reconstruir?

R En algunos hospitales existen equipos especializados en cirugía oncológica o reconstructiva. Ud. debe informarse sobre esta posibilidad.

P ¿Existe un límite de edad para reconstruirse?

R La edad no es un impedimento para la reconstrucción mamaria, sin embargo a mayor edad podrían aumentar algunos riesgos. Más importante que la edad es el estado general de la paciente, los hábitos de vida que tiene, las enfermedades crónicas y los tratamientos que recibe.

P ¿En qué momento se hace una reconstrucción mamaria?

R La reconstrucción mamaria puede hacerse en el mismo momento de la resección del cáncer, es decir en la misma cirugía de la mastectomía

llamada reconstrucción mamaria inmediata (RM Inmediata), o bien, en otra cirugía, un tiempo después de la mastectomía, denominada reconstrucción mamaria diferida (RM Diferida).

P ¿Existen varias maneras de reconstruir la mama?

R Sí, la reconstrucción mamaria puede hacerse con tejidos propios de la paciente o con implantes mamarios.

P ¿En qué consiste la reconstrucción con tejidos propios?

R La reconstrucción con tejidos propios como su nombre lo dice, consiste en reconstruir la mama usando tejidos de otra parte del cuerpo, para cubrir el espacio dejado por la mama extraída.

P ¿En qué consiste la reconstrucción con implantes mamarios?

R La reconstrucción con implantes mamarios consiste en la instalación de una prótesis para cubrir el espacio dejado por la extirpación de la mama.

P ¿Es mejor reconstruirse con prótesis o con tejido propia?

R Cada tipo de cirugía tiene pros y contras. Cada paciente puede ser mejor o peor candidata para los diferentes tipos de reconstrucción mamaria. La decisión sobre cuál es la mejor técnica de reconstrucción para cada paciente, debe ser tomada por un equipo especializado, donde su opinión será considerada también.

P ¿Es mejor hacer todo el tratamiento primero y después la reconstrucción mamaria?

R Como anteriormente ya señalamos, el equipo médico oncológico discutirá su caso y recomendará lo mejor para usted, porque en algunas ocasiones se hace primero los tratamientos oncológicos y después la reconstrucción mamaria y en otras ocasiones es posible reconstruir primero, para continuar con el resto del tratamiento oncológico después. Esto depende del tipo de cáncer, estado de la enfermedad, condiciones de la paciente, etc.

P ¿Cómo sabe el doctor cuál es la mejor reconstrucción para mí?

R Esta cirugía de alta especialización, sólo es realizada por equipos entrenados, quienes decidirán cuál es la mejor técnica de reconstrucción mamaria para cada paciente. Como anteriormente señalamos dependerá de múltiples factores, entre los cuales también está la preferencia de la paciente.

P ¿Cuántos tipos de implantes mamarios se utilizan actualmente?

R Los tipos de implantes mamarios más utilizados son los expansores mamarios y los implantes definitivos. Existen dos tipos de expansores mamarios, los definitivos y los temporales.

P ¿Es dolorosa la reconstrucción mamaria con implantes?

R Como toda cirugía puede provocar algún grado de dolor, sin embargo existen buenas formas de manejarlo con analgésicos y medidas generales que deben ser indicadas por su médico.

P ¿Cómo son los implantes mamarios?

R Los implantes mamarios propiamente tal, son bolsas de forma similar a una mama real que tiene una cobertura de silicona texturizada y cuyo relleno está constituido por silicona médica estéril.

Existen de diferentes formas y tamaños, así como también existen diversos tipos de cobertura del implante.

P ¿Cómo son los expansores mamarios?

R Los expansores mamarios son bolsas de silicona de alta calidad que se instalan en el lecho mamario, una vez que se ha logrado formar el espacio adecuado para contenerlo.

Estos implantes mamarios requieren de un expansor mamario, que se inserta por un período de tiempo, necesario para expandir o dilatar la piel, de tal manera que no ponga resistencia al momento de instalarlo. Este expansor temporal, se retira en la misma cirugía en que se instala el implante mamario.

P ¿En qué pacientes se usan estos implantes?

R La decisión sobre qué tipo de implante debería usted usar, depende de múltiples factores. En general estas prótesis se usan en aquellas pacientes que luego de la mastectomía, quedan con una piel de buena calidad. Se usan luego de una mastectomía total, cuando ha sido posible extirpar la mama, conservando lo mayor cantidad posible de piel.

P ¿Cuándo es posible conservar la piel?

R No siempre es posible conservar la piel en una mastectomía. Esto depende de múltiples factores, entre los cuales se encuentran el tamaño

y extensión del cáncer, el compromiso o no de piel, la proximidad del tumor a la piel. etc.

Su médico deberá indicarle cuál es el mejor camino para su cirugía.

P ¿Es posible conservar el pezón?

R En algunos casos es posible conservar la areola y /o el pezón, esta decisión debe ser tomada por equipos especializados.

P ¿Qué es un expansor mamario y cómo funciona?

R Es una bolsa, de paredes de silicona que se coloca debajo del músculo o la piel, durante o después de una mastectomía. Esta bolsa tiene en su superficie una válvula o dispositivo de metal, que se ubica después de algunos días a través de la piel, para insertar una aguja, por donde se inyectará suero fisiológico para comenzar a distenderla o llenar el expansor.

A medida que se llena este expansor, distiende o expande la mínima piel que queda después de la mastectomía.

Tiempo después en una segunda cirugía se retira el expansor y se instala una prótesis definitiva.

Existen algunos expansores llamados definitivos, los que luego de ser llenados pueden dejarse y no ser reemplazados por una prótesis.

P ¿Cada cuánto tiempo se llena o infiltra el expansor?

R En cuanto al tiempo que demorará en distender la piel para la prótesis definitiva, eso dependerá de la evolución que usted vaya presentando, pero en general es entre 2, 6 o más meses.

P ¿Con que líquido se infiltra el expansor?

R El líquido con que se llena el expansor es suero fisiológico estéril.

P ¿Es normal que sienta molestias cuando se infiltra el expansor?

R Cada vez que usted sea infiltrada, se adiciona una mínima cantidad de suero fisiológico que distiende el expansor, ejerciendo una presión sobre la piel, que podría provocar cierta tensión, molestar u ocasionar un leve dolor.

En general estas molestias pasan espontáneamente en uno o dos días. Si las molestias persisten, póngase en contacto con su médico,

P Generalmente, después de ¿cuánto tiempo se cambia el expansor por una prótesis?

R tiempo que transcurra con el expansor dependerá de varios factores, entre ellos su tratamiento oncológico, el tamaño de la mama contralateral, su tolerancia al procedimiento, etc.

P ¿Cuánto tiempo después de la reconstrucción con prótesis me demoraré en estar bien?

R La recuperación después de cualquier cirugía depende de varios aspectos, factores propios de la paciente, factores del tipo de cirugía y en este caso se suman los propios del resto del tratamiento oncológico. Sin embargo la recuperación después de la cirugía reconstructiva con implantes mamarios, suele ser relativamente rápida, alrededor de 15 a 18 días después de operada, usted ya podría hacer su vida normal, con excepción de los deportes.

P ¿Si me reconstruyen con implante mamario, cuanto tiempo estaré con licencia médica?

R El tiempo de licencia médica, al igual que el tiempo que demore en recuperarse, dependerá de varios factores, sin embargo la mayoría de las pacientes reconstruidas con implantes mamarios, suelen requerir una licencia médica de a lo menos 20 días, para lograr recuperarse bien.

P ¿Cuánto tiempo después de la operación con implantes se puede hacer deporte?

R Nuevamente dependerá de varios factores, pero en general, independiente de ello, no se recomienda hacer ejercicios al menos hasta un mes después de la cirugía.

P ¿Cuáles son las ventajas de la cirugía con implantes sobre la cirugía de reconstrucción con tejidos propios?

R Existen varias ventajas de esta cirugía, siendo las más importantes:

- Menor tiempo quirúrgico.
- Menor tiempo anestésico,
- Menos heridas operatorias, por lo tanto menos cicatrices.
- Menor dolor en el período después de operada.
- Menos tiempo de hospitalización, generalmente requieren de no más de 2 días de hospitalización.
- Recuperación más rápida, usted podrá reintegrarse a sus labores habituales mucha antes que en la cirugía con tejidos propios.

P ¿Cuáles son los riesgos o desventajas de la cirugía con implantes sobre la cirugía reconstructiva con tejidos propios?

R Como toda cirugía también tiene riesgos o desventajas, siendo las más importantes

- Necesidad de una segunda cirugía para retirar el expansor y poner la prótesis definitiva.
- Infección después de la cirugía, como toda cirugía, siempre existe el riesgo de infección que obligará a retirar el implante o expansor.
- Apariencia menos natural.
- Rechazo a implantes o expansores.
- Riesgo de contractura capsular, esto consiste en la formación de una cicatriz “firme” alrededor del implante, en que la mama se siente dura, pudiendo provocar molestia o dolor.
- Necesidad de otra cirugía para retirar el implante encapsulado e instalar luego otro implante.

P ¿En qué consiste la reconstrucción mamaria con tejidos propios?

R Como su nombre lo dice, es la cirugía reconstructiva que utiliza tejido natural - músculo, grasa y piel-, de otra parte del cuerpo de una paciente, para formar una nueva mama en reemplazo de la mama afectada por cáncer mamario.

P ¿Es verdad que las fumadoras no pueden reconstruirse con tejidos propios?

R Las personas fumadoras tienen mayor riesgo en cualquier cirugía, pero el cigarro dificulta entre otras cosas, la cicatrización, por lo cual se recomienda la suspensión de este hábito antes de la cirugía.

La nicotina del cigarro produce disminución de la circulación sanguínea

periférica, impidiendo la adecuada oxigenación y nutrición de los tejidos, elementos muy necesarios para una mejor cicatrización de las heridas.

P ¿Es verdad que las mujeres obesas no pueden reconstruirse con tejido propios?

R Las pacientes obesas tienen mayor riesgo para cualquier cirugía. Debemos estar conscientes de esto para prevenir complicaciones.

P ¿Cuáles son los músculos que más se usan para la reconstrucción mamaria?

R Los músculos más utilizados para la reconstrucción mamaria, son los músculos rectoabdominales, que están ubicados en forma vertical en la pared abdominal y los músculos dorsales, ubicados a cada lado de la espalda, debajo de los omóplatos.

P ¿Es verdad que las cicatrices anteriores en el abdomen impiden la reconstrucción mamaria?

R Algunos tipos de cicatrices por cirugía anteriores en el abdomen, podrían impedir o dificultar la reconstrucción mamaria con colgajo abdominal, nombre que recibe el trozo de piel y músculo abdominal, que se rota y lleva al lecho mamario en que fue extirpada la mama. Cada paciente es un caso clínico individual que debe ser analizado por el equipo médico, para evaluar su abdomen y decidir la mejor opción reconstructiva, minimizando al máximo los probables riesgos. Debe examinarse cada caso en particular para decidir si es recomendable o no una cirugía de reconstrucción mamaria usando recto abdominal, cuando existen cirugía previas en esa zona.

P ¿Es dolorosa la reconstrucción mamaria con tejidos propios?

R Esta cirugía, efectivamente suele ser algo más dolorosa que la reconstrucción con implantes mamarios. Actualmente existen excelentes analgésicos para combatir el dolor producida por la cirugía, por lo que es posible minimizar el dolor post operatorio.

P ¿Cuánto tiempo me demoraré en estar bien, después de la cirugía con tejidos propios?

R La recuperación depende de varios factores pero en general, después de una reconstrucción mamaria con tejidos propios, la recuperación suele ser más lenta que en la reconstrucción con prótesis o implantes mamarios, logrando hacer una vida relativamente normal, a los 30 días después de la cirugía.

P ¿Cuánto tiempo después de esta operación se puede hacer deporte?

R Depende de varios factores, pero en general después de este tipo de cirugía se recomienda no hacer deporte por lo menos hasta 2 meses después de la cirugía.

P ¿Qué podría pasar si me irradian la mama reconstruida con músculo propio?

R La radioterapia puede causar los siguientes efectos en la mama reconstruida con colgajos miocutáneos:

- Fibrosis del tejido mamario.
- Endurecimiento de la mama reconstruida.
- Alteraciones en la piel, especialmente cambios de coloración.
- Malestar o picazón en la mama y alrededor.

Todos estos efectos suelen ser momentáneos y pasan con el trascurso de los meses o al año después del tratamiento.

P ¿Qué podría pasar si me irradian la mama reconstruida con prótesis?

R La radioterapia puede causar los siguientes efectos en la mama reconstruida con implantes mamarios:

- Fibrosis del tejido mamario
- Leve disminución del volumen mamario
- Pérdida o expulsión de ella
- Contractura capsular

P ¿Por qué no se reconstruye el pezón inmediatamente?

R En general se prefiere no hacer la cirugía de reconstrucción del pezón, en el mismo tiempo de la reconstrucción mamaria. Es preferible esperar a que se pase la inflamación de la mama reconstruida, para evaluar bien donde debe reconstruirse el pezón.

Se recomienda reconstruir aréola y pezón al menos a los 6 u 8 meses después de la reconstrucción mamaria.

P ¿Entonces es mejor esperar?

R Efectivamente es mejor esperar porque de lo contrario, podría quedar el pezón en asimetría, más abajo o más arriba que el otro pezón.

P ¿Cómo se reconstruye la aréola y el pezón?

R El pezón se puede reconstruir usando la piel de la zona de la mastectomía, o un injerto de piel de la cara interna de la pierna, el espacio inguinal.

La otra opción es hacer un tatuaje para crear la aréola. Cualquiera sea el método utilizado, se realiza con anestesia local, en un pabellón o box ambulatorio, no hospitalizado y suelen referir mínimo dolor.

P ¿Es normal que no quiera reconstruirme el pezón?

R Algunas pacientes no desean reconstruirse la aréola y el pezón. Esto es muy personal y depende de lo que cada paciente considere importante. No es infrecuente que usted no lo desee, y generalmente se debe al temor o rechazo de entrar nuevamente a un pabellón quirúrgico.

P ¿Puede volver a crecer el tumor si me extirparon toda la mama?

R Siempre existe la probabilidad que el tumor recidive o vuelva a aparecer, por tal razón toda mastectomía, debe ser practicada por equipos médicos de alta especialización, para minimizar la posibilidad de recidiva. Sin embargo la reconstrucción mamaria NO AUMENTA las probabilidades que el tumor vuelva a aparecer.

P ¿Con qué examen me controlarán la mama reconstruida?

R Lo más importante es el examen físico que practicará su médico periódicamente, sin embargo es probable que solicite exámenes como mamografías, ecotomografías o resonancia nuclear de mama.

P ¿Se puede tomar mamografía a la mama reconstruida?

R Algunos equipos de salud toman mamografía a las mamas reconstruidas, otros médicos prefieren controlar con ecotomografía mamaria. En fin, su médico le indicará el examen que le dé más confianza para controlar su mama.

P ¿Qué médico me indicará esos exámenes?

R Su médico tratante, generalmente el médico cirujano o el médico con quien le corresponde controlarse

P ¿Qué pasaría si aparece un tumor en la mama reconstruida?

R Su caso sería analizado por un equipo multidisciplinario, -generalmente en un comité oncológico- que le recomendará los pasos a seguir. Puede que decidan por cirugía o quimioterapia u otro tratamiento oncológico.

P ¿Siempre es necesario cambiar la prótesis mamaria?

R Los fabricantes de prótesis dan un tiempo limitado para cada implante, que va entre 10 a 15 años. Sin embargo hay una tendencia mundial a dejar los expansores más tiempo, ya que están fabricados con materiales cada vez de mejor calidad.

P ¿Qué podría pasar si me irradian la mama reconstruida con prótesis?

R La radioterapia puede producir fibrosis de la piel que cubre la prótesis, disminución del volumen de la mama reconstruida, pérdida o expulsión de la misma, contractura capsular, etc.

P ¿Cuáles son las dos maneras de reconstruir con tejidos propios?

R Los dos métodos más usados de reconstrucción mamaria con tejidos propios son:

- Colgajo del musculocutáneo del recto abdominal (TRAM por sus siglas en inglés).

- Colgajo de músculo dorsal ancho, asociado la mayoría de las veces a un implante mamario

P ¿Estas dos modalidades se pueden hacer inmediatamente después de la mastectomía total o radical?

R Ambas modalidades de reconstrucción mamaria con tejidos propios, pueden ser realizadas en forma inmediata, en la misma operación en que extirpa la mama.

Por otra parte, ambas cirugías pueden ser realizadas un tiempo después de la mastectomía, cuando Ud. haya terminado su tratamiento oncológico de quimioterapia y radioterapia o bien, entre medio de la quimioterapia y la radioterapia. Esto se denomina reconstrucción mamaria diferida.

Cada caso dependerá de la recomendación dada por su equipo médico.

P ¿En qué consiste la cirugía reconstructiva inmediata con músculo del abdomen?

R Esta cirugía consiste en que, inmediatamente después de extirpada la mama, se reconstruye otra, usando el músculo del abdomen llamado músculo recto abdominal. Se realiza una incisión o herida operatoria a nivel inferior del abdomen, para despejar el músculo que será llevado por debajo de la piel (por un túnel) hacia la zona donde Ud. tenía su mama, de tal manera que el músculo quede ocupando el espacio que antes contenía a la glándula mamaria. La mama reconstruida con músculo, será modelada para formar una nueva mama, lo más similar posible a la mama contraria.

La herida del abdomen se cierra poniendo en la mayoría de los casos, una malla en la pared abdominal, para fortalecer la zona y evitar hernias abdominales.

P ¿En qué consiste la cirugía reconstructiva diferida con músculo del abdomen?

R La reconstrucción mamaria diferida con músculo recto abdominal, es aquella cirugía que se realiza tiempo después de la mastectomía total, es decir en otra operación realizada meses o años después.

P ¿En qué consiste la cirugía reconstructiva con el músculo dorsal de la espalda?

R Esta cirugía se realiza utilizando el músculo dorsal ancho que se encuentra en la espalda, usando siempre el correspondiente al lado de la mama afectada.

Una vez despejado el músculo, se lleva hacia la zona de la mastectomía a través de un túnel, por debajo de la piel hasta el lecho mamario.

En esta cirugía suele usarse además, un implante mamario que se ubica debajo del músculo dorsal, cuando requiere compensar con el tamaño de la mama contralateral.

Esta cirugía también puede practicarse inmediatamente después de la extirpación de la mama, o bien, en forma diferida al tiempo después.

P ¿Cuánto tiempo duran las cirugías con tejido propio?

R La reconstrucción mamaria con tejidos propios puede durar entre 3 y 6 Hrs., este período puede variar según el músculo a utilizar. La cirugía con músculo recto abdominal suele durar más, que la operación con el músculo dorsal de la espalda.

P ¿Cuáles son las ventajas de la cirugía con tejidos propios en comparación con la cirugía de reconstrucción con implantes?

R La mama reconstruida con tejidos propios suele ser más natural que la mama reconstruida con implantes, ya que el músculo tiene una consistencia parecida a una mama natural. Esto depende también de la cantidad de piel que se deja en el momento de la mastectomía. Es más fácil igualar el tamaño de la mama al tamaño de mama contralateral con el tejido propio, que con implantes.

Por otra parte la reconstrucción mamaria con tejidos propios no tiene los riesgos inherentes a los implantes como son rechazo, rotura o expulsión.

P ¿Cuáles son las desventajas de la cirugía con tejidos propios en comparación con la cirugía de reconstrucción con implantes?

R La cirugía con tejidos propios son más prolongadas y requieren mayor anestesia que la cirugía reconstructiva con implantes, además suma otra cicatriz a la cicatriz mamaria, las cuales suelen ser más extensas.

Con respecto a la hospitalización y recuperación, la reconstrucción con músculos, requiere de más días de hospitalización y la recuperación es más lenta.

P ¿Qué problemas puedo tener a futuro si me reconstruyen con el músculo del abdomen?

R Aunque es muy infrecuente, algunas pacientes podrían presentar molestias para practicar ejercicios físicos, especialmente abdominales. Otro problema es la aparición de una hernia abdominal. Para minimizar esto, durante el cierre del abdomen se usa una malla de material especial que refuerza la pared y así previene esta complicación.

P ¿Qué problemas puedo tener a futuro si me reconstruyen con el músculo de la espalda?

R En general la cirugía de RM con el músculo dorsal es bien tolerada. Algunas pacientes sienten sensación de tirantez en la espalda. Su médico le indicará como resolverlo.

P ¿Qué podría pasar si me irradian la mama reconstruida con músculo propio?

R La radioterapia afecta la mama reconstruida con colgajos miocutáneos de la misma forma que afecta a una mama no reconstruida. Se puede presentar fibrosis y endurecimiento de la mama reconstruida, cambios de coloración de la piel, etc.

P ¿Es probable extirpar también la otra mama para prevenir el cáncer?

R Existen mujeres de alto riesgo que prefieren extirparse la otra mama para prevenir el cáncer mamario contralateral, sin embargo usted debe saber que aún extirpando las mamas, el cáncer también podría desarrollarse, porque las probabilidades disminuyen inmediatamente, pero nunca llegan a cero.

De todos modos converse con su médico tratante, quien junto al resto del equipo, evaluará su caso y tomará la mejor decisión.

P ¿Es posible que recupere la sensibilidad de la areola y pezón?

R No, la sensibilidad de la areola y el pezón no se vuelve a recuperar porque las terminaciones nerviosas tan específicas de esa área de la mama, sólo las tiene el tejido mamario normal.

P ¿Por qué no se reconstruye el pezón inmediatamente?

R En general se prefiere hacer la cirugía de reconstrucción del pezón, no en el mismo tiempo de la reconstrucción mamaria. Es preferible esperar un tiempo después de la RM definitiva, ya que así se evita la inflamación, propia de la cirugía de reconstrucción. Por otra parte, sirve para evaluar bien donde debe reconstruirse el nuevo pezón. Se recomienda reconstruir areola y pezón, 6 u 8 meses después de la reconstrucción mamaria.

P ¿Cómo se reconstruye la areola y el pezón?

R El pezón se puede reconstruir usando la piel de la zona de la mastectomía o usando un injerto del pezón del lado contralateral. La areola se puede reconstruir usando un injerto de piel de la cara interna de la pierna, ya que esa piel es más oscura. Otra opción es hacer un tatuaje para crear la areola.

P ¿Es normal que después no quiera reconstruirme el pezón?

R Algunas pacientes no desean reconstruirse la areola y el pezón. Esto es muy personal y depende de lo que cada paciente considere importante. No es infrecuente que usted no lo desee, y generalmente se debe al temor o rechazo de entrar nuevamente a un pabellón quirúrgico.

P ¿Puede volver a crecer el tumor si me extirparon toda la mama?

R Siempre existe la probabilidad que el tumor recidive o vuelva a aparecer, por tal razón toda mastectomía, debe ser practicada por equipos médicos de alta especialización, para minimizar la posibilidad de recidiva.

La reconstrucción mamaria no aumenta las probabilidades de que el tumor vuelva a aparecer.

P ¿Con qué examen me controlarán la mama reconstruida?

R Ud. debe acudir a controles médicos periódicos donde se le hará un examen físico minucioso, que puede asociarse a exámenes de imágenes, como mamografía, ecotomografía mamaria o resonancia nuclear.

Algunos equipos de salud toman mamografías o ecotomografías a las mamas reconstruidas, otros médicos prefieren controlarla sólo con examen físico. Será su equipo médico quien decida cuál es la mejor forma de controlar la mama reconstruida.

P ¿Qué pasaría si aparece un tumor en la mama reconstruida?

R Su caso será analizado por un equipo multidisciplinario en un comité oncológico formado por especialistas. Ahí le que recomendarán los pasos a seguir.

P ¿Podría aprovechar de “arreglarme” la otra mama cuando me hagan la reconstrucción mamaria?

R Eso depende de su equipo médico, de sus preferencias personales y del riesgo versus beneficio de la cirugía propuesta.

Converse con su médico sobre esta posibilidad, pues no es infrecuente que algunas pacientes deseen aprovechar esta cirugía para dejar la mama sana lo más parecida posible a la mama reconstruida.

Algunos médicos prefieren diferir la cirugía de la mama contralateral, para poder evaluar bien posteriormente, el resultado de la mama reconstruida. Otros la postergan hasta cuando se hace la cirugía de reconstrucción dearéola y pezón.



**PREGUNTAS
SOBRE RADIOTERAPIA
EN CÁNCER DE MAMA**

P ¿Qué es la radioterapia?

R La radioterapia es uno de los tratamientos más importante para luchar contra el cáncer de mama, este tratamiento oncológico utiliza las radiaciones electromagnéticas (similares a la luz, colores, televisión etc, pero de alta energía) para ayudar a lograr el control local de la enfermedad tumoral.

P ¿Cómo actúa la radioterapia?

R Como usted ya sabe, el cáncer es una enfermedad en que un grupo de células del cuerpo, crecen anormalmente y se multiplican en forma descontrolada, la radioterapia se usa para parar la multiplicación de las células células cancerosas, detener su crecimiento e impedir que el cáncer vuelva a aparecer.

P ¿La radioterapia es un tratamiento relativamente nuevo?

R No, la radioterapia es un tratamiento que se utiliza desde hace poco más de 100 años y que gracias a los avances de la ciencia se ha constituido en uno de los tratamientos más precisos y efectivos para el control del cáncer. El desarrollo de un mejor conocimiento de la biología los tumores unido al desarrollo de la física y la computación ha permitido un mejor uso de la radiación aumentando su efecto y su precisión.

P ¿Cómo se llama el médico encargado de la radioterapia?

R El médico oncólogo especializado en radioterapia se llama médico radio-oncólogo, él será el responsable de su tratamiento y es quien coordinará al grupo de profesionales y técnicos que le atenderán diariamente.

P ¿Todas las pacientes con cáncer de mama necesitan radioterapia?

R No, no todas las enfermas necesitan radioterapia, su médico le indicará irradiarse si usted fue operada de una mastectomía parcial, cirugía en que se extirpa el tumor pero conserva la mama. Si luego de haber sido sometida a una mastectomía, se encuentran factores de riesgo que sugieran una probabilidad de reaparición del tumor, también se le indicará radioterapia post operatoria.

P ¿En qué momento me indicarán la radioterapia?

R Si el equipo médico definió que usted necesita irradiarse, evaluará también cuando es el momento adecuado, porque este tratamiento podría ser antes de la cirugía o después de operada. Muchas veces se indica además quimioterapia, en estos casos se decidirá si la radioterapia se hará antes o después de la quimioterapia.

P ¿De qué depende si me irradian antes o después de operarme?

R Eso dependerá de lo que se pretende lograr con la radiación, si usted presenta un tumor grande, muchas veces se indica radioterapia antes de la cirugía con intención de disminuir el tamaño tumoral y así permitir cirugía conservadora, en otros casos, la indicación es post operatoria para disminuir el riesgo de re-aparición del tumor.

Esta última opción de tratamiento – que es la más usual- ayuda a evitar, que otras células de la mama ya operada que estén en lugares de la mama o del tejido que no haya sido removido por la cirugía, puedan - al multiplicarse-, generar nuevos focos de células malignas, que podrían formar otro tumor; en otras palabras la radioterapia adyuvante tiene como objetivo prevenir la recaída local y de esa forma ayudar también a disminuir el riesgo de diseminación a otros sitios.

P ¿Por qué me indican radioterapia si me extirparon toda la mama?

R Aunque a usted le hayan extirpado toda la mama, es probable que el equipo médico discuta el beneficio de la radioterapia, para ello considerará algunos antecedentes suyos y la biopsia definitiva, tales como; edad, borde quirúrgico, compromiso de los ganglios de la axila, tamaño del tumor, tamaño de la mama, etc. Desde principios del siglo XX, se ha aprendido que ciertos factores como los ya mencionados, se asocian a un mayor riesgo de aparición del tumor en la zona denominada “lecho operatorio” o en su vecindad.

Si el equipo médico define que usted debe irradiarse después de la mastectomía total – extirpación de toda la glándula mamaria con o sin disección de la axila, es para evitar que si quedaron alguna(s) célula(s) de la glándula mamaria, ésta o éstas puedan volver a multiplicarse, y crecer.

P ¿Cuánto tiempo dura este tratamiento?

R El médico radio-oncólogo le indicará cuantas semanas de radioterapia usted necesita, en general el tratamiento dura entre 5 a 7 semanas.

P ¿Las sesiones de radioterapia son diarias?

R Las sesiones de radioterapia son todos los días de Lunes a Viernes, generalmente a la misma hora en la mañana o en la tarde, los Sábados y Domingos podrá descansar y reponerse.

P ¿Puedo elegir el horario de la radioterapia?

R En general la hora es asignada y dependerá de la disponibilidad del Centro de Radioterapia, sin embargo si usted está muy aporreada con el horario recién asignado, anímese inmediatamente a conversar con

el doctor o con el o la Tecnólogo Médico encargada, - recuerde que en pedir no hay engaño,- porque una vez que comience la hora será siempre la misma. (Todo esto para comodidad suya y de los otros pacientes que están también en radioterapia).

P ¿Qué pasará con la sesión de los días feriados?

R Recuerde que usted necesita un total determinado de dosis de radioterapia, dividida en sesiones, para completar todo el tratamiento, por lo tanto, el médico decidirá si la radioterapia debe prolongarse un día más, o bien recuperar ese día, con 2 sesiones – una temprano en la mañana y otra en la última hora de la tarde, del día anterior o el día posterior al feriado.

P ¿Cuanta radiación recibiré?

R El médico radio-oncólogo sabe cual es la dosis terapéutica que usted necesita y cómo se la fraccionará, o sea cuanta cantidad le aplicarán diariamente. Sin embargo le podemos informar que el total es de alrededor de 45 a 50 Gy que se entregan fraccionados en dosis de 180 a 200 cGy, además de una a una y media semana en que usted recibirá una dosis adicional en el lecho tumoral, es decir a un volumen más reducido que el inicial – llamada sobreimpresión o boost- con el objeto de reforzar el tratamiento en esa zona.

Sin embargo usted debe estar tranquila porque recibirá la radiación suficiente para cumplir el objetivo pero también lo justo para minimizar los daños al tejido circundante.

P ¿Cuál es la posición para recibir la radioterapia?

R Usted estará siempre en la misma posición, sobre una camilla en decúbito dorsal (acostada de espalda), con el brazo del lado de la mama

operada flectado y la mano detrás de la cabeza.

P ¿Cómo es el equipo de radiación?

R El equipo consta de un aparato grande por el que emerge un brazo o mango móvil que en el centro del extremo más distal (o punta), tiene una abertura rectangular, que mira hacia un camilla donde se ubica la paciente.

Esta abertura especial permite que salga una cantidad específica de radiación por unidad de tiempo, directamente al tumor o a la zona donde éste se ubicaba. La forma de este haz de radiación puede ser modificada (“colimada”) con bloques de un metal especial y el tiempo de tratamiento se calcula en un computador.

P ¿Me irradiarán la axila también?

R No todas las pacientes necesitan irradiar la axila, el médico radio-oncólogo analizará su caso y programará su tratamiento de acuerdo al estudio anatomopatológico o biopsia y a las imágenes que usted ya tenga y al tipo de cirugía que se le haya hecho.

A usted le pueden indicar irradiar la mama – en caso de mastectomía parcial- o la pared torácica - en caso de mastectomía – y la axila u otras regiones ganglionares en base al informe de anatomía patológica luego de su operación.

P ¿Cuánto tiempo dura cada sesión?

R Cada sesión toma sólo algunos minutos, en realidad usted se demorará más en desvestirse, ponerse la camisola y luego volver a vestirse que lo que se demora la radiación propiamente tal. Cada sesión de tratamiento consta de varias aplicaciones de 1 o dos minutos a distintas regiones.

P ¿Todas las sesiones duran lo mismo?

R Generalmente todas demoran pocos minutos excepto la primera sesión en que se hace la planificación del tratamiento lo que se denomina simulación y marcación. En esta primera sesión habitualmente no hay tratamiento ya que es para poder determinar que zonas y volúmenes hay que tratar y al mismo que zonas y volúmenes hay que proteger.

P ¿Qué es la simulación y marcación?

R Es el procedimiento que se realiza previo al tratamiento de radioterapia y que tiene como objetivo estudiar, identificar, delimitar y marcar la zona a irradiar.

P ¿Cómo se hace la simulación y marcación?

R Para hacer la radioterapia es necesario un buen sistema de inmovilización que permita una perfecta reproducción diaria del tratamiento. Esto se consigue con la simulación radiológica y la realización de una TAC para identificar claramente zonas a tratar y zonas a proteger, y al mismo tiempo permite colocar a la paciente en la posición óptima para irradiar el volumen adecuado y dañar lo menos posible los tejidos circundantes.

Una vez identificada el área a irradiar se procede a demarcarla con pequeños puntos de tatuaje en los extremos y además con líneas verticales y horizontales hechas con plumón.

P ¿Para qué sirve la marcación con tatuaje?

R Como usted sabe los tatuajes no se borran con el tiempo, por lo tanto permiten identificar fácilmente el campo o la zona que ya ha sido irra-

diada. Si alguna vez en el futuro, hubiera que tratar con radiaciones una zona adyacente, a marcación con puntos de tatuaje ayuda a definir las zonas que previamente se han tratado.

P ¿Qué efectos negativos podría tener con la radioterapia?

R Con el avance tecnológico la radiación es cada vez más precisa y los efectos adversos o negativos suelen ser muy pocos y leves, por ejemplo, en relación a:

Piel: Similarmente a lo que ocurre con el contacto diario con la luz, la radiación provoca en la piel una reacción que puede ser desde cambio de coloración (enrojecida a café oscuro), irritación, edema o hinchazón de la mama o lesiones tipo heridas superficiales tipo quemaduras, muy similares a las “coceduras de guagua”. Estas lesiones locales son evaluadas por su médico radio-oncólogo quien le indicará si es necesario alguna crema u otro tratamiento.

Estado general: La radioterapia podría causarle cansancio o fatiga el que aparece a medida que avanza el tratamiento, porque usted deberá trasladarse diariamente al hospital o clínica y porque la radioterapia ocupa parte de su energía para lograr su efecto, por esto le recomendamos que haga uso de su licencia médica o bien - si usted puede- descanse más, levántese más tarde, duerma una breve siesta o acuéstese más temprano. Especialmente debe alimentarse bien con dieta rica en proteínas.

Corazón: Las lesiones a nivel del corazón específicamente la pericarditis son extremadamente infrecuentes porque se toman todas las medidas para prevenirlas. La simulación y dosimetría hecha el primer día antes del tratamiento son para identificar las áreas o volúmenes que hay que proteger.

Pulmón: La neumonitis actínica sintomática también es una complicación tardía infrecuente. Se ve tardíamente, algunas semanas después de la radioterapia, especialmente si se ha irradiado la región supraclavicular

Dolor: Generalmente no provoca dolor aunque algunas pacientes refieren molestias locales leves. Con frecuencia las pacientes relatan sensación de “puntada o clavada” en las zonas irradiadas en relación a los cambios de clima.

P ¿Existe posibilidad que se irradie el pulmón o el corazón?

R Como anteriormente le mencionamos siempre existe riesgo que una pequeña fracción de este haz de irradiación llegue al pulmón o corazón, aunque con las nuevas máquinas y mejores técnicas este riesgo es cada vez menor.

P ¿Cuánto tiempo demora la zona irradiada en recuperar el color y la apariencia normal?

R La recuperación de la integridad y el color de la piel además del aspecto o fibrosis de la mama puede tomar meses o hasta un año o más en recuperarse, el tiempo varía de persona en persona, como también de la asociación con quimioterapia, así que paciencia y mantenga los cuidados hasta que note que está prácticamente normal o similar a la otra mama.

P ¿Cómo será la primera consulta con el médico radio-oncólogo?

R El radio-oncólogo le informará sobre el tratamiento, la examinará y evaluará todos los exámenes radiológicos que usted debe llevar, - mamografía, ecotomografía mamaria o resonancia, TAC etc.-, además de revisar el informe anatomopatológico o biopsia y el informe médico que emitirá su médico tratante.

Este especialista trabaja con un tecnólogo médico que es el profesional que maneja el equipo para entregar según su programa la dosis diaria de radioterapia.

P ¿Cuándo me controlará el médico radioterapeuta?

R Durante el tratamiento de radioterapia, el médico radioterapeuta le hará un control semanal para evaluar su estado general y los efectos locales, recuerde llevar anotadas las preguntas o dudas que tenga que hacer al doctor para evitar que se le olviden.

P ¿Es peligrosa la radioterapia para mi familia?

R La radioterapia indicada para las enfermas con cáncer de mama es realizada en breves sesiones diarias dentro de una sala especial con muros plomados para proteger a las personas que están en los pasillos. Además cuando usted vuelve a su casa no continúa irradiando por lo tanto **NO ES PELIGROSA** para las personas que viven en su casa.

P ¿Es peligroso abrazar a mis niños o a una embarazada?

R Como anteriormente contestamos, usted no estará irradiando permanentemente, así que no tema cuidar o jugar con sus niños y tampoco estar en contacto con una embarazada.

P ¿Qué cuidados debo tener durante la radioterapia?

R Los principales cuidados durante la radioterapia están en relación a los cuidados de la piel, por lo tanto siga las instrucciones de su médico con respecto a:

El baño, si le dan autorización para bañarse, procure que sea una ducha tibia y breve, si su médico la autoriza a usar jabón, prefiere un jabón líquido neutro de glicerina – como para el baño de las guaguas- jabónese suavemente, nunca restriegue ni pase esponjas.

La piel irradiada debe quedar bien seca por lo tanto apoye una toalla

suave idealmente de algodón – puede usar un paño de las guaguas- una y otra vez sobre la superficie sin desplazarlo de un lado hacia otro.

Ropa: Use ropa interior de algodón y de colores claros, si no encuentra un sostén de algodón, póngase una camiseta o polera de algodón y encima el sostén.

El sostén debe quedar justo ni apretado para no provocar dolor ni tampoco suelto porque debe sostener la mama para evitar las lesiones por contacto en el pliegue de la mama.

Idealmente su blusa o polera no debe ser muy escotada y también de colores claros porque el negro no bloquea los rayos solares.

P ¿Qué cosa NUNCA debo hacer durante la radioterapia?

R Siga siempre sólo las recomendaciones que le entrega su médico tratante, pero es bueno que usted sepa que nunca debe poner talco, aceite, harinas o cremas caseras tampoco guateros ni paños fríos sobre la piel irradiada. Informe a su médico acerca de los medicamentos recetados o no que usa habitualmente.

P ¿Qué cuidados debo tener el verano próximo después de irradiarme?

R Esto significa que si usted termina la radioterapia en abril o mayo cuando comience el verano probablemente su piel aún no estará totalmente recuperada, así que le sugerimos que:

Ropa: Procure usar ropa holgada, idealmente de algodón y de colores claros porque bloquean los rayos solares. Además debe postergar las poleras o blusas con los grandes escotes para evitar exponer la piel irradiada al sol.

Bloqueadores: Si usted además necesitó radiación en los linfonodos o ganglios supraclaviculares y/o axilares y nota que a nivel de cuello, hombro o axila todavía tiene la piel enrojecida o de un tono más oscuro, es

preferible que use un bloqueador mayor de 20° o de niño para proteger a lo menos dos veces al día esa zona. Recuerde que aunque usted no se esponga a tomar el sol, usted siempre recibe la radiación ultravioleta. Baño en piscina o mar: Si usted se baña en el mar o en la piscina, puede continuar haciendolo pero teniendo la precaución de lavar la zona con agua y cambiarse de traje de baño o de ropa, evitando el contacto prolongado con la sal o el cloro - del mar y piscina respectivamente-, porque éstos al permanecer en contacto con la piel irradiada pueden irritar, provocar prurito o picazón, que pudieran desencadenar lesiones o pequeñas heridas susceptibles de infección local.

Baños termales: Las aguas termales son generalmente aguas tibias o calientes y ricas en minerales, estas aguas al estar en contacto con la piel irradiada podrían provocar vasodilatación e irritación local e incluso provocar dehiscencia o abertura de la herida operatoria propiamente tal. Por lo tanto le recomendamos evitar los baños en las termas sobre 38 grados de temperatura o bien mojarse sólo desde la cintura hacia abajo.

P ¿Es importante el control periódico con el médico radio-oncólogo?

R Si, una vez que usted termine la radioterapia, su médico le indicará la fecha del próximo control y le informará que de a poco los controles se irán distanciando, pero mínimo una vez al año deberá ser evaluada por su médico.



PREGUNTAS SOBRE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA

P ¿Qué es la quimioterapia?

R La quimioterapia es el nombre que recibe el tratamiento médico basado en el uso de fármacos o remedios para luchar contra el cáncer. Estos fármacos también reciben el nombre de drogas o medicamentos citotóxicos o antineoplásicos, porque tienen como función impedir la reproducción celular o bien destruir las células malignas impidiendo que el tumor siga creciendo.

Estos medicamentos -igual que todos los fármacos o remedios que existen- tienen efectos adversos o no deseados, debido a que matan aquellas células que crecen rápido y no es capaz de diferenciar entre las células que crecen rápido malignas del tumor y aquellas células normales del organismo que también crecen rápido como por ejemplo folículo piloso, mucosas.

Por esta razón es que pudieran presentarse otros efectos que no son los deseados para los cuales hoy en día existen medicamentos y medidas que pueden ayudar a aminorar esos efectos y tolerar mejor el tratamiento.

P ¿Es realmente beneficiosa la quimioterapia?

R Está demostrado que el beneficio de la quimioterapia es mucho mayor que los efectos adversos que usted podría presentar, en otras palabras si el médico le informa que usted debe recibir este tratamiento es porque los estudios basados en la experiencia confirman que las enfermas que recibieron quimioterapia viven más tiempo sana – sobrevida libre de enfermedad- y por mucho más años – sobrevida total- en relación a aquellas mujeres que, debiendo haberlo recibido no fueron tratadas con quimioterapia.

P ¿Por qué la gente teme a la quimioterapia?

R La mayoría de nosotros hemos escuchado una serie de historias y creencias negativas sobre la quimioterapia, lamentablemente siempre se habla más del aspecto negativo y se desconoce que gracias a este tratamiento miles de mujeres en el mundo están vivas y completamente sanas, porque los beneficios sobrepasan con creces los malestares que podrían provocar.

P ¿Todas las enfermas necesitan quimioterapia?

R No todas las enfermas de cáncer de mama necesitan quimioterapia, aquellas que han sido diagnosticadas en etapas tempranas, carcinoma in situ o bien cuando su tumor infiltrante o invasor es menor a 1 centímetro y no tiene compromiso de los linfonodos axilares, estas pacientes no se beneficiarían con la quimioterapia.

Por lo tanto su médico tratante analizará el informe definitivo de la biopsia diferida o lenta y junto a otros antecedentes tales como la edad, presencia o no de otras enfermedades, etc., decidirá si usted se beneficiaría o no con las drogas antineoplásicas. Si el doctor considera necesario, presentará su caso clínico en el Comité Oncológico del hospital, para discutir y definir su mejor opción de tratamiento.

P ¿Qué especialidad es la que se dedica al tratamiento médico de estas enfermedades?

R El oncólogo médico es el médico especializado en el tratamiento médico de las enfermedades oncológicas, generalmente es un médico internista especializado en hemato-oncología.

P ¿Qué es el comité oncológico?

R Es la reunión periódica en que se reúnen un grupo de profesionales médicos especialistas en oncología por ejemplo el cirujano oncólogo el oncólogo médico, radiólogos, anatomopatólogos, cirujanos plásticos, radioterapeutas, ginecólogos, enfermeras, tecnólogos médicos, matronas, etc. para exponer los casos clínicos y discutir la mejor opción de tratamiento de las pacientes. Es una gran oportunidad para las enfermas porque no es sólo el criterio de un médico sino de un grupo de especialistas, los que deciden la mejor opción de tratamiento para usted.

P ¿Cuáles son las drogas utilizadas en cáncer de mama?

R Son varias las drogas oncológicas que se ha demostrado útiles o beneficiosas para el control del cáncer de mama, éstas se agrupan en diferentes protocolos.

Su médico elegirá la mejor terapia para usted.

P ¿Cuáles son las drogas más usadas en cáncer de mama?

R Son varias las drogas usadas en el tratamiento del cáncer de mama, entre ellas Adriamicina, Ciclofosfamida, 5 Fluoruracilo, Metotrexato, Doxotaxol, Paclitaxel, Gemcitabina.

P ¿Por qué me indicaron más de una droga?

R Porque está comprobado que el uso de más de una terapia combinada, potencia el efecto de las mismas, aumentando las probabilidades de destruir o impedir la multiplicación de las células malignas.

P ¿Qué podría sentir yo durante la administración de las drogas?

R Durante la administración usted no debería sentir ningún malestar excepto por el que le ocasionará la punción de su catéter o vena por la cual recibirá el tratamiento indicado. Este tratamiento es normalmente realizado en régimen ambulatorio, es decir usted ingresa por el tiempo de administración de sus medicamentos, más o menos 3 horas y luego puede retirarse a su domicilio. Generalmente la administración se realiza en un box de atención, dónde puede estar cómodamente sentada o recostada en un sillón, atendida por la enfermera de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, quién como primera acción de tratamiento, instalará un suero con los medicamentos antieméticos que previene los vómitos.

P ¿Qué son los efectos adversos de las drogas?

R Los efectos adversos son aquellos efectos no deseados, que provocan los medicamentos. Recuerde que el beneficio de la terapia siempre será mayor que las molestias que pudieran provocarnos.

P ¿Cuál es la Ciclofosfamida?

R La Ciclofosfamida es una droga de color transparente, que actúa impidiendo la duplicación del ADN de las células malignas, por lo tanto impide su multiplicación y el crecimiento de los tumores malignos. Se usa en varios tipos de cáncer y en otras enfermedades de tipo inmunológicas, pero en cáncer de mama siempre se usa en combinación con otras drogas.

P ¿Cuál es la Adriamicina?

R La Adriamicina o Doxorubicina es un medicamento ampliamente usado en el tratamiento contra varios tipos de cáncer desde hace muchos años y es especialmente más usada en el tratamiento del cáncer de mama en el mundo.

Esta droga que pertenece a la familia de las Antraciclinas y que las enfermas identifican por su color rojo-anaranjado, es muy importante porque se ha demostrado en varios estudios científicos, -en que comparan el efecto de esquemas que usan Antraciclinas versus otros esquemas sin Antraciclinas-, que las pacientes que reciben este remedio, viven más años - sobrevida global- y más años sanas -sobrevida libre de enfermedad- que las enfermas que no usaron Adriamicina.

P ¿Cuál es el 5-Fluoruracilo?

R La otra droga que a veces se incluye en el 1er tratamiento de quimioterapia es el 5-Fuoruracilo, esta droga es también conocida como 5-FU y al igual que las otras drogas antes mencionadas, se utiliza en el tratamiento de varios tipos de cáncer.

Su eficacia radica en que se une en forma irreversible a una sustancia necesaria para la división celular, por lo tanto las células malignas - que crecen y se multiplican sin control-, no se pueden multiplicar por lo tanto se detiene el crecimiento del tumor.

P ¿Por qué se producen los efectos adversos (o molestias desagradables)?

R Como ya hemos mencionado las células malignas crecen y se multiplican rápidamente sin ningún control y las drogas oncológicas detectan las células que crecen rápido y actúan impidiendo que se multipliquen y/o provocando la muerte celular.

Nuestro organismo está compuesto por millones de células, las que según su naturaleza y la función que realizan, crecen y se multiplican lento, moderada o rápidamente.

Lamentablemente las drogas no son capaces de identificar o diferenciar, entre las células normales de nuestro organismo de rápido crecimiento y aquellas células malignas del tumor que también crecen y se desarrollan rápidamente.

Entre las células normales que crecen más rápido de nuestro organismo están las células de la médula ósea, las células de la mucosa gastrointestinal y del pelo.

P ¿Cuáles son los efectos adversos más importantes de estas drogas?

R Los efectos adversos producidos por acción de las drogas sobre la mucosa gastrointestinal pueden manifestarse como náuseas, vómitos, diarrea y/o constipación.

En cambio sobre la médula ósea se produce una supresión medular, o sea, una inhibición en la producción de células, entonces puede manifestarse como anemia (por la disminución de los glóbulos rojos), como neutropenia (por la disminución de los glóbulos blancos) y como una tendencia al sangramiento por la escasa producción de plaquetas.

El otro efecto más importante es el efecto sobre los folículos pilosos del cuero cabelludo y las otras zonas del cuerpo, efecto que se manifiesta por la pérdida de vitalidad y caída del pelo y vellos.

Todos estos efectos adversos serán analizados más adelante en forma más detallada.

P ¿Cómo sabe el doctor que drogas debo recibir yo?

R En cáncer de mama existen numerosos y diferentes tratamientos, el médico junto a su equipo decidirá el mejor esquema de quimioterapia para usted.

P ¿Las drogas que se utilizan en un hospital público son las mismas que se usan en las clínicas privadas?

R Sí, la gran mayoría de las drogas oncológicas usadas para las pacientes con cáncer de mama son las mismas, existen algunas variaciones de acuerdo a la farmacia de la institución donde usted se atienda.

P ¿Cómo sabe el doctor cual es la dosis de droga que debo recibir yo?

R La cantidad de droga que usted requiere se calcula de acuerdo a su peso y talla y será la necesaria, para controlar la enfermedad y minimizar los efectos nocivos.

Usted será pesada antes de cada quimioterapia porque el peso podría variar de un ciclo a otro.

P ¿Qué es un ciclo?

R Los médicos utilizan el término de ciclo para referirse al período de tiempo que transcurre entre el 1er día que recibe el tratamiento y los días posteriores hasta el día anterior en que recibirá por segunda vez las drogas.

P ¿Cuántos ciclos debo recibir yo?

R El oncólogo médico decidirá cuantos ciclos debe recibir; usted debe saber que el tratamiento para el cáncer de mama comprende a lo menos 4 ciclos, pero podrían ser más dependiendo de los factores de riesgo y de la etapa en que su enfermedad es diagnosticada.

P ¿Cada cuánto tiempo son los ciclos de quimioterapia?

R Esto depende de la elección de esquema que haya hecho su médico,

puede ser cada 7, cada 14 o cada 7 días..

P ¿La radioterapia puede reemplazar a la quimioterapia?

R No, ningún tratamiento reemplaza a otro, porque cada uno “trabaja” o tiene un rol específico, la radioterapia actúa sólo a nivel local, es decir sobre la mama afectada, para evitar que el tumor vuelva a desarrollarse. En cambio, la quimioterapia circula a través de la sangre por todo el cuerpo, “buscando” por todos los rincones, aquellas células que crecen o se dividen rápidamente, para lograr el control de la enfermedad.

P ¿Por qué podría presentar náuseas y vómitos?

R Tal como fue mencionado anteriormente, las náuseas o vómitos, son producidos por el efecto de las drogas sobre la mucosa gastrointestinal, - que es la capa interna del esófago, estómago e intestinos-, esta capa está compuesta por células que también presentan un crecimiento rápido, por lo que, las drogas oncológicas -que no saben diferenciar cual es la célula maligna-, actúan sobre ellas impidiendo su desarrollo y multiplicación por algunos días.

Por lo tanto, las células de la mucosa que ya han cumplido su ciclo vital, deben ser reemplazadas por nuevas células y éstas como no existen -porque las drogas impidieron su multiplicación y desarrollo-, entonces se inflaman estimulando los receptores de serotonina provocando las náuseas y vómitos.

P ¿Cuándo podría presentar náuseas y vómitos?

R Como usted ya sabe las náuseas son esa sensación desagradable de tener deseos de vomitar que le impide alimentarse y sentirse bien, y los vómitos son la eliminación involuntaria de alimentos y contenidos

gástricos por la boca, causada por contracciones de los músculos del estómago . Ambas situaciones podrían presentarse cuando se recibe una quimioterapia, pero también usted podría presentar sólo náuseas o sólo vómitos.

El hipo es un síntoma que también puede estar presente.

Hoy en día la mayor parte de las pacientes no presentan estos efectos adversos, gracias a que se han desarrollado terapias altamente eficaces para prevenirlos.

Este cuadro si se presenta, suele hacerlo horas después de recibidas las drogas, durante la noche o al amanecer del día siguiente.

P ¿Cómo se llaman los medicamentos contra los vómitos?

R Los medicamentos para prevenir, aliviar o disminuir las náuseas y vómitos se llaman antieméticos, esta área de la farmacología también ha tenido un gran desarrollo, es así como se dispone en el mercado de diversos medicamentos en variadas presentaciones, endovenosa, intramusculares, orales, sublinguales éstas últimas se deshacen en la boca, evitando la necesidad de tomar agua y disminuyendo las probabilidades de vomitarlas, también existen en supositorios cuando la ingesta oral no es posible.

Como usted puede ver el médico tiene una amplia gama de medicamentos a los cuales recurrir para que usted se sienta mejor.

P ¿Cuáles son los medicamentos más usados hoy en día?

R Los medicamentos más usados hoy en día para prevenir, disminuir o eliminar las náuseas o vómitos se podría clasificar, según su función como:

Medicamentos que aumentan el peristaltismo (movilidad estómago e

intestino):

Estos medicamento aumenta la motilidad gástrica, aumentando la velocidad del vaciamiento gástrico y disminuyendo las probabilidades de reflujo y por consiguiente las probabilidades de náuseas y vómitos. Se pueden tomar 2 a 3 veces al día inmediatamente antes de las comidas o bien por horario. Entre estos medicamentos se encuentran Metoclopramida, Domperidona, que se encuentran en el mercado con los siguientes nombres: Metoclopramida, Idon, Itán, Domegol, etc.

Medicamentos que disminuyen la acidez estomacal:

Estos medicamentos actúan a nivel de la mucosa gástrica inhibiendo la cantidad de secreción de ácido clorhídrico, al disminuir esta secreción ácida, se protege el estómago y se disminuye también las probabilidades de reflujo, náuseas y vómitos.

Se recomienda tomar estos medicamentos una vez al día idealmente en la noche alrededor de las 20.00 hrs., en esta categoría están Famotidina, Omeprazol, Esoprazol, Lanzoprazol, etc.

Medicamentos que disminuyen la inflamación de la mucosa.

Existen unos medicamentos llamados corticoides o antiinflamatorios esteroidales que aunque se desconoce su mecanismo de acción, actúan potenciando o aumentando el efecto de los otros medicamentos usados, siendo hoy en día considerados muy importante en el tratamiento contra los vómitos. Ejemplo: Dexametasona, Prednisona, Meticorten, etc

Medicamentos que disminuyen las náuseas y vómitos:

Existe un buen medicamento de bajo costo llamado Torecán, que actúa a nivel del centro del vómito impidiendo las náuseas y vómitos y que puede ser administrado por varias vías (rectal, oral y endovenosa). En presencia de vómitos la vía rectal es ampliamente usada.

Medicamentos más eficaces

Sin duda que hoy en día los medicamentos más eficaces o más potentes para el control de las náuseas y vómitos producida por la quimioterapia, son aquellos que producen el bloqueo de receptores serotoninérgicos HT3, conocidos como Ondansetrón (IzofránR), Tropisetron (NavobanR) y Granisetron (KytrilR), estos medicamentos son administrados por vía endovenosa antes de comenzar con la administración de las drogas y usted los reconocerá, porque es la primera infusión que instala la enfermera y lo administra en un matraz de suero más pequeña comparada con los matraces en que se diluyen las drogas oncológicas. Estos medicamentos son indicados por vía oral para los días siguientes en su casa y podrían causar dolor de cabeza o cefalea.

La combinación ondansetrón/dexametasona proporciona la potencia antiemética más alta en la actualidad.

Otros medicamentos que podrían indicarle para ayudar al control de las náuseas y vómitos, son algunos tranquilizantes que contribuyen a disminuir la angustia y sentirse más tranquila, estos son: Diazepam o Lorazepam

El médico decidirá cuál es el medicamento más apropiado para que usted lo tome en casa. No dude en informarle cual fue el efecto para que en los ciclos posteriores haga los cambios necesario.

Existen otras alternativas que pueden ayudar en este aspecto y que usted debe considerar, porque es indiscutible su aporte en el control de los efectos secundarios de las drogas oncológicas, como técnicas de relajación, reiki o flores de Bach que se enseñan y ofrecen en nuestra corporación Yo Mujer.

P ¿Ahora las enfermas vomitan más o menos que antes?

R Hoy en día la probabilidad de presentar vómitos es mucho menor que

antes, porque existen una serie de medicamentos que trabajan a nivel de una enzima que inhibe directamente el centro del vómito, logrando disminuir las náuseas y vómitos aunque no las hace desaparecer del todo. Hace muchos años atrás no existían estos remedios llamados inhibidores de la serotonina – Ondasentrón, Tropisentrón y Granisetrón, etc., por lo que las enfermas presentaban 10, 15 o más vómitos en el día, por ello la quimioterapia no podía ser ambulatoria y las enfermas se hospitalizaban para evitar la deshidratación y sus riesgos, y eran dadas de alta una vez que los vómitos desaparecían y lograban alimentarse bien.

Estos medicamentos son administrados en cada quimioterapia, antes de iniciar las drogas y serán indicados para la casa por vía oral por los siguientes 3 a 5 días.

Usted no tema preguntar al médico qué le prescribirá para prevenir y controlar las náuseas y los vómitos y cómo, cuándo y con qué frecuencia debe tomar estos medicamentos, pregunte también que otro medicamento como alternativa podría usted usar.

Como puede ver, hay muchos medicamentos disponibles que su médico puede prescribir para controlar estos síntomas.

Recuerde que mientras más tranquila vuelva a casa será todo mejor para usted.

P ¿Qué puedo hacer para evitar las náuseas y vómitos?

R Además de los medicamentos, existen varias medidas que usted puede adoptar los primeros 3 a 5 días después de recibida la quimioterapia, para evitar las náuseas y vómitos, estas medidas se detallan a continuación:

En relación a los alimentos:

1. Coma fraccionado, porque al tener la mucosa gástrica inflamada se verá mermada también la capacidad gástrica y requerirá de cantidades menores de alimentos para saciarse. Al mismo tiempo si usted come la

- misma cantidad que acostumbraba, sentirá su estómago “pesado” como incómodo lo que podría provocarle las náuseas y vómitos.
2. Coma y beba lentamente, cuando se come y bebe más lento sentirá más pronto la sensación de saciedad y bienestar, evitando así comer en exceso.
 3. Evite alimentos irritantes, usted puede comer casi de todos los alimentos evitando los condimentos, las frituras y las comidas excesivamente aliñadas.
 4. Evite comidas muy dulces porque pueden ser muy relajantes y provocar náuseas, prefiera todo medianamente endulzado.
 5. Evite alimentos fritos, especialmente cocinados fuera del hogar, estos días es preferible consumir alimentos más sanos evitando las frituras que puedan provocar acidez y un malestar adicional al provocado por la quimioterapia.
 6. Evite alimentos calientes, prefiera alimentos tibios a fríos porque al estar la mucosa gástrica inflamada los alimentos calientes provocarán más inflamación y más molestias pudiendo desencadenar los vómitos.
 7. Evite los alimentos lácteos durante estos días especialmente de noche, porque la leche demora más horas en digerirse en el estómago, produciendo cierta acidez y desagrado.
 8. Prefiera los alimentos fríos y frescos, especialmente frutas y verduras frescas, siempre muy bien lavados aunque se las sirva sin piel o peladas. En cuanto a las ensaladas, éstas deben ser suavemente aliñados con poca sal, poco aceite y la menor cantidad de vinagre o limón posible.
 9. Mastique bien los alimentos, porque los alimentos bien triturados serán más fácilmente digeribles en el estómago.
 10. Beba líquidos fríos o bien chupe hielo durante la quimioterapia y los días posteriores porque ayudará a desinflamar la mucosa gástrica disminuyendo también los malestares y las posibilidades de vomitar.
 11. Tome abundantes líquidos durante el día, usted debe tomar mínimo 8 vasos de líquidos, distribuidos especialmente en la mañana, a mediodía

y hasta media tarde, evitando tomar después de las 19:00 hrs, para no despertar en la noche a orinar. Recuerde que al beber más cantidad de líquidos, compensará el líquido perdido en caso de vómitos y protegerá a los riñones y vejiga porque las drogas circularán más diluidas al momento de ser eliminadas del organismo, disminuyendo las probabilidades de causar daño renal.

12. Prefiera comer alimentos secos o sólidos cuando está con sensación nauseosa, tales como tostadas o galletas con mermelada, arroz o tallarines, en vez de ingerir alimentos líquidos que son más fáciles de devolver o vomitar.

13. Prefiera las comidas más livianas, evite las comidas pesadas o con alto contenido de grasas el día anterior y los 3 a 5 días después de recibir la quimioterapia. Esta instancia puede ser una gran oportunidad para cambiar su dieta habitual a hábitos de alimentación más saludables.

14. Si usted gusta del café, evite tomar en exceso porque aumentará la acidez estomacal, lo mismo el alcohol, es posible beber una copa de vino al almuerzo pero no estos primeros días después de la quimioterapia.

15. Procure que la última comida de la noche sea de menor cantidad y más liviana, además procure comer más temprano a lo menos 3 horas antes de irse a la cama.

En relación a los horarios de comida:

En cuanto al horario de comida es importante que siga estos consejos:

1. Usted debe hacerse un horario de comida, idealmente comer cada 2 a 3 horas evitando dejar pasar 4 o más horas-, porque al tener el estómago vacío, la mucosa inflamada estará en contacto directo con el jugo gástrico, cuya acidez provocará o aumentará la sensación de fatiga y náuseas.

2. Evite comer con demasiada hambre porque usted comerá más cantidad y sobrecargará su estómago, aumentando las probabilidades de náuseas y vómitos.

3. Procure sentarse a la mesa en los horarios de comida, evitando comer

acostada, incómoda con una bandeja sobre el abdomen.

4. Recuerde que la última comida del día debe ser más temprano y menos abundante que todas, para poder dormir mejor y tener menos probabilidades de vomitar.

En relación al reposo y sueño:

1. Si usted está con náuseas es preferible mantenerse sentada o semisentada porque si permanece tendida en la cama es más probable que aumente el malestar o que vomite.

2. Si desea dormir siesta después de almuerzo, espere unos minutos sentada antes de recostarse o bien tiéndase semisentada para evitar el reflujo y las náuseas.

3. Quizás un vestuario cómodo más bien holgado, puede ayudar a sentirse mejor.

4. Procure que la última comida del día sea más temprano, - deje pasar a lo menos 2 horas antes de irse a la cama-, para evitar acostarse con el estómago lleno, lo que aumentará las probabilidades de vomitar.

5. Respire profunda y lentamente si siente náuseas y acomódese lo más sentada posible hasta que las molestias cedan.

En relación a los olores:

1. El sentido del olfato se agudiza con la quimioterapia por lo tanto aquellos olores que antes pasaban desapercibidos, ahora pudieran provocarle algún malestar, por lo tanto:

2. Evite cocinar aquellos alimentos que expelen olores fuertes durante la cocción.

3. Si usted va a cocinar procure mantener la casa bien ventilada especialmente la cocina, si tiene una campana de extracción mejor todavía porque de lo contrario terminará fastidiada con el olor, lo que acabaría con el apetito o podría provocar náuseas o vómitos.

4. Otra opción es que, después de cocinar salga a tomar aire fresco al patio o a dar un paseo por el barrio.
5. Si usted tiene quien le cocine opte por salir a dar un paseo por el barrio, para evitar sentir el permanente olor de la comida.
6. Otra opción es cocinar el día anterior, guardarla en el refrigerador y al otro día sólo calentar la comida.
7. Prefiera comer platos fríos porque expelen menos olor que las comidas calientes.
8. Evite preparar bandejas con los alimentos a servir, porque la mezcla de olores podría desencadenar náuseas.
9. Relájese al momento de comer, ideal es compartir en la mesa con su familia y conversar de otros temas para distraerse, o si está sola, escuche música o mire la televisión así evitará estar pensando en el olor de la comida, en la quimioterapia y en los posibles vómitos.

En relación a los medicamentos contra los vómitos

1. El día que usted recibe la quimioterapia, también recibirá antes de comenzar con las drogas un suero más pequeño con los medicamentos antieméticos.
2. Estos mismos remedios o algunos con similar función, - pero en forma de pastillas o cápsulas para tomar por la boca o bien en forma de supositorios para la administración rectal-, le indicará su doctor para los siguientes días en su casa.
3. Estos medicamentos deben ser tomados por horario según la indicación médica, esto significa que:
Si es cada 6 horas, los horarios ideales serían:
07:00 - 13:00 - 19:00 - 01:00 generalmente se adelantan a las 24 hrs.
Si es cada 8 horas, ideal es en los siguientes horarios:
07:00 - 15:00 y 23:00 hrs
08:00 - 16:00 Y 24:00 hrs.
Si es cada 12 horas, prefiera los siguientes horarios

08:00 – 20:00 hrs.

09:00 – 21:00 hrs.

4. Si en cambio su médico le indica tomar el remedio una vez al día, prefiera tomarlo en alguna hora de comida, porque con el estómago vacío, la mucosa en contacto con el jugo gástrico, puede estar más propensa a las náuseas y vómitos, que a otra hora del día.

5. Recuerde que siempre es mejor tomar los medicamentos por horario aunque no sienta náuseas ni presente vómitos. En otras palabras, no espere tener vómitos para tomar los medicamentos, porque podría devolverlos inmediatamente, por ello siempre es ideal tomarlos a la hora correspondiente, antes de comenzar con los vómitos.

6. En todo caso, si usted tomó el medicamento y lo vomitó, no intente tomar otro inmediatamente, sino por el contrario espere por lo menos 30 a 60 minutos y vuelva a tomar otra pastilla pero con poca agua fría, evitando ingerir alimentos por unos 30 minutos como mínimo, para no estimular los vómitos.

7. Si en cambio, usted tomó el medicamento y después de 30 minutos o más presentó vómitos, no vuelva a repetir el medicamento – porque en gran medida ya fue absorbido en el estómago-, sino que enjuague la boca y acomódese lo más sentada posible hasta esperar que las náuseas cedan.

8. Usted podría probar si las náuseas o vómitos ya pasaron, intentando realimentarse gradualmente, de a poco, comenzando con cucharaditas de agua fría, cada 10 minutos, luego sorbos de agua o bien cucharaditas de cualquier helado al agua cada 10 a 15 minutos y si no vuelve a vomitar puede ir acrecentando la cantidad, pero siempre paulatinamente de 2 cucharadas, luego 4 cucharaditas, las que si son bien toleradas se aumentarán a 6 en los próximos 10 a 15 minutos, etc.

9. Porque de lo contrario, si usted ingiere cantidades más grandes de una vez, tiene más probabilidades de desencadenar las náuseas y vómitos nuevamente.

P ¿Cómo debo alimentarme el día de la quimioterapia?

R El mismo día de su tratamiento usted debe desayunar bien pero algo más liviano como por ejemplo té con tostadas con mermelada o con miel, o con jamón o un café menos cargado cortado con leche descremada o con poca leche, si está acostumbrada a comer fruta o a tomar jugo de fruta o a comer cereales con yogurt lo puede hacer pero siempre en cantidad moderada.

Idealmente no comer huevos fritos, ni demasiados lácteos, ni más de 1 pan, para no recargar mucho el estómago.

Durante el día prefiera almorzar platos más sólidos que las sopas, idealmente arroz, tallarines o puré con carne, pollo o pescado a la plancha o al jugo, de postre puede ser jalea o helado al agua o simplemente una fruta.

Recuerde que debe ingerir abundantes líquidos fríos o tibios pero NUNCA CALIENTES, puede también chupar helados de agua, o caramelos suaves idealmente de fruta que es más suave que los de menta.

Lleve una colación para comer por si se atrasa, puede ser un sándwich o unas galletas o una fruta que pueda comer antes de llegar a su casa si es que ya han pasado más de 3 horas sin alimentación, recuerde que debe evitar mantener el estómago vacío.

Una vez que llegue a su hogar, prepare una comida liviana y continúe con la ingesta de abundante líquidos, ideal es mantener un registro con la cantidad de líquidos que ha ido bebiendo porque a veces parece que ha bebido mucho y la realidad confirma que apenas son 2 o 3 vasos.

Al mismo tiempo, se recomienda medir los líquidos ingeridos con los tazones, porque estos tazones que existen en la mayoría de los hogares chilenos, tienen una capacidad de 250 ml o más, entonces si el doctor le indicó tomar mínimo 2 litros de líquidos al día, significa que debería beber 8 tazones en total, sin olvidar contabilizar el té y las sopas.

P ¿Cuándo debería llamar al médico o irme al hospital?

R Usted debería buscar ayuda, si:

1. Si continúa con náuseas y vómitos a pesar de haber tomado los medicamentos en la dosis y el horario que el médico le indicó.
2. Las náuseas han afectado su capacidad de comer durante todo el día.
3. Los episodios de vómitos son persistentes y con una frecuencia horaria que suman 6 o más a pesar de haber tomado los medicamentos y adoptado todas las medidas anteriormente señaladas.
4. Cuando además de los vómitos, presenta dolor abdominal permanente o en aumento o bien presenta aumento de volumen abdominal.
5. Cuando además de los vómitos, usted está con malestar general, calofríos y temperatura sobre 37°C o bien presenta fiebre sobre 38°C porque las náuseas y los vómitos también pueden ser causados por afecciones médicas u otras enfermedades no relacionadas con la quimioterapia.

P ¿Por qué después de la quimioterapia no dan ganas de comer?

R Efectivamente después de la quimioterapia, experimentará una sensación de llene, similar a cuando ha comido en exceso o ha hecho algún “desarreglo”. Sentirá el estómago delicado, con pocas ganas de comer o sólo con ganas de comer “algo livianito”

Por lo tanto, no se sobreexiga tratando de comer normalmente porque puede vomitar, tampoco deje de ingerir por un periodo mayor a 3 horas, porque podría sentir fatiga o acidez y desencadenar las náuseas y vómitos.

P ¿Qué hago si no tengo ganas de comer?

R Coma aquellos alimentos que siempre le han agradado, procurando seguir las instrucciones anteriores, o busque nuevas alternativas para

probar otros sabores.

Si gusta de cosas dulces prepárese un merengue de postre o si tiene deseos de comer un dulce o calugas prefiera algo más sano como merengues al horno.

En fin, recuerde que usted puede comer arroz, puré tallarines blancos o papas cocidas con carne a la plancha o al jugo, pescado, etc, en otras palabras usted no necesita comer sólo esa típica sopa de sémola que comían antes los enfermos, sino que aproveche de regalarse y si es posible darse un gusto para su bienestar.

Si no tiene deseos de comer no se exija y pruebe a comer en un rato más, evitando siempre dejar el estómago vacío por períodos prolongados.

P ¿Por qué podría yo tener diarrea o estitiquez después de la quimioterapia?

R Tal como fue mencionado anteriormente, los cuadros de diarrea o de constipación o estitiquez, son producidos por el efecto de las drogas sobre la mucosa gastrointestinal, capa interna del esófago, estómago e intestinos. Esta capa está compuesta por células que también presentan un crecimiento rápido, por lo que, las drogas oncológicas actúan sobre ellas, impidiendo su multiplicación y desarrollo por algunos días, evitando el reemplazo de las células inflamadas y afectando la motilidad intestinal.

P ¿Qué puedo comer si tengo diarrea?

R Si usted presenta deposiciones diarreicas, – deposiciones líquidas y más frecuentes (más de 5 al día)-, usted debe procurar:

1. Comenzar una dieta liviana, lo que significa comer alimentos más livianos por ejemplo tallarines blancos, arroz, jalea, chuño, merengue, etc.
2. Coma sopa o cazuela de carne o pollo pero sin la grasa o el cuero, con

arroz, fideos o sémola pero debe servirla tibia NUNCA CALIENTE.

3. Beba ABUNDANTES LÍQUIDOS, sopas, té, infusiones de yerbas idealmente manzanilla o menta, jugos en polvo preparados idealmente en agua hervida fría. Recuerde que el mayor riesgo de tener diarrea es la DESHIDRATACIÓN, por lo tanto usted debería procurar tomar un o dos tazones de líquido por cada deposición diarreica que presente.

4. Se recomienda evitar las bebidas gaseosas, pero si usted desea tomar bebidas, se sugieren las bebidas de color claro porque las bebidas “colas”, tienen un pH más ácido y podrían aumentarle las náuseas y vómitos. Además debe beberlas sin gas, por lo tanto usted debe eliminarlo agregando una cucharadita de azúcar o revolviendo bien por unos minutos..

5. Elimine las grasas, las frituras, margarinas y aceite.

6. Evite los alimentos lácteos, no tome leche ni coma yogurt ni quesillos, tampoco los preparados llamados uno al día.

7. Evite las verduras verdes, la única verdura que usted podría comer durante estos días sería zanahoria cocida sin aliños.

8. Evite las frutas por estos días, la única fruta que usted podría comer sería manzana sin cáscara, rallada y dejada reposar hasta poner de color café, este postre lo podría mezclar con un merengue.

P ¿Qué otros cuidados debo tener si estoy con diarrea?

R 1. Descanse y relájese porque ya sabe que es probable presentar diarrea estos días, y si usted sigue una dieta liviana, lo más probable es que este cuadro pase pronto.

2. Se recomienda llevar un registro de las deposiciones diarreicas presentadas durante el día, porque la memoria es muy frágil y usted podría confundirse. O bien, pida a un familiar que le ayude a llevar la cuenta, porque este dato será importante para confirmar que su dieta está surtiendo efecto o para informar al doctor en caso que requiera atención

médica de urgencia.

3. Si siente malestar general o calofríos, controle su temperatura para descartar fiebre.
4. Procure realizar un aseo genital después de cada evacuación, con abundante agua tibia casi fría, idealmente con la ducha teléfono o con un jarro de agua,- nunca con agua detenida-, para evitar dejar restos de deposiciones en la región perianal.
5. Procure secar suavemente la zona perianal después del lavado genital, para ello use un papel higiénico suave o bien seque suavemente sin presionar porque la zona puede estar inflamada y muy delicada con tantas deposiciones.
6. Observe siempre sus deposiciones, mire la consistencia, el olor y especialmente el color.

P ¿Cuándo debo consultar al médico?

- R** 1. Cuando la frecuencia de las deposiciones diarreicas se mantienen o aumentan a pesar de su dieta.
2. Cuando las deposiciones diarreicas aparecen con un fuerte olor o presenta estrías o manchas de sangre.
 3. Cuando la diarrea se acompaña con distensión y/o con intenso dolor abdominal.
 4. Cuando la diarrea se acompaña de fiebre mayor a 38°C
 5. Cuando siente un mayor compromiso del estado general que le impide alimentarse o estar de pie.

P ¿Por qué podría no hacer deposiciones normalmente?

- R** Usted podría estreñirse o tener dificultades para el al baño por:
1. El efecto de las drogas recibidas.
 2. Falta de actividad física porque si usted no se mueve y pasa recostada

o sentada el intestino tampoco se mueve y las deposiciones tienen más dificultad para movilizarse.

3. Falta de líquidos, muchas pacientes no acostumbran tomar líquidos y olvidan que el médico y enfermera les indicaron tomar a lo menos 2 litros de líquidos al día.

4. Escasa ingesta de alimentos ricos en fibra que ayudan a la digestión.

P ¿Qué podría sentir cuando estoy constipada?

R Usted producto de la constipación podría:

1. Sentirse hinchada o con el abdomen inflado.
2. Eliminar gases por la boca a repetición.
3. Eliminar gases por el ano.
4. Sentir dolor abdominal tipo retortijones.
5. Sentir sensación de reflujo y náuseas.
6. Presión en la región rectal que provoca incomodidad.
7. Dolor al defecar por las heces muy duras.
8. Aparición o reactivación de hemorroides.

P ¿Qué debo hacer si estoy estílica o constipada?

R Como ya dijimos la otra posibilidad es que siendo usted una persona que va diariamente, o día por medio al baño, de pronto comience a sentir dificultad para defecar o presente escasas deposiciones duras durante 3 o más días. Cuando ello ocurra le sugerimos:

1. Coma alimentos ricos en residuos tales como, acelga, espinacas, lechuga, frutas con cáscara bien lavadas como manzanas, ciruelas, duraznos, etc.
2. Coma frutas que estimulen la ida al baño, entre ellos las ciruelas, el kiwi, los duraznos, etc.
3. Evite los alimentos que provocan gases y retortijones porque se va a

sentir peor, por ejemplo porotos, lentejas, garbanzos, apio, alcachofas, pera, etc.

4. Procure tomar abundantes líquidos, especialmente líquidos tibios, para estimular el descenso de las duras deposiciones.
5. Camine por su casa o por el barrio porque el reposo incide en la estitiquez, si usted está en reposo el intestino tampoco se mueve por lo tanto las deposiciones tampoco descienden.
6. Si es posible haga algunos ejercicios como andar en bicicleta, si no puede simule estando acostada mueva las piernas como imitando andar en bicicleta.
7. Otra cosa que pudiera ayudarle es ponerse en cuclillas o sentarse en una bacinica.

P ¿Cuándo debo consultar al médico?

- R** 1. Cuando han pasado 3 o más días sin obrar.
2. Cuando el malestar por no ir al baño le impide alimentarse adecuadamente.
3. Cuando el malestar por no ir al baño le impide dormir adecuadamente.
4. Cuando el esfuerzo por obrar o defecar le produce gran dolor.
5. Cuando el esfuerzo por obrar o defecar le produce reactivación de hemorroides.
6. Cuando desea solicitar al médico que le indique un laxante.
7. Cuando ha eliminado deposiciones con sangre.
8. Cuando presenta fiebre mayor de 38°C sin causa aparente.

P ¿Qué es la médula ósea?

R La médula ósea es el tejido blando de color rojizo que se encuentra dentro del hueco central de algunos huesos importantes tales como , el esternón (hueso que está en el medio del pecho), la pelvis (hueso de la

cadera) y el fémur (hueso largo de la parte superior de las piernas), etc. En esta médula ósea están unas células madres, que al multiplicarse, se diferencian formando los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas, todas células muy importante para nuestra salud.

Estas células son vertidas a la sangre y trabajan arduamente ya sea transportando el oxígeno – los glóbulos rojos- a todas partes del cuerpo, defendiendo al organismo de agentes externos que causan infecciones – los glóbulos blancos- y las células que regulan la coagulación adecuada para nuestro diario vivir llamadas plaquetas.

P ¿Por qué se afectan las células de la médula ósea?

R Como le señalamos anteriormente las células que se forman y desarrollan en la médula ósea lo hacen tan rápidamente, que al contacto con las drogas oncológicas, también sufren el efecto ya sea impidiendo su multiplicación, su desarrollo o simplemente muriendo, lo que se denomina mielo supresión porque se suprime la producción normal de estas células.

P ¿Qué me puede pasar si estas células no se producen normalmente?

R Al impedir su multiplicación y desarrollo estas células llamadas glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas no llegan o llegan en menor cantidad que la cantidad normal y necesaria al torrente sanguíneo o a la sangre, provocando síntomas de anemia, riesgo de infección y riesgo de sangramiento.

P ¿Por qué me podría dar anemia?

R Porque en la sangre existe menor cantidad de glóbulos rojos circulando, a veces esta menor cantidad es ligeramente más baja que la cantidad

normal, lo que podría pasar inadvertida por usted.

Otras veces la disminución puede ser mayor y el médico indicará algunos cuidados, como reforzar la alimentación, esperar una semana para el otro ciclo de quimioterapia, confirmando con un nuevo examen de sangre que está dentro del rango normal. Muy pocas veces la disminución puede ser más importante, como para ser necesaria una transfusión de glóbulos rojos.

P ¿Cómo se mide la cantidad de glóbulos rojos?

R El examen para analizar los glóbulos rojos que circulan en la sangre se denomina Hemograma, este examen permite medir la cantidad y las características de los glóbulos rojos, de los glóbulos blancos y plaquetas. La cantidad de glóbulos rojos se mide en millones por milímetro cúbico de sangre y el valor varía según el sexo siendo ligeramente inferior la cantidad de glóbulos rojos en las mujeres que en los hombres.

Valor Normal Glóbulos Rojos:

Hombres: 4,5 a 5 millones por cada mm³.

Mujeres: 4 a 4,5 millones por cada mm³.

El hemograma permite conocer además dos parámetros que son muy considerados en el momento de la evaluación médica, estos son el hematocrito y la hemoglobina.

El hematocrito que es el porcentaje del total de sangre circulante que es ocupado por los glóbulos rojos, este valor normal también varía según el sexo.

Valor Normal Hematocrito:

Hombres: de 40.7 a 50.3 %

Mujeres: de 36.1 a 44.3 %

La concentración de Hemoglobina, que es la proteína presente en los glóbulos rojos encargada de transportar el oxígeno y el dióxido de carbono desde y hacia los pulmones y las células de los tejidos del cuerpo y

cuyos valores normales son:

Mujeres 12.3 - 15.3 g/dL

Hombres 14.0 - 17.5 g/dL

Nota: mg/dL = miligramos por decilitro.

Los rangos de los valores normales de los exámenes pueden variar ligeramente entre los diferentes laboratorios, su médico evaluará el resultado según el valor normal del laboratorio en que usted se tomó el examen.

P ¿Este examen requiere alguna preparación especial?

R Para tomarse este examen, usted no necesita ir en ayuno ni requiere alguna preparación especial y consiste en una punción no dolorosa, para extraer una pequeña cantidad de sangre de una vena del pliegue del codo o del dorso de la mano, recuerde que la punción SIEMPRE debe ser en el BRAZO CONTRARIO a la mama afectada (en caso de haber sido extirpado algunos ganglios de la axila).

Nota: Aunque usted tenga instalado un catéter subcutáneo, estos exámenes deben ser tomados de una vena periférica del brazo o de la mano contralateral al cáncer mamario.

P ¿Cuánto tiempo se demora el resultado del hemograma?

R El resultado de este examen generalmente está durante el día o de un día para otro dependiendo del laboratorio u hospital en que usted se atiende, su médico o enfermera le informará a usted que día le corresponde ir a tomárselo, lo que generalmente coincide con los días previos a la próxima quimioterapia, aunque también podría ser solicitado antes si el médico lo estima necesario.

P ¿Cuándo podría sentirme más anémica?

R Generalmente usted podría presentar los síntomas de anemia, después del tercer ciclo de quimioterapia cuando se hace evidente la baja de los glóbulos rojos.

P ¿Qué puedo sentir cuando estoy anémica?

R Aunque mayoría de las pacientes con quimioterapia tiene algún grado de anemia, no todas las enfermas perciben igual o presentan los mismos síntomas. Hay algunas personas que refieren sentir poco ánimo para hacer los quehaceres de la casa, otras refieren “andar con mucho sueño”, algunas “sin ánimo ni para levantarse”, otras pueden sentir más frío que el habitual, otras falta de concentración o de memoria, otras sensación de mareo al levantarse y ponerse de pie bruscamente, falta de aire al subir las escaleras o al caminar mucho, etc.

Ni usted ni nosotros sabemos lo que va a sentir e incluso durante cada ciclo usted podría experimentar diferentes síntomas y en un ciclo podría sentirse peor o mejor que el ciclo anterior.

Estos síntomas se producen porque la función de los glóbulos rojos es la de transportar oxígeno a los tejidos del cuerpo. Sin un número adecuado de glóbulos rojos, no se puede satisfacer eficazmente la necesidad que el cuerpo tiene de recibir oxígeno, entonces los tejidos no logran funcionar a plenitud y usted podría experimentar una sensación de malestar.

P ¿Yo podría hacer algo para evitar la anemia?

R Usted no podría hacer nada para evitar que la cantidad de glóbulos rojos en la sangre, disminuyan por el efecto de las drogas oncológicas, pero lo que sí podría hacer es procurar mantener una alimentación saludable, más rica en hierro, ácido fólico, aminoácidos y vitaminas B6, B12

y Vitamina C, porque son todos componentes importantes para el desarrollo y maduración de los glóbulos rojos.

P ¿Y qué alimentos me podrían ayudar?

R Los alimentos que tienen estos componentes son aquellos vegetales de hojas verdes, tales como acelga, espinacas, alcachofas, lechugas, etc., además los huevos, las frutas especialmente las frutas cítricas como naranjas, mandarinas, kiwi, etc. y las legumbres como porotos, lentejas, garbanzos, etc. además de las carnes rojas.

P ¿Qué otras medidas me podrían ayudar a sentir mejor?

- R** 1. Como es probable que sienta más sueño, prográmesese para levantarse más tarde o bien para acostarse más temprano, o si es posible toma una siesta aunque sea breve le va ayudar.
2. No se sobreexiga en los quehaceres de su hogar, estos días haga sólo lo estrictamente necesario, evite aseos profundos como trapear, encerar o limpiar vidrios porque podría sentirse más cansada y fatigada.
3. Evite situaciones de riesgo como subir una escalera para ordenar el closet, limpiar o sacar algo del techo porque podría marearse.
4. Siéntese al borde de la cama por unos segundos, muévase lentamente antes de levantarse.
5. Si siente una fatiga anormal que impide la alimentación llame al médico o solicite que la acompañen al hospital, porque a veces su médico puede estimar necesario indicarle un medicamento o suplemento para combatir la anemia.
6. Si siente gran fatiga y al poner el termómetro le marca fiebre - temperatura igual o superior a 38°C- , debe tomar Paracetamol y llamar al médico o ser llevada al hospital, para hacer análisis y descartar un cuadro infeccioso.

P ¿Cuándo debería recuperarme?

R Generalmente los glóbulos rojos, se recuperan alrededor del día 12 al 14 del ciclo o sea, al terminar la segunda semana, aunque a veces esta recuperación podría demorar un poco más

Por tal razón su médico solicitará un hemograma antes de iniciar el siguiente ciclo, para confirmar que sus glóbulos rojos están dentro del rango normal.

P ¿Por qué podrían bajarme las defensas?

R Las defensas de nuestro organismo están constituidas por un grupo de células que se forman y desarrollan en la médula ósea, estas células se denominada glóbulos blancos que , al igual que los glóbulos rojos y plaquetas, crecen y se multiplican rápidamente similar a las células tumorales, por lo tanto también se ven afectadas durante el tratamiento de quimioterapia.

P ¿Son importantes los glóbulos blancos?

R Efectivamente los glóbulos blancos son células muy importantes para la vida porque al circular libremente por todo el cuerpo buscan y capturan los agentes y sustancias extrañas a nuestro organismo, impidiendo que nos provoquen daño o enfermedad.

Existen varios tipos de glóbulos blancos tales como neutrófilos, linfocitos, macrófagos, etc.

P ¿Cuál es el número normal de glóbulos blancos en la sangre?

R Los valores normales de glóbulos blancos en la sangre, varían de un laboratorio a otro, siendo el recuento normal;

Glóbulos Blancos: 4.500 a 10.000 x mm³

RAN (Recuento absoluto de neutrófilos): 55% a 70 % equivalente a 2.500 a 8.000 neutrófilos por mm³.

P ¿Cómo actúan los glóbulos blancos?

R Una vez que los glóbulos blancos localizan y capturan a las bacterias, hongos o sustancias extrañas a nuestro organismo, se adhieren a ellos y ayudados con una sustancia tóxica que producen, matan y digieren a “estos enemigos”, provocando una reacción inflamatoria en el área afectada. Si esta área está en la piel usted lo podrá notar porque la zona se enrojecerá y podría presentar hinchazón y calor local.

P ¿Cuáles glóbulos blancos son más importantes para nuestra salud?

R Todos los glóbulos blancos son importante, pero sin embargo los neutrófilos son los glóbulos blancos más importante porque constituyen la principal arma de defensa de nuestro organismo contra las bacterias y hongos.

Normalmente los neutrófilos son los glóbulos blancos más numerosos que circulan por nuestra sangre, así que cuando la quimioterapia afecta la médula ósea, suele manifestarse con la disminución de los neutrófilos circulantes en el torrente sanguíneo.

Por lo tanto, usted podría estar más propensa a adquirir alguna infección.

P ¿Qué es la neutropenia?

R La leucopenia es el nombre científico que recibe la disminución de glóbulos blancos, y la neutropenia es el término médico usado para referirse a la disminución de los neutrófilos circulantes en la sangre. Dado que los neutrófilos constituyen más del 70 % del total de glóbulos

blancos, al disminuir los glóbulos blancos habitualmente disminuyen también los neutrófilos.

El grado de neutropenia aún con el mismo tratamiento, puede variar de una persona a otra e incluso, en una misma paciente la neutropenia podría ser ínfima en un ciclo y en el siguiente presentar una neutropenia mayor.

Entonces, cuando la cantidad de neutrófilos cae por debajo de 1.000 por microlitro, se incrementa en cierta medida el riesgo de infección, y cuando cae por debajo de los 500 neutrófilos por microlitro, el riesgo de infección aumenta notablemente.

Sin la defensa fundamental que constituyen los neutrófilos, cualquier infección no tratada podría ser grave.

P ¿Cuándo podrían bajarme las defensas?

R La disminución de los glóbulos blancos o neutropenia comienza generalmente el día 7 o a la semana después de recibir la quimioterapia y podría mantenerse hasta el día 12 a 14 del ciclo e incluso demorar más días para recuperar los niveles normales de neutrófilos.

P ¿Qué podría sentir yo cuando estoy en neutropenia?

R Las personas que padecen neutropenia leve, generalmente no presentan síntomas ni requieren tratamiento alguno, pero algunas pacientes podrían sentirse poco animada para hacer los quehaceres de la casa, con poco o nada de apetito, con tendencia al sueño o sentirse con calofríos o con sensación de estar con fiebre, etc.

Si una persona presente neutropenia intensa manifestará mayor malestar general y decaimiento y podría contraer graves infecciones por falta de defensas del organismo, requerir hospitalización y uso de antibióticos, incluso antes de identificar la causa y la localización de la infección.

P ¿Me podría dar fiebre?

R Efectivamente podría aparecer fiebre cuando los neutrófilos están muy bajos, lo que se denomina neutropenia febril, constituyendo la fiebre el único signo de infección, siendo necesario realizar una serie de exámenes para determinar el origen de la fiebre.

P ¿Desde qué temperatura se considera fiebre?

R Se considera fiebre a partir de una temperatura axilar igual o mayor a 38.1°Celsius, por ello es muy importante el controlar con un termómetro la temperatura a diferentes horas del día porque la temperatura normalmente suele ser menor durante la mañana y tender al alza durante la noche.

P ¿Es importante medir la temperatura?

R Si usted no se siente bien, es muy importante el control y registro de la temperatura porque esa información será de gran utilidad para la evaluación médica porque no basta informarle al médico que presentó “sensación de fiebre” o que “se notó más calentita”, con “las mejillas u ojos enrojecidos”, “con sensación de mucho frío” o “con muchos calofríos”, etc., porque todas estas aseveraciones, no serán suficientes para orientar al médico sobre su cuadro clínico actual, ni para definir exámenes diagnósticos o iniciar un tratamiento con antibióticos. Recuerde que la fiebre, síntoma que habitualmente indica infección, en una persona que tiene neutropenia es una señal significativa de la necesidad de consultar a su médico inmediatamente.

P ¿Es mejor medir la temperatura en la axila?

R Efectivamente es mejor y más seguro para usted, controlar la temperatura en la axila, que en la boca o en el recto porque la temperatura que marca en estas zonas podría alterarse por procesos infecciosos dentales o bucales o bien, por presencia de las deposiciones en la ampolla rectal.

P ¿En qué axila debo controlar la temperatura?

R Si usted fue operada de un cáncer infiltrante y necesitó cirugía axilar para biopsia del linfonodo centinela o para disección axilar, se recomienda usar el termómetro en la otra axila o axila contralateral, porque el proceso de cicatrización podría alterar la temperatura local.

P ¿Cuál termómetro es mejor, el termómetro digital o el clásico de mercurio?

R Ambos son buenos, pero últimamente muchos médicos prefieren evitar el termómetro de vidrio con mercurio, porque el mercurio es un agente tóxico para el ser humano, entonces ante el riesgo que al romperse el termómetro, el mercurio tome contacto con las personas prefieren evitarlo usando el termómetro digital.

Además los termómetros digitales requieren de menor tiempo – generalmente 1 minuto- para el control de la temperatura, versus los termómetros de mercurio que requieren un tiempo de 5 minutos como mínimo. De más está recordar que el termómetro debe mantenerse en un lugar seguro lejos del alcance de los niños.

P ¿Cuál es el procedimiento correcto para tomar la temperatura?

R El procedimiento correcto es el siguiente:

1. Siempre limpie el termómetro antes de usarlo. Se puede lavar bajo un chorro de agua fría con jabón líquido y secar o bien, desinfectar con algún antiséptico.
2. Si está utilizando un termómetro de vidrio, tome firmemente el extremo opuesto al bulbo y sacuda hacia abajo el termómetro, para que baje la barra de mercurio hasta 35° C o menos.
3. Si está usando un termómetro digital, tome el extremo opuesto al bulbo y compruebe que está encendido.
4. Limpie la axila contralateral con un paño seco (o bien con el extremo de su ropa), para secar el sudor y retirar restos de desodorante porque estos elementos podrían modificar la temperatura y dificultar la lectura de la barra de mercurio (Hg) o de los números digitales.
5. Leer el termómetro para confirmar si es digital que está marcando 0.0 o bien para confirmar que la barra del mercurio está bajo la línea de 36°C.
6. Ubicar el termómetro en el hueco axilar, procurando que la punta del mercurio quede dentro de la axila y en contacto directo con la piel (no entre la ropa).
7. Mantener el brazo flectado sobre el pecho, apretando contra la axila para sujetar el termómetro por un periodo de 5 minutos por reloj.
8. Retirar el termómetro tomándolo de la parte distal a la punta de mercurio, levantándolo a nivel de sus ojos para leer fácilmente la temperatura registrada.
9. Lavar el termómetro y guardar en un lugar seguro, alejado de los niños.
10. Registre en su cuaderno o libreta de anotaciones, la fecha, la hora y la temperatura controlada, porque la memoria suele ser frágil y el médico necesitará conocer esta información si usted continúa con neutropenia.

P ¿Cuánto se demora en recuperar las defensas?

R Cuanto tiempo demorará la recuperación de los neutrófilos a niveles normales dependerá de varios factores siendo el principal la cuantía de la neutropenia porque mientras más bajo haya llegado el nivel de neutropenia, requerirá mayor tiempo para recuperarse, y también de la capacidad de la médula ósea para producir neutrófilos, porque generalmente la médula ósea se recupera por sí misma y sin tratamiento alguno. Sin embargo, ante una neutropenia grave es probable que su médico le indique un tratamiento para estimular a la médula ósea a producir neutrófilos, de tal manera que pueda prontamente recuperar los niveles sanguíneos normales y recibir cuando corresponda el siguiente ciclo de quimioterapia.

P ¿La neutropenia puede afectar mi tratamiento?

R Si la pregunta se refiere a que la neutropenia podría provocar que el tratamiento no pueda ser recibido como estaba programado, efectivamente si afectaría, porque será necesario postergar una o dos semanas el siguiente ciclo de quimioterapia, hasta que su hemograma avale que sus defensas están dentro de rangos normales, pero este escaso tiempo no incidiría en el resultado final. Sin embargo si este período se prolonga por demasiado tiempo su médico podría optar por indicar menor dosis de drogas para el próximo ciclo, impidiendo que se realice el tratamiento completo como estaba programado.

Pero si esta pregunta, se refiere a que el sólo antecedente de una neutropenia moderada a grave la transforme en una enferma con menos posibilidades de mejorarse, eso no es efectivo porque la neutropenia por sí sola definitivamente no constituye un factor negativo sobre su pronóstico o sobre las posibilidades de mejorarse. Incluso podría ser al revés porque la droga fue muy certera y eficaz sobre las células que crecen rápido.

P ¿Puede ser peligrosa la neutropenia febril?

R Obviamente que si no es estudiada y tratada adecuadamente, la neutropenia febril podría ser peligrosa para su salud.

Sin embargo, hoy en día existen avanzados métodos diagnósticos para identificar precozmente la localización y el agente causante de la infección, además que cada vez aparecen más y mejores antibióticos para combatirlos.

Por lo tanto si usted está en la 2da semana post quimioterapia y presenta fiebre no dude en llamar a su oncólogo médico o enfermera para informarle, o bien acuda personalmente a la consulta u hospital donde fue atendida, por último si está fuera del horario de trabajo o es un día no hábil, consulte en el servicio de urgencia de su hospital o bien acuda al SAPU correspondiente a su barrio y/o por último, si no puede trasladarse llame al SAMU al teléfono 131.

P ¿Existe tratamiento para la neutropenia?

R Efectivamente existe tratamiento para la prevención y el tratamiento de la neutropenia, se trata de medicamentos que estimulan la producción de glóbulos blancos, se denominan factores de estimulación de colonias de granulocitos (que son las células precursoras de los neutrófilos) que regulan la producción y liberación de neutrófilos desde la médula ósea a la sangre o torrente sanguíneo.

Por lo tanto, si usted presentó una neutropenia el ciclo anterior probablemente su médico indicará estos medicamentos en los siguientes ciclos de quimioterapia para evitar una nueva neutropenia y así favorecer que reciba el tratamiento correspondiente en la dosis y en el tiempo previamente programado.

P ¿Cómo se llaman estos medicamentos?

R Los medicamentos denominados factores estimuladores de colonias de granulocitos son remedios que se utilizan cuando los niveles de neutrófilos han descendido, poniendo en riesgo la salud de la enferma. Como su nombre lo dice, estimulan la producción, maduración y activación de los neutrófilos, que son las células encargadas de defendernos de las bacterias, hongos y agentes capaces de provocar daño, por lo tanto no son medicamentos que combaten el cáncer, sino que constituyen una ayuda para paliar los efectos secundarios del tratamiento oncológico. Los nombres con que se comercializan en Chile son Neupogen MR, Filgrastim (que es el nombre farmacológico) y Neulasta que es Pegfilgrastim (que es una forma de acción prolongada del Filgrastim).

P ¿Cómo se administran estos remedios?

R Estos remedios pueden administrarse por vía endovenosa o subcutánea y será su médico quien determine según la gravedad del cuadro de neutropenia si es mejor hospitalizarla para el manejo y administración endovenosa o bien si usted requiere de un tratamiento ambulatorio administrado por vía subcutánea.

En algunas oportunidades será usted o un familiar cercano que reciba instrucciones de la enfermera para ser adiestrado en la administración de este medicamento.

Este medicamento generalmente se administra a través de una inyección subcutánea, o sea con una pequeña aguja que atraviesa la piel sin llegar al músculo (quedando en la capa subcutánea), siendo el abdomen el área más fácil para puncionar.

La administración es diaria, comienza generalmente al día siguiente de la quimioterapia, por los días que su médico estime necesario y en la dosis correspondiente a su peso y talla.

En cambio el Neulasta o Pegfilgrastim por su efecto prolongado se utiliza una sola dosis 24 horas después de recibida la quimioterapia.

P ¿Qué precauciones debo tener para guardar el medicamento en casa?

R El medicamento debe mantenerse refrigerado protegido en una caja o una bolsa plástica para evitar el contacto con los alimentos y ubicado a nivel de las verduras.

Debe ser retirado a lo menos 30 minutos antes del refrigerador.

No agite el frasco o jeringa porque provocaría burbujas que pueden dificultar la medición de la solución.

P ¿Qué precauciones debo tener para la administración de este medicamento?

R Si usted o su familiar administrarán este medicamento, deben tener en cuenta lo siguiente:

1. Retirar la caja o bolsa con el medicamento 30 minutos antes del refrigerador para evitar las molestias que provoca el medicamento muy frío.
2. Poner el medicamento sobre un plato bajo limpio en un lugar seguro idealmente en altura para evitar accidentes.
3. Lavar las manos con abundante agua y jabón corriendo.
4. Poner unas tómulas o pelotitas de algodón con alcohol o bialcohol.
5. Realice una división imaginaria (en cuadrados) alrededor del ombligo, distribuyendo tres cuadrados arriba, dos cuadrados a cada lado y tres abajo.
6. Tome la piel correspondiente a un “cuadrado” y levántela como tomando un rollito de piel.
7. Desinfecte la piel pasando el algodón en un sentido y una sola vez.
8. Inyecte la aguja subcutánea en forma oblicua en ángulo de 45° a la piel.
9. Aspire para comprobar que no está dentro de un capilar o “venita”.
10. Presione el émbolo o parte de adentro que se presiona para introducir el

medicamento.

11. Retire la jeringa y comprima suavemente la piel por algunos segundos.

12. Deje un algodón seco en la zona fijado con una tela, por el resto del día.

P ¿Qué puedo sentir con estos medicamentos?

R La mayoría de las personas no presenta molestias o efectos desagradables con este medicamento, sin embargo, usted podría sentir dolor de huesos o de articulaciones que generalmente desaparecen con un analgésico común como Paracetamol siempre y cuando su médico lo autorice.

Algunas pacientes podrían referir leve picazón en la garganta que suele pasar al chupar una pastilla o dulce.

También podría presentar dolor o picazón en el sitio de la inyección, evite rascarse y procure rotar el sitio de punción para disminuir y prevenir estas molestias.

P ¿Por qué me indicaron comer todo cocido?

R Algunos médicos y nutricionistas indican a sus pacientes que, durante todo el tratamiento de quimioterapia, deben recibir sólo alimentos cocidos, obligando a cambiar drásticamente los hábitos de alimentación y privando a las pacientes de ingerir frutas y verduras crudas cuyo valor nutritivo, - especialmente las vitaminas- se reduce o desaparece con la cocción.

La razón es prevenir las infecciones gastrointestinales durante el período de neutropenia, pero si consideramos que este período suele durar algunos días solamente, ¿por qué privar a las enfermas de alimentos tan importantes para la dieta y para la digestión?

P ¿Entonces qué puedo hacer para comer mis frutas y verduras preferidas?

R Como usted ya conoce en que consiste la neutropenia, que días o semana se puede presentar y cuáles son los riesgos; Está en condiciones de cuidarse, aumentando sus precauciones y extremando aún más los hábitos higiénicos, tales como:

Lavado de manos: Es muy importante mantener un buen hábito de lavado de manos, especialmente antes de sentarse a la mesa, para ello le sugerimos que:

1. Ponga las manos bajo el chorro de la llave, usando jabón líquido, jabone dedo por dedo dejando caer el agua directamente por espacio entre los dedos.
2. Enjuague bien y repita el procedimiento una vez más.
3. Use una toalla personal para el secado de manos y disponga de otra para el resto de la familia. Advierta a los suyos cual será “su toalla” o bien, si es posible use toalla nova o de papel para secarse cada vez que lave sus manos.
4. Cierre la llave del lavamanos cubriendo su mano con la toalla recién utilizada.

Lavado de los alimentos: Para comer frutas y verduras se recomienda seguir las siguientes recomendaciones.

1. Las frutas y verduras deben ser lavadas bajo el chorro de agua corriendo, nunca sumergiéndolas en agua detenida.
2. Si desea comer frutas como durazno, manzanas ciruelas, etc. lávelas bien y procure comerla sin cáscara durante el período de mayor riesgo, recuerde que aún aquellas frutas que deben ser peladas para comerlas, como naranja, kiwi o plátanos deben ser igualmente lavadas antes de ser “peladas”.

3. Si desea comer tomate, lechuga u otra verdura lave con abundante agua primero para soltar la tierra y luego proceda a lavar bajo el chorro de agua.

4. Para comer lechuga, prefiera comprar aquellas que venden en el supermercado, que vienen en bolsas plásticas y en general son más limpias o traen menos tierra que las adquiridas en la feria.

Prefiera las lechugas hidropónicas que no se cultivan en tierra sino que en sustratos limpios y sin pesticidas, conservando su sabor y valor nutritivo.

5. Incluso para mayor seguridad las lechugas pueden ser desinfectadas adicionando en una fuente con agua, una gotita de cloro o usando algunos de los desinfectantes que se venden en el comercio.

6. Las verduras deben ser lavadas y servidas inmediatamente, evitando dejar remojando o guardadas en un contenedor con agua.

7. Se recomienda comer cocida aquellas frutas o verduras que crecen bajo tierra, como por ejemplo la frutilla que por su superficie porosa no permite tener certeza que está muy bien lavada.

8. Además se recomienda evitar comer frutos secos durante el período de mayor riesgo porque estos frutos, mantienen polvo en sus pliegues que podrían contener esporas de hongos, estas esporas de hongos al ser inhaladas o ingeridos podrían provocar graves infecciones en las personas con las defensas bajas.

P ¿Cuándo debo ser más cuidadosa con mi alimentación?

R Usted siempre debe ser cuidadosa con los hábitos higiénicos, especialmente en la manipulación de alimentos, pero obviamente durante el tratamiento con quimioterapia debe exagerar más sus medidas y especialmente durante la segunda semana después de recibido el ciclo.

P ¿Cómo puedo evitar resfriarme?

R Los virus que provocan el resfrío común circulan libremente en el aire y son expulsadas a través de la tos o estornudo de una persona resfriada, aunque el resfrío común suele ser de evolución muy benigna, en una persona con las defensas bajas podría ser de evolución más compleja. Por ello es importante que siga las siguientes recomendaciones:

1. Evite el contacto directo con personas resfriadas o que tengan otras enfermedades infectocontagiosas, esto significa evitar el abrazo o beso al saludar.
2. Evite los cambios bruscos de temperatura, especialmente de un lugar más templado a uno más frío, porque se produce una vasoconstricción disminuyendo el aporte sanguíneo y las defensas en la vía respiratoria, por lo tanto no desestime la creencia popular de proteger la nariz y boca al salir al frío.
3. Evite aglomeraciones y especialmente en recintos cerrados.
4. Si debe trasladarse en el servicio de transporte público evite hacerlo en el horario peak, porque el contacto con los otros pasajeros será inevitablemente más cercano.
5. Si se ve obligada a usar el metro o bus en el horario peak, procure proteger su boca y nariz con un pañuelo o bufanda. **NO NECESITA** usar permanentemente mascarilla.
6. Si debe ir a comprar al supermercado o a un mall, prefiere ir en las mañanas y los días de semana porque las tardes y los fines de semana suele estar más llenos de gente.
7. Si debe ir a la feria, hágalo más temprano porque al mediodía suele ir la mayoría de la gente.
8. Si debe ir al médico procure sentarse en un lugar más ventilado y a una distancia prudente de las personas resfriadas.

P ¿Qué otras medidas debo seguir en este período?

- R** 1. Lave bien las manos varias veces al día, especialmente después de usar el baño o acariciar a su mascota.
2. Mantenga una buena higiene personal, procure bañarse diariamente con ducha - nunca baño de tina- y usar su propia toalla para secarse y luego cuélguela para secar al sol.
3. Evite el contacto directo con sus mascotas, porque aunque sea su perro o gato regalón, este transita al borde del suelo y puede transportar agentes infecciosos desde el suelo a sus manos o boca, pudiéndole provocar alguna infección o enfermedad en este período de neutropenia.
4. Evite comerse las uñas o la piel de alrededor (“cueritos”) este hábito, que anteriormente nunca le produjo problema alguno, estando con las defensas bajas podría provocar una infección mayor, especialmente si es en la mano de la extremidad que fueron extirpados los ganglios.
5. Evite cortar las cutículas si se hace las manos y procure limar las uñas ante de cortarlas con cortaúñas, nunca se corte las uñas con tijeras podría ser muy peligroso.
6. Recuerde lavar la zona genito-rectal con un chorro de agua fría cada vez que va al baño, así se asegura de no dejar restos de deposiciones en la región perianal.
7. Recuerde que siempre debe secar la región genital primero y luego la región anal, siempre para atrás y nunca volver con el papel confort hacia adelante.

P ¿Qué podría hacer yo para prevenir que me bajen las defensas?

R No existe medida alguna que usted pueda tomar para prevenir que sus defensas bajen. Usted debe estar tranquila porque a pesar de ser una situación adversa frecuente, generalmente es menor y puede pasar inadvertida. Si usted presenta en algún ciclo una neutropenia de mayor

envergadura, su médico sabrá tratarla y programará un tratamiento para prevenirla en los próximos ciclos.

P ¿Es verdad que podría sangrar más fácilmente durante el tratamiento de quimioterapia?

R Si efectivamente esta segunda semana también podrían disminuir los niveles de plaquetas en la sangre y como usted recordará las plaquetas, son las células encargadas de la coagulación tanto en las lesiones internas del cuerpo, como en las heridas de la piel.

Por lo tanto, al tener menos plaquetas es más probable que presente pequeños sangramientos a veces imperceptible o bien hematomas o moretones con golpes que normalmente no dejaban huellas en su cuerpo.

P ¿De dónde es más probable que sangre?

R Los sangramientos generalmente son mínimos, siendo más probable que sangre de:

1. La nariz especialmente al sonarse, por lo tanto debe ser más cuidadosa y hacerlo con más suavidad.
2. También podrían sangrar las encías al lavarse los dientes, por lo tanto debe usar un cepillo de diente más suave que de costumbre.
3. Una pequeña herida cortante similar a alguna que anteriormente había tenido y que nunca había sangrado, ahora con este tratamiento podría sangrar fácilmente, si es así usted debe comprimir en forma mantenida por a lo menos 10 minutos y luego cubrir con gasa y tela adhesiva ejerciendo una presión moderada y manteniéndola hasta el día siguiente, teniendo la precaución sacar suavemente para no retirar la costra.
4. También podría sangrar al presentar deposiciones muy duras, especialmente cuando lleva muchos días constipada, por ello cuide su alimentación para facilitar la defecación normalmente.

P ¿Qué puedo hacer si me sale sangre de nariz?

R A la mayoría de nosotros nos enseñaron desde niño que, para detener el sangramiento nasal o epistaxis deben poner la cabeza hacia atrás, pero esta maniobra no sólo impedía parar el sangramiento sino que además provocaba gran angustia por sentir el sangramiento hacia la cavidad oro faríngeo (detrás de la boca).

Si usted presenta sangramiento nasal debe seguir las siguientes instrucciones:

1. Presione la fosa nasal afectada con el dedo índice de la mano ipsilateral (del mismo lado).

No intente lavar ni limpiar la nariz.

No intente hacer taponamiento, introduciendo algodón ni papel confort en la fosa nasal.

2. Ejercer una presión de intensidad moderada y mantenida por 10 minutos.

No mueva el dedo ni intente cambiar la presión ejercida.

Sea paciente y espere hasta cumplir los 10 minutos.

3. Retire el dedo suavemente hacia atrás sin presionar la aleta nasal porque podría desprender la costra recién formada.

No desplace el dedo hacia debajo de la nariz porque esa maniobra puede soltar la costra.

4. Manténgase en reposo por a lo menos 5 minutos más para asegurar que no volverá a sangrar.

Evite hacer movimientos nasales o sonarse porque se puede desprender la costra y volver a sangrar.

Recuerde que la costra simula la sensación de tener necesidad de sonarse.

5. Registre este episodio en su cuaderno o libreta de anotaciones, consignando la fosa nasal afectada, porque si este dato se repite podría orientar al doctor sobre la necesidad de una evaluación con médico especialista otorrinolaringólogo.

P ¿Cuánto tiempo se demoran en recuperar las plaquetas?

R Generalmente se recupera los niveles normales de plaquetas alrededor de los 12 a 14 días.

P ¿Puede ser necesaria una transfusión?

R Generalmente las pacientes de cáncer de mama tratadas con quimioterapia no necesitan transfusiones, pero obviamente este es un recurso que si es necesario puede ser utilizado.

P ¿Por qué razón el médico me pide un examen de sangre antes de cada ciclo de quimioterapia?

R Porque el oncólogo médico, antes de indicar el siguiente ciclo de quimioterapia, necesita confirmar que usted ha recuperado, los niveles normales de los glóbulos rojos, de los glóbulos blancos especialmente los neutrófilos y las plaquetas.

De lo contrario su tratamiento debe postergarse hasta que otro hemograma confirme que su médula ósea está funcionando normalmente.

P ¿Cuándo debo consultar al médico?

- R**
1. Cuando está muy desanimada lo que le impide hacer su vida normal.
 2. Cuando aparecen varios hematomas o moretones sin recordar golpe alguno.
 3. Cuando está con calofríos y sensación febril que le impide alimentarse normalmente o mantenerse levantada.

P ¿Cuándo debo irme a urgencia?

- R** 1. Cuando presenta fiebre sobre 38°C
2. Cuando presenta sangramiento nasal frecuente durante el día.
3. Cuando presenta orina con sangre.
4. Cuando aparece sangre fresca en los vómitos o desgarros o deposiciones.

P ¿Por qué se cae el pelo con la quimioterapia?

R Como ya sabemos la quimioterapia actúa sobre las células que crecen rápido, impidiendo su multiplicación y desarrollo y las células del folículo piloso donde están las raíces del pelo son también células que crecen y se multiplican muy rápido, por lo tanto también se ven afectadas y el pelo se cae. A este proceso se denomina alopecia, término que significa caída del cabello.

P ¿Se cae sólo el pelo de la cabeza?

R La alopecia producida por las drogas oncológicas es general porque estos medicamentos van a través de la sangre por todo el cuerpo. Por lo tanto se caerán los pelos de la cabeza, de la cara, de los brazos, axila, piernas, región púbica, en fin de todo el cuerpo.

P ¿Se caerán las cejas y las pestañas?

R Generalmente las pestañas se pueden caer o ralearse, en cambio las cejas van a depender de cuán frondosas sean, porque si usted tiene muy pocas y siempre necesitó demarcarlas, es más probable que se desprendan, pero si usted posee una gran ceja, sólo caerán algunas pudiendo esto pasar desapercibido.

P ¿Qué puedo hacer yo para evitar la caída del pelo?

R Lamentablemente no puede hacer nada al respecto, porque aunque se han intentado algunas medidas como, poner compresas frías en el cuero cabelludo o comprimir la cabeza con un gorro o con un vendaje compresivo, durante la administración del tratamiento, - para disminuir el flujo sanguíneo y evitar el efecto local de las drogas-, estas medidas no han dado efecto.

P ¿Cuándo se cae el pelo?

R El pelo pierde vitalidad aproximadamente a los 12 días después de recibida la quimioterapia, usted lo notará sin brillo o muy reseco, además sentirá un malestar en el “casco” o cuero cabelludo, semejante a la sensación de dolor cuando le tiran el pelo, o bien similar a la sensación en el cuero cabelludo que queda después de desarmar un moño o cola bien tirante usada durante todo el día, sintiéndolo adolorido o muy sensible. La caída del pelo o alopecia se produce generalmente después de los 14 días o 2 semanas, pudiendo en algunas pacientes concluir al llegar la sexta semana.

P ¿El pelo se cae de a poco o todo de una vez?

R El proceso de la caída del pelo suele ser paulatino, al principio caerá uno que otro pelo, para ir poco a poco aumentando en cantidad y usted comenzará a notarlo en la almohada o al peinarse, luego caerá uno que otro mechón de pelo , al día siguiente más mechones de pelos, hasta finalmente caer todo.

Este proceso es reconocido como uno de los momentos más dolorosos de la enfermedad por la mayoría de las pacientes, por lo tanto es preferible evitarlo, para ello, usted podría cortar el pelo lo más corto posible

el día 12 – día en que sentirá “el casco” más sensible-. La otra opción es rasurar suavemente todo el cuero cabelludo, con una máquina de afeitar eléctrica antes del día 14.

De esta manera usted sentirá que tiene más control sobre la caída del pelo y el proceso será más fácil, ahora si usted no desea ir a una peluquería pídale a un familiar cercano, su marido, su hija o una hermana que lo haga, recuerde que muchas veces estas situaciones permiten fortalecer los lazos de amor fraternal.

Después de rasurarse o afeitarse la cabeza, sólo lave el cuero cabelludo con agua tibia a fría, no necesita desinfectar ni aplicar cremas en la zona, luego cubra con el turbante, gorro o peluca que tenía disponible con anterioridad.

P ¿Es dolorosa la caída del pelo?

R Usted no experimentará dolor físico durante el proceso de la caída del pelo, pero si es probable que se siente más triste que los días anteriores, porque la mayoría de las pacientes refieren la caída del pelo como lo más difícil del tratamiento. Lo que es lógico porque las mujeres – y también los hombres- siempre estamos arreglándonos el pelo, ya sea usando tinturas o yendo a la peluquerías o acomodándolos de una manera tal que nos haga sentir mejor, más bonitas o más contentas. Entonces de repente nos vemos sin pelo, es como si no fuésemos las mismas y fuera otra persona.

Además el hecho de estar sin pelo es la “certificación” de estar con cáncer para las demás personas, entonces es esperable que usted se sienta más apenada por unos días.

LO IMPORTANTE ES que usted debe recordar que la caída del pelo se produce porque la droga está actuando sobre las células que crecen rápido, entonces así como usted nota el efecto sobre el pelo también debe estar confiada que el efecto también se está produciendo en las células

malignas del tumor.

Entonces piense positivamente, “el remedio para mejorarme me bota el pelo y como yo quiero mejorarme, no me importa estar sin pelo un tiempo, porque lo que yo quiero es hacer todo el tratamiento que el médico me indique, para mejorarme y evitar que esta enfermedad me vuelva.”

P ¿El pelo siempre vuelve a salir?

R Si efectivamente el pelo siempre vuelve a salir, incluso entre quimioterapia y quimioterapia usted puede notar que el pelo ha vuelto a crecer, pero al llegar el día 12 de la siguiente quimioterapia nuevamente se verá afectado y volverá a caer.

Pero una vez completados todos los ciclos, su pelo comenzará a crecer tan rápidamente -casi un centímetro por mes-, por lo que la mayoría de las enfermas alrededor de los 2 o 3 meses dejan de cubrir sus cabezas para lucir su nuevo cabello..

P ¿El pelo me va a salir igual al que yo tenía antes?

R El pelo podría cambiar de textura, de color o de forma entonces podría no verse ni sentirse igual que antes.

En general el pelo crece más fino cuando recién comienza a salir, - como pelo de guagua-, puede cambiar de color a más claro o más oscuro, aunque generalmente sale más claro o puede salir más canoso de lo que usted tenía antes.

También puede aparecer más rizado o más dócil que antes, aunque si usted era de pelo liso con los meses, al crecer el pelo irá tomando esa apariencia anterior.

P ¿Qué puedo usar durante esta etapa?

R Durante esta etapa usted puede usar turbantes, gorros, sombreros o pelucas, en fin aquello con lo que se sienta mejor, más segura y más bonita.

P ¿Debo protegerme el casco o cuero cabelludo?

R Obviamente que usted debe proteger su cabeza mientras está sin cabello, porque recuerde que el pelo protege del frío y del sol.

Proteger del frío:

1. La cabeza es una de las superficies donde se pierde más calor corporal, y es muy probable que usted sienta más frío mientras permanezca alopecica o sin pelo, entonces necesitará abrigarse más de lo habitual.
2. Durante el día usted debe protegerse usando turbante, gorro de lana o género, sombrero o bien una peluca, especialmente durante el otoño, invierno y primavera y aún en verano puede que en las mañanas y al atardecer sienta la necesidad de proteger su cabeza.
3. Además durante la noche es posible que requiera dormir con un gorrito de lana o bien un gorrito de algodón porque de lo contrario podría despertar por el frío en la cabeza.
4. Use funda de almohada que tengan más algodón que lycra porque los géneros sintéticos son más fríos y además podrían ser más irritantes al roce.

Proteger del sol:

1. Durante la quimioterapia la piel del cuerpo está más sensible al sol y podría mancharse o tener más posibilidad de enrojecerse o quemarse, por lo tanto se sugiere evitar la exposición al sol.
2. La piel del cuero cabelludo como es una piel que siempre estaba con el pelo protegida del sol, es más lábil a su exposición que el resto del

cuerpo, por lo tanto es ideal proteger la cabeza usando bloqueador solar de a lo menos factor 30.

3. Si usted sale a la calle siempre es mejor que, además del bloqueador, use un sombrero, turbante delgado o jockey de color blanco o colores claros para evitar el paso de los rayos solares.

4. En caso de quemadura dolorosa con o sin flictena (ampolla) prefiera ir al médico para que indique alguna crema especial. NUNCA se aplique cremas o ungüentos caseros sin la autorización médica porque podría provocar una lesión mayor o encubrir una infección.

P ¿Dónde puedo comprar un turbante?

R Chile no existen muchos lugares donde comprar turbantes y los que se venden no son de tanto gusto de las pacientes, entonces le recomendamos aprender a ponerse un lindo pañuelo o un lindo género – si desea comprar un género debería comprar a lo menos 50 o 60 cms. de largo para cubrir holgadamente toda la cabeza.

En nuestra Corporación existe un taller denominado “Verse bien & Sentirse mejor”, en que se enseña en forma práctica como hacer los turbantes, como maquillarse, etc.

P ¿Dónde puedo adquirir una peluca?

R Existen muchos lugares en donde puede comprar una peluca, sin embargo antes de comprar, usted debe tener presente los siguientes aspectos:

1. Nuestra corporación Yo Mujer dispone de un Banco de Pelucas que tiene como objetivo, ceder sin costo alguno una peluca a aquellas pacientes con cáncer de mama que producto de la quimioterapia han perdido momentáneamente el cabello. Por el tiempo necesario hasta que

recupere su alopecia, con el compromiso de que ella o el familiar que la acompaña la devuelva, cuando ya no la necesite para ser prestada a otra paciente que comienza su quimioterapia.

2. Si usted desea y puede adquirir una peluca, existen varias alternativas en el comercio establecido, así que le sugerimos cotizar antes de comprar, pero es muy importante ir cuando aún está con su cabello porque le permitirá buscar la más parecida al tipo y color de su pelo, además del corte o estilo que usted acostumbra a usar, facilitando también el trabajo de los vendedores, porque podrán ayudarla más rápidamente.

3. Las pelucas pueden ser de cabello artificial o de pelo natural, siendo cada vez más difícil diferenciarlas porque el aspecto hoy en día, suele ser muy similar. Sin embargo aunque lo más importante es elegir la peluca con que usted se sienta más cómoda y segura, le sugerimos que antes considere los siguientes aspectos.

4. Las pelucas de pelo natural pueden ser lavadas y secadas con secador en su casa, las pelucas de pelo artificial pueden ser lavadas en casa con cualquier champú – algunas pacientes refieren que queda mejor con Bal-lerina-, y no necesitan adicionar un acondicionador o bálsamo, en cambio las pelucas de pelo natural requieren de mayor cuidado, idealmente un buen champú o champú de guagua e idealmente debe usar un acondicionador o bálsamo para que quede más dócil.

5. En cuanto al secado, las pelucas de cabello natural pueden secarse con secador con aire tibio, en cambio las de cabello artificial se sugiere tenderla o secar al aire libre pero teniendo la precaución de protegerla del sol directo.

6. La peluca de cabello artificial viene con un corte y peinado ya definido que el fabricante recomienda no modificar, en cambio la peluca con cabello natural puede ser peinada en peluquería y si usted desea, su peluquero podría cortar o hacer otro corte que le agrade más.

7. Se sugiere que las pelucas de pelo artificial no tengan un corte melena hasta los hombros porque el roce permanente, podría dañar las puntas

del pelo, afectando su aspecto inicial, entonces es preferible un corte más bien corto, ahora si usted desea lucir un pelo más largo, entonces sería mejor que el cabello sea más largo como para caer sobre la espalda.

8. La peluca además de sentirla cómoda a su cabeza, debe fijarse en la tela o tramo que va en contacto directo con la piel de la cabeza, esta tela debe ser suave que no lastime su cuero cabelludo.

9. Además es importante revisar que las fijaciones o tiras de velcro, con que se regula al diámetro de su cabeza estén bien reforzadas y permitan ajustarla más, porque obviamente que el diámetro de la circunferencia craneana, o ancho de su cabeza, será menor cuando a usted se le haya caído totalmente el pelo. Si no considera esto, después la peluca podría quedarle suelta.

10. Por último averigüe y solicite que el vendedor registre en la boleta cuanta garantía tiene la peluca que lleva, para tener la tranquilidad que podrá solicitar algún ajuste que eventualmente requiriera.

P ¿Qué cuidados debo tener cuando el pelo me está volviendo a salir?

R Como ya le dijimos el pelo volverá a salir una vez terminada la quimioterapia, para entonces le sugerimos lo siguiente:

1. Permita que el pelo crezca con toda libertad, hay personas que se rasuran nuevamente por la creencia que así el cabello será más vigoroso, esta creencia no está confirmada y sugerimos que no lo haga porque su pelo será igual o más vigoroso que antes.

2. Lave el pelo con un poco -como una cucharadita de té-, de champú suave y neutro – prefiera de los productos para bebé-, masajeando el cuero cabelludo suavemente en forma circular con las yemas de los dedos para estimular la circulación sanguínea.

3. Peine el cuero cabelludo aunque le parezca que tiene poco pelo, idealmente use un cepillo con dientes suaves que tienen en la punta una

pequeña circunferencia o “pelotita de goma” porque son más suaves y producen un pequeño masaje sobre el cuero cabelludo.

4. Seque el pelo presionando suavemente, con una más bien delgada de algodón -similar a las de guagua- sin frotar el cuero cabelludo.

5. Cuando esté en casa, mantenga el cuero cabelludo lo más al aire posible, porque si usted tiene siempre cubierta la cabeza con turbante o con la peluca su cabello crecerá más lentamente al comprimirlo y privarlo del aire fresco y del sol.

6. Por último procure esperar un largo adecuado antes de:

- Teñirse el pelo.
- Usar secadores eléctricos con aire caliente – si es necesario use con aire frío o lo menos caliente.
- Poner tubos o rulos con fuerza excesiva para intentar encresarlo.
- Intentar alisarlo con plancha eléctrica o con sustancias químicas para alisado permanente.
- Usar cintillos o pinches que compriman el cuero cabelludo.

P ¿El pelo se puede volver a teñir?

R Si efectivamente usted puede, teñirse, ir a la peluquería o peinarse tal como lo hacía antes, aunque al principio deberá esperar que el pelo crezca bien, de un largo razonable - aproximadamente 2 o 3 centímetros de largo, lo que generalmente ocurre después de 2 a 3 meses de terminada la última quimioterapia. Además procure usar un buen producto para teñir el cabello, por lo menos las primeras veces, un producto de una marca reconocida, idealmente más suave que tenga menor cantidad de amoníaco.

P ¿Cómo puedo decirles a mis hijos pequeños que se me va a caer el pelo?

R Como ya lo mencionamos anteriormente muchas pacientes refieren sentirse triste, enojada o incluso avergonzada cuando se le cae el pelo, pero usted ya sabe que el pelo se está cayendo porque la droga está actuando sobre todas las células que crecen rápido, entonces también está actuando sobre el tumor o sobre aquella célula maligna que puede haber pasado a la sangre a través de los ganglios linfáticos.

Por lo tanto, ¡póngase feliz! el remedio está haciendo efecto y usted se está mejorando....si usted lo entiende así, estar sin cabello le importará menos, porque siempre lo más importante para uno es mejorarse, especialmente si aún tenemos niños chicos que criar y proteger.

Entonces le propongo que así mismo le cuente a sus niños, sin miedo sin rabia, sin mentiras, yo estoy enferma el remedio que necesito para mejorar me bota el pelo por un tiempo, porque cuando ya terminé este tratamiento el pelo me volverá a salir igual o mejor que antes.

Recuerde que somos como espejo para nuestras familias, mientras mejor enfrente yo la enfermedad mejor la enfrentarán mis hijos – sean pequeños o grandes-, mi pareja, mis padres, hermanos, mis amigos, toda la gente que quiero y que me quiere.

P ¿Por qué siento molestias en mi boca y garganta?

R Como usted ya sabe las drogas oncológicas pueden dañar todas las células que crecen y se desarrollan rápidamente, incluyendo las células normales de nuestro cuerpo. Por tal razón las células de la mucosa, que conforman la capa húmeda de adentro de la boca y garganta también pueden verse afectadas.

Por esta razón pueden verse afectadas las mucosas, las encías, la dentadura y las glándulas que producen saliva.

P ¿Cómo podría manifestarse este efecto de las drogas?

R Este efecto podría manifestarse como:

1. Boca muy seca, como pegajosa.
2. Pequeñas lesiones en la mucosa (capa húmeda de adentro de la boca), que pueden llegar a ser muy dolorosas.
3. Inflamación de las encías o gingivitis.
4. Infecciones en las encías, dentadura y labios
5. Cambios en el gusto de los alimentos.
6. Mayor sensibilidad a los alimentos calientes y muy fríos.
7. Problemas para alimentarse por dolor al ingerir, masticar y tragar los alimentos.

P ¿Qué puedo hacer para prevenir estos efectos?

R Todas las enfermas en tratamiento con quimioterapia deberían seguir estos consejos para prevenir estos desagradables efectos:

En relación a los hábitos de higiene bucal:

1. Debe ir al dentista al menos 1 ó 2 semanas antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia, para pesquisar caries u otros focos infecciosos en la boca.
2. Cualquier foco infeccioso debe ser tratado y resuelto antes de comenzar el tratamiento, porque de lo contrario puede aumentar o agravarse en el período de neutropenia, en que están las defensas más bajas.
3. Mantenga la boca húmeda, tomando pequeños sorbos de agua tibia a fría o bien chupando una pastilla de dulce (evitando las de mentol o de sabor muy fuerte).
4. Lave los dientes después de cada comida, procurando lavar muy bien las encías y lengua.
5. Use un cepillo de dientes más suave, si no puede adquirir un cepillo

nuevo, ponga su cepillo bajo el chorro de agua caliente para suavizarlo.

6. Si le duele cepillarse los dientes, evite hacerlo y enjuague la boca procurando hacer colutorios o “buchas” a repetición.

7. Pase suavemente el hilo dental entre los dientes, si presenta sangramiento de encías evite pasarlo hasta tocar la encía, continúe por los otros dientes e idealmente hasta las muelas, pasándolo siempre muy suavemente. Si existe inflamación de la encía, debe ser más rigurosa con el aseo dental, porque generalmente esto es por acúmulo de bacterias.

8. Recuerde que el hilo dental permite retirar los restos de alimentos alojados entre los dientes, procurando una mejor limpieza dental e impidiendo infecciones.

9. Realice enjuagues bucales después de cada lavado de dientes. Pregunte a la enfermera como preparar la solución, porque generalmente cada Unidad de Oncología, dispone de sus propias instrucciones para la preparación de estas soluciones. Si usted usa placa dental, debe retirarla para hacer el enjuague bucal.

10. En caso de no recibir instrucciones prepare en una jarra o botella una solución de 1 litro de agua hervida tibia, con una cucharada de bicarbonato, mezcle bien y manténgala siempre tapada.

11. Después de enjuagarse con estas soluciones puede terminar con un enjuague o colutorio con agua pura fría.

12. En caso usar prótesis o placa dental removible, retírela como siempre para lavarla bajo el chorro de agua, pase minuciosamente el cepillo entremedio de los dientes, procurando no dejar restos de alimentos. Una vez a la semana, puede higienizarla usando pastillas efervescentes disponibles en farmacia, enjuagando bien antes de volver a ponerla.

13. Si usted se retira la placa dental durante la noche, lávela bien, séquela con toalla nova o un paño muy limpio y guárdela en una caja de vidrio o una caja plástica limpia con tapa.

14. Evite usar los enjuagues bucales que venden en las farmacias y supermercados porque la mayoría contienen alcohol y pueden ser muy

irritantes para la mucosa bucal.

15. Procure revisar la boca a lo menos una vez al día, después de lavar los dientes buscando en encías, mucosas y lengua signos de infección como enrojecimiento e inflamación, lesiones blanquecinas, heridas, zonas más sensibles o dolorosas, etc.

16. Avise oportunamente al médico, dentista o enfermera, si pesquisa alguno de los signos o síntomas anteriores, o si repentinamente presenta odontalgia o “dolor de muelas”. Quizás sea necesaria una evaluación para indicarle algún medicamento especial como antibiótico, antimicótico, anestésico local, analgésico o antiinflamatorio, etc.

En relación a los alimentos:

1. Prefiera comer alimentos húmedos en vez de los alimentos secos, porque son más suaves y fáciles de masticar y tragar, como por ejemplo puré, sopas, carbonada, pan de molde, etc.

1. Si en su casa se cocinó una comida muy seca o un alimento muy duro, usted puede “ablandarlo”, pasándolo por una licuadora agregándole un poco de agua tibia.

2. Coma lentamente, masticando bien y bebiendo pequeños sorbos de agua o jugo si fuese necesario.

3. Coma los alimentos a temperatura ambiente o fríos, porque los alimentos tibios o calientes podrían provocar aumento de las lesiones y más dolor.

4. Evite beber alcohol, porque irrita y es vasoconstrictor, pudiendo agravar más la situación.

5. Evite los alimentos y jugos que son muy ácidos como la naranja, pomelos, limones y tomates y también el vinagre.

6. Evite los alimentos muy dulces y las bebidas gaseosas.

7. Evite las comidas muy aliñadas o con muchos aderezos y las comidas picantes.

En relación al hábito de fumar:

1. Evite fumar porque la nicotina del cigarrillo produce irritación local y vasoconstricción que incide en el proceso de la cicatrización de las lesiones, haciendo más lento y tórpido este proceso.
2. En caso de no poder dejar completamente el cigarrillo, baje su cuota diaria, si fuma 10 o 20 cigarros al día, propóngase fumar la mitad, o bien ir disminuyendo de a poco de 2 en 2, o sea, 2 cigarros diarios menor que el día anterior.
3. Piense que esta enfermedad, puede ser una gran oportunidad para abandonar definitivamente esta peligrosa adicción, especialmente porque hay varios estudios que demuestran que las pacientes fumadoras recaen más o tienen más probabilidades que la enfermedad reaparezca comparadas con aquellas pacientes no fumadoras.

En relación a otros hábitos:

Evite meter en la boca elementos que puedan lastimar, raspar o quemarle la boca, por ejemplo palitos de dientes, objetos filudos como cuchillos, palillos para tejer, alfileres, etc.

P ¿Cuándo debo consultar al médico?

R Usted debe consultar al médico cuando:

1. Necesita que le indique algún medicamento para aliviar el dolor. Generalmente los médicos indican un anestésico local suave, similar al que usan los bebés cuando le están “saliendo los dientes.”
- Nunca use azul de metileno sustancia cuya coloración se fija en las mucosas e impide evaluar la evolución de las lesiones.
2. Presenta fiebre igual o mayor de 38°C.
3. El dolor le impide poder alimentarse normalmente.
4. El dolor le impide hablar.
5. No puede dormir en la noche producto de las molestias de la boca.
6. Usted nota que las molestias se agravan en vez de mejorar.

P ¿Puedo hacerle preguntas a mi médico?

R Por supuesto que usted puede hacerle todas las preguntas que necesite al doctor, en general la mayoría de las enfermas no se atreven a preguntarle a su médico las dudas que tienen sobre el tratamiento, sin embargo si usted tiene preguntas, hágalo saber al doctor, lo más probable es que no tendrá inconveniente en contestarlas.

Le recomendamos que lleve anotadas en su cuaderno o libreta todas las preguntas o dudas que tenga porque, generalmente se olvidan en ese momento.

P Me he sentido más desmemoriada, ¿Por qué todo se me olvida?

R Es verdad que la quimioterapia puede provocar algunos efectos en el sistema nervioso, entre estos efectos está que usted pueda notarse algo confundida y con problemas de memoria, pero además se suma a esto que, con todas las preocupaciones que una persona tiene durante el tratamiento, es muy probable que esté más “olvidadiza” y no tenga la misma capacidad para retener o recordar lo que debe hacer, lo que andaba buscando o lo que tenía que preguntarle al médico o enfermera. No se preocupe porque la mayoría de las pacientes recuperan su memoria y “claridad mental”, una vez terminada la quimioterapia, quizás no inmediatamente, pero si con los meses y/o antes del año, cuando su vida tome el ritmo normal.

P ¿Qué otros efectos podrían provocar las drogas en el sistema nervioso?

R Además de los problemas de memoria y aunque es poco frecuente es posible que usted pueda presentar:

1. Dificultad en la capacidad cognitiva, que le cueste más aprender o

entender algo nuevo.

2. Andar más somnoliento o más fatigado con falta de sueño.
3. Dificultad para dormir o para dormir largos tramos porque despierta a media noche.
4. Dolor, entumecimiento u hormigueo en las extremidades especialmente en las manos y pies.
5. Estados ansiosos o de agitación o más nervioso que antes.
6. Cambios repentinos del estado anímico o del humor, como presencia de altibajos anímicos.
7. Dificultad para realizar movimientos finos como por ejemplo abrochar los botones.
8. Pérdida del equilibrio, con la sensación de que se puede caer.

P ¿Qué debo hacer si me pasa algo así?

R Primero que nada, usted debe estar tranquila porque la mayoría de las veces las enfermas no presentan ninguno de estos problemas, o si lo presentan son tan leves que pasan inadvertidos.

Pero es importante que usted conozca que puede padecer estos efectos para que si los detecta, le informe al médico o enfermera pues todos tienen tratamiento y todos ellos desaparecen una vez que hayan pasado unos meses de terminada la quimioterapia.

P ¿Entonces es importante tener un cuadernillo o libreta para las anotaciones?

R Obviamente que es importante que toda enferma use una libreta, cuadernillo o agenda y la lleve siempre consigo para, anotar sus dudas y preguntas, anotar todo lo que considere importante para informar al médico, registrar una lista de todo lo que debe hacer cuando vaya al hospital o a un determinado lugar, anotar los controles médicos, algo nuevo

que antes no lo había sentido, el remedio que recibió, cuando le pasó tal o cual cosa, etc.

P ¿Qué otra cosa es importante si estoy más “olvidadiza”?

R Es importante solicitar a sus familiares y amigos que le ayuden a recordar algunas cosas o actividades importantes, también pida que alguien la acompañe al doctor, porque le puede ayudar a recordar las cosas que desea preguntarle y además le puede ayudar también a aclarar aquellas dudas que suelen aparecer después de la consulta.

P ¿Por qué estoy más sensible a los olores?

R Por efecto de las drogas de la quimioterapia, el sentido del olfato se agudiza y aquel olor que antes apenas olía, ahora podría parecerle más fuerte, así mismo, el olor de su perfume favorito, ahora puede que no lo soporte o los típicos olores al cocinar ahora podrían molestarle.

P ¿Qué puedo hacer con los olores?

- R**
1. Evite los recintos cerrados
 2. Evite o use muy poco perfume, idealmente que sea agua de colonia que es más suave, o bien un perfume de olor más fresco o cítrico.
 3. Ventile bien las habitaciones de su hogar.
 4. Cocine siempre con las ventanas o puerta de la cocina abierta facilitando la ventilación.
 5. Evite cocinar alimentos que expelen mucho olor durante su cocción, por ejemplo coliflor, pescado, guatitas, etc.

P ¿Es normal que me duelan los músculos?

R Aunque la quimioterapia no es un tratamiento que provoque dolor, algunas drogas usadas en cáncer de mama podrían producirle malestar o dolor muscular, y las enfermas refieren “sentirse como apaleada” o como “si hubiese pasado un camión por encima” este efecto generalmente pasa con los medicamentos para el dolor que el médico indicó y desaparecerán paulatinamente una vez que haya terminado el tratamiento de quimioterapia.

Por lo tanto usted debe tener presente:

1. El dolor puede ser leve y tolerable sin necesitar medicamentos. Si es así busque la mejor posición para sentirse más cómoda, respire profundo y relájese, o bien escuche música o vea televisión para distraerse.
2. El dolor puede ser mayor por lo que usted puede requerir el o los medicamentos para el dolor que el médico indicó, por lo tanto no tema usarlos ni espere que el dolor aumente para decidir tomarlo. Muchas pacientes sienten que es normal o una obligación aguantar el dolor y “sufren” sin tener motivo para hacerlo. Sea honesta consigo misma, acepte que necesita ayuda y no sufra de más.
3. Tome los medicamentos tal como lo indicó el doctor, muchas veces las enfermas estiman que están sin dolor y que no es necesario tomarlo en el horario que le corresponde, y esperan tener dolor para ingerir los analgésicos. Entonces podrían pasar una o más horas hasta que el medicamento comience a hacer efecto y usted sufriendo sin razón.
4. Tome los medicamentos para el dolor en el horario indicado,
Si es cada 6 horas: 07:00 – 13:00 – 19:00 – 01:00 hrs.
Si es cada 8 horas: 07:00 – 15:00 – 23:00 hrs.
Si es cada 12 horas: 08:00 – 20:00 hrs.
5. Si los medicamentos que el doctor le indicó, no consiguen controlar el dolor, infórmele a su médico porque le podría indicar otros y probar hasta encontrar el que realmente le alivie.

6. Recuerde que hoy en día, existen muchos y mejores analgésicos para el alivio del dolor y que en la mayoría de los hospitales existe una unidad o departamento del dolor, - donde su médico oncólogo podría derivarla si fuese necesario- porque ahí trabajan profesionales expertos en la materia para que ninguna persona sufra por este motivo.

P ¿Qué le puede pasar a mi piel con la quimioterapia?

R Las células de la piel también crecen y se multiplican rápidamente, por lo tanto también pueden verse afectadas durante el tratamiento de quimioterapia.

Estos efectos suelen ser menores tales como:

1. Sequedad de la piel, enrojecimiento o pequeñas manchas rojas tipo espinillas.
2. Mayor sensibilidad al sol, tendencia a quemarse o enrojecerse fácilmente al estar al sol.
3. Venas más oscuras y duras no sólo las venas que han sido puncionadas o pinchadas para quimioterapia o para extraer sangre para exámenes.
4. Inflamación o enrojecimiento acentuado en las palmas de las manos y planta de los pies que provocan aumento de la sensibilidad o bien dolor.

P ¿Qué cuidados debo tener con mi piel?

R Como ya lo mencionamos estos cambios suelen ser muy menores, pasar inadvertidos y la mayoría de las veces no necesitan tratamiento. Pero aunque usted tenga una piel más oscura, se recomienda seguir estos consejos:

1. Báñese diariamente, tome duchas cortas con agua tibia, NUNCA baños de tina.
2. Use jabón líquido neutro, puede aplicarlo suavemente con la mano o

con una suave esponja. NUNCA restregarse.

3. Use una toalla suave para secarse y hágalo muy delicadamente, NUNCA frotarse con la toalla.

4. Aplique crema humectante en todo el cuerpo especialmente en las prominencias óseas (donde sobresalen los huesos) porque suelen rese-arse y ajarse con facilidad.

5. Use ropa de colores claros porque bloquean la luz solar.

6. Use ropa de algodón especialmente la ropa que está más directamente en contacto con la piel, porque es más suave, permite la evaporación del sudor e irrita menos.

7. Use Bloqueador en la cara, cuello, brazos, piernas y dorso de las manos, en todas las zonas más expuestas porque pueden mancharse.

8. Use sombrero si está obligada a transitar por áreas muy soleadas o va a estar en lugares donde hay agua (playa, lago) porque ésta refleja el sol.

9. Recuerde que no puede tenderse a tomar sol ni menos ir al solárium.

P ¿Por qué la mama irradiada se me ha puesto más roja?

R Es probable que la mama anteriormente irradiada se torne enrojecida, caliente y más sensible cada vez que recibe la quimioterapia, eso es conocido con el nombre de recall, una palabra en inglés que significa rellamado (como recordado).

Algunas veces además, puede irritarse causando gran picazón local y hasta “pelarse” la piel.

Siga las instrucciones anteriores para el cuidado de la piel, pero esté atenta y si la reacción se mantiene o aumenta, presentando inflamación y/o fiebre, debe consultar a la brevedad al doctor.

P ¿Qué le puede pasar a mis uñas con la quimioterapia?

R Las células de las uñas también son de crecimiento rápido y suelen

dañarse con la quimioterapia, pueden ponerse más oscuras, amarillentas, más frágiles y algunas se parte o se desprenden y terminan por caer.

P ¿Qué puedo hacer con mis uñas?

R Las uñas se pueden cuidar con:

1. Mantener las uñas más cortas que largas, usando una lima suave en vez de cortaúñas.
2. Aplicar un esmalte o una tintura para fortalecer las uñas.
3. Pintar las uñas de color más oscuro.
4. Usar guantes para lavar la loza, hacer el aseo o jardinear.
5. Si tiene alguna uña suelta, use tela adhesiva micropore para fijarla, de esta manera evitará el dolor al roce o al pasarla a llevar. Esta tela no requiere ser cambiada diariamente porque es porosa, se puede mojar y no guarda humedad. Para mayor seguridad se recomienda secar usando secador con aire frío o al mínimo de temperatura.
6. Si se desprende una uña use algún desinfectante (puede ser clorhexidina al 2% o bien Povidona yodada) a lo menos 2 veces al día
7. Procure secar bien los pies después de la ducha, si es posible use un secador de pelo con aire frío o al mínimo de temperatura.
8. Use una calceta de algodón con un calzado más amplio y confortable para evitar el roce que puede provocar dolor.
9. Avise a su médico o enfermera para que evalúen signos de infección.

P ¿La quimioterapia puede afectar mi sexualidad?

R Efectivamente la quimioterapia puede producir cambios en su sexualidad porque suele provocar cierto “daño” en la función normal de los ovarios, disminuyendo la secreción normal de hormonas femeninas.

P ¿Qué podría sentir si bajan las hormonas?

R Si usted es una mujer premenopáusica, podría sentir algunos síntomas como:

1. Trastornos de la regla o ciclos menstruales:
 - Períodos menstruales con mayor o menor flujo.
 - Ciclos menstruales irregulares de menor duración o generalmente más prolongados o distanciados.
 - Ausencia de ciclos menstruales.
2. Síntomas de menopausia, tales como:
 - Bochornos
 - Sequedad vaginal
 - Fragilidad emocional
 - Ausencia de reglas.
3. Otros síntomas tales como:
 - Secreción vaginal.
 - Prurito o picazón vaginal.
 - No tener deseos de relaciones sexuales.

Si usted es una mujer más mayor que ya está en menopausia

Obviamente que si usted es una mujer que ya experimentó los síntomas de la menopausia estos problemas serán menores, sin embargo también podría sentir:

- Sequedad vaginal
- Menor interés de estar con su pareja
- Mayor dificultad para lograr el orgasmo.

Estos dos últimos puntos podrían ser provocados por el cansancio o fatiga durante el periodo de neutropenia o bien por sentirse demasiada preocupada, tensa o deprimida para sentir deseos de estar con su pareja.

P ¿Qué puedo hacer con los bochornos?

R Los bochornos pueden ser muy molestos para quien los padece y muchas veces son causas de discomfort, por ello le sugerimos que:

1. Use ropa de algodón, especialmente la ropa interior.
2. Vístase con varias prendas de ropa que sean fáciles de sacar al momento de los bochornos, por ejemplo con una polera, encima una blusa, encima un suéter o chaleco más un echarpe, etc.
3. Evite usar ropa apretada como los bodys o camisetas de pantis o bien algunos pantalones muy ajustados que le harán transpirar al momento de los bochornos.
4. Al dormir use camisolas o pijamas de algodón no muy gruesos, es preferible usar algo más liviano para dormir, con más ropa de cama, la que puede ir retirando fácilmente al momento de los bochornos.
5. Relájese al momento de los bochornos porque al ponerse ansiosa o angustiarse las molestias aumentarán.
6. No esté pendiente de cuando aparecerán nuevamente los bochornos, manténgase ocupada, relájese, salga a caminar, escucha música o vea TV o haga yoga o baile; todas estas actividades le podrán ayudar.
7. Si los bochornos afectan demasiado su calidad de vida, informe a su médico porque existen medicamentos que podrían ayudarle a sentirse mejor.

P ¿Qué otros cuidados debo tener para disminuir la sequedad vaginal?

R Existen otros cuidados que podrían ayudarle para disminuir la sequedad vaginal o las molestias genitales, que se enuncian a continuación:

- Use cuadros o calzones de algodón.
- Use medias pantys que tengan un trozo o forro de algodón en el calzón.
- Evite usar pantalones o jeans muy ajustados que además pueden erosionar la zona.

- Evite usar toallas higiénicas o protectores diarios especialmente con perfume porque cambian el ph y pueden aumentar la sequedad y el riesgo de infección.
- Observe signos de infección vaginal, dolor, inflamación, secreción vaginal, etc.
- No tema hablar con el médico si presenta algunos de estos problemas, si no se atreve, informe a la enfermera, ella podrá ayudarle a abordar el tema con el doctor.

P ¿Y yo que soy un hombre con cáncer de mama que me puede pasar?

R Si usted es un hombre en tratamiento de quimioterapia afectado por cáncer de mama, (recuerde que de 100 enfermos de esta enfermedad 1 es hombre), podría sentir:

- Menor interés para estar con su pareja
- Mayor dificultad para la erección del pene.
- Mayor dificultad para lograr el orgasmo.
- Mayor dificultad para concentrarse.

P ¿Por qué se producirían estos cambios?

R Porque la quimioterapia produce disminución de las hormonas sexuales masculinas y porque usted puede sentirse más cansado, tenso o deprimido con esta enfermedad.

Por lo tanto es muy bueno, hablar las cosas con su pareja, exponer sus temores y aprehensiones porque quien mejor que la persona amada, puede comprender y apoyarlo en estos momentos.

P ¿Es normal que ya no tenga deseos de estar con mi pareja?

R Es lo más probable, lo que no significa que no puede tener o que sea

malo o perjudicial tener relaciones sexuales, al contrario, la cercanía íntima con su pareja la hará sentir más querido(a), más seguro(a), que esta enfermedad no puede alterar toda su vida habitual y a su pareja le hará saber que a pesar de algunos cambios físicos usted sigue siendo la misma persona de la cual algún día se enamoró y que eligió para compartir las cosas buenas y malas de la vida.

Por último recuerde que usted y su pareja pueden tener otros momentos de intimidad para demostrarse el amor, que también pueden ser muy buenos y placenteros como abrazarse y acariciarse más, bañarse juntos, darse masajes, irse un fin de semana solos a la playa o a otro lugar para poder estar tranquilos, etc.

P ¿Entonces yo puedo tener relaciones sexuales durante la quimioterapia?

R Atrévase a hacerle esta pregunta a su médico, la mayoría de las pacientes no se atreven a preguntarle esto a su médico y sólo algunas se atreven a preguntarle a la enfermera de la quimioterapia. Sin embargo, aunque la mayoría de los médicos autorizarían a las pacientes a estar con su pareja, son pocos los abordan este tema en la consulta. Usted podría tener relaciones sexuales durante todo el tratamiento de quimioterapia sin embargo tendría que tener ciertas consideraciones, tales como:

- Le costará más trabajo entusiasmarse a tener relaciones, por lo tanto busque el momento y lugar más adecuado, ponga música, etc.
- Deberá usar algún método de control de la natalidad si aún es premenopáusica. NUNCA anticonceptivos.
- Se recomienda usar doble condón si va a tener relaciones durante las primeras 48 horas después de recibida la quimioterapia (para proteger a su pareja).
- Podría presentar mayor sensibilidad por la resequedad vaginal, así que

evalúe la posibilidad de comprar algún lubricante vaginal, pregúntele a su doctor que lubricante le puede indicar, si no le pregunta, usted debe preocuparse de adquirir un producto QUE NO CONTENGA hormonas, idealmente en base a agua, o bien podría usar vaselina o por último agua de la llave para humedecer su vagina.

- A partir de la segunda semana en que bajan las plaquetas podría la vagina presentar pequeños sangramiento, por lo que se recomienda más cuidado y suavidad.

P ¿Es normal que ya no me llegue la regla?

R Si, puede ser normal la ausencia de regla o ciclos menstruales, porque se produce una disminución de las hormonas femeninas, lo que NO SIGNIFICA que no podría embarazarse en este período, porque sus ovarios pueden estar ovulando o haber ovulación en este período, a pesar de no tener reglas o menstruaciones.

Muchas veces las menstruaciones desaparecen después de la segundo o 3r ciclo de quimioterapia y reaparecen aproximadamente después de los seis meses de terminado el último ciclo de tratamiento.

Aquellas pacientes de edad igual o mayor de 47- 48 años que estaban con reglas regulares al momento de iniciar la quimioterapia puede que, al terminar los ciclos de tratamiento no vuelvan a tener menstruaciones porque obviamente ya le restaba poco tiempo para llegar a la menopausia.

P ¿Puedo quedar embarazada estando en quimioterapia?

R Es muy importante que usted o su pareja no quede embarazada mientras recibe quimioterapia, porque Si usted no está ligada (ligadura de las Trompas de Falopio o esterilización tubárica), o no tiene algún dispositivo intrauterino DIU (como T de cobre), debe solicitar a su médico algún método de control de la natalidad.

Si usted tiene un tipo de dispositivo intrauterino que además libera progesterona, a pesar de tener mínimas cantidades de hormonas debe ser retirado y reemplazado por otro dispositivo.

Lo mismo si usted utiliza algún tipo de implante que libere hormona, este debe ser retirado a la brevedad y cambiado por otro método físico de anticoncepción porque la idea es prevenir el embarazo pero sin contacto alguno con las hormonas progesterona o estrógeno, que inciden en la multiplicación de las células de la glándula mamaria.

P ¿Cuál es la razón por la que no me puedo embarazar estando con quimioterapia?

R La razón es porque la mayoría de las drogas atraviesan a la circulación de la placenta pudiendo causar, - si son administradas en el primer trimestre de gestación-, un efecto teratogénico en el feto, existiendo un riesgo mayor de causar malformaciones congénitas en el ser que se está recién formando.

Este efecto se produciría porque las drogas oncológicas reconocen y afectan la multiplicación y desarrollo de las células embrionarias que están continuamente multiplicándose para formar los distintos tejidos y estructuras del bebé., provocando las malformaciones.

Pero además, no se descarta el daño a nivel molecular, que aún no habiendo lesiones visibles al momento de nacer, podrían manifestarse problemas cognitivos (para entender y aprender), psicológicos y de motricidad en el crecimiento y desarrollo durante la niñez e incluso en la vida de adulta.

Por esta razón si usted espera un hijo y le han diagnosticado cáncer de mama, el equipo médico analizará su situación dependiendo de la edad gestacional del bebé o de los meses de embarazo que presente, decidirá si comienza prontamente la quimioterapia o la pospone hasta que concluya la embriogénesis o formación del embrión lo que ocurre al comen-

zar el 2do semestre de embarazo.

Lo importante es proteger al máximo su bebé sin poner en riesgo la salud de la madre.

P ¿Yo podría tener hijos después de terminado mi tratamiento?

R Esa pregunta debe hacerla directamente a su doctor, porque va a depender de varios factores tales como: edad al momento del diagnóstico, tipo de cáncer de mama, estadio o etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico, tratamiento indicado, número de ciclos de quimioterapia, necesidad de ooforectomía o ablación ovárica, etc.

P ¿La quimioterapia puede provocar infertilidad?

R Efectivamente podrían disminuir las probabilidades de embarazarse en la mujer después del tratamiento con quimioterapia. Las drogas oncológicas provocan daño en los ovarios, disminuyendo la cantidad de hormonas y reduciendo la cantidad de óvulos sanos, siendo menos probable la ovulación y fertilización.

Así mismo en el hombre la quimioterapia podría provocar infertilidad porque disminuye la cantidad de espermatozoides en el semen y la movilidad de ellos. Por lo tanto también podría influir negativamente si usted desea embarazar a su pareja.

P ¿Qué puedo hacer si yo quiero tener hijos después del tratamiento?

R Si usted desea tener hijos después de terminado el tratamiento, convérselo con su médico antes de iniciar la quimioterapia, porque hoy en día, existe la posibilidad de congelar óvulos o espermios por años en un banco de células, hasta que sea posible el embarazo.

P ¿Yo podría después volver a tomar anticonceptivos?

R No a pesar que la mayoría de los anticonceptivos actuales son de microdosis de hormonas, la regla para pacientes diagnosticadas y tratadas por un cáncer de mama, es no tomar ni estar en contacto con hormonas femeninas, por ninguna vía de administración – ni pastillas ni inyecciones, ni gel ni aerosol, ni cremas ni nada.

Es importante poner énfasis que aunque pasen 5, 10, 20 o más años, por su seguridad, USTED NO PUEDE volver a usar píldoras anticonceptivas ni otro tipo de hormonas NUNCA MÁS por el resto de su vida.

P ¿Es verdad que las drogas pueden dañar los riñones y la vejiga?

R Si es verdad que podrían afectarse los riñones y la vejiga porque las drogas circulan por la sangre a todas las partes del cuerpo y luego son filtradas en los riñones, bajan a la vejiga y son eliminadas por la orina. Por tal razón, se extrae la dosis exacta de drogas - que vienen envasadas en frascos pequeños-, y se agrega al matraz de suero, que al ser administrado lentamente, circularán suficientemente diluidas por el organismo, para proteger los tejidos nobles especialmente los riñones y la vejiga.

Por esta misma razón usted debe cumplir con la indicación médica de ingerir abundantes líquidos ese y los siguientes 2 o 3 días y además debe ir frecuentemente al baño procurando no AGUANTAR la orina.

Recuerde que la orina las primeras 24 horas podría salir teñida de color rojizo como la Adriamicina, eso le recordará la importancia de tomar ABUNDANTES LÍQUIDOS.

P ¿Las drogas son siempre administradas en la vena?

R Efectivamente, la mayoría de las drogas para combatir el cáncer de mama son administradas por vía intravenosa. Para ello la enfermera buscará en el brazo contralateral de la mama afectada, la mejor vena para instalar una bránula o catéter plástico, que tiene como ventaja por sobre la aguja o mariposa que disminuye las posibilidades de romper la vena y extravasarse o salir el medicamento de la vena al tejido vecino.

P ¿Puede ser peligrosa la extravasación de las drogas?

R Si, podría ser peligrosa, lo que dependerá del tipo de droga que se extravasará, porque algunas drogas suelen provocar dolor o leve irritación, en cambio otras podrían provocar verdaderas quemaduras, que requieren atención de urgencia para impedir daños mayores y secuelas. Por tal razón si usted nota aumento de volumen, dolor o ardor en el área alrededor del catéter, DEBE AVISAR INMEDIATAMENTE a la enfermera encargada, quien cerrará la vía y suspenderá el tratamiento hasta encontrar otra vena para reinstalar una vía venosa y continuar con el tratamiento.

P ¿Tiene tratamiento la extravasación?

R Si existe tratamiento, el que debería estar protocolizado en el manual de procedimiento de la Unidad de Oncología. La enfermera sabrá que hacer en estas situaciones, primero es detener el suero y retirar el catéter, mantener la calma y poner su mano en alto, luego podría usar paños tibios que aumenten la circulación sanguínea y absorban el contenido extravasado, además la enfermera podría usar algún medicamento especial, para disminuir la inflamación mientras llega el médico para evaluar la lesión.

P ¿Por qué a algunas pacientes les instalan un catéter?

R A algunas pacientes les instalan un catéter o reservorio subcutáneo para la administración de quimioterapia, la decisión sobre qué personas necesita y qué personas no, depende de varios aspectos:

1. Calidad de las venas de la paciente, no todas las pacientes poseen buenos accesos venosos donde instalar un catéter.
2. Cantidad de ciclos que necesitará la paciente, si las pacientes necesitan más de 4 ciclos de quimioterapia generalmente prefieren instalar un catéter subcutáneo.
3. Deseo o decisión de la enferma, hay personas a quienes les provoca mucho temor o estrés los “pinchazos” y prefieren tener un acceso fácil y rápido para la administración del tratamiento.
4. Disponibilidad y acceso del hospital o centro médico a este recurso.

P ¿En qué consiste el catéter subcutáneo?

R El catéter o reservorio venoso subcutáneo es un dispositivo permanente, radiopaco (que se ve en una radiografía), formado por una cámara de titanio, redonda como una moneda grande de \$ 100, cuyo centro está formado por una membrana de silicona de alta densidad, que a pesar de las punciones, no se deteriora ni queda registro de las perforaciones. Esta cámara tiene conectada una manguera de silicona que se tuneliza (como un túnel), en el tejido subcutáneo (de ahí su nombre porque se instala en la capa subcutánea que se ubica entre la piel y el músculo), para llegar a canalizar la vena cava superior que es una vena importante que va directo al corazón.

P ¿Cómo se instala en catéter subcutáneo?

R El catéter es instalado por el cirujano en el pabellón quirúrgico bajo anestesia general, es un procedimiento relativamente corto por lo que la anestesia requerida superficial o poco profunda, luego se comprueba con un examen radiológico que está instalado en el lugar adecuado.

En la zona se observa un aumento de volumen de aproximadamente 2 a 3 cm. de diámetro y una herida de 4-5 cm. de largo, suturada generalmente con puntos que se reabsorben, o bien con puntos que se retiran aproximadamente a los 10 días.

P ¿Dónde se instala el catéter subcutáneo?

R El catéter se instala en el tórax, bajo el nivel de la clavícula y sobre la mama contralateral a la mama afectada, o sea al otro lado de su mama enferma.

Si usted tiene un cáncer de mama bilateral, el médico cirujano decidirá el lugar donde pueda instalar el catéter.

P ¿Qué puedo sentir en la zona del catéter?

R Es probable que después de la colocación del catéter, la zona presente inflamación, hematoma o moretón y dolor como cualquier herida operatoria en sus primeros días.

P ¿Qué riesgos puede haber cuando se instala el catéter?

R El catéter como cualquier procedimiento quirúrgico conlleva ciertos riesgos, tales como:

- Riesgo de sangramiento, como cualquier procedimiento que implique instalar un dispositivo dentro de una vena, especialmente si es una vena

importante, por lo tanto debe ser instalado por un médico adiestrado en instalación de accesos vasculares.

- Riesgo de infección en el sitio de instalación, este riesgo será menor si usted sigue las instrucciones de enfermería para el cuidado de la herida.
- Riesgo de presentar dolor o discomfort especialmente si duerme apoyada hacia el mismo lado que está instalado, procure dormir de espalda o tomar el analgésico indicado, para descansar y dormir confortablemente.
- Riesgo de presentar neumotórax, este riesgo que suele suceder muy raramente, consiste en una acumulación de aire en el tórax que puede colapsar uno de los pulmones, impidiendo la llegada normal de oxígeno a la sangre. Esta eventualidad constituye una emergencia, que puede ser evitada con el uso de aparatos de rayos que permiten visualizar el catéter y guiar al cirujano.

P ¿Qué cuidados debo tener recién puesto el catéter?

R La zona que, generalmente está cubierta con gasa y un parche transparente, deberá protegerse del agua,- aunque algunos parches son impermeables no siempre queda herméticamente adherido a la piel-, y debe mantenerse siempre seco.

No requiere curaciones en casa, sin embargo si se humedece con exudado de la herida, o a pesar de sus cuidados, se mojó con el baño, es preferible retirar el parche húmedo y cubrir con una gasa o apósito estéril, -que se vende en sobres individuales por cajas de 6 unidades en cualquier farmacia-, o de lo contrario, cubra con un paño limpio.

El cirujano podría indicar algún analgésico por vía oral en caso de dolor, de lo contrario si su oncólogo le tiene permitido usted puede tomar un Paracetamol.

P ¿Cuál es la ventaja de tener catéter?

R Sin duda que la mayor ventaja de tener un catéter para la administración de la quimioterapia, es tener un acceso fácil, rápido y con menos dolor. La enfermera debe buscar una vena de buen calibre, que no siempre se logra a la primera intención y que aún la profesional más diestra puede tener dificultades “para pinchar” a un paciente oncológico, porque los vasos sanguíneos aumentan la resistencia al contacto con las drogas y provocan cada vez más rigidez en las paredes.

Otra ventaja es que este catéter colocado bajo la piel, podría favorecer la calidad de vida durante el tratamiento, porque puede usarse recién instalado, evita punciones a repetición que dejan moretones, huellas o cicatrices en la piel, pasa prácticamente inadvertido y no tiene restricción alguna para el baño diario, en la piscina ni en el mar.

P ¿El catéter lo cubre el AUGE?

R Si, la instalación del catéter venoso subcutáneo para la administración de quimioterapia en pacientes con cáncer de mama, está cubierto por el programa AUGE.

P ¿Qué cuidados debo tener con el catéter?

R El catéter debe ser manipulado por profesionales especializados en el área oncológica, generalmente es la enfermera de la unidad de quimioterapia ambulatoria la encargada de abordar e instalar el suero para administrar el tratamiento oncológico.

Este procedimiento debe ser con técnica estéril porque el riesgo de infección es alto y deben ser tomadas todas las medidas necesarias para evitar esta grave complicación.

Además debe ser utilizado idealmente sólo para el tratamiento. Los

exámenes sanguíneos deben ser tomados de una vena periférica para “guardar” el catéter sólo para la administración de la quimioterapia.

P ¿Cuándo debo preocuparme y llamar al doctor?

R Usted debería llamar al doctor o acudir directamente al hospital en que se atiende si:

- Presenta sangramiento o salida de secreción por la herida operatoria.
- Presenta enrojecimiento e inflamación en la zona del dispositivo o alrededor.
- Cuando repentinamente aparece aumento de la sensibilidad o franco dolor.
- Presenta fiebre y malestar general.
- Cuando está tapado o no permite la administración del tratamiento.

P ¿Qué cuidados debo tener con el catéter después de terminada la quimioterapia?

R Una vez que se termina el tratamiento de quimioterapia, usted deberá acudir a la unidad de quimioterapia para limpiar, permeabilizar o heparinizar el catéter, este procedimiento debe ser realizado cada 30 a 45 días según normativa de su centro de atención u hospital y tiene como objetivo mantener la permeabilidad del catéter.

Esta maniobra también es responsabilidad de la enfermera y debe realizarse con técnica estéril para prevenir infecciones.

P ¿Cuánto tiempo puede durar el catéter subcutáneo?

R Este tipo de catéter está diseñado para aceptar 2.000 punciones, las que se podrán realizar a lo largo de varios años.

P ¿Cuándo puedo sacarme el catéter?

R El médico debe autorizar el retiro del catéter, pero la mayoría de los médicos prefieren esperar un tiempo adecuado de a lo menos 1 año de terminado el tratamiento, antes de pensar en retirar el catéter. Si usted desea que se lo retiren, pregúntele al oncólogo médico cuando podría hacerlo.

P ¿Es necesaria una operación para sacar el catéter?

R Para retirar el catéter es necesario un procedimiento corto, ambulatorio que en general se realiza en una sala de procedimientos o pabellón ambulatorio, con anestesia local y que provoca mínimo dolor.

P ¿Cuáles son los riesgos a largo plazo por tener un catéter subcutáneo?

R Entre los riesgos que podría presentar para usted tener un catéter instalado durante un período prolongado, sería:

- Riesgo de infección, podría haber infección en el sitio de inserción del catéter, dentro del reservorio o en el torrente sanguíneo. Este riesgo se reduce si este catéter sólo es manejado por profesionales idóneas en oncología, manteniendo rigurosamente las técnicas de asepsia o esterilidad para evitar contagio con bacterias u otro agente infeccioso.
- Riesgo de rotura de la placa de silicona que provoca extravasación o fuga del medicamento a la zona bajo la piel, que puede provocar dolor, inflamación o quemadura local.
- Riesgo de obstrucción, que se tape con un coágulo o vaina de fibrina (tapón de tejido que se forma naturalmente durante la cicatrización). Este riesgo se puede reducir al seguir rigurosamente las indicaciones de heparinización o lavado del catéter.

P ¿Es posible destapar el catéter?

R Una vez que se obstruye un catéter, es posible permeabilizarlo inyectando un medicamento por el mismo sitio de punción, la enfermera seguirá el procedimiento según el manual de su servicio. Sin embargo a veces no hay otra opción que retirarlo, siendo decisión del médico instalar otro o continuar con la administración por una vena del brazo contralateral. Los beneficios para una paciente de disponer de un catéter permanente para el tratamiento, superan ampliamente los probables riesgos.



HORMONOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA

P ¿Qué es la hormonoterapia o terapia hormonal?

R Es otro tratamiento usado para combatir el cáncer de mama, este tratamiento como su nombre lo dice actúa a nivel hormonal, en aquellos tumores que crecen y se desarrollan con las hormonas, ya sea impidiendo el contacto de las células malignas con el estrógeno o disminuyendo la cantidad de hormona que circula en la sangre, al disminuir su producción.

P ¿Por qué se usa el tratamiento hormonal?

R Como usted ya sabe, la mayoría de las células malignas que conforman un tumor mamario, crecen y se desarrollan con las hormonas, favoreciendo el crecimiento local y la diseminación a otros órganos del cuerpo. Por lo tanto, muchos estudios científicos a lo largo de los años, confirman el beneficio de la terapia hormonal para impedir el crecimiento y desarrollo del tumor mamario, para prevenir la aparición de células malignas en la otra mama y para controlar o combatir el avance de la enfermedad en otras partes del organismo.

P ¿La terapia hormonal puede reemplazar a la quimioterapia?

R No, a pesar que ambos tratamientos actúan a nivel sistémico o en todo el organismo, impidiendo la reproducción y el desarrollo de las células malignas, y deteniendo la progresión de la enfermedad, ambas terapias son distintas, porque actúan a diferentes niveles, sumando efectos para lograr el control de la enfermedad. Por lo tanto, estos medicamentos no pueden reemplazar a las drogas oncológicas, ni las drogas oncológicas pueden reemplazar a la hormonoterapia.

P ¿La terapia hormonal puede reemplazar a la radioterapia?

R No, la radioterapia actúa a nivel local, impidiendo que el tumor vuelva a desarrollarse en la mama o en el lecho mamario, en cambio, los medicamentos usados en la terapia hormonal, actúan a nivel sistémico, van por la sangre, impidiendo que el estrógeno estimule la multiplicación de la célula maligna, independiente de la localización del tumor. Por lo tanto, estos medicamentos no puede reemplazar a la radioterapia, ni la radioterapia puede reemplazar el tratamiento hormonal.

P ¿Por qué sólo a algunas pacientes les indican terapia hormonal y a otras no?

R Efectivamente sólo a algunos pacientes con cáncer de mama le indican, - una vez recibida la quimioterapia y radioterapia- , continuar el tratamiento con otra terapia denominada hormonoterapia. Esta tratamiento, se indica sólo a las enfermas cuyo tumor maligno presenta receptores hormonales positivos, en que el tumor está formado por células malignas que se multiplican, crecen y se desarrollan con las hormonas, por lo tanto, utilizan este medicamento como “arma” para bloquear o disminuir el contacto con los estrógenos. En cambio, aquellas pacientes cuyo tumor presenta receptores hormonales negativos, en que la multiplicación y el desarrollo de las células malignas no son afectadas por la presencia hormonal, no se favorecen con este tratamiento.

P ¿Cómo actúan estos medicamentos?

R Los medicamentos que se utilizan en la terapia hormonal del cáncer de mama, pueden actuar a través de dos mecanismos:
- Impidiendo que el estrógeno se una al receptor hormonal de la célula

maligna.

- Disminuyendo la cantidad de estrógenos al interferir directamente en su producción.

P ¿Qué son los receptores hormonales?

R Los receptores hormonales son una estructura de la célula maligna, mediante la cual las hormonas- estrógeno o progesterona-, pueden unirse a la célula, fomentando su crecimiento y desarrollo; como modo figurativo, podríamos decir que si la célula fuera una puerta, el receptor sería la chapa por donde se introduce la llave - hormona- para poder abrirla o hacerla funcionar.

P ¿Cómo se miden los receptores?

R Para medir los receptores hormonales de la célula maligna, el médico patólogo cuantifica cuantas células crecen y se multiplican en un ambiente rico en hormonas, consignando esta cantidad en porcentaje, por ejemplo el 100 % de las células o todas, el 80% o sea, de 100 células malignas sólo 80 respondieron a las hormonas y 20 no se vieron influenciadas por ellas.

Además consignará cuan positivas son a las hormonas, indicando intensamente o +++, cuando son intensamente positivas, moderadamente o ++ cuando el efecto es moderado, o bien, débilmente positiva o una +, cuando son débilmente influenciada por ellas.

P ¿Qué significa receptores de estrógeno positivos?

R Significa que el informe definitivo del estudio anatomopatológico o biopsia, confirma que las células del tumor tienen en su estructura receptores para la hormona femenina llamada estrógeno. Estos recep-

tores permiten el contacto de las células con las hormonas, facilitando su crecimiento, desarrollo y multiplicación.

El informe definitivo confirmará que tiene Receptores Estrogénicos Positivos, o con la sigla RE: +

P ¿Qué significa receptores de estrógeno negativos?

R Significa que las células del tumor no presentan o presentan en una mínima proporción, receptores que permiten el contacto con las hormonas, por lo tanto su crecimiento y desarrollo no depende de ellas.

El informe definitivo confirmará que tiene Receptores Estrogénicos Negativos o con la sigla RE: -

P ¿Qué significa receptores de progesterona positivos?

R La progesterona es la otra hormona femenina que puede incidir en el desarrollo y multiplicación celular de las células del tumor maligno.

Como el nombre lo dice para que una célula tome contacto con la progesterona debe tener receptores específicos para ello.

El informe definitivo confirmará que tiene Receptores de Progesterona Positivos o con la sigla RP: +

P ¿Qué significa receptores de progesterona negativos?

R Significa que las células del tumor no presentan en su estructura, receptores que permitan el contacto con la progesterona, por lo tanto esta hormona no incide en el desarrollo ni multiplicación celular.

El informe definitivo confirmará que tiene Receptores de Progesterona Negativos o con la sigla RP: -

P ¿Qué es mejor que el tumor tenga receptores hormonales positivos o negativos?

R Los tumores malignos cuyas células tienen receptores hormonales positivos son catalogados como de mejor pronóstico, porque responden mejor al tratamiento y además de la cirugía, quimioterapia y radioterapia, es posible usar este otro tratamiento denominado hormonoterapia, que constituye otra arma muy eficaz para combatirlo.

P ¿Cómo se administra la hormonoterapia?

R La hormonoterapia consiste en la administración diaria por vía oral, de un medicamento dirigido a impedir el contacto de las células malignas con el estrógeno, en otras palabras es un tratamiento “antihormonal”.

P ¿Cómo sabe el doctor que tipo de terapia hormonal debo recibir yo?

R El doctor junto al equipo médico, estudiará su caso, confirmando primero cuan positivos son los receptores hormonales del tumor, porque sólo si son positivos, podría recibir esta terapia.

Para decidir que medicamento es más apropiado para usted, su médico evaluará entre otras cosas, la edad, si es pre o postmenopáusica, el estadio o etapa de su enfermedad, si padece otras enfermedades o no, los medicamentos que toma habitualmente, los recursos económicos disponibles, etc.

Una vez que converse con usted todos estos temas, evaluará cuál es su mejor opción y decidirá la terapia más conveniente para usted.

P ¿Cuáles son los principales tipos de terapia hormonal que existen hoy en día?

R Como anteriormente señalamos, existen varios tipos de terapia hormonal, entre las cuales son:

1- El medicamento que actúa impidiendo que se una la molécula de estrógeno con el receptor hormonal de la célula maligna, se denomina Tamoxifeno NolvadexR .

2- Los medicamentos que actúan impidiendo la producción de estrógeno al inhibir la acción de la enzima aromatasas, -enzima necesaria para la producción de estrógeno-, se denominan inhibidores de la aromatasas entre ellos Anastrozole (ArimidexR), Exemestano (Aromasin R) y Letrozole (FemaraR).

3- Otros como Fulvestran (FaslodexR), Inhibidores de LH-RH, Inhibidor de progesterona, altas dosis estrógeno, etc.

P ¿Cómo se llama el medicamento que actúa impidiendo que el estrógeno se una al receptor hormonal de la célula?

R Este medicamento se denomina Tamoxifeno. El Tamoxifeno ejerce una acción antiestrogénica a nivel de las células malignas del tumor mamario, evitando la unión del estrógeno con el receptor correspondiente, impidiendo la multiplicación y desarrollo de las células tumorales y paralizando la progresión del cáncer.

P ¿Cómo actúa el Tamoxifeno?

R El Tamoxifeno actúa “ocupando” el receptor hormonal, de tal manera que el estrógeno no puede entrar en la estructura del receptor porque “no hay espacio”, pues el espacio correspondiente ya está ocupado por el Tamoxifeno, entonces este medicamento compite con el estrógeno para

ocupar el receptor.

En otras palabras, siguiendo el ejemplo que la célula tumoral es una puerta, el receptor de estrógeno es la chapa y la molécula de estrógeno es la llave original de esa puerta; la molécula de Tamoxifeno es una copia falsa de esa misma llave, que al permanecer puesta en la chapa, bloquea e impide que la llave de estrógeno pueda introducirse y abrir esa puerta.

P ¿El Tamoxifeno es un medicamento nuevo?

R No, el Tamoxifeno es un medicamento que se utiliza desde hace más de 40 años en el tratamiento del cáncer mamario, siendo ampliamente usado por miles de personas, hombres y mujeres afectados por cáncer de mama en todo el mundo.

Además es utilizado en otros tipos de cáncer y en otras enfermedades no oncológicas y desde casi una década es indicado como terapia para la prevención del cáncer de mama en mujeres de alto riesgo.

P ¿Por qué es tan importante el Tamoxifeno?

R Porque muchos estudios internacionales han confirmado el beneficio del Tamoxifeno para evitar, que reaparezcan nuevos tumores en la mama tratada, para prevenir el cáncer en la otra mama o mama contralateral, y para entretener o detener el crecimiento de las células cancerosas cuando se han diseminado a otras partes del cuerpo.

P ¿Qué otros efectos tiene el Tamoxifeno?

R El Tamoxifeno tiene otros efectos benéficos en el organismo como por ejemplo, reduce la concentración sanguínea de colesterol total y mantiene la densidad mineral de los huesos en las pacientes postmenopáusicas.

P ¿Por qué este tratamiento es tan largo?

R Porque a través de la experiencia obtenida en años, está confirmado que existe más beneficio al tomarlo por 5 años, que al tomarlo por menos tiempo.

Este beneficio es porque: se vive más años sano, sin que vuelva la enfermedad en la misma mama tratada, previene que aparezca un tumor maligno en la otra mama o mama contralateral, y previene el desarrollo de esta enfermedad en otras zonas del organismo conocido como metástasis.

P ¿Cómo se enteraron que el tratamiento debe ser por 5 años?

R Hoy en día, su equipo médico le ha indicado a usted, el tratamiento por 5 años, basado en los resultados de estudios científicos que demostraron el beneficio de tomar este medicamento por 5 años, sobre el tratamiento por 2 años, tiempo en que indicaba anteriormente.

Para ello, después de conversar con las enfermas y explicarles la importancia de su participación para estudiar y contestar esta pregunta ¿Es mejor tomar Tamoxifeno por 2 o por 5 años?, una vez que voluntariamente decidieron participar en este estudio, se formaron 2 grupos de pacientes, un grupo de mujeres que continuó tomando el medicamento y otro grupo que tomó un placebo, - pastilla con la misma envoltura, pero que no contiene medicamento-.

Se hizo el seguimiento de ambos grupos por años y se demostró que las pacientes que continuaron con el tratamiento hasta los 5 años, vivieron más años sanas, sin evidencia de la enfermedad en la mama tratada, en la otra mama y ni en otra parte del cuerpo, en comparación con las enfermaron que sólo habían tomado 2 años.

P ¿Qué pasaría si tomo menos años?

R Desde hace ya más de una década que el tratamiento con Tamoxifeno está indicado por un período de 5 años. Existen suficientes estudios científicos que avalan que los beneficios de tomar por 5 años este tratamiento son mayores que si se toman por 2 o menos años, confirmando además que los beneficios, son mayores que los probables riesgos o efectos adversos.

P ¿Por qué algunas personas toman más de 5 años?

R Efectivamente existen algunas personas que continúan tomando el Tamoxifeno después de cumplir los 5 años de tratamiento, podría ser porque, después de una larga conversación con su médico evaluando los pro y contra, haya decidido por decisión propia, continuar tomándolo. Lo que está recomendado hasta el momento – Septiembre del año 2011-, es sólo 5 años de tratamiento, sin embargo, está en curso un protocolo de estudio denominado ATLAS, para definir si es mejor tomar este medicamento por 5 o 10 años.

P ¿El Tamoxifeno me protege sólo por 5 años?

R En los estudios científicos se ha demostrado que el beneficio de la terapia por 5 años, se prolonga por 5 o más años después de terminado el tratamiento.

P ¿Es probable que deba tomar por 10 años?

R Esta pregunta será respondida una vez que sean publicados los resultados del estudio ATLAS (Adjuvant Tamoxifen Long against Short) o Tamoxifeno largo vs corto, este protocolo de investigación como su nom-

bre lo dice pretende definir si prolongar el tratamiento a 10 años, aporta o no más beneficios a la paciente tratada por cáncer de mama. Para ello, alrededor de 22.000 pacientes tratadas por esta enfermedad en diversos países del mundo, -incluidas las más de 1.600 pacientes chilenas que decidieron participar en este estudio-, conforman al azar dos grupos: un grupo que continuó el tratamiento y el otro que lo suspendió al cumplir los 5 años. Ambos grupos, serán sometidos a un seguimiento hasta el año 2015, para comparar si hay o no diferencias en la evolución de las pacientes, - si da lo mismo tomar por 5 o por 10 años-, y si hay diferencias, permitirá saber, que grupo se benefició más en términos de vivir más años, y vivir más años sana sin que aparezca la enfermedad. Es probable que al cumplir usted los 5 años de tratamiento, ya se hayan publicado los resultados de este estudio, estando su médico en condiciones de indicarle si continuar o no con Tamoxifeno por 5 años más.

P ¿Cuándo debo comenzar a tomar el Tamoxifeno?

R En general este medicamento es indicado por su médico, una vez que usted termina el tratamiento de radioterapia o quimioterapia, porque la idea es que este tratamiento que dura más tiempo sea permanente y no se discontinúe, para hacer la radioterapia o quimioterapia que son tratamientos más cortos; por lo tanto, sólo una vez terminado ellos le indicarán comenzar con la hormonoterapia.

P ¿Qué médico me lo indicará?

R El tratamiento hormonal generalmente es indicado por su oncólogo médico, pero podría ser indicado también por el radioterapeuta o por su cirujano oncólogo.

P ¿El Tamoxifeno es un medicamento caro?

R No, el Tamoxifeno es un medicamento relativamente barato y además está cubierto por el estado a través del programa AUGÉ-GES.

P ¿El Tamoxifeno me lo entrega el hospital?

R Si, este tratamiento es financiado por el estado y generalmente le será entregado en el hospital donde usted recibió la quimioterapia.

P ¿A qué hora es mejor tomarlo?

R No existen estudios científicos, que confirmen a qué hora es mejor tomar este medicamento, sin embargo, por un tema práctico, se sugiere que sea tomado rutinariamente en las mañanas junto al desayuno, porque de esa manera, si olvida tomarlo, al próximo horario de sentarse a la mesa lo podría recordar.

En cambio si usted lo toma de noche, si se olvida, podría pasar toda la noche y transcurrir el día siguiente sin acordarse de tomarlo.

Por lo tanto, independiente de la hora que usted decida tomarlo, lo más importante es hacer la rutina de tomarlo todos los días, siempre a la misma hora.

P ¿Cómo puedo saber que este medicamento me está haciendo bien?

R Usted lo puede saber porque se siente bien, no tiene signos ni síntomas de esta enfermedad y los controles periódicos con sus médicos confirman que usted está sana, libre del cáncer mamario.

No existe ningún examen específico de sangre, orina o imagen que usted se pueda tomar para demostrar que el tratamiento hormonal, efectivamente le está haciendo bien.

P ¿Este medicamento es mejor tomarlo con el estómago vacío o con las comidas?

R No existe ninguna indicación especial al respecto, porque a pesar que es un tratamiento prolongado en el tiempo, es un tratamiento muy bien tolerado, de todos modos, usted debe tomar la pastilla entera - sin partirla, masticarla o molerla- y con cualquier líquido sin alcohol.

P ¿Me puede dañar el estómago?

R En general este medicamento no afecta la mucosa gástrica, por lo tanto no debería producir malestar gástrico alguno.

P ¿Debo tener precaución con otros medicamentos?

R Durante el tratamiento con Tamoxifeno usted deberá estar bajo la supervisión de su médico tratante y él debería mantenerse enterado de cualquier otra enfermedad que a usted se le presente. Además, siempre que usted necesite ser evaluada por otro médico de la misma o de otra especialidad, usted deberá informar sobre su tratamiento habitual con Tamoxifeno, porque efectivamente existen ciertos medicamentos que usted no NUNCA podrá usar, por ejemplo hormonas, y algunos que debe usar con precaución, por ejemplo algunos antidepresivos, antiácidos, etc. Los antiácidos deben ser tomados a lo menos 2 horas antes o después de tomar el Tamoxifeno, porque pueden producir disolución y pérdida del efecto protector de la cubierta, disminuyendo su efectividad.

P ¿Qué puede pasar si un día se me olvida tomarlo?

R Para mantener un adecuado nivel del medicamento en la sangre, es necesaria la toma diaria ininterrumpida, por lo tanto le aconsejamos que permita a sus familiares que le recuerden este tratamiento, o ubique la caja en un mueble o en un lugar que quede fácilmente visible.

Si olvidó tomarlo en la mañana, no se angustie y tómelo durante el día apenas lo recuerde, pero si no se acordó durante todo el día, al siguiente día debe tomar sólo un comprimido de 20 mg., tal como lo indicó su médico.

Si olvidó o no disponía del medicamento 2 o 3 días, no se angustie no se verá afectado su salud ni su pronóstico, pero evite esos riesgos manteniendo siempre un stock en su casa o en la cartera y apenas pueda, vuelva a tomarlo rutinariamente

No tome dos comprimidos o más para compensar la dosis que olvidó tomar el o los días anteriores.

P ¿El Tamoxifeno me puede adelantar la menopausia?

R No, el Tamoxifeno no puede adelantar la menopausia, aunque la mayoría de las enfermas tratadas no refieren problema alguno, en algunas pacientes este medicamento podría o no provocar síntomas, semejantes a los que se sienten cuando se presenta la menopausia, tales como bochornos, períodos menstruales irregulares, sequedad vaginal, irritación o comezón vaginal, , dolor de cabeza, etc.

Lo que sí puede provocar el Tamoxifeno es mantener la amenorrea, - ausencia de regla o menstruación- que provoca la quimioterapia.

Sin embargo en la mayoría de las pacientes premenopáusicas, los ovarios continúan funcionando normalmente produciendo igual o incluso más cantidad de estrógenos por eso es importante, usar algún método para el control de la natalidad, para evitar embarazarse.

En caso de los hombres con cáncer de mama tratados con Tamoxifeno podrían presentar dolor de cabeza, disminución del interés e impotencia sexual y también se sugiere usar preservativos o bien, conversar el tema con su pareja para evitar el embarazo.

P ¿Estos síntomas de menopausia son momentáneos o durarán todo el tiempo que dura el tratamiento?

R Como anteriormente señalamos, estos síntomas no todas las mujeres lo manifiestan y cuando se presentan, en general son muy leves y pasan con el transcurso del tiempo, en ningún caso llegan a ser tan severos como para pensar en dejar el tratamiento.

P ¿Yo podría embarazarme durante el tratamiento con Tamoxifeno?

R Usted debe evitar embarazarse o embarazarse a su pareja mientras dure el tratamiento con Tamoxifeno, porque este medicamento podría provocar daños en la formación del feto, siendo posible que nazca con malformaciones. Por ello se recomienda usar algún método confiable de control de la natalidad, método que no puede ser hormonal, porque usted NUNCA más podría recibir pastillas anticonceptivas u otro tratamiento anticonceptivo hormonal.

En caso de dudas sobre si está o no embarazada, es preferible que suspenda inmediatamente este tratamiento y se ponga a la brevedad en contacto con su médico, quién seguramente indicará realizar exámenes de sangre para confirmar o descartar el embarazo. Sólo una vez descartado que usted está embarazada, podrá reiniciar el Tamoxifeno.

P ¿Hasta cuánto tiempo después de terminado el tratamiento debo cuidarme?

R Usted deberá usar algún método para el control de la natalidad hasta que el médico autorice el embarazo, sin embargo eso nunca será antes de los 2 o 3 meses después de terminado el tratamiento con Tamoxifeno.

P ¿Podría tener hijos después de terminado este tratamiento?

R Aunque es probable que usted pueda embarazarse una vez terminado este tratamiento, es muy importante que converse detenidamente este tema con su médico, primero para saber si es recomendable o no un embarazo después del cáncer mamario, lo que dependerá de la agresividad del tumor que la ha afectado.

Si su médico determina que no podría ser perjudicial embarazarse y si su edad lo requiere existe la posibilidad de conservar óvulos en un banco de células, lo que aseguraría un óvulo fértil para cuando pueda ser madre.

P ¿Qué otro efecto beneficioso produce el Tamoxifeno?

R El Tamoxifeno además reduce las probabilidades de tener enfermedades como las enfermedades coronarias y por ende, de presentar un infarto cardíaco, disminuyendo el riesgo de morir por estas causas, además reduce las posibilidades de padecer osteoporosis porque mejora la asimilación del calcio, por lo tanto disminuye el riesgo de presentar fracturas óseas.

P ¿Qué efecto adverso me puede provocar el Tamoxifeno?

R El Tamoxifeno como todos los medicamentos, podría provocar otros efectos además del efecto antiestrogénico por el cual usted está en trata-

miento. Entre los efectos secundarios más graves están los coágulos en la sangre, derrames cerebrales, cáncer de útero y catarata, además de los otros problemas menos graves que son los síntomas de menopausia, como bochornos y sequedad vaginal, irregularidad en los ciclos menstruales, dolor de cabeza, irritación a nivel genital, disminución del interés sexual, impotencia en los hombres, etc.

P ¿Por qué podrían producirse coágulos en la sangre?

R Este efecto adverso no tan frecuente, se produce porque el Tamoxifeno estimula la agregación plaquetaria, o sea que las plaquetas -células de la coagulación- se pegan unas a otras formando verdaderas costras internas dentro de las venas, además si las pacientes han recibido quimioterapia podrían tener más probabilidad que las paredes de las venas se dañen, facilitando la formación de estas “costras” o trombos, pueden llegar a ocluir una vena importante, pudiendo provocar una trombosis venosa profunda o incluso una embolía pulmonar.

P ¿Qué es una trombosis venosa profunda?

R La trombosis venosa profunda es una enfermedad que se produce porque un coágulo en la vena, interrumpe el paso normal de la sangre a una parte del organismo, siendo su localización más frecuente en las piernas, específicamente en las pantorrillas y muslos.

P ¿Puede ser grave la trombosis venosa profunda?

R Esta enfermedad una vez diagnosticada puede ser tratada satisfactoriamente y no dejar secuelas, logrando la mayoría de las veces restablecer su vida normalmente.

Sin embargo, este trombo o tapón que ocluye la circulación sanguínea

normal, podría o no migrar a una vena más importante como la vena cava inferior hasta llegar al corazón y de ahí al pulmón provocando una embolía o tromboembolía pulmonar.

P ¿Cuáles son los síntomas de la trombosis venosa profunda de las piernas?

R La trombosis venosa profunda puede presentar los siguientes síntomas:

- Dolor localizado en la pierna en todo el trayecto de la vena.
- Dolor que aumenta al flectar o doblar para atrás el pie.
- Edema o hinchazón (blando no duro) de la pierna.
- Sensación de pesadez en la pierna.
- Cierta grado de dificultad y dolor para caminar.
- Calor o aumento de temperatura en la pierna.

P ¿Qué debo hacer si tengo uno o más síntomas?

R Si usted está tomando Tamoxifeno y presenta uno o más de los síntomas anteriormente señalados debe hacer lo siguiente:

- Mantenga la calma y solicite a alguien que la acompañe.
- Tiéndase y ponga la pierna afectada por sobre el nivel del cuerpo.
- Llame a su médico o enfermera, si no la puede ubicar pida información donde puede encontrarlo para evitar andar deambulando innecesariamente.
- Acuda al centro hospitalario más cercano y advierta al doctor sobre el uso de Tamoxifeno.
- No tome la dosis correspondiente a ese día, hasta que el médico descarte el diagnóstico.

P ¿Tiene tratamiento la trombosis venosa profunda?

R Efectivamente tiene tratamiento con medidas físicas como reposo con pie en alto y también con medicamentos anticoagulantes, bajo estricto control médico.

P ¿Las personas con várices tienen más riesgos?

R Las várices de las piernas son dilataciones venosas, en que no siempre existe un trombo que pueda reducir el espacio interior de las venas, obstruyendo la circulación sanguínea.

Sin embargo, las personas con várices tienen más riesgo de presentar enfermedades tromboembólicas venosas, que las personas que no padecen estos trastornos.

P ¿Qué es la embolia o tromboembolia pulmonar?

R Es la situación en que un coágulo o trombo, -producido generalmente en venas periféricas-, se ha desplazado en parte o completamente a la vena cava inferior, pasando al corazón y llegando hasta al pulmón, alojándose en la arteria pulmonar, impidiendo la circulación y el funcionamiento normal del pulmón.

Cuando la dimensión del trombo es mínima, esta situación podría pasar inadvertida por la paciente, sin embargo, también podría ser grave si produce un colapso total de la circulación pulmonar, desencadenando un tromboembolismo masivo que puede provocar la muerte.

P ¿Cuáles son los síntomas de la embolia o tromboembolia pulmonar?

R Aunque la mayoría de las veces, la trombosis pulmonar pasa inadvertida por las pacientes, cuando el trombo es de mayor cuantía podría dar

algunos síntomas repentinos, tales como:

- Dolor en un lado del tórax o pecho.
- Tos.
- Disnea o dificultad para respirar.
- Taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca.
- Palidez y color azulino en los labios.
- Otros

P ¿Qué debo hacer ante estos síntomas?

R Aunque esta complicación se presenta muy rara vez, cuando aparece constituye siempre una emergencia. Por lo tanto, si repentinamente comienza usted con estos síntomas, no dude en acudir de inmediato al centro médico más cercano.

P ¿Tiene tratamiento la embolia o tromboembolia pulmonar?

R Esta enfermedad tiene tratamiento, si se hace el diagnóstico oportunamente, por tal razón ante estos síntomas, cuando acuda al hospital, informe al doctor su tratamiento con Tamoxifeno, porque esta información puede ayudar a orientar el estudio, el médico considerará hospitalizarla para hacer exámenes que confirmen el diagnóstico.

El tratamiento consiste en suspender inmediatamente el Tamoxifeno, reposo con oxígeno, terapia anticoagulante y además de una exhaustiva vigilancia médica.

P ¿Se puede prevenir estas complicaciones?

R Estas complicaciones pueden ser en parte prevenibles con medidas que favorezcan el retorno venoso, tales como:

- Evite el sobrepeso y obesidad, si le es difícil comer menos, entonces

gaste más calorías haciendo ejercicio.

- Evite el sedentarismo, caminar por su barrio 30 minutos a lo menos 3 veces a la semana la podrán ayudar.
- Evite largos viajes sentada sin moverse y con los pies hacia abajo, procure levantarse y caminar cada cierto tiempo,- cada una o dos horas-, para estimular la circulación sanguínea.
- Cuando descanse, después de su trabajo o de las labores diarias de su hogar, ponga sus pies en alto sobre un piso para favorecer el retorno venoso.
- Procure usar medias compresivas, con gradiente de presión, a sea de mayor presión en la punta del pie a menor presión a nivel del calzón. Estas medias la ayudarán a favorecer el retorno venoso, especialmente si su trabajo la obliga a mantenerse quieta, de pie o sentada la mayor parte de la jornada.
- Evite el reposo en cama por períodos prolongados, si fuese necesario un reposo estricto, pregúntele a su médico si es posible, subir los pies sobre el nivel del cuerpo, usar medias compresivas o pida autorización para caminar unos minutos a lo menos una vez al día.
- Alimentación sana rica en frutas y verduras, evite las grasas.
- Beba agua durante el día, evite las bebidas gaseosas.

P ¿Qué puede provocar en el útero el Tamoxifeno?

R El Tamoxifeno puede provocar engrosamiento de la pared interna del endometrio, lo que se conoce con el nombre de hiperplasia. El endometrio está formado por células muy sensibles al estrógeno, provocando multiplicación y proliferación celular que se traduce en un engrosamiento de esta capa uterina.

El Tamoxifeno bloquea el estrógeno a nivel mamario, pero lo mantiene y aumenta a nivel de endometrio, por esta razón se estimula la división

celular de las células, resultando una proliferación exagerada que se traduce en una hiperplasia típica.

P ¿Cuál es el riesgo de la hiperplasia endometrial típica?

R El riesgo es que este proceso estimulado por el Tamoxifeno, en que las células crecen y se multiplican activamente, sin haber un control o freno, podría desencadenar una serie de cambios o irregularidades en las nuevas células, ya sea en tamaño o estructura. Estas células modificadas forman lo que se denomina hiperplasia atípica.

P ¿Cuál es el riesgo de la hiperplasia atípica?

R La hiperplasia endometrial atípica es el resultado de una proliferación exagerada del endometrio, estimulada por el Tamoxifeno, en que las células presentan características diferentes a las células normales del endometrio. Estas alteraciones celulares podrían progresar a un cáncer de endometrio.

P ¿Puedo prevenir la hiperplasia endometrial?

R Lamentablemente esta complicación no se puede prevenir pero si es posible detectarla a tiempo. Por ello, aunque no todas las pacientes presentan hiperplasia endometrial y de las que presentan la mayoría presenta hiperplasia típica, es muy importante el control ginecológico anual, con un ginecólogo especialista para evaluar el engrosamiento del endometrio.

P ¿Cuáles son los síntomas de la hiperplasia endometrial?

R El síntoma más frecuente e importante de la hiperplasia endometrial es el sangramiento vaginal anormal, si usted presenta este síntoma sus-

penda el Tamoxifeno y póngase en contacto con su oncólogo, quien podrá derivarla al ginecólogo especialista.

P ¿Es importante la evaluación ginecológica antes de iniciar la terapia con Tamoxifeno?

R Efectivamente el equipo médico le recomendará, ser evaluada por un ginecólogo especializado en esta materia, antes de iniciar la terapia hormonal, porque la idea es tener una evaluación inicial del endometrio, que permita comparar los cambios producidos durante la terapia con Tamoxifeno.

P ¿En qué consiste el control ginecológico?

R El ginecólogo hará un seguimiento del endometrio, para ello utilizará la ecografía transvaginal que permite visualizar y medir el grosor de esta capa uterina, para comparar con el grosor de los años anteriores.

P ¿Cuándo el ginecólogo decidirá hacer una biopsia endometrial?

R El ginecólogo decidirá hacer una biopsia endometrial si presenta un sangramiento anormal ya sea en cantidad o en frecuencia.

P ¿En qué consiste la biopsia endometrial?

R Es un procedimiento breve e indoloro, que se realiza en forma ambulatoria, generalmente en la consulta médica y consiste en la introducción por la vagina, de un estrecho tubo para tomar una muestra de las células del endometrio, esta muestra de tejido se envía para ser analizado bajo un microscopio en el laboratorio del anatomopatólogo.

P ¿Cuándo el ginecólogo decide hacer un legrado?

R El ginecólogo puede decidir hacer un legrado o raspaje uterino cuando la biopsia no descarta una hiperplasia atípica o cuando el grosor del endometrio aumentó considerablemente en relación al año anterior o cuando se produce un sangramiento vaginal profuso.

Para ello, se usa un medicamento que logra dilatar el cuello del útero, haciendo más fácil legrar o raspar para liberar suavemente esta capa engrosada.

Este procedimiento generalmente es ambulatorio, quedando hospitalizada por unas horas para vigilar su evaluación, o bien, si el médico estima necesario puede permanecer una noche hospitalizada.

Todo este tejido va al laboratorio para descartar enfermedad maligna. Si esta biopsia confirma hiperplasia atípica es probable que sea necesario realizar una histerectomía o extirpación del útero, procedimiento que requiere hospitalización y anestesia general.

P ¿Es frecuente el cáncer de endometrio producido por Tamoxifeno?

R Es infrecuente el cáncer de endometrio en las pacientes con cáncer de mama, esta cifra podría corresponder a una por cada 1.500 mujeres que están en tratamiento con Tamoxifeno.

Sin embargo, si estas pacientes se controlan periódicamente con su médico tratante y a lo menos una vez al año son chequeadas con un ginecólogo especialista en el tema, cualquier alteración será detectada y tratada precozmente, siendo bajas las probabilidades de desarrollar un cáncer de endometrio. Además generalmente, este tipo de cáncer es diagnosticado en forma precoz y tiene muy buen pronóstico.

Por último usted debe estar tranquila porque si no toma Tamoxifeno, teniendo un cáncer mamario receptor de estrógenos positivos, las probabilidades que el cáncer de mama reaparezca, son mayores que las proba-

bilidades de desarrollar un cáncer de endometrio si está en tratamiento con Tamoxifeno.

P ¿El Tamoxifeno podría producir daño al hígado?

R En general la mayoría de los medicamentos son metabolizados en el hígado, por ello podrían provocar cierta toxicidad si no son indicados y controlados por un médico.

El Tamoxifeno también puede causar daño al hígado, el que suele ser muy leve y pasar inadvertido, por esta razón su médico, solicitará un examen de sangre llamado perfil hepático, antes de iniciar el tratamiento, a las 6 semanas y a lo menos 1 vez al año para revisar la función hepática.

P ¿Cómo podría prevenir el daño hepático?

R Aunque el daño hepático no se puede prevenir totalmente, existen ciertas consideraciones que debe conocer. Siempre antes de iniciar el tratamiento, es necesario confirmar la función hepática con el examen sanguíneo llamado perfil hepático y cumplir con el control programado por su oncólogo.

Además usted podría favorecer el funcionamiento hepático procurando hábitos alimentarios sanos y estilos de vida saludables, evitando el sobrepeso y obesidad y la ingesta de alcohol:

- Procure tener una alimentación sana, pobre en grasas saturadas (carne roja, huevo y cremas), reducida en harinas (pan, galletas y masas) y en azúcares (tortas, pasteles, caramelos, bebidas azucaradas, mermeladas, etc.)
- Procure hacer alguna actividad física, frecuente y mantenida en el tiempo, porque combate el sobrepeso, corrige la resistencia a la insulina, disminuye el colesterol y triglicéridos en la sangre, todas estas situaciones que pueden provocar algún grado de daño hepático.

- Procure una alimentación hipocalórica para evitar el sobrepeso y obesidad, SIEMPRE debe procurar bajar paulatinamente de peso, porque El descenso brusco de peso también podría provocar cierto daño al hígado.
- Evite la ingesta de alcohol, porque se asocia a un daño hepático, aún cuando beba sólo los fines de semana podría ser nocivo para su salud.

P ¿Cómo afecta la visión el Tamoxifeno?

R Aunque todas las mujeres a medida que envejecen podrían desarrollar algún grado de cataratas en los ojos, las mujeres que toman Tamoxifeno parecen tener un riesgo mayor de desarrollar esta enfermedad, siendo la frecuencia muy baja, alrededor de 1 en 10.000 pacientes con este tratamiento.

P ¿Qué son las cataratas?

R Las cataratas es una enfermedad del ojo caracterizada por la opacidad del lente natural del ojo llamado cristalino, este lente transparente, es capaz de acomodarse, enfocando la luz para visualizar un objeto independiente si está cerca o lejos.

Esta cualidad del cristalino permanece intacta hasta aproximadamente los 45 años de edad, porque normalmente a medida que las persona van envejeciendo, se torna opaco, – como un vidrio empañado o con escarcha-, lo que provoca una visión borrosa.

P ¿Cuáles son los síntomas de las cataratas?

R Los síntomas de cataratas pueden variar según el tamaño y forma de la opacidad del cristalino, si la opacidad no está cerca del centro del cristalino puede pasar inadvertida para usted.

Además como la mayoría de las personas a mayor edad tienden a presentar problemas a la vista, las pacientes se quedan tranquilas y no lo relacionan al tratamiento de Tamoxifeno.

Sin embargo, la mayoría de las pacientes tratadas con esta terapia hormonal, no presentan síntomas o suelen presentar síntomas muy leves en uno o en ambos ojos.

Algunos de los síntomas más comunes de las cataratas son:

- La visión se torna borrosa (sin dolor ni malestar)
- Deslumbramiento o sensibilidad a la luz;
- Visión doble en un ojo;
- Necesidad de luz más intensa para leer;
- Visión nocturna muy pobre;
- Los colores se ven desvanecidos o de tinte amarillentos.
- Necesidad de cambios frecuentes en la graduación de los lentes;

P ¿Se puede prevenir las cataratas?

R Efectivamente existen algunas medidas que pueden ayudar a prevenir esta complicación.

- Exposición a la radiación, evite tenderse a tomar sol por períodos prolongados especialmente en horario entre las 12:00 y 16:00 hrs.
- Tabaquismo, evite fumar porque si además del riesgo del Tamoxifeno suma el riesgo producido por el cigarro aumenta las probabilidades de padecer esta enfermedad.
- Demasiada exposición a la luz ultravioleta (luz solar), use gafas para el sol porque protegen a sus ojos de la luz ultravioleta.

P ¿Cuál es el tratamiento de las cataratas?

R Si las cataratas son incipientes y usted no tiene tanta dificultad para ver, se sugiere las siguientes medidas:

- Mejore la iluminación de su casa, pinte las murallas blancas, corra las cortinas, etc.
 - Mejore los lentes de aumento para ver mejor sin necesidad de forzar la vista.
 - Use siempre gafas para el sol, aunque esté algo nublado porque los rayos ultravioleta igual afectan el ojo. Pida orientación a un oftalmólogo para saber que lentes filtran más los rayos solares.
- Sin embargo cuando el problema es mayor, el único tratamiento para las cataratas es la cirugía para extirparlas, en una operación ambulatoria, que no provoca dolor ni incapacidad temporal, usted puede continuar con sus labores habituales porque la visión se mantiene bien. Esta cirugía también está cubierta por el programa AUGE.

P ¿Cuándo debo ir al oftalmólogo?

R Todas las personas deberían ir al oftalmólogo pasados los 40 años, en forma preventiva aunque no tengan problema alguno, sin embargo si usted está en tratamiento con Tamoxifeno, debe consultar si presenta entre otros síntomas, los siguientes cambios:

- Disminución en la visión nocturna o con luz tenue
- Problemas de sensibilidad con el resplandor de la luz
- Pérdida de la visión en uno o en ambos ojos.
- Pérdida de la intensidad de los colores.

P ¿Cuál es el riesgo de las cataratas?

R Esta enfermedad es de muy buen pronóstico y NUNCA tan grave como para pensar en abandonar el tratamiento con Tamoxifeno.

P ¿El Tamoxifeno podría producir aumento de peso?

R Muchas pacientes relacionan la subida de peso con el uso de Tamoxifeno y es uno de los efectos secundarios que más preocupan a las mujeres. Efectivamente este tratamiento podría alterar su peso, por ello es necesario saber cuál es peso ideal, tener una alimentación sana y una actividad física regular.

P ¿Qué puedo hacer para prevenirlo?

R Usted puede prevenir el alza de peso, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Seguir una dieta sana y equilibrada, disminuya las grasas y harinas y aumente las verduras verdes y frutas.
- Tomar agua, acostúmbrese a ingerir agua, es muy sano y ayuda a sentir menos hambre.
- Evite “picar” entre las comidas, porque provoca aumento el peso.
- Coma cada 3 a 4 horas, evite los períodos largos sin comer, porque usted tendrá más hambre y comerá más.
- Realice una actividad física a lo menos 3 veces a la semana, por ejemplo salga a caminar media hora por su barrio, al principio se puede cansar pero luego se sentirá capaz de continuar hasta 1 hora, que sería lo ideal.
- Lleve un control de su peso en forma regular cada 15 días o mensual, idealmente pesarse en la mañana, antes del desayuno, de lo contrario hágalo siempre a la misma hora y en similares condiciones de vestuario.
- Registre el peso para confirmar si la tendencia es a subir o no, si está subiendo de peso, revise su alimentación y actividad física y planifique los cambios para mantenerse en el peso ideal.
- Debe pesarse con la menor ropa posible, sin zapatos y antes de comer y la altura debe tomarse con la espalda totalmente recta, apoyada en una muralla, con la planta de los pies perfectamente sobre el suelo.

P ¿Por qué es tan importante mantener el peso ideal?

R La mayoría de las mujeres aumentan de peso cuando se acercan a la menopausia, este peso lo ganan principalmente por el aumento de la grasa corporal.

La grasa que tiene nuestro cuerpo, al metabolizarse produce hormona, es fuente productora de estrógeno.

Por lo tanto, si las células malignas del tumor crecían con los estrógenos, al estar su cuerpo produciendo estrógenos, estaría “incentivando” que el tumor reaparezca.

No sólo por belleza, no sólo por las enfermedades cardiovasculares, sino por su cáncer mamario, las mujeres que han tenido cáncer de mama DEBEN mantenerse en su peso ideal y el control del peso DEBE constituir una preocupación permanente.

P ¿Cómo saber cuál es mi peso ideal?

R Aunque es fácil saber si estamos o no “pasados de peso”, es más objetivo evaluarlo cuando conocemos cual debería ser nuestro peso ideal.

El peso ideal de una persona, dependerá de su talla y es definido según un parámetro llamado índice de masa corporal IMC. Usted puede preguntar al doctor o enfermera cual debe ser su peso ideal o si prefiere puede hacer el siguiente ejercicio:

__Peso(Kg)____=I.M.C.
Estatura (m)²

Con una calculadora, multiplique su altura por sí misma, por ejemplo si mide 1,60 mts., debe multiplicar 1,60 por 1,60 el resultado es 2,56.

Ahora divida su peso por la cantidad anterior, por ejemplo si pesa 60 kilos, deberá dividir 60 por 2,56, el resultado sería 23,43.

Esta cifra de 23,43 corresponde al IMC, el que debe ser revisado a continuación:

IMC menor de 20 Bajo peso

IMC entre 20 y 24.9 Peso normal

IMC entre 25 y 29.9 Sobrepeso

IMC entre 30 y 34.9 Obesidad

IMC mayor de 35 Obesidad mórbida

Siguiendo con el ejemplo, si usted mide 1,60 metros y pesa 60 kilos, felicidades porque estaría en su peso ideal.

P ¿Es verdad que el Tamoxifeno puede usarse para prevenir el cáncer de mama?

R Efectivamente ya está demostrado que el Tamoxifeno puede prevenir el cáncer de mama, gracias a los resultados obtenidos con el estudio de Prevención de Cáncer de Mama (BCPT)*, este estudio confirmó que las mujeres que tomaron Tamoxifeno por 5 años, presentaron menos cáncer de mama in situ e infiltrantes que las mujeres que no lo tomaron.

Este beneficio no sólo duró por el período de tiempo que estaban tomando el medicamento sino que se ha mantenido hasta casi 10 años más.

Se puede obtener más información sobre el BCPT en la página web de BCPT del Instituto Nacional del Cáncer en www.cancer.gov/clinicaltrials/digestpage/BCPT, en Internet.

P ¿Quién deberá tomar el Tamoxifeno para reducir el riesgo de cáncer de seno?

R Las mujeres que tienen un riesgo superior de desarrollar cáncer de mama, podrían después de una larga conversación con un mastólogo o médico especialista en patología mamaria, para evaluar los beneficios y riesgos de esta terapia.

P ¿A qué personas se les consideran de alto riesgo?

R Se considera mujer de alto riesgo, a aquellas mujeres que tienen los siguientes antecedentes:

- Portadora de mutación en los genes BRCA 1 y BRCA 2.
- Familiar en 1er y 2do grado (por ejemplo: mamá, hija, hermana, prima, tía) con cáncer de mama bilateral.
- Familiar en 1er o 2do grado con cáncer mamario antes de los 50 años.
- Familia con cáncer de mama en personas jóvenes en dos generaciones.
- Familiar con antecedente de cáncer de mama y cáncer de ovario.
- Familiar varón con cáncer de mama.
- Otros antecedentes.

P ¿Si yo tengo uno de estos antecedentes que puedo hacer?

R Que usted tenga uno de estos antecedentes no necesariamente significa que va a desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida, sino que tiene mayor probabilidad de enfermarse que una persona que no tiene estos antecedentes.

Usted puede consultar directamente a un mastólogo, o bien solicitar hora con la matrona del consultorio correspondiente, informe sus antecedentes y pida ser evaluada por un médico especialista, probablemente será citada a una consulta con ginecólogo, para luego ser derivada a la Unidad de Patología Mamaria UPM del hospital de su área.

P ¿Por qué a algunas pacientes les indican otro medicamento?

R Como anteriormente comentamos existen otros medicamentos para la terapia hormonal del cáncer de mama, estos medicamentos, también ayudan a prevenir el crecimiento de las células malignas y actúan de manera distinta al Tamoxifeno.

Entre ellos están los medicamentos llamados agonistas de LHRH y los Inhibidores de la Aromatasa.

P ¿Cómo funcionan los agonistas de la LH-RH?

R Este medicamento es usado principalmente en las mujeres premenopáusicas, cuyos ovarios producen hormonas, porque actúa directamente sobre los ovarios, inhibiendo la producción de estrógenos, por lo tanto, al bajar los niveles hormonales en la sangre, se afecta el crecimiento de los tumores con receptores hormonales positivos. Los medicamentos Triptorelin y la Goserelina.

P ¿Cómo se administra estos medicamentos?

R Estos medicamentos se administran en forma inyectable, según indicación médica una vez al mes, durante el tiempo que su oncólogo estime necesario, generalmente 1 o 2 años.

P ¿Qué efectos secundarios provocan estos medicamentos?

R Estos medicamentos podrían producir síntomas similares a la menopausia, especialmente, bochornos, sequedad vaginal y disminución del interés sexual, además de dolor de cabeza, aumento de peso, dolor de huesos, etc.

P ¿Por qué a algunas pacientes les extirpan los ovarios?

R Otra de las alternativas de terapia hormonal, para las pacientes premenopáusicas tratadas por tumor de mama con receptores hormonales positivos, es la cirugía para extirpar los ovarios llamada ooforectomía. Esta cirugía que podría ser ofrecida por su médico dentro de algún estu-

dio científico, constituye otra alternativa para combatir esta enfermedad, porque el ovario es la fuente principal de estrógeno en el cuerpo, por lo tanto al extirpar estos órganos, los niveles sanguíneos de estrógenos bajan inmediatamente, impactando en la multiplicación y desarrollo del tumor maligno.

P ¿Cuáles son las otras alternativas para la mujer premenopáusica?

R Existe otra alternativa menos usada, que el equipo médico puede indicar para el control de la enfermedad, en una paciente premenopáusica con receptores hormonales positivos, esta es la ablación ovárica con radioterapia. Esta radioterapia dirigida directamente a los ovarios, impide que estos continúen proporcionando estrógenos al organismo.

P ¿Cómo actúan los inhibidores de aromatasa?

R El 90% de la producción total de estrógeno, es producida por los ovarios. Al llegar la menopausia, los ovarios dejan de funcionar y la producción baja considerablemente, pero no llega a cero, porque existen otros órganos y tejidos del cuerpo que continúan produciéndolo, tales como: glándulas suprarrenales, riñón, hígado, tejido graso, etc. Para que estos órganos produzcan estrógenos, es necesaria una proteína enzimática llamada aromatasa.

La aromatasa es una enzima necesaria para la síntesis de estrógeno, sin ella no es posible concretar el proceso de formación, por lo tanto al bloquear o inhibir esta hormona, se impide la producción de estrógenos que realizan estos otros tejidos del cuerpo.

P ¿A qué pacientes les indican los inhibidores de aromatasa?

R Estos medicamentos generalmente se indican a pacientes postmenopáusicas cuyos tumores crecen y se multiplican con los estrógenos, pero también pueden ser indicados a pacientes premenopáusicas que no pueden tomar Tamoxifeno por otra enfermedad adicional, como por ejemplo enfermedad tromboembólica grave o daño hepático previo. En este caso, las mujeres premenopausicas además de tomar un inhibidor de aromatasa, deben usar otra terapia para inhibir la función ovárica.

Los inhibidores de aromatasa además, están indicados además en aquellas pacientes que no tuvieron buena respuesta con el Tamoxifeno.

P ¿Los inhibidores de aromatasa son medicamentos nuevos?

R Estos medicamento son usados en cáncer de mama desde hace más de 15 años y son 3 los tipos de inhibidores que se comercializan en nuestro país, cuyo nombres son: Anastrozole, Letrozole y Exemestano.

P ¿Los inhibidores de aromatasa son medicamentos caros?

R Efectivamente estos medicamentos son más caros que el Tamoxifeno pero también son proporcionados en el sistema público gracias al programa AUGÉ-GES y deberían ser cubiertos por su ISAPRE.

P ¿Cómo se toman estos medicamentos?

R Estos medicamentos también deben ser tomados 1 vez al día, por el período de tiempo que se estime necesario según su caso individual. Es importante hacer una rutina de tomarlo siempre a la misma hora, idealmente en la mañana, para evitar olvidarse.

P ¿Quién define cual es la terapia hormonal que debo usar yo?

R Su equipo médico decidirá que terapia hormonal deberá usar usted, sin embargo la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology)*, recomienda considerar en las mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama sensible a las hormonas, estas siguientes opciones de tratamiento:

- Empezar con Tamoxifeno hasta cumplir los 5 años y continuar después con 5 años más de terapia con algún inhibidor de aromatasa, lo que recibe el nombre de tratamiento adyuvante ampliado.
- Comenzar la terapia, tomando Tamoxifeno por 2 a 3 años y después cambiar a un inhibidor de aromatasa por 2 o 3 años más hasta completar los 5 años de terapia.
- No usar el Tamoxifeno y empezar el tratamiento adyuvante con un inhibidor de la aromatasa por un período de 5 años.

P ¿Cuáles son los efectos adversos de estos medicamentos?

R Estos medicamentos, son muy bien tolerados, pero podrían producir los siguientes efectos secundarios:

- Dolores musculares y de articulaciones.
- Osteopenia y osteoporosis
- Bochornos, sequedad vaginal y disminución interés sexual.
- Náuseas.
- Diarrea.
- Debilidad y fatiga.

P ¿Por qué el doctor me pide una densitometría ósea?

R La densitometría ósea como su nombre lo dice mide la densidad del tejido óseo, por lo tanto, como los inhibidores de aromatasa producen

disminución de la densidad ósea es necesario chequear como están sus huesos antes de comenzar el tratamiento, y luego hacer controles periódicos durante el tratamiento.

P ¿Cómo puede prevenirse la osteoporosis?

R La osteoporosis puede producirse por privación de estrógeno, déficit de calcio e inactividad o falta de actividad física. Si sabemos que los inhibidores producen privación de estrógeno, tenemos que fomentar la ingesta de calcio y la actividad física regular.

Por ello es muy importante aumentar los lácteos en la ingesta diaria y comenzar un régimen de ejercicios permanente a lo menos 3 veces a la semana, por ejemplo caminar 30 minutos o 1 hora cada vez, pueden ayudar a disminuir la reabsorción y estimular la formación ósea. Además existen ciertos medicamentos y vitaminas que su médico puede indicar para prevenir este riesgo

P ¿Cuál es el riesgo de la osteoporosis?

R El mayor riesgo en la mujer con osteoporosis, es el aumento de las probabilidades de padecer fracturas óseas. Siendo más frecuentes las fracturas de caderas, columna vertebral y muñeca.

P ¿Tiene tratamiento la osteoporosis?

R Efectivamente existen varios medicamentos usados en el tratamiento de la osteoporosis, que actúan ya sea, disminuyendo la reabsorción o aumentando la formación ósea.

Entre ellos están los Bifosfonatos, estos medicamentos actúan dando un balance positivo pues disminuyen la reabsorción y aumentan la formación de masa ósea, logrando con ello mejorar la densidad y disminuir

las fracturas.

Entre los bifosfonatos más usados en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con Inhibidores de Aromatasa, están Pamidronato y Zoledronato.

P ¿Cómo se administran estos medicamentos?

R Estos medicamentos se administran en forma ambulatoria, por vía endovenosa diluida en un matraz de suero en 20 a 30 minutos.

P ¿Cuáles son las ventajas de los inhibidores de la aromatasa en relación al Tamoxifeno?

R Las principales ventajas de los Inhibidores de Aromatasa en relación al Tamoxifeno son:

- Menor riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer uterino.
- Menor riesgo de enfermedades tromboembólicas.
- Menor riesgo de cataratas.
- Menos síntomas de menopausia

P ¿Cuáles son las ventajas del Tamoxifeno en relación a los inhibidores de la aromatasa?

R Las principales ventajas del Tamoxifeno en relación a los inhibidores de la aromatasa son:

- Menor riesgo de osteoporosis y fracturas en los huesos.
- Mejora los niveles de colesterol en la sangre.
- Menor riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama o mama contralateral.
- Menor riesgo de desarrollar cáncer mamario en las mujeres consideradas de alto riesgo (aunque existe un estudio que demuestra que el Exemestano también disminuye el riesgo de desarrollar esta enfermedad).

P ¿Cuáles son las desventajas de los inhibidores de la aromatasa en relación al Tamoxifeno?

R Las principales desventajas de los inhibidores de la aromatasa en relación al Tamoxifeno son:

- Costo más elevado.
- Produce más malestar físico especialmente dolor muscular y de articulaciones.
- Produce más osteoporosis, aumentando el riesgo de fracturas.

P ¿Cuáles son las desventajas del Tamoxifeno en relación a los inhibidores de la aromatasa?

R Las principales desventajas del Tamoxifeno en relación a los inhibidores de la aromatasa son:

- Bochornos
- Mayor riesgo de trombosis venosa.
- Mayor riesgo de visión borrosa.
- Sequedad y pérdida del interés sexual.

IMPORTANTE

Las mujeres que usan alguna terapia hormonal contra el cáncer de mama, deben saber que no pueden tomar fitoestrógenos o ninguna otra hormona aunque sea natural, además deben tener precaución con algunas hierbas que podrían contener pequeñas dosis de hormonas, las que pueden competir o anular el tratamiento que están recibiendo.



PREGUNTAS SOBRE TERAPIA BIOLÓGICA DEL CÁNCER MAMARIO

P ¿En qué consiste la terapia biológica?

R La terapia biológica se basa en el uso de medicamentos que actúan en procesos biológicos específicos de la célula tumoral, en los mecanismos de defensa de las células normales y en las interacciones entre células y el microambiente que las rodea. Por lo tanto su espectro de actividad es muy amplio y mencionaremos algunos de ellos :

- 1.- Estimular y potenciar las acciones de las células defensivas activando y/o estimulando el sistema inmune.
- 2.- Bloquear procesos de proliferación y crecimiento celular.
- 3.- Activar vías naturales de muerte celular.
- 4.- Reconocer y unirse a marcadores específicos de la célula tumoral con el fin de destruirla o inactivarla.

P ¿Cuál (es) la principal importancia de la terapia biológica?

R El principal beneficio de la terapia biológica es actuar selectivamente sobre la célula tumoral y/o estimular el sistema inmune con el fin de optimizar la terapia y disminuir los efectos secundarios sobre las células y tejidos normales a diferencia de la quimioterapia tradicional la que para ejercer su efecto provoca efectos adversos.

Sin duda el poder estimular y potenciar nuestro propio sistema inmune es un objetivo vital y trascendente.

P ¿La terapia biológica es un nuevo tipo de tratamiento?

R Efectivamente la terapia biológica es un tratamiento relativamente nuevo que gracias a los avances científicos se está desarrollando rápidamente augurando un futuro prometedor en la lucha contra las enfermedades.

P ¿La terapia biológica es usada sólo en el tratamiento del cáncer?

R No, el conocimiento de los mecanismos biológicos ha permitido diseñar tratamientos más específicos en varios tipos de enfermedades. Entre ellas cabe destacar el rol creciente de la terapia biológica en las enfermedades autoinmunes.

P ¿Cómo actúa la terapia biológica en las enfermedades oncológicas?

R La terapia biológica actúa estimulando al sistema inmune para reconocer y afectar a la célula maligna de tal manera que impide su crecimiento y desarrollo.

Las otras terapias sistémicas,- quimioterapia y hormonoterapia-, actúan directamente sobre las células malignas ya sea provocando la muerte celular o bien, impidiendo su reproducción. En cambio la terapia biológica actúa indirectamente sobre las células malignas porque estimula o refuerza al sistema inmunológico “empoderándolo” para actuar sobre estas células oncológicas.

P ¿Qué es el sistema inmune del organismo?

R El sistema inmune o inmunológico del organismo es un sistema compuesto por una serie de células y órganos que actúan organizadamente para pesquisar y defender a nuestro cuerpo de agentes invasores extraños.

Esta gran organización lucha y nos defiende contra todas los tipos de enfermedades inclusive el cáncer.

Para ello posee un sistema de detección,- como un radar-, que detecta y actúa sobre los elementos ajenos y alterados de nuestro cuerpo, para evitar el desarrollo de una determinada enfermedad.

Sin embargo, en algunas ocasiones este sistema funciona inadecuada-

mente o simplemente deja de funcionar produciendo la enfermedad. En estas circunstancias de alteración actúa la terapia biológica, reparando, estimulando o reforzando la respuesta del sistema inmunológico.

P ¿Cuáles son las células del sistema inmunológico?

R Son varias las células del sistema inmunológico, las más importantes son los glóbulos blancos o leucocitos, los que se organizan y dividen el trabajo de defender al organismo de sustancias extrañas o ajenas que pudieran causar daño o enfermedad. Cada célula tiene una función específica pero siempre coordinada, a través de sustancias que ellas mismas producen. Estas células son los linfocitos B, linfocitos T, células asesinas naturales (natural killer, los macrófagos, monocitos y fagocitos.

P ¿Qué función tienen estas células?

R Linfocitos: Los linfocitos son un tipo de glóbulos blancos que transitan por la sangre y también se ubican en otras partes del cuerpo. Dentro de los linfocitos tenemos 3 tipos diferentes.

- Linfocitos B: células que permanecen en la sangre produciendo una proteína llamada anticuerpos, los anticuerpos o inmunoglobulinas reconocen y se adhieren a las sustancias extrañas o ajenas, encajando perfectamente, como una llave a una cerradura.

Cada linfocito B produce un anticuerpo específico, que reconocerá a un específico antígeno.

- Linfocitos T: estas células tienen como misión producir proteínas llamadas citocinas, las citocinas permiten que todas las células del sistema, -linfocinas, los interferones, interleucinas y los factores estimulantes de colonias, se comuniquen entre sí, permitiendo una coordinación. Además algunas células T, llamadas células T citotóxicas, producen proteínas que forman unas estructuras que atacan directamente a las

células extrañas, infecciosas o malignas y otros linfocitos T, llamados linfocitos T colaboradoras, producen una sustancia para regular o controlar la respuesta inmune y mandan una señal a los otros miembros del sistema inmunológico.

- Linfocitos o células asesinas naturales, son células que también producen poderosas citosinas y proteínas que forman poros que se unen a cualquier agente extraño y lo destruyen rápidamente. Estas células asesinas están siempre listas para atacar.

Los fagocitos: Son leucocitos o glóbulos blancos que pueden tragarse y digerir partículas o microorganismos extraños al cuerpo, lo que se conoce como fagocitosis. Existen dos tipos de fagocitos:

- Los monocitos, que son fagocitos que circulan por la sangre.
- Los macrófagos que son fagocitos que se encuentran en los tejidos de todo el cuerpo.

P ¿Qué son los modificadores de la respuesta biológica?

R Una vez que los investigadores descubrieron cómo funciona el sistema inmunológico, comenzaron a crear sustancias que imiten esas funciones, con el objetivo de incidir en el curso normal de las enfermedades, procurando la curación o impidiendo su progresión.

Estas sustancias también reciben el nombre de modificadores de la respuesta biológica (o BRM por sus siglas en inglés), porque son capaces de alterar o modificar la interacción entre las defensas y las células extrañas o ajenas al cuerpo.

Entre los modificadores de respuesta biológica están, los interferones, las interleuquinas, los factores estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales, las vacunas, la terapia génica y los agentes inmunomoduladores no específicos.

P ¿Cómo pueden actuar los modificadores de respuesta biológica en las enfermedades oncológicas?

- R** Las terapias biológicas a través de los BRM Podrían ser usadas para:
- Detener, controlar o suprimir los procesos que permiten que crezca el cáncer.
 - Lograr que las células cancerosas sean reconocidas fácilmente para que el sistema inmune las destruya con mayor facilidad.
 - Reforzar el poder destructor de las células del sistema inmune, especialmente de los linfocitos T, las células asesinas naturales y los macrófagos.
 - Alterar el patrón de crecimiento de las células cancerosas para fomentar que se comporten como células sanas.
 - Bloquear o revertir el proceso que hace que una célula normal o célula premaligna se convierta en célula cancerosa.
 - Mejorar la capacidad del cuerpo para reparar o reemplazar las células normales dañadas o destruidas, por efecto de las otras terapias oncológicas como la quimioterapia o la radiación.
 - Impedir que las células malignas se diseminen a otras partes del cuerpo.

P ¿Los modificadores de respuesta biológica se utilizan actualmente en el tratamiento del cáncer?

R Efectivamente algunos BRM son usados desde más de una década, en el tratamiento de enfermedades oncológicas, entre ellos los anticuerpos monoclonales, las interleukinas, los factores estimulantes de colonias, algunas vacunas, etc.

Estos BRM pueden ser usados solos o en combinación con otros BRM, o también pueden ser usados en combinación con otros tratamientos oncológicos, tales como quimioterapia y radioterapia.

Sin embargo, esta terapia recién está comenzando y muchos estudios

científicos continúan su curso para ampliar aún más las esperanzas de curación del cáncer.

P ¿Qué es un anticuerpo monoclonal?

R Un anticuerpo monoclonal es una sustancia producida por un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos, que actúa directamente sobre un antígeno o también llamado receptor específico de una determinada célula, estos antígenos son estructuras que se ubican en la superficie de las células y cada tipo de célula tiene su propio antígeno, el que encaja exactamente en el anticuerpo monoclonal y viceversa, el anticuerpo monoclonal actúa exactamente con un determinado antígeno celular. Los investigadores científicos descubrieron cuál es el antígeno o receptor que algunas células malignas de la mama tienen exageradamente o sobreexpresado en sus superficies.

Una vez que lograron identificar el antígeno, sintetizaron en un laboratorio el anticuerpo monoclonal específico para ese antígeno, pudiendo multiplicarlo y probarlo científicamente, cumpliendo con los procedimientos éticos y estándares de calidad necesarios para, lograr ser autorizado su uso en el tratamiento de esta grave enfermedad.

El anticuerpo monoclonal que se usa como terapia biológica del cáncer de mama es Trastuzumab, comercializado como HERCEPTIN®.

P ¿Qué significa HER2?

R La sigla HER2, significa Human Especific Receptor es el receptor o antígeno específico que sobreexpresan las células malignas del cáncer mamario humano.

P ¿Cuál es el receptor HER2?

R El receptor HER2, es un oncogén localizado en el cromosoma 17, que pertenece a la familia de receptores de membrana ErbB, que pueden o no expresarse en las membranas de las células del cáncer mamario.

P ¿Qué significa HER2 +?

R Que el receptor HER2 marque (+) positivo, significa que está amplificado o sobre expresado en la superficie de las células. Esta sobreexpresión se traduce en una proliferación o multiplicación descontrolada de las células malignas, convirtiendo a este cáncer en una enfermedad más agresiva.

P ¿Cómo se determina ese receptor?

R Una vez que se pesquisa un probable cáncer mamario, se realiza una biopsia o estudio anatomopatológico para confirmar la enfermedad y al mismo tiempo estudiar las características del tumor. Estas características serán muy importantes para definir el mejor tratamiento para cada persona.

Entre las características que se estudian del tumor, está la sobreexpresión del receptor HER2, que puede estudiarse a través de 2 pruebas diagnósticas.

• Inmunohistoquímica (IHC), el método de análisis inmunohistoquímico, determina la sobreexpresión de HER2 en la superficie celular. Su resultado van de 0 a 3 +, siendo considerado:

- 0 y 1 +: Resultado negativo.
- 2 +: Resultado dudoso.
- 3 +: Resultado completamente positivo
- Hibridación in situ por inmunofluorescencia (FISH), a través de este

método también se detecta la ampliación del gen HER2 en la célula maligna, sin embargo es más específico porque no sólo mide si está sobre expresado o no, sino que mide cuan sobre expresado está este receptor en las células malignas. Su resultado se informa como:

- HER positivo +
- HER negativo -.

Los tumores que presentan una ampliación del gen HER2 positivo +2 se considera dudosa y deben ser confirmados con el método FISH.

P ¿Cuáles son las características del cáncer de mama HER 2 +?

R Está confirmado que las pacientes con cáncer de mama, cuyos tumores malignos sobre expresan el receptor HERB2, presentan un cáncer de peor pronóstico, más agresivo, con mala respuesta al tratamiento y mayor probabilidad de hacer metástasis.

P ¿Cuán frecuente es el cáncer de mama HER2 positivo?

R Aproximadamente, el 25% de los tumores sobre expresan o presentan una ampliación del gen HER2, lo que normalmente sucede en la fase temprana de la evolución de la enfermedad. Esto quiere decir, que 1 de cada 4 pacientes con cáncer de mama son HER2 positivo.

P ¿Por qué es importante la prueba FISH?

R Porque permite determinar con exactitud la sobreexpresión de HER 2. Cuando la determinación de HER2, realizada por el método de inmunohistoquímica, - que determina si está o no sobre expresado el receptor-, está débilmente positiva o dudosa, se sugiere realizar este examen que es más seguro porque no sólo mide si está sobreexpresado o no, sino que cuantifica o mide cuantas copias hay de esta sobreexpresión en la célula.

Si la prueba FISH es positiva, confirma en forma confiable que se trata de un cáncer mamario HERB2+.

P ¿Qué significa HER2 – Negativo?

R Significa que las células del tumor no tienen o tienen muy débilmente expresado este receptor en su superficie, por lo tanto no se beneficiarían con el tipo de terapia biológica utilizada hoy en día.

P ¿Por qué es tan importante confirmar con la prueba FISH?

R Es muy importante confirmar que el tumor es HER2 positivo, para conocer el pronóstico de la enfermedad y evaluar la indicación de la terapia biológica.

P ¿Cuáles son los riesgos de la paciente con cáncer mamario HER 2 +?

R El mayor riesgo para las pacientes con cáncer de mama HER2 +, es que al tener sobre expresado este receptor, se demuestra la dificultad que tiene su sistema inmunológico para luchar contra esta enfermedad, facilitando por ello, la multiplicación de las células malignas y la diseminación a otras zonas del cuerpo produciendo las metástasis. En resumen, la sobreexpresión de HER 2 es un factor de mal pronóstico y de mayor proliferación tumoral. Pero desde la introducción de un medicamento que selectivamente bloquea HER 2 se ha revertido ese mal pronóstico.

P ¿Cuál es el tratamiento de terapia biológica que se usa actualmente en cáncer de mama?

R El tratamiento llamado Trastuzumab, es un anticuerpo monoclonal específico para el receptor HER2, sintetizado en el laboratorio por la empresa farmacéutica ROCHE, que logra acoplarse al gen, estimulando o reforzando la respuesta inmunológica del organismo.

P ¿Qué es Trastuzumab?

R Este medicamento llamado Trastuzumab, es un anticuerpo monoclonal. Los anticuerpos monoclonales como explicamos anteriormente, son sustancias producidas por los linfocitos T, - células del sistema inmunológico o de defensa del organismo-, para combatir las infecciones y a otras partículas extrañas que ataquen al cuerpo. Este anticuerpo monoclonal fue sintetizado en el laboratorio, “copiando” el anticuerpo específico que actúa sobre el receptor HER2, con el objeto de mejorar o reforzar la acción del anticuerpo monoclonal natural del sistema inmunológico, evitando la progresión de la enfermedad.

P ¿Cómo actúa Trastuzumab o Herceptin?

R Este medicamento se une al receptor HER2 sobreexpresado en las células malignas del cáncer mamario, logrando:

- Activar el sistema inmunológico o de defensa del organismo.
- Bloquear la función HER2 de la célula maligna.
- Inhibiendo la proliferación de las células malignas.
- Promoviendo la muerte celular programada (apoptosis).

La Herceptina se une a las células cancerosas HER2 positivas, para ralentecer o detener el avance de la enfermedad.

P ¿En qué tipo de pacientes está indicado Trastuzumab?

R Este medicamento está indicado en pacientes con cáncer de mama cuyas células malignas sobreexpresan el receptor HER2 o son HER2 + positivo, para incidir favorablemente en el curso natural de la enfermedad, que suelen tener un mal pronóstico.

P ¿Este medicamento está indicado sólo en cáncer de mama?

R Este medicamento se está utilizando principalmente en cáncer de mama, sin embargo desde hace un tiempo, está indicado también en carcinoma gástrico avanzado.

P ¿En qué pacientes está contraindicado Trastuzumab o Herceptin?

R En pacientes cuyas células malignas no expresan el receptor HER positivo o lo expresan débilmente + 1, porque esta terapia no las beneficiaría.

P ¿Cuán efectivo es el medicamento Trastuzumab o Herceptin?

R Varios estudios científicos han demostrado la eficacia de Herceptin en el tratamiento del cáncer de mama HER positivo.

Al comienzo este medicamento estaba aprobado para usarse sólo en pacientes con cáncer de mama metastásico HER +, cuando la enfermedad ya estaba diseminada a otras partes del cuerpo, demostrando su efectividad en:

- Lograr detener la progresión de esta enfermedad.

A partir del año 2005, los resultados de cuatro estudios clínicos * en que

participaron más de 13.000 pacientes, confirmaron que Herceptin también era seguro y efectivo en enfermas de cáncer de mama HER2 + en etapas iniciales de la enfermedad, comprobándose que las pacientes que recibieron Quimioterapia y Herceptin vivieron más años sanas y presentaron menos recaídas que las pacientes tratadas sólo con quimioterapia.

*Protocolos HERA (ex-USA), NCCTG N9831 (USA), BCIRG 006 (global), NSABP B-31 (USA)

Entre estos estudios científicos, concluyeron que el tratamiento con Herceptin puede:

- Reducir el riesgo que el cáncer de mama reaparezca después de la cirugía y el tratamiento de quimioterapia y Tamoxifeno.
- Reduce el riesgo de morir por esta enfermedad independiente de la edad de las pacientes, del tamaño del tumor y el estado de los ganglios axilares.

P ¿Cómo se administra el medicamento Herceptin?

R El medicamento Herceptin se administra en forma ambulatoria, por vía intravenosa, diluida en un matraz de suero, en una infusión de 90 minutos la primera vez. En las siguientes semanas la infusión podría ser administrada en 30 minutos.

P ¿Qué precauciones debe tomarse cuando se administra por 1ra vez este medicamento?

R La primera vez que usted reciba este medicamento, se tomarán ciertas medidas para observar su reacción al tratamiento. El medicamento se administrará gota a gota, diluido en un matraz de suero en un periodo de 90 minutos, luego deberá permanecer en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, para evaluar posibles reacciones adversas o no deseadas que podrían presentarse durante y hasta las 6 horas

posteriores a la administración.

A pesar que usted recibirá una premedicación antes de recibir Herceptin con antiinflamatorios y antialérgicos endovenosos y Paracetamol oral.

P ¿Qué precauciones debe tomarse cuando se administra por 2da vez este medicamento?

R En la segunda administración de Herceptin las dosis suelen ser menores, el medicamento se administra diluido en 30 minutos y también deben recibir la pre medicación con antialérgicos y antiinflamatorios. Luego la enferma deberá permanecer en observación por lo menos 2 horas después de terminada la terapia.

P ¿Cuáles son las reacciones adversas del medicamento Trastuzumab o Herceptin?

R Herceptin es un medicamento generalmente bien tolerado y sus efectos adversos no tienen relación a los efectos provocados por la quimioterapia. Los efectos adversos más comunes durante la infusión son fiebre y calofríos. Otros efectos secundarios son debilidad, náuseas, vómitos, diarrea y dolor de cabeza.

Además se ha descrito durante la infusión, algunos efectos más graves pero menos frecuentes, tales como: dificultad para respirar (le cuesta más tomar aire), hipotensión (disminuye la presión arterial), estridor (ruido al respirar), broncoespasmo (como si se apretara el pecho), taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca), urticaria o picazón e insuficiencia respiratoria.

Por lo general estos efectos adversos son menos graves después del 1er tratamiento.

P ¿Qué se hace si aparece esta reacción adversa?

R Si se presenta estos síntomas la enfermera suspenderá el medicamento por unos minutos hasta que las molestias cedan y por lo general el médico indicará reiniciar luego la administración, pero con un goteo más lento.

En caso de las reacciones más graves, puede ser necesario recurrir a la administración de oxígeno, corticoides y otros medicamentos para respirar mejor.

P ¿Herceptin puede causar efectos secundarios graves?

R Efectivamente este medicamento podría causar efectos graves especialmente en el músculo cardíaco pudiendo llegar a presentarse una insuficiencia cardíaca, que es la condición en que el corazón no es capaz de bombear la sangre al cuerpo. Aunque muchos autores confirman que la cardiotoxicidad (daño al corazón) no es mayor al daño provocado por las Antraciclinas (droga de color rojizo que se administra durante la quimioterapia).

Por tal razón todos los pacientes candidatos a recibir este tratamiento, deben tener un estudio acabado de la función cardíaca antes de iniciar este tratamiento.

Otros de los problemas graves que podrían presentar las pacientes tratadas con Herceptin es una reacción alérgica exagerada, por ello los pacientes son cuidadosamente vigilados hasta 6 horas después de terminada la 1ra administración y en las siguientes administraciones esta vigilancia debe ser hasta dos horas después de pasado el medicamento.

Por tal razón, este medicamento debe ser administrado bajo la vigilancia de profesionales altamente capacitados y en unidades especializados de los centros hospitalarios, en que se pueda actuar rápidamente ante una emergencia

P ¿Qué precauciones debo tener al volver a casa?

R En general si no presentó inconvenientes durante las horas de observación, no debiera tener problemas al llegar a su casa. Sin embargo, aunque la mayoría de las pacientes que presentaron reacción alérgica, lo hicieron durante o inmediatamente después de recibir el tratamiento, puede ser posible que estos síntomas se presenten durante las primeras 24 horas. Si así fuese, no dude en partir al servicio de urgencia más cercano, mientras un familiar se pone en contacto con su médico tratante.

P ¿Si presentó algún efecto grave que podría pasar con mi tratamiento?

R Aunque los efectos graves suelen ser muy infrecuentes y generalmente se solucionan con la atención profesional adecuada, si presentará una complicación muy grave que puso en riesgo su vida, el equipo médico revisará nuevamente su caso, evaluará los beneficios versus los riesgos para decidir si continúa o no con el tratamiento.

P ¿El daño cardíaco aparece durante el tratamiento o se puede presentar después?

R El daño cardíaco es un efecto adverso a largo plazo y podría dar síntomas al tiempo después de recibido el tratamiento, sin embargo aunque las probabilidades de daño cardíaco son bajas, cuando se presenta esta complicación, podría ser algo menor en relación al beneficio obtenido sobre el control del cáncer de mama.

P ¿Este medicamento es muy caro?

R Efectivamente este medicamento tan específico tiene un costo alto, que no siempre es costeado por el servicio de salud público ni cubierto por las isapres.

P ¿Qué puedo hacer si el médico me indica este medicamento y no puedo comprarlo?

R Si el médico cree que este medicamento estaría indicado para usted, y usted no cuenta con recursos para adquirirlo, acuda a conversar con la asistente social de su hospital o de la municipalidad, otra posibilidad es conversar con su médico para evaluar la factibilidad de ser incluida en un protocolo de investigación, o póngase en contacto con la enfermera del hospital encargada del programa AUGE-GES.

P ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento con Trastuzumab?

R El tratamiento está indicado en cáncer de mama inicial por un periodo de a lo menos 1 año, administrándose cada 3 semanas o 21 días. En cáncer de mama metastásico este medicamento puede ser usado por más tiempo o hasta que se presente progresión de la enfermedad.

P ¿Herceptin podría reemplazar a la quimioterapia?

R Este medicamento no es una droga antineoplásica, usada en la quimioterapia del cáncer mamario y aunque ambas terapias luchan contra la enfermedad, la quimioterapia actúa directamente sobre las células, matándolas o impidiendo su reproducción, en cambio Trastuzumab, actúa fortaleciendo al sistema inmunológico para defenderse o enfrentar mejor esta enfermedad.

P ¿Herceptin podría reemplazar a la radioterapia?

R Este medicamento tampoco puede reemplazar la radioterapia, porque son terapias diferentes una dirigida al control local de la enfermedad y la otra dirigida a controlar la enfermedad independiente de la zona del cuerpo en que se localice.

P ¿Herceptin podría reemplazar a la hormonoterapia?

R Este medicamento tampoco puede reemplazar a la hormonoterapia, porque no es parte de la terapia hormonal, además un tratamiento pretende evitar el contacto de los estrógenos con las células malignas, el otro tratamiento refuerza a las defensas de nuestro organismo para lograr el control de la enfermedad.

P ¿Se puede hacer este tratamiento después de recibir quimioterapia?

R Si es posible recibir Herceptin después de haber tenido otros tratamientos para combatir el cáncer de mama, sin embargo, si recibió un esquema de quimioterapia que incluía Antraciclina, - droga cardiotoxica-, deberá tener una exhaustiva evaluación cardiológica antes de iniciar esta terapia, para descartar daño cardíaco preexistente.

P ¿Se puede usar Trastuzumab con quimioterapia al mismo tiempo?

R En al menos 3 estudios se comparó el efecto de Trastuzumab en forma concomitante con quimioterapia, versus otro esquema de quimioterapia sola. Las pacientes que recibieron quimioterapia (Paquitaxol- Doxotaxol y Doxotaxol con Carboplatino) más Trastuzumab, se vieron más beneficiadas que las pacientes que recibieron sólo quimioterapia y además los efectos adversos no aumentaron significativamente.

P ¿Existen más estudios científicos para investigar esta terapia?

R Efectivamente existen en curso, varios estudios científicos para investigar el impacto de Trastuzumab en el cáncer mamario HER2 positivo, cambiando el oscuro escenario de este cáncer más agresivo por un horizonte más esperanzador.*

La información de estos estudios usted la puede obtener en www.cancer.gov/espanol



**PREGUNTAS SOBRE EL
CONTROL Y SEGUIMIENTO
DEL CÁNCER MAMARIO**

P ¿Por qué es tan importante el control y seguimiento?

R Es importante que usted continúe en control con su equipo médico, porque aunque haya hecho todo el tratamiento indicado existe la posibilidad que la enfermedad reaparezca.

P ¿Cuáles son los objetivos del seguimiento?

R El objetivo de los controles periódicos es detectar precozmente, evidencias de enfermedad en la mama tratada, en la pared torácica o en otras zonas del cuerpo.

P ¿Con qué médico debo controlarme?

R El ideal es que se controle en forma alternada con cada médico del equipo que la ha atendido, es decir: un control con el oncólogo médico, el siguiente con el radioterapeuta y el posterior con el cirujano.

P ¿Cada cuánto tiempo debo controlarme?

R La periodicidad de los controles dependerá de los años que han transcurrido desde que terminó el tratamiento. Los primeros 3 años desde que terminó su tratamiento, usted debería ser evaluada por un médico especializado cada 3 a 6 meses. Los siguientes 2 años, los controles médicos deberían ser cada 6 a 12 meses. Después de los 5 años, los controles deberían ser anuales.

P ¿Por cuánto tiempo estaré en control médico?

R Se sugiere que los controles médicos deberían continuar por muchos años o mientras usted viva.

P ¿En qué consiste el control médico?

R El control médico consiste principalmente en la evaluación que hace el médico a través del examen físico, para pesquisar cambios o signos que puedan sugerir que la enfermedad ha vuelto. Muchos estudios confirman que no es necesario hacer exámenes radiológicos o de sangre en cada control, salvo cuando corresponda la mamografía anual o cuando aparece algo sospechoso.

P ¿Qué exámenes me solicitará el doctor?

R La mamografía anual es el examen que seguramente solicitará su doctor, sin embargo sólo si el examen físico sugiere algo, podría indicar algún examen, como una ecotomografía mamaria, en caso de que las mamas sean muy densas y en algunos casos una resonancia nuclear magnética mamaria, para descartar o confirmar el diagnóstico.

P ¿Por qué el doctor no me pide exámenes?

R Muchas pacientes durante el seguimiento les gustaría que su doctor les pidieran muchos exámenes, “todos los que sean necesarios” para estar tranquila.

Sin embargo, usted debe saber que muchos estudios científicos, avalan la recomendación que el examen físico realizado por un profesional especializado más la mamografía anual sería suficiente.

Se ha comprobado que si usted se siente bien, está sin molestias, no

sería necesario hacer exámenes de sangre como hemogramas, pruebas hepáticas, marcadores tumorales, etc., ni tampoco radiografías de tórax, ecotomografía o TAC de tórax, abdomen y pelvis, cintigramas óseos, RNM, etc.

Esos exámenes sólo se justifican si usted presenta alguna molestia, dolor localizado, problema para respirar, etc.

P ¿Yo debo examinarme también?

R Claro que sí, por ello es muy importante que usted se mire y conozca detalladamente, cómo quedó la zona mamaria después de todo el tratamiento.

Una vez que ya conoce y ha palpado la zona mamaria, está en condiciones de cooperar con el equipo médico en el control y seguimiento de su enfermedad.

P ¿Es importante que yo me examine las mamas?

R Sí es muy importante que usted se comprometa a realizar mensualmente el autoexamen, porque a través del adiestramiento en esta técnica, usted podrá detectar inicialmente algunos cambios o síntomas de una lesión maligna.

Al hacer el autoexamen, sus mamas estarán permanentemente más vigiladas y no sólo cuando corresponda el control médico.

P ¿Es normal que yo no quiera mirarme las cicatrices?

R Puede ser esperable que usted evite mirarse la zona operatoria, especialmente cuando está recién operada, pero es necesario vencer esa sensación y comprometerse desde ya con el autocuidado.

Atrévase y mírese la zona mamaria, si le cuesta tocarse, porque siente

una extraña sensación, relájese y suavemente desplace los dedos para conocer cómo se sienten los tejidos de la zona.

P ¿Cuándo debo examinarme?

R Si usted aún presenta ciclos menstruales, debe realizar el autoexamen los días en que la mama está más desocupada, es decir los días 10 de cada ciclo, por ejemplo si a usted le llegó la regla el día 5 de Septiembre, deberá examinarse el día 15.

Si usted no tiene reglas porque fue operada de una histerectomía (extirpación del útero) pero conserva sus ovarios, debe fijarse en la congestión mamaria, el día en que las mamas están más congestionadas será la señal para asignar ese día como día 1, debiendo examinarse al día 10.

P ¿Si ya no tengo reglas cuando debo examinarme?

R Si usted no tiene reglas porque se discontinuaron durante la quimioterapia, porque como parte del tratamiento necesitó extirpar o provocar la anulación de los ovarios, o simplemente estaba en menopausia, debería elegir un día del mes para hacer el autoexamen, pero siempre debe ser en la misma fecha del mes, de tal manera que conozca qué es normal en sus mamas y qué no, o qué cambio nota respecto al mes anterior.

P ¿Qué debo buscar en mi mama operada?

R Si usted fue operada de una cirugía parcial para extirparle un tumor, es necesario examinar la cicatriz misma, la zona que la rodea, toda la mama y la zona axilar:

Póngase frente a un espejo y mírese detalladamente sus mamas.

Conozca bien la forma de su cicatriz, ¿está igual, más lisa o hundida, más hinchada o con pequeños abultamientos, o más arrugada que el mes anterior?

Fíjese en la coloración ¿está con la misma coloración rosada, roja o café oscura que el mes anterior, o bien, presenta lesiones enrojecidas como espinillas en el trayecto o en un extremo, o se ha enrojecido como si estuviera hinchada o inflamada?

Palpe su cicatriz, es importante conocer cómo se siente a la palpación, ¿está igual de dura que antes, menos dura o francamente más endurecida?

Fíjese en la sensibilidad, ¿está menos sensible, igual, más sensible o más dolorosa a la palpación?

La zona alrededor de la cicatriz ¿está igual, más hundida o retraída o al revés se ha hinchado?

La zona alrededor ¿se ha puesto más roja, tiene lesiones como espinillas o pequeños porotitos que antes no tenía?

La mama ¿presenta en alguna zona “piel de naranja”, una vena dilatada o gruesa, o se ha puesto caliente, dolorosa, “pesada” como infectada?

La mama después de la radioterapia suele quedar más fija a la pared (“más parada”), pero ahora ¿usted la nota diferente, más tirante o igual?

La piel de la mama ¿está indemne o “sanita”? o ¿está irritada, con lesiones descamativas o con pequeñas heridas?

P ¿Qué debo buscar en la zona donde estaba mi mama?

R Si a usted le hicieron una mastectomía total o radical, debe mensualmente examinar la cicatriz operatoria y la piel de la pared torácica.

Además de observar en la cicatriz de la herida operatoria, las mismas características que las sugeridas anteriormente para la cicatriz de la mastectomía parcial, usted debería observar:

La piel de la zona mamaria ¿está igual, más hundida o retraída o al revés, se ha hinchado?

La piel de la zona mamaria ¿se ha puesto más roja, tiene lesiones como espinillas o pequeños porotitos que antes no tenía?

La piel de la zona mamaria, ¿presenta “piel de naranja”, se notan más los capilares y venas, ha tomado un tono oscuro, como moretones?

La piel de la mama ¿está indemne o “sanita”, está irritada, con lesiones descamativas o pequeñas heridas?

P ¿Qué debo buscar en la zona axilar?

R Como usted ya sabe la técnica del autoexamen mamario incluye la axila y las personas que ya han sido tratadas por esta enfermedad, deben ser especialmente cuidadosas al palpar esta zona.

Aunque al momento de ser diagnosticada su enfermedad, no haya sido necesaria la extirpación de ganglios, igual que las pacientes con estudio de ganglios centinelas o disección axilar deben examinar mensualmente la axila.

De pie, frente al espejo mírese la axila, usted ya conoce como quedó después del tratamiento, ¿está igual? ¿o la nota más hinchada o enrojecida?, ¿la piel está sana o presenta pequeñas lesiones o heridas?

lesiones pequeñas heridas conozca cómo quedó, palpe la cavidad o el espacio que se forma en la axila cuando usted tiene el brazo colgando, ¿Palpa durezas o ganglios?

Luego repita el examen estando tendida en la cama, con un brazo detrás de la mama, palpe suavemente la axila y mire la piel ¿Tiene alguna lesión en la piel?, ¿Hay una zona sensible que antes no molestaba?

P ¿Qué debo buscar en mi mama sana?

R En la mama contralateral usted debe buscar signos de lesión maligna recordando aquel signo como se presentó el cáncer en su otra mama o como:

Nódulo mamario palpable más duro a la palpación que el tejido normal de la mama, de límites difusos, adherido o no a la piel, de superficie

rugosa o no lisa.

Retracción de la piel, enrojecimiento de una parte de la mama, piel de naranja, venas más visibles, etc.

Retracción, lesiones o heridas en el pezón.

Ganglio palpable en la axila.

P ¿Cómo debo examinarme?

R Usted debe examinarse con los 3 dedos centrales de la mano contraria, arrastrándolos en forma circular por la mama hasta llegar al pezón.

P ¿Cómo es la técnica del autoexamen?

R El autoexamen comienza en la ducha, las manos con jabón se desplazan fácilmente desplazándose por toda la mama o zona mamaria sin levantar los dedos de la superficie.

- Ubíquese frente al espejo y mírese la zona mamaria, observando cambios y buscando los signos que anteriormente señalamos. Gire en cuerpo para mirarse a cada lado, luego levante la mama para mirar el pliegue, de tal manera que no deje zona sin mirar.
- Luego, tiéndase en la cama ponga una almohada debajo de la espalda para levantar el tórax, ponga el brazo derecho detrás de la cabeza para examinar la mama izquierda y luego cambie para examinar la otra mama. Recuerde que debe comenzar palpando la axila y luego proseguir palpando en forma circular hasta llegar al pezón, sin levantar los dedos centrales de la superficie.
- No olvide examinar toda la mama, incluso la región posterior del pezón que generalmente se evita.
- Además el autoexamen mamario, debe incluir la maniobra de apretar con los dedos índice y pulgar el pezón, para descartar salida de líquido claro o sanguinolento.

Nota: Ver gráfica animada en el sitio web www.elcancerdemama.cl

P ¿Por qué debo hacer el autoexamen si voy siempre a mis controles médicos?

R Porque como anteriormente le señalamos, los controles médicos al principio serán más frecuentes pero luego van distanciándose hasta llegar a ser anual por el resto de su vida.

Por lo tanto, durante estos meses usted al examinarse, podría detectar algún cambio sospechoso y adelantar la hora del próximo control. Recuerde que es usted tan responsable como su equipo médico en el seguimiento y control.

P ¿Por qué debo hacer el autoexamen si me sacaron la mama?

R Usted debe saber que a pesar de haber sido operada por un equipo médico especializado, para extirparle toda su mama, siempre existe el riesgo de que en la pared o en la axila reaparezca una lesión maligna. Por tal razón, mensualmente debe examinarse.

P ¿Por qué debo ir a control médico si me he sentido tan bien?

R Probablemente usted antes de enfermarse también se sentía bien, sana, porque esta enfermedad cuando está sólo localizada en la mama, no da síntomas generales que pudieran advertir que se está enfermando. Por ello, es necesario que adquiera la rutina del autocuidado.

P ¿Es normal sentir temor cuando voy a control?

R Muchas mujeres refieren temor o experimentan angustia cuando corresponde el control médico, especialmente en los primeros controles, es esperable que eso le ocurra.

Si esa angustia le impide solicitar la hora o visitar al médico, es neces-

rio que lo converse con algún familiar o amiga para buscar ayuda.

Nota: La corporación Yo Mujer tiene a su disposición un grupo de voluntarias y profesionales que pueden ayudarla a superar este problema.

P ¿Cada cuánto tiempo debo ir al ginecólogo?

R Usted como toda mujer sana debe ir anualmente al ginecólogo, sin embargo es probable que su ginecólogo ante algún hallazgo solicite verla antes por ejemplo a los 6 meses. Otros especialistas en oncología estiman que las pacientes tratadas por cáncer de mama, deberían ir al ginecólogo especialista en esta área, sólo si presentaran metrorragia o sangramiento vaginal

P ¿Cuándo debo hacerme la mamografía de control?

R Los estudios científicos confirman que usted no necesita hacer mamografías frecuentemente, sino que al cumplir un año de la mamografía en que se confirmó la enfermedad, (siempre y cuando hayan pasado 6 meses de terminada la radioterapia).

P ¿Cuán importante es hacer la mamografía de control en la fecha correspondiente?

R Obviamente que es muy importante no posponer la mamografía de control por temor a que aparezca “algo”, porque este examen es capaz de pesquisar lesiones mínimas antes que la enfermedad se haga evidente. Además permitiría hacer el diagnóstico del cáncer de mama contralateral, en etapas más temprana que la etapa en que se diagnosticó su cáncer.

P ¿Con qué examen me controlarán la mama reconstruida?

R Lo más importante para controlar la mama reconstruida, es el examen físico que practicará su médico periódicamente, sin embargo, es probable que solicite exámenes radiológicos como mamografía, ecotomografía o resonancia nuclear de mama.

P ¿Se puede tomar mamografía a la mama reconstruida?

R Algunos equipos de salud toman mamografía a las mamas reconstruidas, aunque la mayoría de los médicos prefieren controlar con una ecotomografía mamaria. Otro examen que puede aportar información o usarse en caso de dudas es la resonancia magnética de mama. Su médico indicará el examen que le dé más confianza para controlar su mama.

P ¿Cuándo debo llamar o ir al doctor aunque no tenga control?

R Usted debería ir al doctor, si en el autoexamen mensual detecta algo sospechoso, o si repentinamente, en la zona mamaria presenta un nódulo o dureza, amanece caliente, dolorosa a la palpación, con sensación de peso como infectada, o bien si en la axila se palpa un ganglio o una dureza, o si al mover el brazo, aparece una molestia o dolor en el hueco axilar. Además si usted siente algunas molestias como dolor localizado y permanente en los huesos, malestar a nivel abdominal o pélvico, aumento de volumen abdominal o se siente hinchada, sin apetito, decaída. Cuando presenta molestias para respirar, tos persistente especialmente al acostarse, cansancio excesivo en las actividades normales para usted, dolor permanente y en aumento en la una pierna o si repentinamente le falta el aire y tiene una gran dificultad para respirar.

P ¿Podré vivir tranquila después de esta enfermedad?

R Muchas pacientes creen que su vida cambiará para siempre, que ya no volverá a ser la misma y efectivamente tienen razón porque su vida debería ser mejor que antes, disfrutando más de las cosas que tiene a su alrededor, de sus seres queridos, de su hogar, de su trabajo, etc. Manteniendo una alimentación sana, equilibrada con un estilo de vida saludable, haciendo una actividad física regularmente para evitar el sobrepeso.

Agradeciendo esta otra oportunidad de vivir.

P ¿Qué podría pasar si me descubren otra vez el cáncer?

R Si aparece nuevamente la enfermedad, no se angustie porque el equipo médico hará todo lo posible para ayudarla, evaluará su caso, revisará todo su tratamiento y discutirá probablemente en un comité oncológico qué pueden ofrecerle.

Previamente podrían solicitar una biopsia de la lesión sospechosa, para conocer las características de la lesión y decidir cuál es el mejor tratamiento, cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica o cuidados paliativos.

Usted debe estar tranquila porque, como el cáncer de mama es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo, los países desarrollados invierten mucho dinero en hacer investigación, descubrir nuevos tratamientos, cada vez más individualizados para cada persona.

Con el desarrollo de la ciencia, ya llegará el día en que la enfermedad sea curada o erradicada, mientras tanto nos cuidamos, para detectarla precozmente y si vuelve, para enfrentarla más preparada, con mayor información y seguridad que lo que estoy recibiendo es lo que corresponde al conocimiento actual.



**PREGUNTAS SOBRE
BENEFICIOS DEL
CÁNCER DE MAMA COMO
ENFERMEDAD GES-AUGE**

P ¿Qué es el GES-AUGE?

R El programa de salud llamado GES, que recibe este nombre por las siglas de Garantías Explícitas de Salud, es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno, otorgar prestaciones específicas, en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. AUGE, significaba Acceso Universal con Garantías Explícitas en salud, es parte de GES y tiene que ver con el acceso universal para todas las personas.

P ¿Cuándo fue creado?

R Este programa fue establecido como derecho por la ley N° 19.966, exigible a partir del 1° de Julio del año 2005, bajo el gobierno de don Ricardo Lagos Escobar.

P ¿Para qué fue creado?

R Fue creado como programa de gobierno para garantizar según derechos establecidos por ley, el acceso a la salud y protección financiera a la población chilena, sin importar si la paciente es de FONASA o de alguna ISAPRE.

P ¿Para qué sirve?

R Es una garantía por ley –para todos los beneficiarios de Fonasa e Isapres- atención de salud sin discriminación, con plazos conocidos y adecuados, con estándares de calidad iguales para todos y con protección financiera. El AUGE está diseñado para que el impacto en el presupuesto familiar sea justo.

P ¿Quiénes son los beneficiarios?

R Toda mujer de 15 o más años de edad, perteneciente a Fonasa o Isapre, con sospecha de cáncer de mama o con franca enfermedad:

- Mamografía sospechosa: BI-RADS 4 o 5,
- Ecotomografía sospechosa: BI-RADS 4 o 5,
- Examen físico de mama compatible con Probable Patología Maligna (PPM):

P ¿Qué beneficios otorga a las pacientes con sospecha o cáncer de mama?

R Las pacientes:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación Diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

P ¿Cuáles son los plazos que debo tener en cuenta?

R Los plazos para la paciente son:

- Al visitar el consultorio, la paciente tiene 30 días para ver a un especialista.
- Luego de visitar el especialista, los exámenes deben ser tomados en un plazo de 45 días.
- Si se confirma el cáncer, hay 45 días para que el grupo de profesionales tome la decisión y convenga un tratamiento.
- Pasados los 90 días de tratamiento, la paciente tiene acceso a visitar un especialista para el estudio de su evolución.

P ¿Si yo me palpo un tumor qué debo hacer?

R Debe acudir al consultorio para solicitar hora con la matrona. Advierta en la ventanilla que usted se ha palpado una lesión.

P ¿Qué debería hacer la matrona si en el control me palpa un tumor?

R La matrona encargada del control, si palpa alguna lesión sospechosa, la derivará con o sin mamografía a la Unidad de Patología Mamaria, UPM, o al especialista, el cual hará una evaluación de riesgo y confirmación diagnóstica.

P ¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido por un médico especialista?

R El tiempo de espera para ser evaluada por un especialista, dependerá de la disponibilidad de horas, pudiendo ser llamada para concurrir a la unidad de patología mamaria dentro de los próximos 30 días (días corridos), en otras palabras, GES le garantiza que usted será atendida antes de los 30 días, desde que fue vista por la matrona o médico del consultorio.

P ¿Dónde atiende el médico especialista en enfermedades de la mama?

R Los médicos especialistas en patología mamaria llamados mastólogos, atienden en una unidad especializada llamada Unidad de Patología Mamaria, UPM.

P ¿Dónde se ubican estas Unidades de Patología Mamaria?

R Estas unidades generalmente se ubican dentro del hospital correspondiente a su área, o bien en un edificio de atención ambulatoria adosado al hospital.

P ¿Cuánto se demorarán en hacerme los exámenes?

R Es probable que la matrona o médico del consultorio, le dé la orden para tomar la mamografía, de tal manera que cuando corresponda su hora en la UPM ya puedan disponer de ella.

Si el médico especialista solicita exámenes el servicio, dispone de un plazo máximo de 45 días para tomarlos.

P ¿Una vez que están los exámenes qué me pueden indicar?

R Lo más probable es que una vez que haya completado sus exámenes, si se descarta o se confirma que su problema es benigno volverá a sus controles habituales según riesgo. En cambio, si se confirma que tiene un cáncer, se evaluará en una junta médica denominada comité oncológico.

P ¿Cuánto tiempo deberé esperar para comenzar mi primer tratamiento?

R Una vez que el equipo de especialistas ha resuelto cuál será su primer tratamiento, usted debería iniciarlo antes de los 45 días posteriores a esa fecha.

P ¿Qué puedo hacer si no se respetan esos plazos máximos?

R Si no se respetan esos plazos máximos, solicite hablar con la matrona de la UPM, con el médico que la atendió o con la enfermera encargada del programa GES de su hospital. O pida ayuda en:

- La Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) ubicada en consultorios, centros de salud, hospitales, servicios de salud y secretarías regionales ministeriales de salud.
- El servicio "Salud Responde": 600 360 77 77
- Las oficinas de Fonasa en todo el país, llamando al teléfono

600 360 3000 o en la página web www.fonasa.cl

Las oficinas de la Superintendencia de Salud o en la página web www.superdesalud.cl

P ¿Qué otros beneficios me garantiza GES?

R El programa GES, garantiza los recursos económicos para que su hospital pueda solventar esos gastos, para entregar las atenciones necesarias, o bien para “comprar” las atenciones en otros centros o unidades externas, de tal manera que se respeten los plazos establecidos por ley.

P ¿Cuáles son los costos del tratamiento?

R Para las pacientes de FONASA de los tramos A y B el programa cubre 100% todos los costos del tratamiento. También hay gratuidad para las pacientes que tengan 60 años o más. Además para el tramo C y D, hay un copago del 10% y 20% respectivamente, del valor del arancel de todo el tratamiento.

P ¿El programa GES también rige para los pacientes de ISAPRES?

R Como anteriormente señalamos el programa GES o de Garantías Explícitas en Salud rige para toda mujer chilena mayor de 15 años afectada por esta enfermedad.

En otras palabras, las pacientes del sistema privado también gozan de este beneficio, independiente del plan de salud o Isapre a que pertenecen.

P ¿Cómo se aplican estas garantías para los pacientes de ISAPRES?

R Las pacientes beneficiarias del sistema privado de salud, además de pagar la cantidad correspondiente al 7% del sueldo, pagan un costo

adicional al plan para financiar este programa.

Estas pacientes son atendidas en la red de salud de la ISAPRE y derivadas a una clínica de esta red, según el plan de salud contratado.

P ¿Qué debe hacer la paciente de Isapre si se palpa un nódulo?

R Si usted se palpa un nódulo mamario, puede consultar con su médico quien solicitará los exámenes correspondientes o bien, derivará a un médico especialista en patología mamaria.

P ¿Si ya me operé de cáncer de mama puedo acogerme al programa GES de mi Isapre?

R Idealmente es que, desde el momento del diagnóstico o sospecha usted sepa que existe este beneficio, por el cual paga mensualmente. Usted puede acogerse en cualquier momento a este programa. Para ello acuda a su isapre con el certificado o informe del médico que la atendió, idealmente con la biopsia o una copia de ella y todos los exámenes que ya se ha tomado.

La Isapre le asignará un especialista que junto a un equipo médico, se hará cargo de su caso.

P ¿Puedo seguir atendiéndome con mi médico que es especialista en mamas teniendo Isapre?

R Si puede, pero ocupando su plan convenido con su Isapre. Lo importante es que usted debe saber, que puede activar su plan AUGE en cualquier momento de su tratamiento. Por ejemplo, si se opera con su médico particular, posteriormente puede hacerse la quimioterapia a través del plan AUGE.

P ¿Es normal que tenga temor de acogerme al programa GES de mi Isapre?

R Obviamente que puede ser esperable sentir cierta resistencia a cambiar su médico tratante y es frecuente escuchar a algunas pacientes expresar cierto temor o aprehensión.

Esto no tiene razón de ser, porque usted no quedará a la deriva, al contrario, habrá una red de salud a su disposición y su nuevo equipo médico, de ser necesario alguna información adicional, fácilmente se pueden poner en contacto con su médico anterior.

Aproveche el beneficio que la ley chilena otorga a las mujeres de su país.

P Si estando en Isapre me diagnostican un cáncer de mama ¿puedo cambiarme a Fonasa?

R Si a usted le diagnosticaron o ya está siendo tratado por cáncer de mama, con un médico o centro de salud privado, puede cambiarse a Fonasa sin problema alguno. Para ello, debe acercarse al consultorio correspondiente a su domicilio y pedir hora para su atención, si es necesario, informe su situación para agilizar los trámites.

Idealmente lleve un informe del médico tratante y todos los exámenes que tenga.

P ¿Si no soy beneficiaria de Isapre ni Fonasa qué puedo hacer?

R Si usted no está afiliada o no es beneficiaria de Fonasa ni de Isapre, también tiene derecho a este programa, acuda al consultorio más cercano a su domicilio y solicite hora con la matrona.

Puede aprovechar el momento, para afiliarse a FONASA, acérquese a cualquiera de sus oficinas y exponga su situación, o bien llame al teléfono 600 360 3000 para solicitar información. Así podrá acceder a todos los beneficios, incluidos todos los beneficios para cáncer de mama.

La única excepción para no ser beneficiada por el programa GES, se da en los pacientes afiliados o beneficiarios a instituciones de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Carabineros, tales como: DIPRECA O CAPREDENA. Estas personas por ley, se rigen por su propio sistema de salud.

LINKS DE INTERÉS

Para mayor información sobre cáncer de mama y sus tratamientos, puede contactarse con los siguientes links:

www.nci.gov/espanol

www.medlineplus.gov

www.minsal.gob.cl

www.mastologia.cl

www.cancerología.cl

www.sochradi.cl

www.fonasa.cl

www.corporaciónyomujer.cl

www.elcancerdemama.cl

Edith Salazar González, enfermera, casada con 3 hijos y autora de este libro, estudió en la Universidad de Chile, recibiendo con distinción máxima el año 1985. En Enero de ese año, recién egresada, ingresó a Clínica Las Condes para trabajar en Pediatría, en donde despertó su vocación por el trabajo con niños con cáncer.

En el año 1993 se traslada al recién formado Departamento de Oncología ocupando el cargo de enfermera de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria. Por su desempeño en el año 1995 es asignada como enfermera coordinadora del Centro Integral de la Mama, entidad que formó y desarrollo para brindar una atención multidisciplinaria a las enfermas con patología mamaria benigna y maligna, Centro de referencia nacional y de estadía de perfeccionamiento para médicos, matronas y enfermeras.

Es en este cargo, en que decide reunirse quincenalmente con las pacientes de cáncer de mama, para conversar sobre la enfermedad y sus tratamientos y por sobretodo de sus dudas y temores. He aquí el origen del proyecto YO MUJER, que con ayuda de dos ex pacientes Margarita Gianoli, Ana María Paiva y la enfermera Anita Cox, comenzaron a replicar estos grupos de autoayuda en otros centros hospitalarios.

En el año 1999 recibe el premio Espíritu Clínica Las Condes, premio otorgado a la mejor funcionaria que se destaca no sólo por el desempeño laboral, sino también por su calidad humana y social. En el año 2000 realizó una estadía de perfeccionamiento en cáncer de mama en el Hospital Saint Margaret de la Universidad de Toronto en Toronto Canadá.

En el año 2003 realiza un Postítulo de Psico-oncología y Cuidados Paliativos en la Universidad Diego Portales y es a fines del año 2004 en que decide buscar un trabajo de media jornada para disponer de mayor tiempo libre, que permita compatibilizar con el trabajo voluntario en Yo Mujer.

*no es lo mismo
cáncer de mama
que el cáncer de*
MAMÁ

www.corporacionyomujer.cl



Gentileza de:



Yo  **mujer**
Corporación
Cáncer de mama
CHILE