

Buscando apoyo

¿CÓMO ME ENFRENTO A LA MENOPAUSIA?

Información a las
pacientes

CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN: LA EXPERIENCIA DE VICENTE RODRÍGUEZ

Cuidado saludable
de la imagen

TATUAJE REPARADOR DEL PEZÓN



GEISALUS

mujer y salud
www.geicam.org

Comité Editorial

- Dra. Mireia Margelí Vila**
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
- Dra. María Lomas Garrido**
Complejo Hospitalario de Jaén
- Dr. Miguel Ángel Seguí Palmer**
Corporació Sanitària Parc Taulí
- Dra. María Teresa Martínez**
Hospital Clínico Universitario de Valencia
- Dr. Iván Márquez Rodas**
Hospital Universitario Gregorio Marañón
- Dra. Elena Oliete**
Instituto Valenciano de Oncología
- Dra. Catalina Faló Zamora**
Instituto Catalán de Oncología
- Dra. Vanesa Quiroga**
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
- Dra. Sonia del Barco Berrón**
Instituto Catalán de Oncología

Coordinación Edición

- Roser Trilla**
Dpto. de Comunicación y Relaciones externas y Eventos de GEICAM
- Yaiza López-Huerta**
Dpto. de Comunicación y Relaciones externas y Eventos de GEICAM

Distribución

Patrocinada por



Imprime

Comuniland, S.L.

D.L.: M-7045-2005

GEICAM
investigación en
cáncer de mama

© Copyright 2019, GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama), Av. de los Pirineos, 7 - 1º piso, Oficina 14, San Sebastián de los Reyes. 28700, Madrid. GEISALUS®. Reservados todos los derechos. Esta revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, absolutamente libres e independientes.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida total o parcialmente por cualquier medio, electrónico, mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito del titular del Copyright.

Consejo Ejecutivo

- Dr. Miguel Martín Jiménez**
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- Dr. Agustí Barnadas i Molins**
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
- Dr. Álvaro Rodríguez Lescure**
Hospital General Universitario de Elche. Alicante
- Dr. José Ignacio Chacón López Muñiz**
Hospital Virgen de la Salud. Toledo
- Dra. María Purificación Martínez del Prado**
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao
- Dra. Ana Santaballa Bertrán**
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- Dr. Antonio Antón Torres**
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
- Dr. José Norberto Batista López**
Hospital Universitario de Canarias. Tenerife
- Dra. Begoña Bermejo de las Heras**
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia
- Dr. Ander Urruticoechea Ribate**
Onkologikoa. San Sebastián
- Dr. Uriel Bohn Sarmiento**
Centro Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria
- Dr. Manuel Ruiz Borrego**
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
- Dra. Mireia Margelí Vila**
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona
- Dra. Lourdes Calvo Martínez**
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña
- Dr. Miguel Gil Gil**
Instituto Catalán de Oncología. Barcelona
- Dra. Noelia Martínez Jáñez**
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- Dr. Carlos Jara Sánchez**
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón
- Dr. José Enrique Alés Martínez**
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila
- Dr. Luis de la Cruz Merino**
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
- Dra. Marta Santisteban Eslava**
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona
- Dr. Miguel Ángel Seguí Palmer**
Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell
- Dr. José Ángel García Sáenz**
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid
- Dra. Isabel Álvarez López**
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián
- Dra. Sara López-Tarruella**
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- Dr. Alberto Ocaña Fernández**
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete
- Dr. Ángel Guerrero Zotano**
Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia
- Dra. Marina Pollán Santamaría**
Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Madrid
- Dra. Teresa Ramón y Cajal Asensio**
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
- Dr. Federico Rojo Todo**
Fundación Jiménez Díaz. Madrid
- Dra. Julia Giménez Climent**
Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia
- Dr. Manel Algara López**
Hospital del Mar. Barcelona
- Dra. Ana Mª Rodríguez Arana**
Hospital del Mar. Barcelona
- Dra. Eva Carrasco Carrascal**
Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama



@geicam



@GEICAM

@GeicaMujer



@geicam_

ÍNDICE

Editorial

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. LO MÁS DESTACADO DE SABCS 2018

4

Columna abierta

LA INICIATIVA DIGITAL #SALUDSINBULOS COMBATE LOS BULOS DE SALUD EN LA RED

7

Consejos

BUSCANDO APOYO

UNA VIDA MÁS SANA

CUIDADO SALUDABLE

12

Información a las pacientes

CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN: LA EXPERIENCIA DE VICENTE RODRÍGUEZ

26

Investigación y cáncer de mama

BIFOSFONATOS Y DENOSUMAB PARA LA MEJORA DE LA SALUD OSEA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

ESTUDIOS ABIERTOS 28

Entrevista

DOCTORA VANESA QUIROGA Y SU PACIENTE DORIS

34

Dra. Sara López-Tarruella y Dr. Miguel Martín

*Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Universidad Complutense, CiberOnc, GEICAM (Madrid)
Miembro de GEICAM y presidente de GEICAM*

EDITORIAL

EDITORIAL

Novedades en el tratamiento del cáncer de mama. Lo más destacado de SABCS 2018 (San Antonio Breast Cancer Symposium)

En el último Simposio sobre Cáncer de Mama (CM) celebrado en San Antonio (SABCS, por sus siglas en inglés) el pasado mes de diciembre se comunicaron interesantes avances en la individualización del tratamiento bajo el concepto global de ofrecer a cada paciente con cáncer de mama un plan de tratamiento adaptado a sus características y a las de su enfermedad.

Probablemente el trabajo más destacado presentado en esta edición de este simposio se centra en pacientes con cáncer de mama precoz HER2-positivo. Se trata del ensayo clínico fase III conocido como KATHERINE^(1,2).

Aquellas pacientes que tienen enfermedad residual en la pieza quirúrgica tras recibir terapia neoadyuvante (antes de la cirugía) con quimioterapia y terapia de diana anti-HER2 tienen peor pronóstico que aquellas en las que se logra

eliminar por completo la enfermedad con la terapia sistémica inicial. Sin embargo, el tratamiento en este grupo de pacientes que no obtienen respuesta completa patológica, con T-DM1 durante 14 ciclos logra reducir el riesgo de recurrencia invasiva o muerte en un 50% frente a continuar con trastuzumab como es habitual actualmente tras completar la terapia neoadyuvante y la cirugía, lo cual representa una mejora clínicamente relevante.

La toxicidad del T-DM1 es mayor que la del tratamiento estándar actual (12,7% vs 8,1% de eventos adversos en los brazos experimental y control respectivamente), por eso su uso deberá limitarse, en base a estos resultados, a las pacientes que no presentan adecuada respuesta a la terapia neoadyuvante. Actualmente nos encontramos a la espera de la aprobación de esta nueva indicación por las agencias reguladoras para poder ser incorporado en la práctica clínica diaria.

El grupo GEICAM representado por el Dr. Martín presentó en SABCS 2018 los datos del estudio GEICAM/2003-11_CIBOMA/2004-01, con un diseño concebido hace ya 14 años y fruto de un gran esfuerzo colaborativo de múltiples centros españoles e iberoamericanos con la participación de más de 830 pacientes⁽³⁾. Se trata de un ensayo clínico dirigido a pacientes con cáncer de mama triple negativo a las que una vez habían recibido tratamiento (neo) adyuvante estándar basado en antraciclinas ± taxanos se les aleatorizaba a realizar o no una terapia de 6 meses adicionales con capecitabina (quimioterapia) oral. El estudio no logró demostrar una mejor supervivencia libre de enfermedad de las pacientes que recibieron capecitabina después del tratamiento estándar de manera global. Sin embargo, centrándose en un subtipo específico de cáncer de mama triple negativo (fenotipo no-basal), el tratamiento adicional



El papel de la inmunoterapia en cáncer de mama está comenzando a ser definido.

con capecitabina mejora la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global a 5 años a expensas de una reducción de las recaídas a distancia (pulmón y cerebro). Estos hallazgos para un subgrupo de pacientes con cáncer de mama triple negativo (pacientes con receptores hormonales negativos y HER2 negativo) han de ser confirmados prospectivamente, pero apuntan una vez más a la heterogeneidad dentro del subtipo de cáncer de mama triple negativo que representa uno de los grandes retos terapéuticos.

En el área del tratamiento de pacientes con tumores receptor hormonal-positivo y HER2-negativo en estadio avanzado de la enfermedad, una nueva familia de fármacos, los inhibidores de PI3K alfa específicos y en concreto alpelisib, ha demostrado mejorar la supervivencia libre de progresión en combinación con fulvestrant (hormonoterapia) frente a fulvestrant + placebo según los datos de estudio fase III SOLAR-1⁽⁴⁾ para pacientes postmenopáusicas que han recibido una línea previa de terapia hormonal. En particular en esta reunión se presentaron los datos del análisis de subgrupos, según los cuales la reducción del riesgo de progresión en pacientes con mutaciones en PIK3CA detectadas en ctDNA (ADN circulante tumoral) era del 45%. Asimismo, el beneficio era independiente de la línea de tratamiento o del tratamiento previo con inhibidores de CDK 4/6 (palbociclib o ribociclib). Las principales toxicidades asociadas al tratamiento son la hiperglucemia, diarrea, náuseas y las alteraciones cutáneas.

El papel de la inmunoterapia en cáncer de mama está comenzando a ser definido. El pasado mes de octubre se publicaron los primeros datos positivos para el tratamiento con inmunoterapia en cáncer de mama. Se trata de la combinación de atezolizumab y nab-paclitaxel en primera línea de tratamiento para pacientes con cáncer de mama triple negativo en estadio metastásico o localmente avanzado irreseccable (que no se puede extirpar mediante cirugía)⁽⁵⁾. Este primer paso resulta especialmente relevante, dado que en el estudio IMpassion130 se demostró que la combinación de quimio-inmunoterapia lograba mejorar la supervivencia libre de progresión en la población global y en aquellas pacientes cuyo tumor expresaba el marcador PD-L1 en $\geq 1\%$ de las células infiltrantes inmunes, sugiriendo un potencial beneficio en supervivencia específicamente en el subgrupo definido por este biomarcador. En SABCS 2018 se ha profundizado en la eficacia del tratamiento en virtud de la definición de diferentes biomarcadores, en este sentido la expresión de PD-L1 en células inmunes parece ser el marcador más robusto para proceder a la selección de pacientes con cáncer de mama triple negativo que pudieran beneficiarse de esta nueva estrategia terapéutica⁽⁶⁾. Actualmente estamos pendientes de la decisión de las agencias reguladoras en cuanto a la aprobación de atezolizumab en esta indicación, y existen múltiples estudios en marcha que exploran diferentes combinaciones de inmunoterapia, habitualmente agentes anti-PD-1/anti-PD-L1, no solo con quimioterapia sino con otros agentes como inhibidores de PARP y otras terapias de diana, con

la intención de encontrar sinergias que se traduzcan en una mejora de la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama^(7,8).

En el ámbito de la quimio-prevenición el Dr. DeCensi⁽⁹⁾ presentó interesantes resultados del valor del uso de tamoxifeno a dosis de 5 mg durante 3 años en lugar de los habituales 20 mg durante 5 años para mujeres con carcinoma ductal o lobulillar in situ o hiperplasia ductal atípica, éste régimen de tratamiento reduce a la mitad la recurrencia de nuevos eventos de cáncer de mama invasivo o ductal in situ frente a placebo, apoyando su potencial preventivo a expensas de menor toxicidad.

En cuanto al tratamiento local, se presentaron datos de la comparación de la radioterapia convencional vs la irradiación parcial de la mama en pacientes con estadios precoces de cáncer de mama (estadios 0-II) del estudio NSABP B-39/RTOG 0413⁽¹⁰⁾, siendo las diferencias entre ambos abordajes muy pequeñas en términos de control local y eventos relacionados con cáncer entre ambos grupos, si bien la irradiación parcial no cumplió el criterio de no inferioridad establecido en el protocolo. Se trata de un esfuerzo más en la intención de optimizar el tratamiento limitando la toxicidad en enfermedad precoz planteando alternativas a la tradicional irradiación completa de la mama.

Otro ejemplo que ofrece una oportunidad de de-escalado, es decir, de intentar emplear menos tratamientos con la misma eficacia, de la terapia local es el planteado por el estudio europeo AMAROS⁽¹¹⁾,

en el cual se propone que las pacientes con afectación mínima axilar pudieran optar a tratamiento local con radioterapia en lugar de linfadenectomía convencional con un perfil más favorable de efectos adversos. El seguimiento a 10 años de más de 1.400 pacientes diagnosticadas en estadio precoz y clínicamente con ganglios negativos, pero con biopsia selectiva de ganglio centinela positiva aleatorizadas a proceder con cirugía o irradiación axilar, demuestra un riesgo realmente bajo de recaída axilar (1,82% con radioterapia vs 0,93% con linfadenectomía axilar) sin impacto en la supervivencia y con significativamente menos linfedema en las pacientes que se trataron con radioterapia. Si bien la proporción de pacientes que desarrollaron segundos tumores primarios, generalmente contralaterales, es algo mayor en el grupo de pacientes sin cirugía axilar (12,09% vs 8,33% respectivamente).

Finalmente destacar el énfasis que puso un estudio noruego (EBBA-II/ NBCG-14) (12) en la importancia de cuidar los estilos de vida saludables en las pacientes con cáncer de mama. De acuerdo con su estudio aleatorizado* controlado con placebo que evaluaba el impacto de un programa de ejercicio estructurado de 12 meses durante el tratamiento adyuvante para el cáncer de mama en la función cardiopulmonar en términos de eficacia (VO₂ máx) y seguridad, resultando favorable para el grupo que llevó a cabo el programa de ejercicio, con una adherencia global de hasta el 70% de las pacientes del estudio.

Todos los anteriores representan una selección de los cientos de trabajos presentados en este simposio que anualmente reúne a más de 6.000 especialistas mundiales implicados en el cuidado de las pacientes con cáncer de mama así como a representantes de las propias asociaciones de pacientes. En SABCS se discuten anualmente las principales posibilidades de nuevos tratamientos a emplear en

REFERENCIAS

1. von Minckwitz G, Huang C-S, Mano MS, Loibl S, Mamounas EP, Untch M, et al. Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med*. 14 de febrero de 2019;380(7):617-28.
2. Geyer CE, Huang C-S, Mano MS, Loibl S, Mamounas EP, Untch M, et al. Abstract GS1-10: Phase III study of trastuzumab emtansine (T-DM1) vs trastuzumab as adjuvant therapy in patients with HER2-positive early breast cancer with residual invasive disease after neoadjuvant chemotherapy and HER2-targeted therapy including trastuzumab: Primary results from KATHERINE. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS1-10-GS1-10.
3. Martín M, Barrios CH, Torrecillas L, Ruiz-Borrego M, Bines J, Segalla J, et al. Abstract GS2-04: Efficacy results from CIBOMA/2004-01_GEICAM/2003-11 study: A randomized phase III trial assessing adjuvant capecitabine after standard chemotherapy for patients with early triple negative breast cancer. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS2-04-GS2-04.
4. Juric D, Ciruelos E, Rubovszky G, Campone M, Loibl S, Rugo HS, et al. Abstract GS3-08: Alpelisib + fulvestrant for advanced breast cancer: Subgroup analyses from the phase III SOLAR-1 trial. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS3-08-GS3-08.
5. Schmid P, Adams S, Rugo HS, Schneeweiss A, Barrios CH, Iwata H, et al. Atezolizumab and Nab-Paclitaxel in Advanced Triple-Negative Breast Cancer. *N Engl J Med*. 29 de noviembre de 2018;379(22):2108-21.
6. Emens LA, Loi S, Rugo HS, Schneeweiss A, Diéras V, Iwata H, et al. Abstract GS1-04: IMpassion130: Efficacy in immune biomarker subgroups from the global, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III study of atezolizumab + nab-paclitaxel in patients with treatment-naïve, locally advanced or metastatic triple-negative breast cancer. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS1-04-GS1-04.
7. Domchek SM, Postel-Vinay S, Im S-A, Park YH, Delord J-P, Italiano A, et al. Abstract PD5-04: An open-label, phase II basket study of olaparib and durvalumab (MEDIOLA): Updated results in patients with germline BRCA-mutated (gBRCAm) metastatic breast cancer (MBC). *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):PD5-04-PD5-04.
8. Vinayak S, Tolaney SM, Schwartzberg L, Mita M, McCann G, Tan AR, et al. Abstract PD5-02: Durability of clinical benefit with niraparib + pembrolizumab in patients with advanced triple-negative breast cancer beyond BRCA: (TOPACIO/Keynote-162). *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):PD5-02-PD5-02.
9. DeCensi A, Puntoni M, Gonzaga AG, Avino F, Cortesi L, Donadio M, et al. Abstract GS3-01: A randomized placebo controlled phase III trial of low dose tamoxifen for the prevention of recurrence in women with operated hormone sensitive breast ductal or lobular carcinoma in situ. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS3-01-GS3-01.
10. Vicini FA, Cecchini RS, White JR, Julian TB, Arthur DW, Rabinovitch RA, et al. Abstract GS4-04: Primary results of NSABP B-39/RTOG 0413 (NRG Oncology): A randomized phase III study of conventional whole breast irradiation (WBI) versus partial breast irradiation (PBI) for women with stage 0, I, or II breast cancer. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS4-04-GS4-04.
11. Rutgers EJ, Donker M, Poncet C, Straver ME, Meijnen P, Velde C van de, et al. Abstract GS4-01: Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer patients: 10 year follow up results of the EORTC AMAROS trial [EORTC 10981/22023]. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS4-01-GS4-01.
12. Thune I, Husøy A, Frydenberg H, Flote VG, Fjeldheim F, Bertheussen GF, et al. Abstract GS5-02: Cardiovascular function and the effect of exercise training during adjuvant breast cancer treatment. Results from The EBBA-II trial. *Cancer Res*. 15 de febrero de 2019;79(4 Supplement):GS5-02-GS5-02.

un futuro próximo a la par que se avanza en nuevos descubrimientos que desde el laboratorio permitirán el descubrimiento de novedosas terapias y una utilización más eficiente de las ya existentes.

* La aleatorización es, en un ensayo clínico, una de las formas de evitar los sesgos de selección: su propósito es posibilitar las comparaciones en los grupos de asignación de los tratamientos. Su principal ventaja está en que permite enmascarar a los pacientes en la asignación de tratamiento antes del inicio del ensayo clínico, de forma que no se sepa ni quiénes son los pacientes, ni en qué orden aparecen, ni qué tratamiento se les asigna.

Columna abierta

La iniciativa digital *#Saludsinbulos* combate los bulos de salud en la Red

Carlos Mateos

Coordinador del Instituto #SaludsinBulos



Dos de cada tres (69%) médicos ha atendido en su consulta a pacientes preocupados por lo que ha resultado ser un bulo de salud en el último año.

Esta es la principal conclusión del *I Estudio sobre Bulos en Salud*, elaborado por el Instituto #SaludsinBulos (www.saludsinbulos.com) en colaboración con Doctoralia y presentado en su primer congreso, celebrado en el Hospital de La Princesa (Madrid).

El 59% de los 300 médicos encuestados ha detectado un incremento en los bulos de salud que circulan entre los pacientes. Las redes sociales y los servicios de mensajería instantánea como WhatsApp son para el 77% de los cuestionados las principales causas del aumento las llamadas *fake news* (o *noticias falsas*). Sólo el 19% de los participantes en la encuesta cree que son los medios de comunicación tradicionales los que contribuyen a la difusión de estos bulos por no contrastar su veracidad con anterioridad.

Para combatir estos bulos y mejorar la información de salud en la Red nació en febrero de 2018 #SaludsinBulos como iniciativa de la agencia de comunicación COM Salud en colaboración con la Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) y la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS). Nuestro principal objetivo con esta iniciativa es contribuir a la información veraz en salud, con la colaboración de profesionales sanitarios y periodistas, a través de las redes sociales, la formación a profesionales sanitarios y población en el uso crítico de la información de la salud en la Red y la tecnología.

En nuestro primer año de funcionamiento hemos sumado una treintena de organizaciones científicas, de pacientes y de comunicación y recibido numerosos reconocimientos. Al inicio sólo teníamos una página web y unos cuantos voluntarios *cazabulos*, pero en este año no sólo

hemos incorporado profesionales sanitarios, sino que también hemos celebrado un congreso –que ha sido el evento de salud con más impacto en redes sociales en España– organizado un simposio monográfico de cáncer, editado informes sobre la conversación en redes sociales, consensado un manifiesto de información responsable en cáncer, puesto en marcha un *chatbot*, formado a profesionales sanitarios y pacientes, participado en jornadas por toda España, y consensado recomendaciones sobre cómo actuar frente a *Dr. Google*.

Así, más de 40 representantes de sociedades científicas, organizaciones de pacientes, colegios profesionales y asociaciones de periodistas, así como algunos de los mayores líderes de opinión en redes sociales en salud han participado en el Informe de consenso EHON *¿Cómo actuar frente al Dr. Google?*, editado por el Instituto #SaludsinBulos.

Como en la encuesta a médicos, el consenso también muestra la preocupación por el incremento de los bulos de salud y el daño que ha ocasionado WhatsApp en este sentido. El 50% de los participantes consideran que la popular red de mensajería instantánea es el principal medio por el que se difunden los bulos de salud. La facilidad de su uso y su gran penetración en la población española, han hecho a Whatsapp una agente clave en la propagación de noticias falsas. El principal peligro de este canal es que la alerta nos llega a través de una fuente de confianza, no se puede actuar de manera masiva para informar con rigor y está muy extendido entre la población, por lo que se presta para la difusión de bulos con rapidez. Las redes sociales Twitter y Facebook comparten la segunda plaza como canales de difusión de bulos para el 11% de los encuestados.

Por otra parte, la gran mayoría de los participantes en la jornada (88%) consideró que los

profesionales sanitarios han de asesorar a los pacientes sobre los contenidos web más fiables y dos tercios de los encuestados (65%) creen que debería estar penalizada la difusión de contenidos de salud que perjudiquen a los pacientes. Además, el 92% de los asistentes sugirió que debería haber en los navegadores indicadores de fiabilidad del contenido de las páginas web de salud.

Otra de las cuestiones a debate fue el papel clave que juega la relación médico-paciente a la hora de contrastar información. En este sentido, los representantes de pacientes estuvieron de acuerdo en que la protección y el fomento de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes contribuye a que estos últimos puedan tener un mayor criterio y conocimiento a la hora de analizar la información disponible sobre su patología y cuidados de la salud. Una buena comunicación de este tipo contribuye asimismo a que los pacientes se sientan más cómodos a la hora de preguntar sin miedos, contrastar información que hayan encontrado por redes sociales y mejorar sus búsquedas con orientación profesional sobre cómo y dónde encontrar las mejores fuentes que contribuyan a mejorar su salud.

■ ■ ■ Más compromiso del profesional sanitario

Todos los agentes sanitarios coincidieron en que es necesario que los profesionales sanitarios hagan una labor más didáctica y empática al transmitir información a los enfermos y explicaron que, si el paciente no obtiene en consulta la información que necesita, la busca por su cuenta, con la consecuencia de seguir recomendaciones sin criterio científico. En contraposición, un paciente que recibe orientación del profesional sanitario sobre cómo buscar en la Red es más colaborativo y puede aumentar su confianza en el profesional. Así, los profesionales



mostraron que decirle a un paciente que deje de mirar en internet porque todo es falso no conseguirá disuadirle de las búsquedas en la mayoría de los casos, y lo único que se conseguirá en última instancia es dejarlo solo ante el universo de la información y la desinformación online.

Por último, los comunicadores de salud presentes en el evento demandaron un papel más activo en la lucha contra las *noticias falsas*. El reto no es sólo servir de filtro en la información, contrastando fuentes, y divulgando en un lenguaje sencillo, sino también aprovechar las oportunidades de las redes sociales, los *influencers* (es decir, personas que cuentan con una cierta credibilidad, y por su presencia e influencia en las redes sociales pueden llegar a convertirse en un prescriptor para una marca, etc.) en salud y las claves del posicionamiento online para llegar más y mejor con sus mensajes.



Bulos de cáncer

¿Y cuáles son las noticias falsas más frecuentes? Según el I Informe sobre Bulos de Salud, las pseudoterapias, suponen el 71% de los mismos. La alimentación (54%) y el cáncer (41%) completan el podio de los bulos más compartidos. De hecho, la combinación entre alimentación y cáncer es la más fructífera. Desde #SaludsinBulos hemos identificado tres grandes áreas temáticas en los bulos de cáncer: los llamados superalimentos, las emociones y los objetos cotidianos a los que se les atribuye capacidad cancerígena. En cuanto al primer grupo, nos llegan muchas informaciones falsas que exageran los beneficios preventivos de algún alimento, como es el caso del limón, como en su día fue la papaya, que muchas personas han incorporado en su dieta con esa convicción. También hemos detectado teorías

peligrosas sobre cómo un conflicto emocional no resuelto es la causa de esta enfermedad, lo que permite a sus instigadores enriquecerse a cuenta de ello. Y, por último, abundan los bulos sobre sustancias de nuestro alrededor a las que, de repente, se les atribuye propiedades cancerígenas, como los pintalabios o el aire acondicionado del coche.

Los bulos sobre cáncer pueden tener consecuencias funestas que incluso pueden aumentar la morbimortalidad en pacientes que abandonan el tratamiento farmacológico y apuestan por alguna pseudoterapia sin fundamento científico. Frente a estos bulos, #SaludsinBulos pretende identificar y desmontar las llamadas *fake news* en salud, en colaboración con profesionales sanitarios, pacientes y comunicadores.

Sabemos que el cáncer es una enfermedad que sigue provocando

Decálogo de la Comunicación Responsable en Cáncer

1. Entender las bases del proceso de investigación médico-científica del cáncer.
2. Buscar fuentes acreditadas a la hora de informar sobre cáncer y citarlas.
3. No difundir informaciones basadas en una única fuente.
4. Huir del sensacionalismo.
5. Ser transparentes en la información y señalar si hay conflicto de intereses.
6. Informar con rapidez sin comprometer el rigor.
7. Contextualizar las informaciones (fase de los ensayos, evidencia acumulada, fechas de publicación, etc.).
8. Buscar la originalidad en el enfoque sin comprometer el rigor.
9. Exigir de las instituciones su corresponsabilidad en la divulgación sobre oncología.
10. Favorecer la formación científica y divulgativa de los informadores.

Tabla 1

mucho miedo, razón por la que muchos pacientes buscan soluciones mágicas a las que aferrarse, sobre todo cuando el pronóstico no es bueno. Sin embargo, también conocemos que ninguna sustancia evita un cáncer por sí sola, y mucho menos porque la tomemos con espíritu positivo, como algunos falsos gurús quieren hacernos creer. Por ello, los expertos recomiendan que los profesionales sanitarios orienten a los pacientes sobre cómo buscar información fiable en internet.

■ ■ ■

Manifiesto de Comunicación Responsable en Cáncer

El pasado mes de septiembre se organizó el *I Simposio #CancersinBulos*, organizado por el Instituto #SaludsinBulos y el Comité de Pacientes del Hospital Clínico San Carlos. En él se presentó un Decálogo de la Comunicación Responsable en Cáncer, con el respaldo de las entidades participantes: las sociedades científicas y grupos de investigación Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de mama, la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), Fundación ECO y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), las asociaciones de pacientes Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) y #FFPaciente; el Consejo General de Enfermería y las organizaciones de comunicación científica Asociación Nacional

de Informadores de la Salud (ANIS), Asociación Española de Comunicación Científica (AECC) y Comunica Biotecnología.

Los puntos presentados en el documento aparecen en la *tabla 1*.

Twitter es un lugar donde muchos pacientes de cáncer comparten sus experiencias de la enfermedad, según un estudio español que se presentó en el Congreso ESMO 2018 en Múnich. El doctor Rodrigo Sánchez-Bayona, de la Clínica Universidad de Navarra, ya descubrió en 2014 que el cáncer era la patología más mencionada en Twitter a nivel mundial. En esta ocasión se centraron en el cáncer de mama porque es uno de los tres tumores más comunes en todo el mundo y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres

■ ■ ■

Cáncer de mama

Su equipo analizó el contenido de más de 6,000 tweets y retweets sobre el cáncer de mama publicados con el hashtag #BreastCancer durante un período de siete días se recopilaron y categorizaron de acuerdo con su contenido, objetivo, información del usuario y si mostraron una actitud estigmatizante hacia el cáncer de mama. Los tweets también se agruparon en cuatro subtemas: diagnóstico, tratamiento, pronóstico y prevención.

Los datos recopilados incluyeron 3,703 tweets originales y 2,638

retweets. “Al examinar los tweets originales, encontramos que sólo uno de cada tres tenía contenido médico”, dijo Sánchez-Bayona. “Sin embargo, el 90% de esta información médica fue apropiada, lo que probablemente se debe al hecho de que el 40% de los tweets provienen de instituciones y cuentas públicas”. La clasificación de los tweets por objetivo mostró que el motivo más frecuente era que los pacientes compartieran sus experiencias, seguido de cerca por la defensa del paciente. El subtema más común con diferencia fue la prevención (44.5% de los tweets).

De los 2,559 tweets no médicos analizados, menos del 15% contenía afirmaciones estigmatizantes sobre la enfermedad. “Las numerosas campañas de concientización sobre el cáncer de mama a lo largo de los años ciertamente han contribuido a reducir el estigma asociado con esta enfermedad”, señala Sánchez-Bayona. “Para muchos otros tumores, todavía hay una necesidad insatisfecha. En el futuro, también nos gustaría explorar y comparar la presencia en las redes sociales de diferentes tipos de tumores”, añade.

A su juicio, “los medios sociales se pueden utilizar como una nueva forma de proporcionar información sobre la prevención del cáncer y la educación para la salud, no solo para los pacientes, sino para una audiencia mucho más amplia”.

■ ■ ■

Informe EHON: Cáncer de mama en la Red

Los pacientes conversan en la Red sobre cáncer de mama, lo que supone una oportunidad pero también un riesgo cuando aparece la desinformación. El cáncer de mama es una de las patologías con más presencia en las redes sociales en España, con un total de 1.000 millones de impresiones (impactos) potenciales Twitter en un año y más de 70.000 personas

conversando sobre él. Ésta es una de las principales conclusiones del *Informe eHealth On (EHON) Cáncer de mama en la Red*, elaborado por el Grupo GEICAM de AIES, con la colaboración de Novartis Oncología.

El informe concluye que el cáncer de mama ha generado más de 500 tuits al día en una conversación copada en un 82% por mujeres. El volumen de comunicación a través de las redes sociales muestra que el cáncer de mama ha calado en la población y las redes sociales; sin embargo, gran parte de la conversación carece de respaldo científico, por lo que ésta debe ser liderada por especialistas que ofrezcan una información rigurosa, así como “prescribiendo” fuentes de información fiables.

Son justo los perfiles de sociedades científicas, grupos de investigación y asociaciones de pacientes los más activos en redes sociales, con conversaciones asociadas a concienciación y sensibilización sobre esta patología, prevención y diagnóstico temprano, el apoyo emocional a las pacientes y la relevancia de seguir investigando, a las que se suma gran parte de la población, sobre todo durante el mes de octubre, alrededor del Día Mundial, que concentra más 16.000 tuits en un día. Sin embargo, los datos analizados indican que la enfermedad metastásica solo es tratada en un 1,4% de los tuits. Lo mismo ocurre en las noticias más viralizadas en el año, en las que la metástasis no aparece.

El apoyo emocional a las pacientes, los símbolos (rosa en todas partes) y las historias de superación copan gran parte de la conversación, en definitiva todo lo que conlleva emoción e imagen, dejando fuera muchos aspectos que no caben en un titular ni en una sonrisa.

La mayor parte de los titulares se centran en los avances conseguidos en la investigación y en la importancia de la detección

temprana de esta patología. En cuanto a Facebook, la mayoría de los posts analizados hacen referencia a la sensibilización, siendo el contenido multimedia el que más impacto consigue.

■ ■ ■ Páginas extranjeras

El análisis de las páginas web mejor posicionadas en cáncer de mama en España también concluye que tan sólo el 40% de ellas pertenece a organizaciones españolas. Estas páginas extranjeras ofrecen contenido contrastado y con rigor, en su mayoría, pero los profesionales señalan que no cubren las necesidades informativas de las pacientes, por lo que resulta positivo generar información que se adapte a la realidad social de nuestro país, con un lenguaje utilizado en nuestro medio y emitida por expertos locales. En un mundo global, lo local también es importante.

Este análisis demuestra que las redes sociales pueden ser un canal poderoso para transmitir mensajes clave sobre una patología y movilizar a la población pero para aprovechar su potencial se necesita recurrir a las mismas estrategias que siguen los bulos: emociones, imagen, fuentes que revelen credibilidad, titulares llamativos, lenguaje sencillo... Frente a la *infoxicación* o exceso de información, a la que no se puede profundizar por el gran volumen que representa que practican charlatanes de todo tipo sólo cabe colaborar entre pacientes, profesionales sanitarios, periodistas, gestores, técnicos para informar y educar en salud. Y hacerlo con la ayuda de la tecnología para detectar la conversación sobre bulos y combatirlos, con el conocimiento de los profesionales sanitarios, con la capacidad de alcance de las asociaciones de pacientes, con el lenguaje divulgativo de los comunicadores. Es lo que pretendemos en #SaludsinBulos. Los fabricantes de bulos son muchos pero nosotros podemos ser más y hacerlo mejor.

Accede al **Informe eHealth On (EHON) Cáncer de mama en la Red** a través de este BIDI o en la web www.geicam.org/wp-content/uploads/2018/12/informe-ehon-cancer-mama.pdf



Los bulos sobre cáncer pueden tener consecuencias funestas que incluso pueden aumentar la morbilidad en pacientes que abandonan el tratamiento farmacológico y apuestan por alguna pseudoterapia sin fundamento científico.

Los expertos recomiendan que los profesionales sanitarios orienten a los pacientes sobre cómo buscar información fiable en internet.

¿Hay alguien ahí? **La ayuda del trabajo social sanitario**

En el proceso de una enfermedad convergen diferentes problemáticas: sanitarias, sociales, económicas... Es, por tanto, importante disponer del apoyo social a la vez que profesional.



En el ámbito sanitario hay muchos profesionales que acompañan a las personas enfermas y a sus familias: médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares, administrativas. En este artículo hablaremos en concreto del trabajo que desempeñamos los trabajadores sociales sanitarios (TSS).

El objetivo del TSS es atender a la persona y a la familia en un proceso de enfermedad con una visión sistémica, es decir: contemplando todos o muchos de los aspectos que influyen en sus vidas. Cada persona tiene sus peculiaridades y una historia de vida distinta a la de los demás, por lo que nuestra intervención debe ser individualizada.

En las familias donde existe el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, los TSS tenemos presente: el momento del diagnóstico, tratamiento y efectos de éste, género, edad, momento del ciclo vital, cargas familiares (hijos/padres/otros), económica (bajas laborales, incorporación, discapacidades post tratamiento...). Esta patología puede requerir de tratamientos más o menos largos y, por lo tanto, la intervención y orientación del TSS irá modulándose en función de las variables anteriormente señaladas. Habrá pues una valoración de las necesidades biopsicosociales de la persona enferma y de las necesidades psicosociales de la familia y entorno afectivo.

La herramienta básica del TSS es la entrevista. Esta herramienta posibilita la comunicación y la interacción, así como la evolución junto al paciente y el entorno. La relación de ayuda que se establece dentro del marco de la entrevista profesional implica una relación de confianza y privacidad en la que el paciente o los familiares nos depositan una información de carácter personal que nos ayudará a confeccionar el *diagnóstico social sanitario*.

El objetivo del trabajador social sanitario es atender en un proceso de enfermedad contemplando todos o muchos de los aspectos que influyen en sus vidas.



Metodología. Cómo trabajamos

1. La recepción: acoger y escuchar

- Recibir con el único fin de ayudar.
- Identificar la demanda (con una mirada abierta, respetuosa y neutral).
- Reconocer y subrayar la importancia que una persona o familia hace al solicitar nuestra ayuda.
- Evitar la proposición de soluciones inmediatas. Hacemos una escucha activa, sin juzgar y sin imponer ideas propias (atención proactiva y no reactiva al problema).
- Durante la escucha, la actitud del TSS es receptiva, tratando de entender qué es lo que se nos transmite.
- Mostrar comprensión empática y respeto al paciente.

2. La comprensión del problema

- El diálogo entre la persona o la familia y el TSS es esencial. Debe llevarnos a visualizar el problema y conocer el seno de la familia y el entorno social efectivo de referencia.
- Elaborar junto la persona o familia el *genograma* y el *ecomapa*, que es el modo de visualizar la composición familiar, sus relaciones y red de apoyo, además de conocer la fase del ciclo vital que atraviesan y entender sus particularidades.

- Elaborar el *histograma* para conocer las intervenciones realizadas o intentadas (tanto las que han funcionado como las que no).
- Manifestar interés por conocer cuál es la situación de la persona/familia; ello nos llevará a saber si se siente capaz de afrontar la situación y cómo lo afrontará. Conocer la capacidad de movilización frente al cambio.
- Empoderar a la persona/familia. Conocer el estado de salud física y emocional del grupo familiar y las consecuencias que conlleva en su dinámica cotidiana la presencia de la enfermedad.
- Estudiar la situación de la vivienda habitual, así como la situación laboral.
- Conocer los factores culturales y creencias espirituales.
- Informarnos de la historia familiar. Los TSS somos una parte activa en el apoyo a la enfermedad pero no somos la solución. Como decía Ezequiel Ander-Egg, “el trabajador social no es Superman”.
- Clarificar bien cuál es nuestro papel para que no se produzcan malos entendidos.

Los TSS conocen la enfermedad y su trayectoria y cómo esta puede influir en la situación que nos plantea la persona enferma y su entorno. Como dice Jordi Riba Cebria, especialista en Trabajo social sanitario y responsable del área de trabajo social de atención primaria del ICS Barcelona: “la TSS no trabaja únicamente a partir de la demanda



explícita sino a partir de los procesos de atención interdisciplinar y del cribado del riesgo”.

Así, la mirada del TSS es distinta cuando hablamos de cáncer de mama, de ictus o de esclerosis múltiple.

3. El diagnóstico social sanitario

El estudio de las variables descritas (patologías) tiene que posibilitarnos la elaboración de un diagnóstico social sanitario o, como mínimo, una orientación diagnóstica. “El diagnóstico social sanitario se construye a partir de la manera como los axiomas que nos enseñan la realidad de la persona y su entorno inmediato interactúan y cómo influyen. Describe cómo posibilitan o impiden su autonomía actual y cómo influirán en un futuro. Todo ello con el principio de libertad y dignidad de la persona. Describe cuáles son las necesidades que tendrán que cubrir los apoyos externos”. (Dolors Colom. Máster de Trabajo Social Sanitario. UOC 2014).

4. Plan de trabajo. La concreción del objetivo y el acuerdo mutuo

- Concretar el área/s de necesidad de ayuda (laboral, relacional,

emocional, económica, sanitaria, residencial, etc.) para modificar óptimamente una dificultad derivada del proceso de enfermedad.

- Definir unos objetivos que sean alcanzables.
- Subrayar todos los esfuerzos que se están realizando. Reforzar y visualizar el trabajo para el cambio.
- La actitud proactiva del TSS es fundamental para llegar a un acuerdo. Acompañar a la persona/familia en el proceso de cambio, otorgando a la vez responsabilidad y empoderamiento a sus protagonistas.

5. El acompañamiento

- Consiste en trabajar conjuntamente y orientar la toma de decisiones sobre aquellas repercusiones generadas por la situación de enfermedad en el ámbito personal, familiar, económico y social.
- En el *diagnóstico social* sanitario debe haber diseñado un plan de

actuación, priorizando necesidades y formulando objetivos.

- El TSS entiende el proceso de enfermedad de forma transversal: hay un antes, un durante y un después de la enfermedad.

El proceso de una enfermedad es un momento de crisis. Su evolución y gestión dependerá de los soportes y recursos propios, así como del entorno afectivo y social, y de los profesionales que acompañen durante el proceso.

La labor del TSS es muy amplia. Su trabajo implica una óptima gestión de los recursos sanitarios y sociales; debe procurar que el sistema sea sostenible, y a la vez realizar una intervención sensible y eficaz. Todo ello, sin olvidar la necesaria recuperación de los recursos de los que disponía tanto el propio paciente como su entorno.

En el ámbito psicosocial nos nutrimos de experiencias y vivencias. Nuestro objetivo es ayudar a la persona y familia para que se pueda abrir y, simplemente, estar a su lado.



¿Debo pedir ayuda a un trabajador social sanitario?

Parte de la población no visualiza el trabajador social sanitario como un profesional al que todos podemos consultar en algún momento de nuestras vidas.

Cualquier persona que sufra un problema derivado de un proceso de enfermedad, sea personal o de su entorno familiar o efectivo, puede acudir a un TSS. Y puede hacerlo en un centro de salud, en un hospital, en asociaciones, etc.

Las casuísticas por las que se acude a este tipo de ayuda profesional pueden ser muy variadas. A modo de ejemplo, estos son algunos casos prácticos con los que los TSS nos encontramos en nuestro día a día:

- María, de 56 años, nos consultó durante el tratamiento oncológico. Ella se encontraba recibiendo quimioterapia, por lo que no podía atender a su madre de 90 años que era muy dependiente.

- Ana, de 44 años, solicitó a su médico contacto con la trabajadora social para informarse de posibles ayudas económicas, ya que debido a su enfermedad sufría una disminución considerable en sus ingresos.
- Alberto, un joven de 30 años, se sentía desbordado por la enfermedad de su esposa. No sabía cómo afrontarlo hasta que consultó al TSS.
- A Laura, de 22 años, le denegaron la beca universitaria. Durante los exámenes le diagnosticaron la enfermedad y empezó el tratamiento de quimioterapia.
- La mujer de Juan, de 75 años, necesitaba orientación para poder hacer frente a los gastos de entierro de su marido.
- Asha, de 62 años, necesitaba ayuda para llevar a cabo su día a día. Pidió ayuda al trabajador social para que su hija, residente

BIBLIOGRAFÍA

Rossell Teresa; Rodríguez Pepita. La entrevista en el trabajo social. Herder 2017

Model de treball social en l'atenció oncològica. Treball social de l'Institut Català d'Oncologia (juny 2004).

Trabajo social sanitario y servicios sociales. Jribace article publicat en 30/10/2017 ENFOCATSS.

Diagnòtic social sanitari. Dolors Colom Manfret. Master treball social sanitari. Universitat oberta de Catalunya 2014.

Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el trabajador social y el cliente (persona o familia) durante la fase de estudio y evaluación de la situación-problema. Cardona, Josefa 2008.

en su país de origen, pudiera venir a cuidarla.

- Paco, después de un tratamiento, tenía dificultades para incorporarse al mundo laboral. Tras consultar al TSS, se gestionó un proceso de reinserción laboral.





¿Cómo me enfrento a la menopausia?

La Sociedad Internacional de Menopausia define la menopausia como el cese permanente de la menstruación en la mujer provocado por la disminución de la producción hormonal debido al agotamiento folicular ovárico, siendo los 50 años la edad promedio para que se produzca esta situación, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años⁽¹⁾.

La menopausia está incluida en un periodo llamado climaterio, fase de transición desde una etapa reproductiva a un estado no reproductivo, con una duración de 2 a 8 años antes de la fecha de la menopausia y que finaliza 2 a 6 años después.

Estos cambios están producidos por las oscilaciones de los niveles séricos de estradiol (hormona que se produce en los ovarios y las glándulas

suprarrenales, siendo la responsable de las características sexuales y de la aparición del ciclo menstrual).

La menopausia puede ser considerada no fisiológica, no esperable, cuando se presenta antes de los 40 años (fallo ovárico precoz). Si aparece antes de los 45 se habla de menopausia precoz y si es después de los 50 se denomina menopausia tardía (*Figura 1*).

Cáncer de mama y menopausia

La mayoría de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres postmenopáusicas. Si la mujer es diagnosticada y tratada por un cáncer de mama en el periodo premenopáusico, se puede presentar una menopausia *inducida* por los distintos tratamientos, como por ejemplo:

- La quimioterapia, que puede producir el cese permanente de las reglas según el tipo de fármaco, sobre todo si la paciente está próxima a la menopausia natural.
- La extirpación de ovarios y trompas que en ocasiones se indica en aquellas mujeres portadoras de mutaciones hereditarias en los genes de BRCA1/2 y que predisponen al cáncer de mama y/u ovario.
- La administración de fármacos que específicamente inhiben la ovulación y que se indican en ciertos casos.

Con la menopausia, las mujeres pueden experimentar una variedad de síntomas (Figura 2).

1. Sofocos o síntomas vasomotores

Una sobreexpresión de los receptores de serotonina se ha vinculado a una fuerte disfunción del centro termorregulador en el hipotálamo. La sensación de calor se origina por una vasodilatación periférica, y por consiguiente va acompañada de un aumento del flujo sanguíneo cutáneo⁽²⁾.

Pautas:

a) Medidas generales

- Evitar desencadenantes como comidas picantes y situaciones estresantes
- Usar varias capas de ropa
- Reducir o no tomar café o alcohol
- Dormir suficiente
- Pérdida de peso corporal ($\geq 10\%$)
- Práctica de ejercicio físico⁽³⁾
- Ejercicios de relajación, incluida la práctica de *mindfulness*

b) Terapia no hormonal: los

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han utilizado con éxito moderado en el tratamiento de los sofocos en mujeres que no pueden o no desean usar estrógenos.

Para las mujeres que usan tamoxifeno, la coadministración de ISRS puede conducir a la inhibición de CYP2D6, la enzima que convierte el tamoxifeno a su metabolito más activo, el endoxifeno. La inhibición

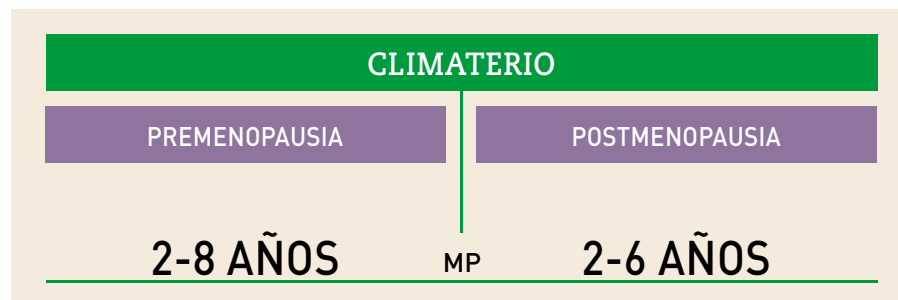


Figura 1



Figura 2

más potente de CYP2D6 se produce con paroxetina y fluoxetina, por lo que deben evitarse en usuarias de tamoxifeno. En estos casos las opciones más seguras incluyen venlafaxina, desvenlafaxina, escitalopram o citalopram.

Este tipo de terapias deben comenzarse utilizando primero la dosis más baja y ajustándola según sea necesario para evitar o minimizar los eventos adversos. El inicio de la acción es rápido, generalmente en 2 semanas.

La terapia debe reevaluarse cuidadosamente de forma periódica, cada 6-12 meses, porque los datos sobre el uso a largo plazo son limitados. Además, estos tratamientos deben reducirse gradualmente

durante 1 a 2 semanas para evitar los síntomas de abstinencia del fármaco.

2. Síndrome genitourinario de la menopausia (GSM)

El GSM, conocido anteriormente como atrofia vulvovaginal, resulta molesto en más del 50% de las mujeres y tiene un impacto adverso en la calidad de vida, la actividad social y las relaciones sexuales. El GSM es un síndrome crónico y progresivo que está infradiagnosticado y subtratado⁽⁴⁾.

Los síntomas pueden ser muy variados y afectar a:

- Vagina: puede presentarse sequedad, pérdida de lubricación, dispareunia (dolor en el coito), prolapso de la pared vaginal y sangrado vaginal.



- Vulva: los posibles síntomas incluyen sequedad, irritación o picazón y la dispareunia de entrada con alguna fisura.
- Tracto urinario: los síntomas urinarios incluyen infecciones recurrentes, incontinencia de urgencia, incontinencia de esfuerzo, disuria (dolor al orinar) y problemas de micción. Estos síntomas también pueden provocar pérdida de la libido, dispareunia y disfunción sexual de la excitación y el orgasmo⁽⁵⁾.

Pautas:

- En los síntomas leves, el uso regular de humectantes vaginales puede ser efectivo en combinación con lubricantes en momentos próximos a las relaciones sexuales. Los humectantes se usan continuamente, pero no en el momento del coito, ya que pueden ser irritantes. Hay diferencias entre los lubricantes utilizados de forma aguda antes de las relaciones sexuales y las cremas hidratantes vaginales utilizadas crónicamente para mejorar el pH vaginal y la humedad. Su médico le indicará cuando usar cada uno. Hay muchos tipos de humectantes y lubricantes disponibles, incluso sin conservantes si es necesario.
- En síntomas más graves, las medidas descritas anteriormente no son suficientemente efectivas.

Un enfoque habitual es considerar la terapia de estrógenos vaginales a dosis bajas. Sin embargo, todas las preparaciones de estrógenos vaginales producen un grado menor de absorción sistémica que no excede los niveles posmenopáusicos normales. Parece que ese aumento en la exposición al estradiol de forma puntual puede usarse en pacientes con cáncer de mama.

Las dosis bajas de estrógenos vaginales en mujeres que toman los antiestrógenos, el tamoxifeno o el raloxifeno podrían ser teóricamente más seguros que en las mujeres que no reciben estos fármacos. Tres estudios, observacionales y controlados por casos, han examinado el impacto de la administración de estrógenos vaginales en supervivientes de cáncer de mama con resultados tranquilizadores, al menos cuando el estrógeno vaginal se administra simultáneamente con tamoxifeno. Sin embargo, estos estudios no proporcionan pruebas contundentes sobre la seguridad de los estrógenos vaginales en las que toman inhibidores de la aromataasa (IA) como el letrozol, anastrozol o exemestano.

Por otra parte, un estudio observacional de supervivientes de cáncer de mama que usaron tamoxifeno o IA no encontró un aumento de riesgo en la recurrencia del cáncer de mama con dosis bajas

de estrógeno vaginal (anillo vaginal o tableta de 10 microgramos) durante un seguimiento medio de 3,5 años.

En general, se desaconseja el uso de estrógenos vaginales incluso a dosis bajas en supervivientes de cáncer de mama, particularmente en aquellas mujeres que reciben IA.

Si fuera necesario recomendarlos, podría hacerse en algún caso siempre después de la consulta con su oncólogo y utilizando la dosis efectiva más baja de estrógeno vaginal recomendada.

El ospemifeno ha sido aprobado en Europa y América del Norte para el tratamiento de la dispareunia secundaria en mujeres posmenopáusicas sanas. Sin embargo, actualmente las asociaciones de ginecología recomiendan no indicarlo debido a la falta de datos de seguridad y eficacia. Aunque los resultados parecen prometedores en una serie de estudios observacionales, ningún ensayo clínico ha demostrado su seguridad en las pacientes con cáncer de mama.

Asimismo, en noviembre de 2016 fue aprobada para tratar desde la dispareunia secundaria a la atrofia vulvovaginal la dehidroepiandrosterona (DHEA) intravaginal, pero tampoco se dispone de ensayos clínicos para el cáncer de mama.

3. Osteoporosis

Los estrógenos inhiben la reabsorción ósea y aumentan la liberación del factor de crecimiento en los osteoblastos, las células del hueso encargadas de sintetizar la matriz ósea, por lo que estas hormonas juegan, indirectamente, un papel importante en la regulación de la cantidad de calcio en sangre (calcio sérico).

En las mujeres premenopáusicas, tanto la extirpación quirúrgica de los ovarios (ooforectomía) como la quimioterapia, que puede inducir como dijimos insuficiencia ovárica, provocan una reducción en los niveles de estrógeno y aceleran la tasa de reabsorción

ósea. Sobre esta base se ha informado una mayor tasa de osteopenia u osteoporosis y fractura ósea.

En las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama hormonossensible, los IA se han convertido en la terapia de primera línea frente al tamoxifeno. La reducción de los niveles de estradiol por estos fármacos contribuye a una reducción de la densidad ósea. En consecuencia, hay una disminución neta en la densidad ósea y un aumento en la tasa de fractura.

Curiosamente, el tamoxifeno actúa como un estrógeno débil sobre el hueso en mujeres postmenopáusicas, y a diferencia de los IA, aumenta la densidad ósea. Sobre esta base mecanicista, el tamoxifeno se asocia con menos fracturas óseas que el uso de IA.

Las fracturas mínimas por traumatismo son comunes después de un diagnóstico de cáncer de mama, y la fractura costal no patológica es la fractura más común.

Los agentes profilácticos o de tratamiento para la osteoporosis incluyen bisfosfonatos orales e intravenosos o subcutáneos como Denosumab. Ambos tipos son efectivos, pero es necesario señalar que se asocian con una toxicidad rara que puede producir la muerte del tejido óseo de la mandíbula por pérdida del suministro de sangre (osteonecrosis) y fracturas femorales atípicas. La preocupación sobre estas toxicidades ha llevado a una reducción del 50% en la utilización de estos fármacos en pacientes que son candidatas para estos agentes.

4. Psicológicos

Como hemos mencionado, los niveles de serotonina disminuyen en la menopausia. Este descenso se asocia con cambios en el estado de ánimo, labilidad emocional, alteración del ciclo sueño-vigilia y disminución de la libido. De hecho, la relación entre la menopausia y los síntomas depresivos y los cambios de humor ha sido bien establecida⁽⁷⁾.

La depresión mayor debe identificarse y tratarse con agentes farmacológicos específicos y/o terapia cognitiva conductual, aunque los datos recientes respaldan el concepto de que los síntomas depresivos leves y la fatiga pueden ser en parte consecuencia de la interrupción del sueño y el despertar frecuente durante la noche debido a los sofocos. Se necesitan más datos para confirmar esta conclusión en mujeres con cáncer de mama.

5. Sexualidad

Con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama pueden aparecer disfunciones sexuales. Éstas son alteraciones que sufre la mujer durante una o más fases de su respuesta sexual durante un periodo de al menos 6 meses y que le producen malestar o dificultad para relacionarse sexualmente.

Las más frecuentes son las siguientes:

- Trastorno del deseo/excitación
- Trastorno del dolor genito-pélvico con la penetración
- Trastorno del orgasmo

La etiología de la disfunción es compleja y multifactorial, lo que nos indica que el tratamiento del trastorno también es difícil y no siempre efectivo.

Sabemos que las preocupaciones sexuales son complicaciones angustiantes para las mujeres durante las fases de diagnóstico, tratamiento y superación del cáncer de mama. Por ello, las pacientes deben:

- Conocer las consecuencias de los tratamientos.
- Saber que pueden mantener relaciones sexuales satisfactorias, aunque puedan haber cambiado determinados aspectos de su sexualidad.
- Entender que la sensibilidad sexual permanece, sea cual sea el tratamiento de su cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. The International Menopause Society. <http://www.im-society.org/> IMS. December 5, 2016
2. Daley A, Stokes-Lampard H, Macarthur C. 2011 Exercise for vasomotor menopausal symptoms. [Review] Update in Cochrane Database Syst Rev. 2014
3. Cobin RH, Goodman NF. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on Menopause-2017 update. *Endocrine Practice*: July 2017, Vol. 23, No. 7, pp. 869-880
4. Elizabeth Farrell AM. Genitourinary syndrome of menopause Australian Family Physician Vol.46, No.7, July 2017
5. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health
6. Worsley R. Moderate-Severe vasomotor symptoms are associated with moderate-severe depressive symptoms, 2017
7. Sadovsky R, Basson R, et al. Cancer and Sexual Problems *J Sex Med* 2010; 7:349-373

¿Que interviene en la sexualidad que podamos modificar?⁽⁹⁾:

- Bienestar emocional
- Calidad de la relación
- Imagen corporal
- Presencia/ausencia de sequedad vaginal

La menopausia es una etapa más en la vida de la mujer. Saber que puede ocurrir durante este proceso y estar preparadas es nuestra mejor arma para afrontarlo con optimismo y de una forma positiva. Para ello, durante estos años será de mayor importancia cuidar nuestra alimentación con alimentos ricos en calcio y vitamina D para nuestra salud ósea, evitar el sobrepeso y, como siempre, realizar actividad física.

Nutrición y cáncer de mama

En este artículo daremos unas cuantas ideas clave sobre el papel de la nutrición en la prevención y mejora del pronóstico en pacientes con cáncer de mama.

Los avances en el campo de la oncología en los últimos años, la mejora de las técnicas para la detección precoz del cáncer de mama y su extensión a una gran parte de la población han llevado a una mejora sustancial del pronóstico de esta patología.

En efecto, cada vez son más las mujeres que se diagnostican en estadios iniciales de la enfermedad y que tienen, en general, una buena respuesta al tratamiento. Además, se han incrementado el número de alternativas terapéuticas (fármacos) que permiten individualizar el tratamiento según las características del tumor.

La consecuencia de todo ello es que cada vez hay más mujeres que tras el tratamiento de su cáncer de mama podrían considerarse curadas, aunque es cierto que la mayoría seguirán

un control periódico y quizás un tratamiento prologado durante años. Así pues, cada vez hay más mujeres (y profesionales) que se preguntan si hay otras medidas o actuaciones que les puedan ayudar a mejorar su pronóstico tras haber sufrido un cáncer de mama; es decir, si hay estrategias que pueden reducir su riesgo de recidivas, ayudar a tener una expectativa de supervivencia similar a la de la población sana de su misma edad y a mantener la mejor calidad de vida posible.

Desde hace un tiempo esas esperanzas se han dirigido hacia la nutrición. Sin embargo, la excesiva atención hacia un campo hace que a veces se difundan opciones y propuestas que no siempre tienen suficiente base científica. Además, el exceso de información, no siempre fundamentada, hace que no sólo las pacientes, sino también los

profesionales, podamos dar una respuesta rápida a la multitud de cuestiones y dudas que se plantean. En este artículo pretendemos dar unas cuantas ideas clave sobre esta cuestión sin pretender, ni mucho menos, que sea una guía exhaustiva que responda a todas las preguntas, aunque sí las situaremos en su contexto adecuado y orientaremos para obtener la mejor respuesta.

La nutrición en el tratamiento del cáncer de mama

Empecemos por dejar algo claro: *la dieta, por sí misma, no es la cura del cáncer de mama*. Aunque no debería ser necesario recordarlo, hay que insistir para evitar confusiones: el tratamiento adecuado del cáncer de mama (y de otros tumores) es el que indica el

equipo de oncología encargado del paciente, en general, siguiendo los protocolos bien establecidos de cada centro. Éstos tienen en cuenta tanto las características de la paciente como del tumor. En general, este abordaje comprende cirugía y/o radioterapia y/o quimioterapia. Algunos tipos de tumores incluyen también tratamiento de más larga duración, como la hormonoterapia.

En esta fase la nutrición debe ser un complemento para mejorar la situación de la paciente, pero en ningún caso supone la sustitución del tratamiento estándar. En general, las recomendaciones dietéticas deberían ser establecidas por un/a dietista basándose en una evaluación del estado nutricional de la paciente. La función del abordaje nutricional es mejorar las secuelas de una enfermedad, como ocurre tras la operación de un cáncer de esófago, aunque en muchos casos se pretende asimismo compensar posibles efectos adversos de los tratamientos.

■ ■ ■

La nutrición en la prevención del cáncer de mama

Ya tenemos claro cuál es el papel de la nutrición en el tratamiento de cáncer de mama. Sin embargo, ¿tiene la dieta un papel relevante en la prevención del cáncer? Más concretamente, ¿tiene algún papel en la prevención de las recidivas y la mejora de las expectativas vitales en las supervivientes (es decir, en las mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas de un cáncer de mama)?

Se ha publicado una cantidad ingente de estudios sobre el posible efecto protector de la nutrición y los factores relacionados en el cáncer de mama. En relación a ello hay dos conceptos que conviene aclarar: primero, por efecto protector entendemos el que hace que el riesgo de cáncer sea menor en una población sana. En segundo lugar, actualmente se considera que *la composición corporal (la obesidad) y la actividad física ejercen su efecto mediante mecanismos similares a los de la dieta*, y por eso a los tres en su conjunto se les considera como factores nutricionales.

A pesar de la gran cantidad de estudios referidos, no se ha podido establecer una clara asociación entre la dieta y la prevención del cáncer de mama. Si se considera la nutrición en un sentido amplio, los únicos elementos para los que hay pruebas sólidas y convincentes son la obesidad, la actividad física y el consumo de alcohol. El exceso de grasa corporal se mide mediante el índice de masa corporal (abreviado como IMC), que se calcula a partir del peso y la talla. Cuando este índice es igual o mayor de 25 se dice que la persona tiene sobrepeso, y por encima de 30 se considera obesa. Pues bien, cuando ya se ha pasado la menopausia, el hecho de tener sobrepeso u obesidad es un factor de riesgo de cáncer de mama. Por otra parte, aunque la obesidad es el reflejo del exceso de grasa corporal, que en consecuencia se almacena en el tejido graso, su efecto puede no ser el mismo dependiendo de dónde se almacene. La mayor parte del tejido graso, también denominado tejido adiposo, se localiza bajo la piel. Sin embargo, hay una parte importante que se concentra en la cavidad abdominal, que es el conocido como tejido adiposo visceral. Parece que el tejido adiposo visceral es más activo en cuanto a los mecanismos que podrían llevar al desarrollo de un cáncer de mama. El indicador que utilizamos para medir la cantidad de este tejido es el perímetro de la cintura; en las mujeres, cuando este perímetro es de 88 cm o más se dice que tienen obesidad abdominal. Es muy importante recordar que este efecto nocivo de la obesidad general y, especialmente, la abdominal sólo es aplicable a las mujeres tras la menopausia. Un IMC relativamente alto en las mujeres jóvenes no implica ningún riesgo de cáncer de mama y, de hecho, algunos estudios indican que podría incluso proteger. Sin embargo es importante recordar que la mayoría de casos de cáncer de mama se producen tras la menopausia.

Otro factor importante es la actividad física. La práctica regular de actividad física es un factor protector de cáncer de mama. La recomendación habitual es hacer una actividad equivalente a caminar de forma activa (al menos a 4 km/h) durante 150 minutos

semanales, aunque se recomienda incrementar este tiempo siempre que sea posible. El efecto es mayor si el tipo de actividad física es algo más vigorosa, como la que se obtiene mediante la natación o al ir en bicicleta, pero no es imprescindible que sea así, ni es necesario hacer un ejercicio dirigido en un gimnasio. A diferencia de la obesidad, *el efecto beneficioso del ejercicio físico aplica a todas las edades y, por tanto, es un factor protector tanto del cáncer de mama premenopáusico como del postmenopáusico.*

En tercer lugar, aunque no por ello menos importante, hay que destacar el papel del alcohol. De forma simple, *el consumo de alcohol es un factor de riesgo de cáncer de mama.* Aunque su efecto parece ser mayor en los tumores postmenopáusicos, su efecto se manifiesta a todas las edades. Debe destacarse también que ese efecto se observa para todos los tipos de bebidas alcohólicas. Obviamente, para una misma cantidad de bebida el efecto será mayor para las más fuertes (con más graduación alcohólica) pero *no hay bebidas alcohólicas sin riesgo.* A partir de diversos estudios se ha estimado que el riesgo de cáncer de mama se incrementa un 10% por cada 10 gramos de etanol (alcohol puro) al día. Esa cantidad es aproximadamente la contenida en una botella de cerveza pequeña (250 ml) o en 100 ml de vino. También es importante recordar que esa cantidad se aplica al consumo diario de forma regular y de forma habitual.

Merece la pena recordar que hay una serie de elementos de la dieta para los que diversos estudios sugieren que pueden tener un efecto protector, aunque la consistencia de sus resultados no es suficiente para incluirlos en las recomendaciones. Se trata por ejemplo del consumo de verduras y hortalizas, los alimentos con un contenido elevado de carotenoides y las dietas ricas en calcio. Los carotenoides son pigmentos abundantes en frutas y verduras que les dan un característico color anaranjado o rojizo; alimentos ricos en carotenoides son la zanahoria, el tomate y la sandía, pero la mayoría de fruta y verduras contienen, en cantidades variables, algún tipo de

carotenoide. En cuanto al calcio, la principal fuente es la dieta con lácteos, pero se encuentra también en alimentos de origen vegetal, como los frutos secos.

■ ■ ■

La nutrición en los supervivientes de cáncer de mama

Si en lugar de centrarnos en la población sana, con el objetivo de prevenir la aparición de un tumor, nos centramos en las mujeres que ya han padecido un cáncer de mama y han sido tratadas con buena respuesta al tratamiento con el objetivo de disminuir el riesgo de recidivas y mejorar el pronóstico, los *resultados son menos concluyentes*. Sin embargo, el patrón es muy semejante al de la prevención. Es decir, todo parece indicar que la obesidad, así como el consumo de alcohol, tendrían un efecto negativo, mientras que la actividad física tendría un efecto positivo. Como en el caso de la prevención, merece la pena mencionar algunos alimentos o nutrientes para los que se ha sugerido que pueden tener algún efecto sobre el pronóstico de cáncer de mama, aunque la consistencia de sus resultados no es suficiente para incluirlos en las recomendaciones. En primer lugar, es posible que haya un efecto negativo de un elevado consumo de grasas saturadas, que son sobre todo las de origen animal. Por el contrario, se ha sugerido un posible efecto beneficioso de una dieta rica en fibra. Son alimentos ricos en fibra los cereales (y productos a base de cereales) integrales así como la verdura y la fruta en general.

Finalmente, se ha atribuido un posible efecto beneficioso a la soja y, en general, a alimentos ricos en fitoestrógenos. Como su nombre indica, se trata de compuestos con actividad similar a los estrógenos y que pueden interferir su actividad. La mayoría de estudios se han llevado a cabo en poblaciones asiáticas y, aunque en general no se han observado efectos adversos, hay dudas sobre su uso. Como principio de precaución no se recomienda su uso en supervivientes de cáncer de mama que sigan un tratamiento hormonal.

■ ■ ■

Dieta mediterránea y cáncer de mama

Hay cierta variabilidad en la definición del patrón de dieta mediterránea, y por otro lado no hay demasiados estudios que hayan abordado directamente la relación entre la adherencia al patrón de este tipo de dieta y el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los pocos que lo han hecho tienden a mostrar efectos positivos. De hecho, la mayor parte de *las características de la dieta mediterránea son perfectamente asimilables a una dieta orientada a la prevención del cáncer*: consumo diario, abundante y variado de fruta y verdura; consumo diario de variedad de cereales, preferentemente integrales; utilización de aceite de oliva como principal fuente de grasa; consumo diario de algún producto lácteo; pescado y priorizando carne blanca como fuente de proteínas y grasa animales a la carne roja y procesada; consumo infrecuente de alimentos ultraprocesados y con alto contenido en azúcares refinados.

No obstante, hay un elemento diferencial: la dieta mediterránea tradicional admite el consumo de alcohol, específicamente de vino, con moderación. Además de la costumbre y los hábitos locales se ha postulado también un posible efecto beneficioso de ciertos componentes del vino en la salud cardiovascular. Aunque respecto al cáncer en general *el consumo regular de alcohol es uno de los factores de riesgo más importantes*. Y sobre todo en personas que ya han mostrado una susceptibilidad aumentada, como son *las supervivientes de cáncer de mama: en ellas el consumo de bebidas alcohólicas debe evitarse totalmente*.

Finalmente, en tanto como como sea posible la obtención de niveles de consumo de nutrientes y compuestos bioactivos en la protección del cáncer debe obtenerse a partir de la dieta, *sin necesidad de incluir suplementos dietéticos, de minerales o multivitamínicos*. La utilización de suplementos debe reservarse para la corrección de deficiencias específicas de algún micronutriente, y siempre por indicación de un profesional.

REFERENCIAS

1. González CA, Agudo A, Atalah E, López LT, Navarro A. Nutrición y cáncer. Lo que la ciencia nos enseña. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2016.
2. World Cancer Research Fund / American Investigation of Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. 2017.

Conclusiones y recomendaciones para la prevención y mejorar el pronóstico de cáncer de mama mediante la nutrición:

- **Durante el tratamiento**: seguir las pautas indicadas por los profesionales de oncología y nutrición clínica.
- **En todo momento (antes, durante y con posterioridad al tratamiento)**: seguir las recomendaciones dietéticas específicas de un profesional si la persona tiene alguna patología o condición de salud (además del cáncer de mama) que así lo requiera.
- **Tras la menopausia, mujeres con obesidad o sobrepeso**: seguir una dieta para controlar su peso, preferentemente dirigida por un/a profesional.
- **Mantenerse activa físicamente**: como mínimo 150 minutos semanales de actividad moderada.
- **Evitar** totalmente el consumo de cualquier tipo de bebidas alcohólicas.
- **Seguir las pautas generales del patrón de dieta mediterránea** (con la excepción del consumo de alcohol) sin necesidad de incluir suplementos dietéticos.

Agradecimientos: a todo el equipo investigador y colaboradores/as del proyecto y ensayo clínico que se está llevando actualmente en 8 hospitales públicos de Cataluña: PREDICOP (Prevention of Breast Cancer Recurrence Through Weight Control, Diet, and Physical Activity Intervention)

Tatuaje reparador del pezón

El tatuaje es una práctica milenaria basada en la implantación de pigmento en la dermis para ornamentar la piel de manera permanente.

Se desconoce un origen concreto, ya que las primeras manifestaciones de esta práctica aparecen en diferentes lugares y culturas del mundo, con diferencias entre las técnicas de aplicación según la época y zona. Sin embargo, se apunta a los hombres euroasiáticos del periodo Neolítico como los primeros “tatuadores”, hace ya más 5.000 años.

A partir de este momento, se sabe de muchos países, como Egipto o Japón, regiones como Polinesia y culturas como la celta o la azteca en donde se seguirá el desarrollo y la práctica del tatuaje con diferentes fines, según la cultura. Normalmente estará destinado a la representación del estatus dentro del grupo mediante diversos motivos y ornamentos. También estará íntimamente ligado a prácticas religiosas y bélicas.

En la Edad Media, el tatuaje sufre un declive importante como consecuencia del período de colonización de tierras exóticas al que precedería un oscuro tramo. A partir del siglo XV, realizar un tatuaje ya se consideró como un sacrilegio del cuerpo heredado por Dios.

Fueron los marineros quienes posteriormente fomentaron la cultura del tatuaje extraída de zonas donde aún se practicaba y donde no había sido erradicado como consecuencia de una colonización. Así, poco a poco comenzó a existir una concepción diferente en Occidente de esta práctica, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse y extenderse por el mundo hasta nuestros días.

Si, en épocas pasadas, en Occidente el tatuaje estaba ligado a un grupo

social reducido y marginal, hoy en día la evolución de la técnica ha hecho que se haya extendido y normalizado, adaptándose a personas de diferentes ámbitos. Muchas de estas personas encuentran en el tatuaje una forma de expresión individual.

Por otro lado, la evolución de este arte ha ido más allá de los fines estéticos u ornamentales, apareciendo nuevas aplicaciones, como es el caso del tatuaje reparador. La labor de este tipo de tatuaje es reparar, mediante el uso del color, partes del cuerpo que han sufrido un daño que ha dejado secuelas permanentes.

Uno de los casos que ha encontrado en el tatuaje su mejor aliado es la reconstrucción estética del complejo areola-pezón perdido tras una mastectomía. Y es aquí donde haré



Tatuajes de pezón por Sara Ortuzar

una parada para ahondar en las peculiaridades de esta fascinante aplicación y resolver algunas de las dudas comunes que surgen cuando nos enfrentamos a la necesidad de un tatuaje terapéutico, basándome en mis más de 20 años de experiencia como tatuadora especializada en *tattoo* reconstructivo.

El cáncer de mamá es una enfermedad cuyo tratamiento puede requerir de una extirpación completa de una o ambas mamas. Este procedimiento es conocido como mastectomía radical, en la cual, además de la glándula mamaria, también el complejo de la areola-pezón será extirpado. Actualmente las técnicas avanzadas de cirugía reconstructiva permiten devolver el volumen mamario mediante diferentes técnicas, como la implantación de una prótesis o el injerto de tejido graso. Si la mujer lo desea, el último paso de esta reconstrucción consistirá en crear una nueva areola que dé a la nueva mama un aspecto natural. Y es aquí donde el tatuaje se está imponiendo en los últimos años a otras alternativas quirúrgicas, debido al bajo traumatismo que genera y a que puede suponer una reducción de muchos riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos como el necrosamiento del injerto, cicatrices en las zonas de piel donante,

infecciones, etc. Y, sobre todo, por el gran nivel de realismo que puede aportar la técnica en cuanto a forma, detalles y color que es posible conseguir con el juego de color del *tattoo*.

Para entender el proceso, explicaré que el acto de tatuar consiste en la implantar microgránulos de pigmento de distintas tonalidades en la dermis con la ayuda de unas agujas muy finas que están conectadas a un dermógrafo que un movimiento de percusión sobre la piel, depositándose así este pigmento de manera permanente.

Nuestro objetivo como tatuadores será crear un tatuaje artístico que simule una areola natural, representando, con los diferentes colores de pigmento, el máximo posible de detalles orgánicos presentes en la areola, como arrugas, glándulas de Montgomery y volúmenes definidos que simulen el pezón proyectado (efecto 3D). Cuando hay presencia de areola en la mama contralateral sana, esta servirá de modelo para intentar reproducirla de manera simétrica teniendo en cuenta su forma, localización, matices de color y texturas para que el conjunto final sea lo más armónico posible. En el caso de ausencia de las dos areolas, realizaremos un diseño acorde con el volumen de las mamas y tendremos

en cuenta el color de la piel y el cabello de la persona para establecer la paleta de color más adecuada con la que trabajaremos. La finalidad es que este tatuaje no parezca artificial, sino lo más natural posible.

Además de la areola, a través del tatuaje es posible tratar las cicatrices que hayan podido quedar si ha habido intervención en la mama sana para realizar una elevación o reducción del pecho, además de la propia cicatriz de la mastectomía, siempre y cuando estas parezcan blanquecinas. En estos casos aplicaremos un color piel para neutralizar el aspecto blanquecino de las cicatrices.

Elaborar un buen tatuaje de areola requiere, además de una técnica muy precisa para no lesionar la piel ni estructuras internas durante el proceso, un alto conocimiento en técnicas pictóricas como el dibujo y la destreza en colorimetría para poder adaptarnos y reproducir las peculiaridades de cada caso, ya que trabajar de una manera estándar (como la forma de trabajo que emplearíamos en un tatuaje artístico) nos llevaría a unos resultados pobres a nivel técnico y artístico. Es por ello que es imprescindible entender que el tatuaje reconstructivo es una especialización del tatuaje artístico y que quien realice este tipo de tatuajes debe tener amplios conocimientos y experiencia técnica,

así como gran calidad artística poder ejecutar correctamente y ofrecer buenos resultados con una técnica segura para poder abordar los casos especiales de las pieles muy finas, radiadas, con presencia de injertos o cicatrices, que son habituales tras la mastectomía.

Los pigmentos empleados deben estar homologados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y, por lo tanto, haber pasado rigurosos controles que garantizan ser productos atóxicos para no poner en riesgo la salud. Son muchas las alarmas que se han encendido respecto a los pigmentos de tatuar, pero me gustaría puntualizar que en el mercado existen cientos de empresas que distribuyen este tipo de producto y que si ha existido algún problema seguramente habrá sido como consecuencia del uso de pigmentos no homologados sin un control sanitario. En los tatuajes realizados con material homologado de alta calidad, debido a su biocompatibilidad, son muy raras las reacciones alérgicas y la tolerancia es muy buena. Aun así es recomendable testarlos mediante una prueba de sensibilidad que se realiza un mínimo de 48 horas antes de la realización del tatuaje.

Por otro lado, los materiales empleados, como agujas, portapigmentos y demás material clínico, serán completamente desechables para asegurar la asepsia en todo el procedimiento.

En cuanto a la durabilidad, el tatuaje ofrece resultados a largo plazo en comparación con otras técnicas como la micropigmentación, pero hay que comprender que ningún tatuaje es estable de por vida. Esto es, aunque el pigmento se implante de manera permanente, con el paso del tiempo es normal que haya un aclaramiento del color, que hace que aspectos como la intensidad de color y matices de volúmenes y detalles orgánicos puedan quedar menos definidos, perdiendo el realismo que tenía el tatuaje al principio. Factores como la gama de colores con la que estamos trabajando (gamas

Factores como la gama de colores o el tipo de piel y su estado pueden ser condicionantes en la durabilidad del tatuaje.

marrones en tonos suaves) o el tipo de piel y su estado (injertos, piel radiada, piel excesivamente fina, etc.) pueden ser condicionantes en la durabilidad del tatuaje, razón por la que no podemos comparar la durabilidad en estos casos con los tatuajes artísticos realizados sobre piel no lesionada, como el brazo o la espalda, una piel que presenta mayor grosor que permite profundizar más con las agujas y aplicar mayor dosis de pigmento. No obstante, muchas personas llegan a mantener el tatuaje en buen estado hasta cuatro años, pero al cabo del tiempo será necesario un repaso para mantener los colores y efectos con un acabado intenso.

Otra ventaja que ofrece el tatuaje es que la curación de esta técnica es muy sencilla, pudiendo hacer vida normal una vez concluida la sesión, ya que la piel es mínimamente lesionada. Únicamente será necesario durante 14 días la aplicación de una pomada cicatrizante sobre el área tratada para ayudar a la piel a su recuperación y unos cuidados sencillos como no rozar la piel, no mojarla en exceso y mantener la higiene correcta para evitar infecciones.

Muchas personas sienten miedo cuando oyen la palabra *tatuaje* porque temen que será un proceso doloroso, pero la sesión es muy llevadera e indolora en casi todos los casos. Además, podemos ayudarnos de una pomada anestésica que, aplicada antes de la sesión, ayudará a que el proceso sea indoloro, tanto que es normal que sientan un estado de somnolencia mientras son tatuadas. En algunas ocasiones nos encontramos con hipersensibilidad en la zona tras la cirugía, pero aun así, con la ayuda de la pomada anestésica y un trato cuidadoso al tatuar, como mucho habrá molestias puntuales.

En mi forma de trabajar, un objetivo importante, además de conseguir un acabado artístico de alta calidad, es que la experiencia durante la sesión sea positiva y agradable como broche final de un largo proceso que finaliza con el tatuaje.

Son claros los beneficios psicológicos que aporta esta técnica, y he tenido la oportunidad y placer de ver cómo muchas mujeres se emocionaban y lloraban al verse en el espejo con el pecho completo, sintiendo por fin una normalización de su imagen. Esta recuperación estética permite una clara mejora de la autoestima y facilita la reconciliación y aceptación de su nueva imagen para una relación positiva individual con su cuerpo y una buena relación con los demás en situaciones como la intimidad con la pareja o en espacios donde exponemos la intimidad de nuestro cuerpo, como pueden ser las duchas comunitarias de gimnasios o la playa. Realmente, el máximo valor del tatuaje es que aporta el poder recuperar la normalidad y realizar la rutinas anteriores al cáncer de mama.

Para concluir este artículo me gustaría destacar la idea de que solo es posible ofrecer el 100% del beneficio estético y psicológico que aporta esta opción del tatuaje reparador si este es realizado por manos expertas que garanticen tanto la calidad estética como técnica, ya que hay que tener presente que un tatuaje es permanente e irreversible y, si los resultados son de mala calidad, además de poner en riesgo la salud, pueden generar en la persona un complejo mayor al no obtener una mejora, provocando mayores niveles de ansiedad e inseguridad. Por ello es esencial ponerse en manos de tatuadores/as especializados con amplia experiencia en este campo, que puedan ofrecer lo mejor de su técnica.

Cáncer de mama en el varón: la experiencia de Vicente Rodríguez

Vicente tiene 65 años. Hace 2 años se le diagnosticó, a raíz de palparse un nódulo en la mama derecha, de un carcinoma de mama.

A Vicente se le intervino, recibió quimioterapia y actualmente se encuentra en tratamiento con tamoxifeno y siguiendo controles en la Unidad de Oncología del Hospital Clínico de Valencia. Vicente fue también valorado en la Unidad de Consejo Genético del mismo centro y no se evidenció ninguna mutación en los genes BRCA. Le hemos pedido que nos cuente su experiencia en primera persona.

Vicente, muchas gracias por colaborar con nosotros. Queremos que nos cuentes tu experiencia para poder dar más visibilidad al cáncer de mama en varones, dado que, aunque no sea una situación frecuente (solo un 0,5-1% de los cánceres de mama diagnosticados ocurren en varones) existe y por ello te agradecemos enormemente tu colaboración.

Consultaste en tu médico de familia por un nódulo en la mama derecha. ¿Desde cuándo lo notabas? ¿Tenías algún otro síntoma?

Fue notar lo y acudir al día siguiente a mi médica de familia. Y no, no tenía ningún otro síntoma.

¿Cómo te diagnosticaron el cáncer de mama y quién te dio la noticia?

La doctora de familia me mandó hacer una ecografía. A los dos días me dio el resultado y directamente me mandó a la oncóloga, la cual me mandó hacer una mamografía, una biopsia y otra ecografía.

Más tarde, cuando recibieron los resultados, la doctora Martínez me dio la noticia.

¿Cuál fue tu primera reacción? ¿Qué pensaste en el primer momento?

Mi primera reacción fue quedarme incrédulo al escuchar que era diagnosticado de cáncer de mama, ya que me parecía raro que, al ser varón, esto pudiera suceder.

Lo primero que pensé fue que era lo que me había tocado y que tenía que

afrontarlo de la mejor manera posible y, ante todo, con positividad.

¿Cómo se lo contaste a tu familia?

Mi mujer venía conmigo, así que ella se enteró de la noticia en el mismo momento que yo.

Cuando llegamos a casa se lo comunicamos a mi hija, mi yerno y a mis dos nietas. Luego se lo comunicamos a la familia más allegada.

Durante el tratamiento fui arropado por todos ellos, y eso es algo muy importante.

¿Qué tratamientos has recibido? ¿Cuál de ellos recuerdas como el más duro?

El primer tratamiento que recibí fue la mastectomía de la mama derecha. Después de casi dos meses, por un problema alérgico con el apósito,

“No tengan reparo en acudir al médico, tanto hombres como mujeres tenemos glándulas mamarias”



Vicente Rodríguez, paciente de cáncer de mama.

recibí 12 sesiones de quimioterapia con Taxol. Recibí una sesión semanal de este tratamiento. A continuación, cuatro sesiones de quimioterapia, en esta ocasión una sesión una cada 21 días. Y finalmente 25 sesiones de radioterapia.

Actualmente estoy tomando tamoxifeno 20 mg, medicamento que tendré que tomar durante los próximos 5 años. Además, acudo a revisiones periódicas con la doctora Martínez, quien me hace seguimientos mediante analíticas, mamografías y TAC.

El tratamiento más duro para mí ha sido la quimioterapia de los 21 días ya que, por mi problema de huesos, se me incrementaba más el dolor como efecto secundario.

¿Cómo ha influido este diagnóstico en tu vida cotidiana? ¿Has modificado alguno de tus hábitos anteriores?

No ha influido de ninguna manera en mi vida. Al principio no modifiqué nada de mis hábitos, pero ahora después de dos años he desarrollado un linfedema y estoy a la espera de rehabilitación y de poder ponerme una malla. Esta complicación conlleva el no poder hacer ni esfuerzos ni llevar peso con el brazo afectado, en mi caso el derecho.

¿A nivel psicológico te ha influido de alguna manera haber tenido un cáncer de mama?

No.

¿Cómo te encuentras ahora y qué revisiones estás llevando a cabo?

Ahora en estos momentos me encuentro muy bien, y como he comentado anteriormente, me hacen revisiones periódicas cada seis meses.

En el momento actual el grupo GEICAM está llevando a cabo un estudio observacional retrospectivo, en el cual tú has aceptado participar. ¿Qué importancia tiene para ti que se esté

Estudio observacional retrospectivo de evolución de casos de cáncer de mama en el varón y evaluación del riesgo de recidiva mediante secuenciación genética

La verdad es que el cáncer de mama en el varón, a pesar de representar una minoría, siempre ha despertado un interés científico que llevo recogiendo desde mis años de residencia. En la actualidad no existen estudios diseñados de forma específica para el cáncer de mama en el varón, y todo lo que hay publicado en la literatura científica son series de casos retrospectivos (que comparan un grupo de personas con una enfermedad o afección particular con otro grupo de personas que no la han desarrollado) donde se realiza una comparación indirecta con los datos publicados en la mujer.

Con ánimo de ahondar más en el conocimiento sobre esta patología, presenté un proyecto a la Junta Directiva de GEICAM, el "Estudio observacional retrospectivo de evolución de casos de cáncer de mama en el varón y evaluación del riesgo de recidiva mediante secuenciación genética". Con este proyecto se quiere no solamente recoger de forma retrospectiva datos descriptivos sobre las características clínicas, antecedentes personales, antecedentes oncológicos familiares, tratamientos realizados y seguimiento de pacientes, sino que además se pretende analizar y caracterizar biológica y molecularmente el cáncer de mama en el varón desde un punto de vista de su clasificación en subtipos tumorales, perfiles luminales y grupos de riesgo. Todo ello correlacionando las características

biológicas y moleculares del cáncer de mama en el varón con la evolución de los pacientes en términos de supervivencia libre de enfermedad, supervivencia libre de metástasis a distancia, supervivencia libre de progresión y supervivencia global, así como asociando las características biológicas y moleculares con alteraciones genéticas relevantes en cáncer de mama familiar, la dependencia oncogénica o de activación de rutas de señalización celular y la situación inmune del tumor (análisis de caracterización del fenotipo de respuesta inmune en el tumor: infiltrados linfocitarios, neoantígenos, citoquinas, etc). Como resultado, la investigación de estas cualidades puede ayudarnos a comprender mejor el cáncer de mama en el varón, buscar nuevos tratamientos dirigidos para cada tipo de tumor o generar futuras hipótesis de estudio.

El proyecto fue aprobado y actualmente estamos recogiendo los datos de pacientes varones diagnosticados de cáncer de mama infiltrante durante los años 2000-2017 en las Unidades de Oncología Médica de 53 centros hospitalarios asociados a GEICAM, escogidos con el fin de asegurar la representatividad de la serie de casos recogidos.

*Dra. Noelia Martínez Jáñez
Oncóloga médica del Hospital Universitario
Ramón y Cajal de Madrid y miembro de Junta
Directiva del Grupo GEICAM de Investigación en
Cáncer de Mama*

investigando en este tipo de cáncer?

Le doy muchísima importancia, ya que anteriormente este tipo de cáncer no era tan relativamente frecuente en los hombres. A causa de que ahora ha aumentado el número de diagnósticos en hombres, es verdad que está mucho más normalizado.

¿Qué le pedirías a tus médicos para mejorar tu calidad de vida?

Sinceramente, en mi caso, estoy muy contento con lo que han hecho y no creo que deba pedirles nada más.

¿Qué les aconsejarías a otros hombres que se enfrenten a

un diagnóstico de cáncer de mama?

Que no tengan reparo en acudir al médico en el mismo momento en el que se den cuenta que tienen un bulto en el pecho, ya que tanto hombres como mujeres tenemos glándulas mamarias y por tanto es posible que desarrollemos cáncer de mama. Y si les pasase como a mí, que en efecto fue maligno, lo importante es nunca tener miedo y afrontarlo de la mejor manera posible y siempre con positividad.

Quiero mostrar todo mi agradecimiento a todos los profesionales, desde mi doctora de familia hasta todos los grandes profesionales, que hay en el Hospital Clínico de Valencia.



BIFOSFONATOS y DENOSUMAB

para la mejora de la salud ósea en pacientes con cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente y principal causa de muerte en mujeres en países desarrollados. Su detección precoz con programas de cribado mamográfico y la innovación en el tratamiento hacen que el pronóstico haya mejorado progresivamente hasta conseguir que aproximadamente un 90% de las pacientes actualmente estén vivas a los 5 años del diagnóstico inicial⁽¹⁾. Con el número

creciente de supervivientes, cada vez se centra más la atención en una mejor valoración y manejo de la toxicidad a largo plazo de los tratamientos. La pérdida de densidad mineral ósea que incrementa el riesgo de fracturas, ya prevalente de por sí en mujeres postmenopáusicas, es uno de los problemas a largo plazo de los tratamientos oncológicos utilizados en cáncer de mama. Los *bifosfonatos* y el anticuerpo

monoclonal *denosumab* (ligando anti-RANK) son potentes inhibidores de la reabsorción y remodelación del hueso que mejoran la salud ósea de las pacientes y que indicados en el manejo de la osteoporosis, y pueden mejorar los resultados oncológicos en algún subgrupo de pacientes. A su vez, pueden disminuir eventos óseos como fracturas en pacientes con enfermedad avanzada con afectación ósea.



Estadios iniciales

Los estrógenos tienen un papel importante en el equilibrio mineral óseo (homeostasis mineral ósea). Los tratamientos oncológicos después de la cirugía utilizados en el tratamiento del cáncer de mama en etapa temprana, como quimioterapia, hormonoterapia o corticoides, pueden disminuir la presencia de estrógenos en sangre y decrecer a su vez la densidad mineral ósea, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas^(2,3,4).

Mujeres premenopáusicas

Aunque aproximadamente son solo un tercio de las pacientes con cáncer de mama, el impacto de los tratamientos oncológicos en la función ovárica puede afectar precozmente a la pérdida de mineralización ósea. Diferentes estudios han constatado hasta un 3-8% de pérdida a los 12 meses de haber finalizado el tratamiento sin estar descrito cómo se traduce esta pérdida en riesgo de fractura ósea futura⁽⁵⁾. Al tratarse de pacientes con alta esperanza de vida, esta situación puede condicionar complicaciones futuras con impacto en su calidad de vida.

Se debe hacer hincapié en la historia clínica, en información sobre factores de riesgo de pérdida de mineralización ósea, incluyendo el tipo de tratamiento oncológico. Ante el riesgo de osteopenia/osteoporosis se debe remitir a las pacientes a un especialista en reumatología para una correcta valoración de su salud ósea, y completar su estudio con analíticas adicionales y pruebas de diagnóstico por imagen necesarias, como la densitometría ósea⁽⁶⁾.

Los bifosfonatos han demostrado disminuir la pérdida de densidad mineral ósea en pacientes premenopáusicas con cáncer de mama en estadios iniciales con pérdida de la menstruación inducida por el tratamiento adyuvante. Aunque no esté bien definido el riesgo de fractura y cuándo intervenir farmacológicamente.

En un estudio (CALGB-79809), la administración de *ácido zoledrónico* de inicio 4 mg intravenosos de forma trimestral durante 2 años, junto con suplementos de calcio y vitamina D, demostró disminuir la pérdida de densidad mineral ósea en estas pacientes (6,7% en brazo control y 1,2% con este tratamiento)⁽⁷⁾. En otro estudio (ABCSG-12) que comparaba dos estrategias hormonales diferentes (tamoxifeno o anastrozol con supresión ovárica) se monitorizó la densidad mineral ósea de las pacientes y se identificó qué pacientes que no recibieron ácido zoledrónico presentaron a los 36 meses de tratamiento una disminución del 14% (12% con tamoxifeno y 17% con anastrozol), mientras que en las que sí recibieron este tratamiento permaneció estable⁽⁸⁾. Dos años tras finalizar el tratamiento las pacientes recuperaron la densidad mineral ósea basal y las pacientes que recibieron el ácido zoledrónico presentaron un aumento cuya relevancia clínica es desconocida en cuanto a prevención de problemas óseos futuros.

Mujeres postmenopáusicas

Este subgrupo de pacientes son ya de por sí de riesgo para presentar osteoporosis por edad y sexo⁽⁹⁾. Los inhibidores de la aromataza, los fármacos más utilizados en esta subpoblación como tratamiento complementario hormonal en cáncer de mama en estadios iniciales, se asocian a pérdida en la densidad mineral ósea. Por este motivo es importante realizar una valoración de la salud ósea basal en estas pacientes.

Es recomendable realizar actividad física, tomar suplementos de calcio y vitamina D y suspender el hábito tabáquico en pacientes que continúan fumando. Como nos referíamos anteriormente, los

bifosfonatos o denosumab tienen indicación para el tratamiento de la osteoporosis y son utilizados en muchas de estas pacientes.

Un análisis conjunto de varios estudios (metaanálisis) en mujeres postmenopáusicas tratadas con inhibidores de aromataza para el tratamiento de cáncer de mama en estadios iniciales demostró disminución en el riesgo de fracturas con el tratamiento inmediato con denosumab sin quedar demostrada esta disminución entre el tratamiento inmediato o posterior con ácido zoledrónico. Este beneficio en la reducción del número de fracturas con bifosfonatos sí se demostró en el estudio AZURE y en otro metaanálisis en pacientes pre- y postmenopáusicas de un importante grupo de investigación internacional (EBCTCG). En el estudio ABCSG-18, denosumab volvió a demostrar un aumento significativo en el tiempo a primera fractura en estas pacientes con una reducción de incidencia acumulada del riesgo de fractura de casi la mitad^(10,11,12,13).

Acción antitumoral

Los bifosfonatos administrados tras la cirugía del cáncer de mama han demostrado aumentar la supervivencia y disminuir el riesgo de metástasis óseas en pacientes postmenopáusicas⁽¹³⁾. La reciente publicación del estudio AZURE tras 10 años de seguimiento de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama estadios II/III aleatorizadas a recibir seis administraciones de ácido zoledrónico (una cada 3-4 semanas), y posteriormente a menor frecuencia, hasta cumplir un total de 5 años de tratamiento, constató nuevamente menores recaídas óseas en pacientes postmenopáusicas, así como mejoras en morbilidad ósea con menos fracturas⁽¹⁴⁾.

La pérdida de densidad mineral ósea que incrementa el riesgo de fracturas es uno de los problemas a largo plazo de los tratamientos oncológicos utilizados en cáncer de mama



antitumoral⁽¹⁹⁾. Otros bifosfonatos, como *clodronato*, *ibandronato* o *pamidronato*, reducen también la aparición de eventos óseos en comparación con placebo, pero el ácido zoledrónico es el más eficaz⁽²⁰⁾. Varios estudios han comparado la eficacia de denosumab frente al ácido zoledrónico en cáncer de mama metastásico, con una mayor reducción del riesgo de eventos óseos con denosumab (en torno a un 20%) sin diferencias en la supervivencia de las pacientes^(21,22).

Actualmente no existe evidencia científica sólida sobre la duración más adecuada de estos tratamientos en la enfermedad avanzada.



Efectos secundarios

Antes de comenzar tratamiento con estos fármacos se ha de comprobar y monitorizar las cifras de calcio y vitamina D, por el riesgo de hipocalcemia disminución de los niveles de calcio en sangre mayor con denosumab que con ácido zoledrónico. Se presenta generalmente al inicio del tratamiento y se puede corregir con suplementos de calcio y vitamina D.

También se recomienda una revisión dental previa por el riesgo de necrosis del tejido óseo de la mandíbula por la pérdida de vascularización parcial del hueso, que se presenta en menos del 2% de los casos. No deben administrarse bifosfonatos o denosumab a aquellas pacientes con lesiones sin terminar de cicatrizar o abiertas y con exposición ósea en la boca. Se debe advertir al dentista o cirujano maxilofacial si se está en tratamiento con estos fármacos, de cara a manipulaciones dentales invasivas.

Se recomienda modificar la dosis de ácido zoledrónico en pacientes con insuficiencia renal, estando contraindicado en los casos graves, mientras que denosumab, al no eliminarse por esta vía, puede utilizarse con seguridad.

Estos resultados han llevado a un mayor consenso en guías europeas y americanas sobre la incorporación de bifosfonatos en las recomendaciones de tratamiento de estas pacientes.

Respecto a *denosumab* y sus propiedades contra el cáncer de mama en estadio precoz, estudios preliminares sugieren también posibles beneficios, aunque resultados recientemente publicados (Estudio D-CARE) no alcanzaron el objetivo principal de demostrar la supervivencia libre de enfermedad ósea. Por lo que todavía no existe indicación de este fármaco más allá de las mencionadas respecto a la salud ósea^(15,16).

Estos resultados, todavía preliminares con investigación en desarrollo, ponen de manifiesto los potenciales efectos de estos fármacos más allá de la prevención y mejoría de la osteoporosis inducida por los tratamientos oncológicos, como son su implicación en la adhesión celular, angiogénesis y función inmune, que podrían justificar su mayor acción antitumoral.



Enfermedad metastásica

Los dos objetivos fundamentales del tratamiento del cáncer de mama metastásico son prolongar la supervivencia y optimizar la calidad

de vida⁽¹⁷⁾. El hueso es uno de los sitios más frecuentes de aparición de metástasis en el cáncer de mama (70%). Estas lesiones están asociadas a mal control analgésico, deterioro de la calidad de vida y una menor supervivencia, y pueden conllevar a los llamados eventos óseos, término que hace referencia a las complicaciones derivadas de las metástasis óseas, como son las fracturas patológicas, la compresión de la médula espinal, maligna elevación anormal de los niveles de calcio en la sangre y la necesidad de radioterapia o de cirugía para tratarlas. Las pacientes con metástasis óseas pueden presentar hasta tres eventos óseos relacionados al año, y aquellas que los presentan tienen mayor riesgo de desarrollar nuevos eventos, siendo su supervivencia global menor respecto a las que no presentan estas complicaciones óseas⁽¹⁸⁾.

La prevención de los eventos óseos puede mejorar la calidad de vida de las pacientes, y tanto el ácido zoledrónico (4 mg intravenosos cada 3-4 semanas, pudiendo administrarse posteriormente cada 12 semanas) como el denosumab (120 mg subcutáneo cada 4 semanas) están aprobados con este fin en el momento del diagnóstico de la enfermedad ósea, independientemente de que cause síntomas o no, generalmente asociados al resto del tratamiento

Pueden causar toxicidad digestiva, como diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos o estreñimiento.

Los bifosfonatos intravenosos pueden producir un cuadro pseudogripal (fiebre, dolor óseo, articular y muscular, cefalea...), generalmente de intensidad moderada y autolimitada a unos días, que se puede tratar con paracetamol o antiinflamatorios.

En cuanto al denosumab, dada su administración subcutánea, puede producir reacción en la zona de administración. También puede aumentar en general el riesgo de infecciones.

No hay datos en humanos sobre el uso de ácido zoledrónico o denosumab durante el embarazo, por lo que no deben utilizarse.



Conclusiones

La pérdida de densidad mineral ósea que incrementa el riesgo de fracturas es uno de los problemas más prevalentes a largo plazo asociados a los tratamientos oncológicos utilizados en cáncer de mama. Debido a la mayor esperanza de vida en las pacientes con cáncer de mama es necesario un adecuado manejo de este problema clínico. Es recomendable realizar actividad física, tomar suplementos de calcio y vitamina D y suspender el hábito tabáquico. Los bifosfonatos y el anticuerpo monoclonal denosumab son inhibidores de la actividad osteoclástica que mejoran la salud ósea de las pacientes diagnosticadas.

Es fundamental conocer el manejo de los mismos a lo largo de todas las etapas de la enfermedad. La evidencia disponible muestra a su vez potenciales beneficios en los resultados en cáncer, sobre todo en progresiones óseas en pacientes postmenopáusicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Las cifras del cáncer en España 2019: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
2. Clines GA, Choksi P, Van Poznak C. Adjuvant Endocrine Therapy and Bone Health in Breast Cancer. *Curr Osteoporos Rep.* 2015;13:263-73.
3. Greep NC, Giuliano AE, Hansen NM, et al. The effects of adjuvant chemotherapy on bone density in postmenopausal women with early breast cancer. *Am J Med.* 2003;114:653-9.
4. Lustberg MB, Reinbolt RE, Shapiro CL. Bone health in adult cancer survivorship. *J Clin Oncol.* 2012;30:3665-74.
5. Abraham A, Cohen A, Shane E. Premenopausal bone health: osteoporosis in premenopausal women. *Clin Obstet Gynecol.* 2013;56:722-9.
6. Raisz LG. Clinical practice. Screening for osteoporosis. *N Engl J Med.* 2005;353:164-71.
7. Shapiro CL, Halabi S, Hars V, et al. Zoledronic acid preserves bone mineral density in premenopausal women who develop ovarian failure due to adjuvant chemotherapy: final results from CALGB trial 79809. *Eur J Cancer.* 2011;47:683-9.
8. Gnani M1, Mlineritsch B, Luschin-Ebengreuth G, et al. Adjuvant endocrine therapy plus zoledronic acid in premenopausal women with early-stage breast cancer: 5-year follow-up of the ABCSG-12 bone-mineral density substudy. *Lancet Oncol.* 2008;9:840-9.
9. Rosen CJ. Clinical practice. Postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med.* 2005;353:595-603.
10. Brufsky AM, Bosserman LD, Caradonna RR, et al. Zoledronic acid effectively prevents aromatase inhibitor-associated bone loss in postmenopausal women with early breast cancer receiving adjuvant letrozole: Z-FAST study 36-month follow-up results. *Clin Breast Cancer.* 2009;9:77-85.
11. Ellis GK, Bone HG, Chlebowski R, et al. Effect of *denosumab* on bone mineral density in women receiving adjuvant aromatase inhibitors for non-metastatic breast cancer: subgroup analyses of a phase 3 study. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;118:81-7.
12. Gnani M, Pfeiler G, Dubsy PC, et al. Adjuvant *denosumab* in breast cancer (ABCSG-18): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2015;386:433-43.
13. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analyses of individual patient data from randomised trials. *Lancet.* 2015;386:1353-61.
14. Coleman RE, Collinson M, Gregory W, et al. Benefits and risks of adjuvant treatment with zoledronic acid in stage II/III breast cancer. 10 years follow-up of the AZURE randomized clinical trial (BIG 01/04). *J Bone Oncol.* 2018;27:123-135.
15. Gnani M, Dubsy PC, Hubalek M, Greil R. The impact of adjuvant *denosumab* on disease-free survival: Results from 3,425 postmenopausal patients of the ABCSG18 trial. *SABCS.* 2015;S202.
16. Coleman RE, Finkelstein D, Barrios CH, et al. Adjuvant *denosumab* in early breast cancer: First results from the international multicenter randomized phase III placebo controlled DCARE study. *J Clin Oncol.* 2018;36S: ASCO #501.
17. Chacón López-Muñiz JL, de la Cruz Merino L, Gavilá Gregori J, et al. SEOM clinical guidelines in advanced and recurrent breast cancer (2018). *Clin Transl Oncol.* 2019;21:31-45.
18. Yong M, Jensen AÖ, Jacobsen JB, et al. Survival in breast cancer patients with bone metastases and skeletal-related events: a population-based cohort study in Denmark (1999-2007). *Breast Cancer Res Treat.* 2011;129:495-503.
19. Aapro M, Abrahamsson PA, Body JJ et al. Guidance on the use of bisphosphonates in solid tumours: recommendations of an international expert panel. *Ann Oncol.* 2008;19:420-32.
20. Rosen LS, Gordon D, Kaminski M et al. Long term efficacy and safety of zoledronic acid compared with *pamidronate* disodium in the treatment of skeletal complications in patients with advanced multiple myeloma or breast carcinoma: a randomized, double blind, multicenter comparative trial. *Cancer.* 2003;98:1735-44.
21. Lipton A, Fizazi K, Stopeck AT et al. Superiority of *denosumab* to zoledronic acid for prevention of skeletal related events: a combined analysis of 3 pivotal, randomised, phase 3 trials. *Eur J Cancer.* 2012;48:3082-92.
22. O'Carrigan B, Wong MH, Willson ML et al. Bisphosphonates and other bone agents for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10:CD003474

Enfermedad luminal

Adyuvante	GEICAM/2014-07 (PALLAS) Promotor: ABCSG / AFT / BIG	Ensayo de fase III aleatorizado de palbociclib con tratamiento endocrino adyuvante estándar frente a monoterapia con tratamiento endocrino adyuvante estándar en cáncer de mama precoz con receptores hormonales positivos (RH+) y HER2-negativo
Adyuvante	GEICAM/2014-09 (EFiK) Promotor: GEICAM	Efecto del ejercicio físico en los niveles de Ki67 en mujeres con cáncer de mama precoz con receptor hormonal positivo y HER-2 negativo
Adyuvante	GEICAM/2015-06 (POSITIVE) Promotor: IBCSG	Estudio para evaluar los desenlaces del embarazo y la seguridad de la interrupción del tratamiento endocrino de mujeres jóvenes con cáncer de mama y respuesta al tratamiento endocrino que deseen quedarse embarazadas
Metastásico	GEICAM/2014-12 (FLIPPER) Promotor: GEICAM Fase II, n = 190 pts con cáncer de mama hormonosensible, 1ª línea con fulvestrant + palbociclib o placebo	Estudio fase II, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos, para comparar la eficacia y tolerabilidad de fulvestrant (Faslodex™) 500 mg con placebo y fulvestrant (Faslodex™) 500 mg en combinación con el PD-0332991 (palbociclib) como primera línea de tratamiento para pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama metastásico y receptores hormonales positivos, que han completado al menos 5 años de tratamiento adyuvante endocrino y que permanecen libres de enfermedad por más de 12 meses tras la finalización del mismo o que tienen enfermedad metastásica de novo
Metastásico	GEICAM/2016-01 (BIOPER) Promotor: MedSIR Fase II, n = 33 pts, re-exposición a palbociclib + HT	Ensayo de fase II, multicéntrico, internacional, no controlado para identificar los mecanismos moleculares de resistencia y sensibilidad a la re-exposición a palbociclib tras la progresión a una combinación de palbociclib en pacientes con cáncer de mama metastásico ER positivo

HT: hormonoterapia.

Enfermedad triple negativa

Metastásico	GEICAM/2015-06 (COMETA BREAST) Promotor: GEICAM Fase II, n = 34 pts, ausencia de mutación BRCA1/2, presencia de metilación BRCA1/2, terapia previa para cáncer de mama avanzado	Ensayo clínico fase II para analizar la respuesta a olaparib de pacientes con metilación del promotor de BRCA1 y/o 2 diagnosticadas de cáncer de mama avanzado
--------------------	---	--

Población mixta

Adyuvante	GEICAM/2013-06 (OLYMPIA) Promotor: AstraZeneca Fase III, n = 1.500 pts con mutación de BRCA1/2 en línea germinal y alto riesgo de recaída, terapia adyuvante con olaparib vs. placebo	Ensayo en fase III, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos, controlado con placebo, para evaluar la eficacia y la seguridad de olaparib frente a placebo como tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de mama HER2 negativo de alto riesgo y mutaciones germinales BRCA1/2 que han finalizado el tratamiento local y la quimioterapia neoadyuvante o adyuvante
Adyuvante	GEICAM/2018-0X (MEDEA) Promotor: UNICANCER Fase III, n = 600 pts con IMC ≥ 27, tras haber completado QT y/o RT adyuvante y haber sido sometidas a la cirugía del tumor primario, programa de intervención para la reducción de peso (dieta, ejercicio físico, motivación)	Fase III pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor de 27 tras haber completado quimioterapia y/o radioterapia adyuvante y haber sido sometidas a la cirugía del tumor primario, programa de intervención para la reducción de peso (dieta, ejercicio físico, motivación)
Metastásico	GEICAM/2014-11 (AURORA) Promotor: BIG Traslacional, n = 1.000 pts, análisis de alteraciones moleculares	Estudio para evaluar las alteraciones moleculares en cáncer de mama metastásico

IMC: índice de masa corporal; QT: quimioterapia; RT: radioterapia.

Enfermedad HER2

Metastásico	GEICAM/2017-04 (KATIA) Promotor: GEICAM	Identificación de mecanismos de resistencia a Kadcylla (trastuzumab emtansina; T-DM1) en pacientes con cáncer de mama avanzado HER2-positivo
--------------------	--	--

Estudios obsevacionales

Todos los estadios	ÁLAMO IV Promotor: GEICAM	Estudio observacional retrospectivo de evolución de pacientes con cáncer de mama en hospitales del Grupo GEICAM (2002-2005)
Todos los estadios	GEICAM/2016-04 (Registro de cáncer de mama en el varón) Promotor: GEICAM	Estudio observacional retrospectivo en pacientes varones con cáncer de mama
Todos los estadios	Health-EpiGEICAM Promotor: GEICAM	Estilos de vida saludables y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama
Metastásico	GEICAM/2014-03 (RegistEM) Promotor: GEICAM	Estudio observacional retrospectivo en pacientes varones con cáncer de mama

Entra en nuestra página www.geicam.org y accede a nuestro buscador de estudios



Tipo de estudio

- Ensayos clínicos
- Registro de pacientes / Estudios observacionales

Tipo de tumor

- HER2 positivo
- Luminal
- Triple negativo
- Grupo mixto

Escenario

- Neoadyuvancia
- Adyuvancia
- Metastásica

Estado

- Abierto
- Cerrado en seguimiento
- Cerrado
- Ninguno abierto
- Pendiente de abrir

Fase

- Fase 0
- Fase I
- Fase II
- Fase III
- Fase IV

Otros proyectos

Dra. Mireia Margelí

*Coordinadora de la Unidad de Mama
del Instituto Catalán de Oncología (ICO)*

ENTREVISTA

Doris es paciente de cáncer de mama desde 2012. En esta entrevista conversamos con ella y con la Dra. Vanesa Quiroga sobre el proceso de su enfermedad y las oportunidades de la investigación.

Doctora Vanesa Quiroga y su paciente Doris

Doris lleva un largo recorrido vital desde que en septiembre del 2012 fue diagnosticada de una neoplasia de mama. Ante ese diagnóstico, fue necesario practicarle una tumorectomía con biopsia del ganglio centinela, y posteriormente un vaciamiento ganglionar axilar. Tras la cirugía, Doris tuvo que recibir tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Tras ello inició tratamiento hormonal.

En mayo de 2017, presentó una recaída a distancia: en aquel momento su enfermedad pasó a ser metastásica avanzada. Se le ofreció participar en el estudio PEARL, que Doris aceptó. Fue aleatorizada a recibir la rama control del estudio con quimioterapia oral, presentando un buen control de su enfermedad hasta diciembre del 2018. Ante una nueva progresión de la enfermedad, en enero del

2019, Doris ha iniciado tratamiento con un inhibidor de quinazolinonas dependientes de ciclina y una terapia hormonal.

Durante todo este camino ha estado acompañada de la doctora Vanesa Quiroga, oncóloga médica dedicada al cáncer de mama con amplia experiencia en investigación clínica en el ICO Badalona, y han ido decidiendo juntas cuál era el mejor camino a tomar para su enfermedad.

Nos hemos citado para hablar con ellas en ICO-Badalona, que es donde pasan su día a día en relación con su enfermedad.

Doris, vamos a revisar un poco junto a la doctora Quiroga cómo ha sido la historia de tu enfermedad. ¿Cómo recuerdas el diagnóstico de tu enfermedad? ¿Cómo se te comunicó?

Los primeros pasos, las primeras noticias, impactante... Al principio pensé lo peor, me quedé más tranquila cuando ya se me hicieron pruebas y empecé a seguir un tratamiento. Se me comunicó en un control rutinario anual. Los primeros pasos consistieron en ampliar pruebas, para la inmediata intervención. Pasé por dos intervenciones, ya que en la segunda de ellas requerí un vaciamiento ganglionar en la segunda intervención.

Vanesa, ¿cómo crees que se realiza la comunicación del diagnóstico de un cáncer de mama a las pacientes? ¿Crees que hay aspectos de mejora? Siempre hay aspectos a mejorar, pero creo que en los últimos años hemos aprendido a informar a las pacientes de una forma más clara, sin tabús y sobre todo teniendo en cuenta las necesidades que presenta cada una. El contenido y



“El tratamiento hormonal sigue siendo la principal opción terapéutica en la mayoría de pacientes con cáncer de mama y con sobreexpresión de receptores hormonales”

la manera de informar varían en cada momento de la enfermedad, y la visita del primer diagnóstico es crucial para las pacientes, pues hemos de mantener unas expectativas y una esperanza para que puedan proseguir con el proceso de la cirugía y de los tratamientos.

Tras la comunicación del primer diagnóstico, se te realizó una tumorectomía y un ganglio centinela y posteriormente un vaciamiento ganglionar axilar.

Doris, ¿qué han supuesto para ti la cirugía mamaria y el vaciamiento ganglionar? ¿Has necesitado hacer rehabilitación?

Para mí no ha supuesto mucho, puesto que no he tenido ningún problema. Hice rehabilitación unos días y no he tenido ningún problema.

Vanesa, ¿cómo se decide que a una paciente se le conserva la mama? Y ¿cuándo y cómo se decide que hay que hacer un vaciamiento ganglionar axilar? ¿Hay avances en este sentido?

La decisión de realizar una cirugía conservadora o una mastectomía se hace de forma conjunta en el comité de mama. Se tiene en cuenta el tamaño del tumor y la relación entre el tamaño de la mama y del tumor. Así como si hay varios tumores en una mama, o si la piel de la mama está afectada por el tumor. Siempre que sea posible se intenta realizar una cirugía conservadora, intentando mantener la estética de la mama. Si esto no es posible, existe la opción de hacer

una cirugía plástica en el mismo acto quirúrgico para evitar la mastectomía.

La decisión de realizar un vaciamiento axilar se hace cuando existe una afectación de algún ganglio previo a la cirugía (confirmado por punción). Asimismo, durante la cirugía en pacientes que previo a la misma no presentaban afectación ganglionar (por ecografía) se realiza una detección y análisis del ganglio centinela (primer ganglio de drenaje de la mama). Antiguamente, si este estaba afecto se procedía a realizar un vaciamiento axilar. En este sentido ha habido un gran avance, pues se ha demostrado con ensayos clínicos que en casos de bajo riesgo puede evitarse realizar un vaciamiento axilar ganglionar, y por lo tanto evitar las complicaciones derivadas del mismo (linfedema, etc.). Esto es lo que actualmente hacemos en la consulta.

Posteriormente se realizó tratamiento complementario con quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal.

Doris, ¿qué opinas de los tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia o el tratamiento hormonal?

La quimioterapia es dura, pero era una necesidad junto con la radioterapia y tratamiento hormonal. Lo llevé bastante bien... dentro de lo que conlleva la caída del pelo..., pero el tratamiento es llevable

Vanesa, ¿estamos cerca de no tener que administrar quimioterapia?

¿Qué avances tenemos respecto a la quimioterapia complementaria, la radioterapia complementaria y el tratamiento hormonal?

Cada vez los tratamientos son menos agresivos. Al igual que en la cirugía, que cada vez se intenta realizar cirugías menos mutilantes. En relación a la quimioterapia también se intenta evitarla en las pacientes que realmente no la necesitan. Con las nuevas técnicas que disponemos para clasificar a los tumores de mama podemos seleccionar pacientes que pueden evitar recibir la quimioterapia, sin afectar negativamente en su supervivencia, y mejorando su calidad de vida.

En relación a la radioterapia, actualmente existen nuevas estrategias en las que con periodos más cortos de tiempo, o irradiando sólo parcialmente la mama se consiguen los mismos resultados estáticos y de supervivencia.

El tratamiento hormonal sigue siendo la principal opción terapéutica en la mayoría de pacientes con cáncer de mama y con sobreexpresión de receptores hormonales. Las nuevas estrategias se basan en la combinación de la hormonoterapia con fármacos dianas, que potencian el efecto de ambos tratamientos, haciendo que sean más efectivos. Existen ya varias combinaciones comercializadas y otras en estudios clínicos, con prometedores resultados.

En 2017 aparece una recaída en forma de enfermedad metastásica avanzada.

Doris, ¿cómo recibiste esta noticia?

A través de un control con mi oncóloga. Entendí que era una metástasis, y al principio lo viví muy mal. Pero en seguida comprendí que había tratamientos; esto me animó.

Vanesa, ¿cómo debe informar un oncólogo a sus pacientes la situación de enfermedad metastásica avanzada?

Ante todo debe haber confianza y transparencia. La paciente debe recibir toda la información que solicite, se debe explicar el abanico de tratamientos que existen, y junto con la paciente elegir el que sea mejor para ella. Creo que es imprescindible hacer partícipe a la paciente de esta decisión y de las posibles terapias y efectos secundarios. En muchas ocasiones no hay una opción mejor que otra, sino que puede haber varias opciones, y el uso de cada una de ellas debe consensuarse con la paciente.

Doris participó en el estudio PEARL, que aleatorizaba a las pacientes a recibir un inhibidor de quinasas dependientes de ciclinas CDK4/6 o la rama control con el tratamiento estándar, que en su caso fue un quimioterápico oral.

Doris, el hecho de poder participar en un ensayo clínico, ¿cómo lo recibiste? ¿Contribuyó a incrementar tus esperanzas a seguir luchando contra la enfermedad? ¿Qué te animó a participar?

Participé a través de la propuesta de Vanesa, y pensé que podía contribuir a mejorar la calidad de vida a través de nuevos tratamientos de las personas con esta enfermedad, y para ayudar a otros pacientes en futuros tratamientos. También pensé que era una nueva oportunidad para mí.

Vanesa, ¿cómo debe ofrecerse un ensayo clínico a un paciente? ¿Qué beneficios crees que supone para el paciente? ¿Nos puedes explicar en qué consistía el ensayo PEARL?

Se debe explicar a la paciente qué es un ensayo clínico, que en



Doris conversa con las doctoras Vanesa Quiroga y Mireia Margelí.

la mayoría de las ocasiones tiene como finalidad encontrar un tratamiento mejor que los actuales: Por esta razón, la paciente puede beneficiarse de algo novedoso en la mejor situación, y en el peor escenario la paciente recibiría el tratamiento estándar que se le ofrecería fuera del ensayo; por lo tanto a la paciente no se le estaría perjudicando en ningún caso.

El ensayo PEARL compara una quimioterapia oral (capecitabina) con una combinación de hormonoterapia junto con inhibidores de la quinasas dependientes de ciclinas (una medicación oral, que ha demostrado doblar la supervivencia libre de progresión en las pacientes con cáncer de mama metastásicas con receptores hormonales positivos).

En el caso de Doris, que participó en el ensayo PEARL, ella se aleatorizó al brazo control, por lo que recibió capecitabina.

Doris siguió esta quimioterapia oral aproximadamente un año y medio.

Doris, ¿cómo viviste ese año y medio dentro del ensayo clínico realizando el tratamiento con quimioterapia oral?

Bien. La quimioterapia oral permite llevar una vida normal con buena calidad, manteniendo todas las actividades; me cansaba mucho, pero adapté mi vida para superar ese cansancio.

Vanesa, ¿qué crees que supone poder ofrecer ensayos clínicos a los pacientes? Por otra parte, ¿qué beneficios crees que aporta la quimioterapia oral?

Disponer de ensayos clínicos para ofrecer a las pacientes siempre es un beneficio, pues dispones de alternativas a los tratamientos convencionales. Las pacientes pueden beneficiarse de los mismos, y a la vez colaboramos con la investigación, que al final es la única manera de seguir avanzando en la lucha contra el cáncer.

“La quimioterapia oral permite llevar una vida normal con buena calidad, manteniendo todas las actividades; me cansaba mucho, pero adapté mi vida para superar ese cansancio”

La principal ventaja de la quimioterapia oral es que las pacientes no tienen que permanecer horas en hospital de día mientras se les administra el tratamiento, y pueden invertir ese tiempo en ellas mismas. En relación a los efectos secundarios, depende más del fármaco en sí, que de la vía de administración.

Posteriormente, la enfermedad volvió a progresar. Doris inició un tratamiento hormonal con un fármaco nuevo como son los inhibidores de quinasa dependientes de ciclinas, que actualmente sigue tomando. Además, en ese momento se le ofreció a Doris participar en un proyecto de investigación del centro extrayéndole una muestra de sangre extra, para conocer posibles marcadores de eficacia o resistencia a fármacos.

Doris, ¿qué tal te encuentras con el nuevo tratamiento? ¿Cómo vive una paciente el saber que contribuye a un proyecto de investigación de forma tan desinteresada?

Bien, me encuentro bien. Contribuyo al proyecto para poder ayudar a todas las personas que están en esta situación para tener un futuro mejor; y al mismo tiempo recibo un tratamiento nuevo.

Vanesa, ¿que aportan los inhibidores de quinasa dependientes de ciclinas al tratamiento del cáncer de mama, y a quién pueden prescribírselo?

Actualmente los inhibidores de quinasa dependientes de ciclinas suponen el estándar de tratamiento en primera línea para pacientes con cáncer de mama metastásico y receptores hormonales positivos. Asimismo también pueden recibirlo en segunda línea (como es el caso de Doris), si no lo han podido recibir en primera línea.

Los resultados que disponemos de los ensayos con estos fármacos han demostrado un gran beneficio en comparación con la hormonoterapia en monoterapia, doblando el tiempo que las pacientes permanecen sin progresión de la enfermedad. Asimismo la toxicidad es muy

manejable y son fármacos muy bien tolerados.

Haciendo recapitulación de todos estos años, y reflexionando sobre todo lo que ha vivido...

Doris, ¿cómo describirías todos estos años desde el diagnóstico de tu enfermedad?

Bien, yo no me puedo quejar: llevo un camino largo y eso me da esperanzas para seguir luchando. Ha habido momentos de todo tipo, y piensas cada día. Yo me considero una persona muy positiva, y hacer actividades me ayuda en el día a día. Hago muchas cosas.

Vanesa, ¿cuáles crees que son las claves de la comunicación médico paciente en una enfermedad como esta?

La clave está en la confianza mutua y el respeto. Considero que cada vez más el éxito en esta relación se basa en que el paciente disponga de toda la información que necesite, para poder decidir junto con el oncólogo los tratamientos, actuaciones o exploraciones que se realicen. El paciente es el máximo protagonista y debe participar de todo su proceso, desde el principio, acompañado por el oncólogo y resto de especialistas.

Profundizando sobre cómo se toman las decisiones en el día a día...

Doris, ¿hasta qué punto te has sentido partícipe de las decisiones que se han ido tomando?

A través del diálogo con la Dra. Quiroga, ella me ha mantenido siempre informada, y creo que siempre he comprendido bien la información.

Vanesa, ¿qué dificultades crees que existe en el proceso de comunicación y de toma de decisiones con las pacientes?

La comunicación puede ser difícil cuando la situación lo es, como en el caso de una enfermedad como es el cáncer. En ocasiones el impacto emocional que supone un diagnóstico, una progresión, una toxicidad, puede dificultar la correcta comunicación.

ESTUDIO PEARL

El estudio PEARL es una investigación en fase III que pretende evaluar la eficacia y seguridad de palbociclib en combinación con terapia endocrina (exemestano o fulvestrant) frente a quimioterapia con capecitabina en pacientes con cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos y HER2 negativos y con resistencia a inhibidores de aromatasa.

La terapia endocrina con inhibidor de aromatasa es la piedra angular en el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama con receptor hormonal positivo y HER2 negativo. En pacientes postmenopáusicas, los inhibidores de aromatasa se han convertido en el tratamiento de elección: sin embargo, no todas las mujeres responden a la terapia endocrina, ya sea a causa de una resistencia primaria o adquirida (tras una recaída). En estos casos, las opciones de tratamiento incluyen otras clases de inhibidores de aromatasa, antagonistas/degradadores del receptor estrogénico o quimioterapia. Dentro de esta última, capecitabina parece ser una de las mejores opciones.

Según parecen indicar investigaciones previas, el inhibidor oral de la proteína CDK4/6 palbociclib parece ser eficaz en combinación con el tratamiento anti-hormonal. El diseño del estudio PEARL brinda la oportunidad de confirmar el beneficio clínico de palbociclib en combinación con terapia endocrina. Los objetivos principales del estudio son demostrar que exemestano más palbociclib proporciona un mayor beneficio clínico en comparación con capecitabina en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama con receptores hormonales positivos y HER2 negativo con resistencia a inhibidores de aromatasa. Como objetivo secundario, el estudio busca comparar la seguridad y tolerabilidad, así como la calidad de vida relacionada con la salud de este tipo de terapia.

“La sociedad está sensibilizada, creo que en parte por las campañas de información y difusión, y porque es una enfermedad que puede afectarnos a todos, y a la vez en la que todos podemos ayudar de una manera u otra”

Por ese motivo, la empatía hacia el paciente debe ser prioritaria, para comprender como está recibiendo la información y si necesita que ésta se vaya reforzando o modulando.

La participación del paciente en la toma de decisiones facilita la comunicación y el diálogo. Por eso se debe motivar a que los pacientes participen en la toma de decisiones durante la enfermedad.

Hablando de cómo impacta la enfermedad en el día a día...

Doris, ¿crees que en la sociedad existe una visión realista de lo que impacta el cáncer de mama en la vida de las personas? ¿De su impacto social, familiar, laboral...?

El tema impacta, pero siendo realistas lo tenemos siempre cerca con nuestros amigos... familiares... Afortunadamente estamos muy informados a través de campañas publicitarias, prensa o televisión. Y vivimos con ello diariamente creo que ya no existe tanto miedo y tenemos que estar confiados en la medicina actual. La familia ayuda mucho a dar muestras de mucho cariño..., a estar juntos... Laboralmente estoy jubilada por lo que puedo hacer actividades que me gustan.

Vanesa, ¿crees que en la sociedad existe una visión realista de lo que impacta el cáncer de mama? ¿De su impacto social, familiar, laboral...?

Considero que se ha realizado un esfuerzo generalizado en las últimas décadas para comprender

mejor a los pacientes con cáncer, y para entender que no solo es la enfermedad lo que puede dañar a las pacientes, sino las repercusiones que la enfermedad puede tener sobre la vida laboral, familiar, económica, etc.

La sociedad está sensibilizada, creo que en parte por las campañas de información y difusión, y porque es una enfermedad que puede afectarnos a todos, y a la vez en la que todos podemos ayudar, de una manera u otra.

Viendo un poco toda la historia...

Doris, ¿qué consejo darías a un oncólogo?

Pues que necesitamos que ofrezca mucha información, que en mi caso la tengo, y calor humano... En ellos depositamos nuestra confianza, yo la tengo.

Vanesa, ¿qué mensaje les darías a las pacientes con cáncer de mama?

El mensaje principal es que el cáncer de mama es una enfermedad que se puede curar en la mayoría de casos. Que actualmente disponemos de numerosos y nuevos fármacos que están mejorando la supervivencia de las pacientes que tienen metástasis.

Recordar que los avances que hemos obtenido han sido, en su mayor parte, gracias a que las pacientes han participado en ensayos clínicos, y gracias a ellas ahora podemos ofrecer

mejores tratamientos con mejores supervivencias a las pacientes.

Que todavía queda trabajo por hacer, pero que entre todos podremos seguir avanzando en la superación de la enfermedad.

Y hablando de la atención a las pacientes con cáncer de mama...

Doris, ¿qué echas de menos en la atención de las pacientes con cáncer de mama?

Yo en mi caso... nada.

Vanesa, ¿qué cosas piensas que se pueden mejorar de la atención oncológica?

La atención a los pacientes oncológicos en nuestro sistema sanitario es excelente, existen programas de diagnóstico precoz, se prioriza en tratar a las pacientes, disponemos de los tratamientos más novedosos y de multitud de ensayos clínicos en los que las pacientes pueden participar. A pesar de todo esto, siempre podemos buscar puntos de mejora, ya no tecnológicos, sino a nivel personal: compensar esta priorización de los tratamientos con una mejora de la confianza y la comunicación con nuestras pacientes.

Muchas gracias a las dos, si queréis añadir alguna cosa para concluir,

Si... Que he tenido la suerte de tener a la Dra. Quiroga desde el 2012, y eso me da pie a seguir luchando con mi enfermedad. ¡Gracias!

“Los avances que hemos obtenido han sido gracias a que las pacientes han participado en ensayos clínicos, gracias a ellas ahora podemos ofrecer mejores tratamientos”

800 expertos unidos por un futuro sin la amenaza del cáncer de mama



Muévete contra el cáncer de mama

Envía GEICAM al 28014

Coste 1,2 euros (donación íntegra para GEICAM). Servicio de SMS para recaudación de fondos en campaña de tipo solidario operado por Altiria TIC, www.altiria.com, y la Asociación Española de Fundraising, www.aefundraising.org, n.º. atn. clte. 902 00 28 98, apdo. correos 36059 - 28080 Madrid. Colaboran Movistar, Vodafone, Orange, Yoigo y Euskaltel. GRUPO GEICAM es el responsable del tratamiento de los datos personales a efectos del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre y normas de desarrollo, indicándole que serán usados para la gestión de la donación a nuestra Fundación así como otras campañas de donación relacionadas. Estos datos serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. Le informamos que no se comunicarán los datos a ningún destinatario, así como de los derechos a retirar el consentimiento en cualquier momento, su derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento, así como el de presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. GEICAM Avenida de los Pirineos, 7 - 28703 San Sebastián de los Reyes (MADRID)

2nd BARCELONA
INTERNATIONAL
DRAGON BOAT FEST

PRESENTA:

REMA CONTRA EL CÁNCER
DRAGON BOAT EVENT

19 MAYO 2019



**CANAL OLÍMPIC DE CATALUÑA
EN CASTELLDEFELS**



En colaboración con



Patrocinadores

www.remacontraelcancer.com