

Editorial

COVID-19 Y EL ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA

Una vida más sana

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS PARA LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS

Investigación y cáncer
de mama

LA TELEMEDICINA EN LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA, ¿ESTAMOS LISTOS?



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
Institut Català d'Oncologia (ICO-Badalona)

Dra. Sonia del Barco Berrón
Instituto Catalán de Oncología

Coordinación Edición

Roser Trilla

Yaiza López-Huerta

Ana Fernández

Dpto. de Comunicación, Relaciones Externas y Eventos

Distribución

Patrocinada por

NACEX

Diseño y producción gráfica:

Comuniland, S.L.

D.L.: M-7045-2005

GEicam
investigación en
cáncer de mama

© Copyright 2020, 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

Dra. Josefina Cruz Jurado
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. Vanesa Quiroga
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 M^a Rodríguez Arana
Hospital del Mar. Barcelona

Dra. Eva Carrasco Carrascal
Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama



@geicam



@GEICAM

@GeicaMujer



@geicam_



youtube

ÍNDICE

Editorial COVID-19 Y EL ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA 4	Columna abierta ¿HA TENIDO INFLUENCIA LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA? 7	Consejos HABLANDO CON TU ENFERMERO/A BUSCANDO APOYO UNA VIDA MAS SANA 11
Información a las pacientes COVID-19 Y CÁNCER DE MAMA: LA EXPERIENCIA DE CHUSA 18	Investigación y cáncer de mama PANDEMIA COVID-19: LA TELEMEDICINA EN LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA, ¿ESTAMOS LISTOS? ESTUDIOS ABIERTOS 20	Entrevista PEPA, PERSONAL SANITARIO Y PACIENTE 25

Dr. Miguel Martín¹ y Dra. Isabel Echavarría²

¹Presidente de GEICAM. Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

²Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

EDITORIAL

EDITORIAL

COVID-19 y el abordaje del cáncer de mama

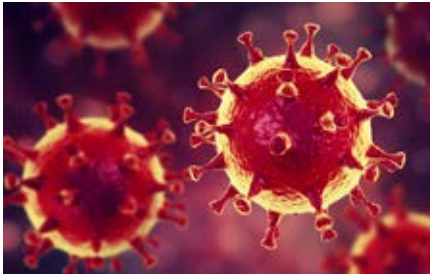
La pandemia COVID-19 ha supuesto un gran impacto a nivel mundial, y ha condicionado el curso normal de la asistencia sanitaria, tanto por la sobrecarga derivada de los pacientes con infección por COVID-19 como por la necesidad de reorganizar el resto de la actividad asistencial. El manejo de las pacientes con cáncer de mama no ha sido ninguna excepción, y esta pandemia ha afectado a su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. De forma global, aunque el impacto ha sido claro, se ha intentado mantener la actividad asistencial y que la atención de nuestros pacientes se afectara lo mínimo posible. Sin embargo, los riesgos asociados con la infección por el SARS-CoV-2 y el indudable riesgo de contagio que suponía la atención hospitalaria, han obligado a sopesar de forma detenida e individualizada cada una de las intervenciones que se han realizado en nuestros pacientes, ya fueran

pruebas diagnósticas, quirúrgicas, o administración de tratamientos.

Esta situación ha motivado la colaboración de los distintos grupos cooperativos y sociedades científicas, que han compartido de forma rápida y eficiente sus experiencias, facilitando así continuar con la actividad asistencial durante la pandemia. En los inicios de la pandemia, desde Italia, y en especial desde Lombardía -focos iniciales de la pandemia- llegaron múltiples guías y experiencias de unidades de oncología, que relataban cómo se estaban organizando. Esta información, publicada de forma precoz, cuando el pico de la pandemia nos azotaba, fue muy útil para no repetir sus errores e intentar mantener nuestra actividad, garantizando la seguridad de los pacientes oncológicos. En este momento era prioritaria la creación de circuitos libres de COVID-19 para poder

seguir atendiendo a los pacientes oncológicos con seguridad. Y es que los tratamientos oncológicos, y en especial las quimioterapias, conllevan un alto riesgo de complicaciones infecciosas, y, por tanto, era preciso establecer unas guías para su administración. En este sentido, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), elaboró un documento general de recomendaciones para el manejo de pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19, además de facilitar a sus miembros una actualización bibliográfica sobre los artículos más relevantes publicados sobre COVID-19. Se ha elaborado asimismo un registro de pacientes con cáncer e infección por COVID-19 en España, que sin duda aportará información valiosa.

Por otro lado, durante los últimos meses se han ido publicando guías clínicas elaboradas por las distintas sociedades científicas oncológicas, como la Sociedad Europea de



Se ha elaborado un registro de pacientes con cáncer e infección por COVID-19 en España, que sin duda aportará información valiosa.

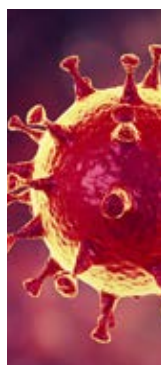
Oncología Médica (ESMO) o la Asociación Americana de Oncología Médica (ASCO), tanto generales como focalizadas en pacientes con cáncer de mama (1,2). Todas estas guías enfatizaban la necesidad de optimizar la telemedicina y reducir las visitas al hospital al mínimo imprescindible, siempre que de esa manera se pudiera hacer un adecuado seguimiento y tratamiento de nuestros pacientes.

Con respecto a las guías elaboradas en cáncer de mama, muchas de ellas categorizaban las intervenciones y escenarios clínicos según su prioridad, y establecían los retrasos aceptables en cada caso. Ya a finales de marzo, la Sociedad Americana de Cirujanos publicó la primera guía sobre cáncer de mama, en la que de forma muy sucinta y esquemática, intentaba ayudar en la toma de decisiones. De esta manera, se intentaba garantizar que aquellas intervenciones necesarias, sin las cuales se produciría un impacto negativo en la evolución de las pacientes con cáncer de mama, se mantuvieran. Por el contrario, debido a la necesidad de minimizar desplazamientos al hospital y mantener la distancia social para evitar contagios, se establecían también qué procedimientos podían demorarse hasta el control de la pandemia, sin por ello impactar de forma negativa en estas pacientes. Entre estas guías, destaca la elaborada por la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) que clasifica las distintas intervenciones en prioridad alta (aquellas en las que la situación del paciente es grave, clínicamente inestable, o

intervención cuya magnitud de beneficio aporta un beneficio significativo en supervivencia global o calidad de vida), prioridad media (aquellas que no son críticas pero cuyo retraso de más de 6 semanas podría tener un impacto negativo) y prioridad baja si dicha intervención puede retrasarse mientras dure la pandemia COVID-19 (1). Entre las intervenciones consideradas de mayor prioridad destacaban complicaciones post-quirúrgicas, el diagnóstico de un cáncer de mama invasivo, o la atención de pacientes con nuevos síntomas por el tumor o efectos adversos por los tratamientos. Estas guías subdividen a su vez esta escala de prioridades en el campo del diagnóstico por imagen, intervenciones quirúrgicas, radioterapia o tratamiento sistémicos (quimioterapia, hormonoterapia). Cabe resaltar que se considera de alta prioridad la administración de quimioterapias en los subtipos tumorales de cáncer de mama de mayor riesgo. Con respecto a las pacientes con enfermedad avanzada, se considera prioritario mantener los tratamientos en líneas precoces, en pacientes con

alta carga tumoral o continuar procedimientos dentro de un ensayo clínico, siempre que los beneficios superen a los riesgos, pudiendo adaptarse los procedimientos. Se recomienda no obstante priorizar tratamientos orales, minimizar desplazamientos al hospital, optando por esquemas trisemanales frente a semanales y usar la telemedicina siempre que sea posible.

GEICAM, por su parte, ha hecho el esfuerzo de recoger las distintas recomendaciones y aunarlas en un documento muy completo que puede servir de guía a los médicos implicados en el tratamiento del cáncer de mama (3). Además de detallarse los protocolos de tratamiento en cada una de los escenarios del cáncer de mama, esta guía recoge los criterios que deberían considerarse a la hora de valorar el ingreso de pacientes con cáncer de mama en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esto es fundamental, sobre todo en una época en la que por desgracia había un desequilibrio entre la demanda de camas de UCI y la disponibilidad de las mismas. Con estos criterios se pretendía garantizar que las pacientes con



GEICAM ha hecho el esfuerzo de recoger las distintas recomendaciones y aunarlas en un documento completo que puede servir de guía a los médicos implicados en el tratamiento del cáncer de mama.

cáncer de mama tuvieran acceso a dichas unidades, y no fueran por el contrario descartadas por el mero hecho de su diagnóstico oncológico.

En cuanto a los ensayos clínicos, pilar fundamental de la investigación en cáncer, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS) y Productos Sanitarios elaboraron recomendaciones específicas al respecto y han ido actualizándolas en función de la evidencia disponible sobre el virus y evolución de la pandemia.

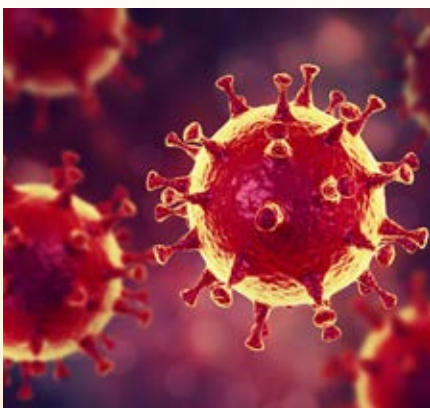
A pesar de haber intentado mantener el curso normal de la actividad en los servicios de Oncología, una encuesta europea (EUBREAST) ha puesto de manifiesto que la toma de decisiones se ha modificado en un número significativo de pacientes con cáncer de mama a causa de la pandemia (4). De hecho, se han reducido las indicaciones de quimioterapia neoadyuvante (prequirúrgica) en ciertas pacientes, optando por la cirugía de inicio, o se han modificado los esquemas de quimioterapia para disminuir los riesgos de mielosupresión (disminución de las células sanguíneas, como los leucocitos, glóbulos rojos o plaquetas) o reducir visitas al hospital. Sin

embargo, un reciente estudio multinacional sugiere que el tratamiento quimioterápico no tiene un impacto negativo en el pronóstico de la infección por SARS-CoV-2 en mujeres con cáncer de mama, siendo otros factores los que se asocian con mayor mortalidad (edad y comorbilidades especialmente) (5). Un estudio francés en pacientes con cáncer de mama e infección COVID-19 ingresadas en un hospital de París ha señalado de forma coincidente que la mortalidad en estas pacientes depende más de sus condiciones previas y comorbilidades que del estadio de su cáncer de mama y tratamientos, aunque se trata de una cohorte pequeña de pacientes (6).

Por tanto, la pandemia COVID-19 ha supuesto un importante impacto en la organización de los centros hospitalarios y el manejo de las pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, gracias al gran esfuerzo nacional e internacional de los distintos grupos cooperativos, el análisis de la evolución de los enfermos con cáncer y COVID-19 y la elaboración de guías para el manejo de estas pacientes, se ha intentado garantizar una asistencia mantenida y una homogeneidad en la toma de decisiones, con el fin de garantizar la mejor opción para nuestras pacientes.

REFERENCIAS

1. De Azambuja E, Trapani D, Loibl S et al. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast Cancer. ESMO Open 2020; 5:e000793. doi:10.1136/esmoopen-2020-000793
2. Sheng JY, Santa-María C, Mangini N et al. Management of Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic: A Stage- and Subtype-Specific Approach. JCO Oncology Practice 2020;doi:10.1200/OP.20.00364
3. Martin M, Guerrero-Zotano A, Montero A et al. GEICAM Guidelines for the Management of Patients with Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic in Spain. The Oncologist 2020;25:1-7
4. Gasparri ML, Gentilini OD, Lueftner D et al. Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST). Breast 2020, 52. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.05.006>
5. Pinato DJ, Zambelli A, Aguilar-Company J et al. Clinical portrait of the SARS-CoV-2 epidemic in European cancer patients. Cancer Discovery, 2020. Published OnlineFirst on July 31, 2020; DOI: 10.1158/2159-8290.CD-20-0773.
6. Vuagnat P, Frelaut M, Ramtoul T et al. COVID-19 in breast cancer patients: a cohort at the Institut Curie hospitals in the Paris area. Breast Cancer Res 2020;22, 55. <https://doi.org/10.1186/s13058-020-01293-8>



Un reciente estudio multinacional sugiere que el tratamiento quimioterápico no tiene un impacto negativo en el pronóstico de la infección por SARS-CoV-2 en mujeres con cáncer de mama, siendo otros factores los que se asocian con mayor mortalidad (edad y comorbilidades especialmente).

¿Ha tenido influencia la pandemia de COVID-19 en el tratamiento del cáncer de mama?

Dr. Miguel Ángel Luna Tomás

*Ginecólogo. Coordinador de la Unidad Funcional de Mama
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol-Institut Català
d'Oncologia (ICO) de Badalona*

Sin duda la pandemia por Coronavirus SARS-COV-2, además de causar una grave crisis sanitaria, ha interferido en el tratamiento habitual de otras patologías graves y con gran incidencia como es el cáncer de mama. No en vano, el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres y la primera causa de muerte por cáncer entre las mismas.

La COVID-19 ha tenido una influencia indirecta, pero importante, en el manejo habitual de esta patología. Entre las diferentes dificultades que ha planteado destacan dos aspectos clave. En primer lugar, la crisis sanitaria por la pandemia ha tensionado el sistema público de salud, sobre todo debido a la gran cantidad de pacientes que han tenido que ser ingresados en las unidades de críticos. La gran mayoría de ellos han requerido ventilación invasiva y ello ha provocado la redistribución total o parcial de ventiladores mecánicos desde las áreas quirúrgicas a las áreas de críticos. Este hecho, junto a que una mayoría de los profesionales de anestesia han sido requeridos para el cuidado de los pacientes, ha derivado en una interrupción casi total de las sesiones quirúrgicas y por consiguiente del aumento de pacientes afectos de cáncer de mama que no han podido recibir un tratamiento quirúrgico primario durante la pandemia.

En cuanto a la posibilidad de contraer la infección por SARS-CoV-2, los pacientes oncológicos representan en sí mismos una población con mayor riesgo de complicaciones en caso de infección, en relación con la inmunosupresión que puede ir asociada a ciertos tratamientos oncológicos, o bien,

a complicaciones relacionadas con intervenciones quirúrgicas (1). Por lo tanto, en este grupo de población se han debido extremar las medidas para prevenir y evitar infecciones. Los datos de la experiencia previa en China mostraron un mayor riesgo de complicaciones derivadas de la infección COVID-19, independiente del tipo de tumor, y la presentación clínica más severa (2). Ante la situación epidémica ha sido crucial extremar las medidas de prevención de la infección en los pacientes oncológicos, sobre todo en aquellas zonas de mayor riesgo epidemiológico de España. Las medidas de prevención del contagio y el confinamiento han provocado la imposibilidad de la atención presencial de los pacientes en los hospitales durante muchas semanas. Esta situación ha demandado un cambio del modelo de asistencia, teniendo que modificar los circuitos de atención a los pacientes, tanto en el diagnóstico de los nuevos casos, como en el seguimiento de los casos ya diagnosticados.

■ ■ ■ Diagnóstico

En el campo del diagnóstico se ha visto afectado sobre todo el sistema de cribado del cáncer de mama. En el área de salud de la que forma parte nuestro hospital (Área Metropolitana Norte de Barcelona, con una población aproximada de 500.000 habitantes) se han

dejado de hacer aproximadamente 28.000 mamografías, lo que se ha traducido en un previsible retraso en el diagnóstico precoz del cáncer de mama en aproximadamente más de 90 casos. No han tenido lugar cambios en el diagnóstico oportunista, continuando con la realización de todos los estudios adicionales de imagen e intervencionistas derivados de una mamografía de cribado o en el paciente sintomático con lesión sospechosa de tumor maligno.

■ ■ ■ Cirugía

En el campo de la cirugía del cáncer de mama, los factores que más han dificultado un óptimo tratamiento han sido la baja disponibilidad de sesiones quirúrgicas e, indirectamente a ésta, la limitación de tiempo para la reconstrucción inmediata. Como norma general se ha considerado establecer el mínimo tratamiento efectivo quirúrgico en mama y axila y no ha habido prácticamente cambios en las indicaciones. En los casos con opción de mastectomía se ha ofrecido reconstrucción inmediata con prótesis o expansor. En cambio, se ha desaconsejado la reconstrucción inmediata con tejido autólogo, DIEP o dorsal ancho, tanto por el tiempo de quirófano requerido como por la posibilidad de requerir cuidados postoperatorios en unas unidades de



La crisis sanitaria por la pandemia ha tensionado el sistema público de salud, sobre todo debido a la gran cantidad de pacientes que han tenido que ser ingresados en las unidades de críticos.

La imposibilidad de atención presencial de los pacientes en los hospitales durante muchas semanas ha demandado un cambio del modelo de asistencia, teniendo los profesionales que modificar los circuitos de atención tanto en el diagnóstico de nuevos casos de cáncer como en el seguimiento de aquellos ya diagnosticados.

críticos ya saturadas. Asimismo, se ha procurado utilizar al máximo el ingreso en régimen ambulatorio y se han priorizado los pacientes según los criterios oncológicos y no por el tiempo de espera.

Afortunadamente no en todos los hospitales de España se ha tenido que interrumpir el tratamiento quirúrgico, incluso en zonas con una afectación importante. Ha sido el caso del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. La Dra. Yolanda Jerez, oncóloga médica de la Unidad de Mama de este centro, nos explica que “dada la necesidad de continuar con la asistencia de pacientes oncológicos durante el periodo de pandemia, se ha perseguido crear un centro oncológico limpio, mediante la creación de un triaje para pacientes y acompañantes, que pretende detectar aquellos posibles síntomas sospechosos de COVID-19, y realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento según lo que requiera cada paciente, evitando a su vez el contacto con otros pacientes oncológicos en el centro”.

La Dra. Jerez también afirma que “en este periodo de pandemia, hemos tenido que adaptar la atención de nuestros pacientes a la situación social y al riesgo añadido de contagio. Para ello se ha individualizado cada caso, teniendo en cuenta su estadio oncológico, gravedad, riesgo de inmunosupresión, situación social y comorbilidad. Se ha intentado priorizar tratamientos menos inmunosupresores o minimizar el riesgo de inmunodepresión con tratamientos específicos Por

otra parte, se han priorizado los tratamientos que requieren un menor número de visitas hospitalarias. A su vez, hemos conseguido realizar controles analíticos en domicilio y envío de medicación a aquellas personas que por su situación social no podían acudir al centro hospitalario en estos momentos y por su situación oncológica debían continuar tratamiento”.

En aquellos hospitales donde se han debido interrumpir las sesiones quirúrgicas se han seguido las recomendaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria y del Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama (3,4,5). En los pacientes que ya habían iniciado tratamiento quimioterápico previo a la cirugía (neoadyuvancia) y en las que la cirugía se pudiera retrasar más de seis u ocho semanas una vez finalizado el tratamiento primario se han modificado diferentes pautas, alargando en ocasiones un ciclo de tratamiento quimioterápico. En el caso de tumores con receptores hormonales positivos simplemente se ha recomendado alargar la hormonoterapia hasta la cirugía.

En cuanto a las pacientes candidatas a cirugía inicial con previsión de demora de 8 o más semanas, se ha considerado iniciar siempre con neoadyuvancia (tratamiento quimioterápico previo a la cirugía), en tumores HER-2 positivo y triple negativo. En el caso de un tumor hormonodependiente, se ha considerado iniciar hormonoterapia en espera de la cirugía.

■ ■ ■

Radioterapia

En relación al tratamiento tras la cirugía (adyuvante) con radioterapia nos responde la Dra. Reyes Ibáñez, jefa de sección de tumores de mama en el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza: “En la mayoría de los hospitales los aceleradores han trabajado al ritmo habitual, por lo que no ha habido restricciones en este sentido. En la práctica totalidad de los casos no se ha cambiado la indicación quirúrgica por no tener opciones de irradiar a los pacientes. En cuanto a la aplicación de radioterapia en el mismo acto quirúrgico, en el momento en que se ha reanudado la actividad quirúrgica se ha podido realizar sin incidencias. Cobra todo el sentido poder realizar el tratamiento local en un mismo acto a los pacientes diagnosticados de tumores de bajo riesgo, minimizando o evitando visitas posteriores al hospital. En este sentido también se han aumentado los esquemas en los que se acortan los días de tratamiento, manteniendo la misma eficacia (6)”.

Uno de los retos más importantes ante la pandemia ha sido el control y seguimiento de los pacientes en la situación de confinamiento. La labor de los gestores de casos ha sido fundamental en este aspecto. Los gestores de casos de la Unidad Funcional de Mama del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, y el ICO (Institut Català d'Oncologia) de Badalona ambos en Barcelona, Laura Martín y José Antonio Antón, nos explican el cambio que ha supuesto en el día a día con los pacientes. En cuanto a las visitas nos



cuentan que “desde nuestra unidad de mama, las visitas a distancia ya se realizaban como herramienta de soporte a la visita presencial, durante el manejo del tratamiento, tanto quirúrgico como oncológico. Con la llegada de la pandemia, la asistencia telefónica se convirtió en una necesidad y fue prácticamente la única manera efectiva de mantener ese contacto personal y directo con los pacientes. Si algo hemos aprendido en este tiempo, es que las visitas a distancia, aunque nunca van a poder sustituir a las visitas presenciales, pueden ser un buen complemento en el trabajo diario”

Otra gestión complicada ha sido la de la actividad quirúrgica comentando que “durante los primeros días de la crisis, ante la parada obligada de la actividad asistencial hubo que hacer un reajuste de prioridades, para preservar la salud de los pacientes evitando los desplazamientos al hospital a los mínimos indispensables. Se tuvo que analizar de manera individual la situación de cada paciente junto con las opciones de tratamiento que disponíamos: tiempos de demora de la cirugía, técnicas quirúrgicas disponibles y ajuste de los tratamientos oncológicos. Los pacientes han sido muy conscientes de la situación que hemos vivido y han entendido y comprendido el porqué de las decisiones que se han tomado y en cuanto hemos podido hemos ido recuperando el trabajo demorado”



Conclusiones

Pero también ha requerido una atención especial la gestión de la ansiedad de los pacientes debido al retraso en el tratamiento: “Desde el primer momento, todos los pacientes fueron informados de las decisiones que se habían tomado respecto a los tratamientos que estaban haciendo y de las opciones que disponíamos. Las visitas telefónicas se multiplicaron tanto a nivel médico como de enfermería y ofrecimos también aquellas opciones de apoyo psicológico que disponíamos. Nosotros como profesionales también hemos necesitado de apoyo y hemos de decir que las muestras de comprensión, complicidad y ánimo de los propios pacientes han sido nuestro motor”

Sin duda la pandemia ha sido una experiencia y una oportunidad de aprendizaje y así nos comentan que “la realidad que nos tocó vivir hizo que parte del equipo de enfermería tuviera que dejar la asistencia en la unidad de mama y reforzar servicios con pacientes con COVID-19. Los sentimientos de abandono, soledad y preocupación fueron muy intensos sobre todo en los momentos iniciales. No hay que olvidar que los pacientes de mama son personas con las que se mantiene un contacto muy directo desde el primer día y hubo que poner freno a todo y dirigir parte de los esfuerzos hacia otra dirección muy diferente a la de nuestro día

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhao L, Zhang L, Liu JW, Yang ZF, Shen WZ, Li XR. [The treatment proposal for the patients with breast diseases in the central epidemic area of 2019 coronavirus disease]. Zhonghua Wai Ke Za Zhi [Internet]. Zhonghua Wai Ke Za Zhi; 2020 Feb 25 [cited 2020 Mar 17];58(0):E005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32096395/>
2. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol. 2020;
3. Recomendaciones específicas de tratamiento de cáncer de mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria <https://www.sespm.es/recomendaciones-especificas-de-tratamiento-de-cancer-de-mama/#>
4. Recomendaciones sobre la infección por SARS-CoV-2 para profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de pacientes oncológicos (SEOM) <https://seom.org/recomendaciones-sobre-covid-19>
5. Documento GEICAM sobre el manejo del paciente con cáncer de mama en la situación de pandemia de covid-19 en España [https://www.geicam.org/profesionales/investigacion6.RadioterapiaHipofraccionadaExtremaenelcancerdeMama-RHEMA.GrupoEspañoldeOncologíaRadioterápica de Mama \(GEORM\).https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2020/03/RHEMA.pdf](https://www.geicam.org/profesionales/investigacion6.RadioterapiaHipofraccionadaExtremaenelcancerdeMama-RHEMA.GrupoEspañoldeOncologíaRadioterápica de Mama (GEORM).https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2020/03/RHEMA.pdf)

a día. Con todo y esperando que esta situación no vuelva nunca más, valorado en su conjunto, creemos que, como equipo, hemos salido reforzados tanto en la relación entre nosotros como con los pacientes”.

La conclusión que cabe extraer de la influencia de la pandemia es que hemos aprendido a priorizar y a ofrecer una atención óptima ante una situación adversa que pudiera repetirse y que ha limitado el acceso a los usuarios, de recursos ofrecidos en condiciones normales. Creemos que todas las unidades de mama deben tener en cuenta la creación de protocolos y circuitos para ofrecer una respuesta adecuada en situaciones de tensión sanitaria.

El linfedema en pacientes con cáncer de mama



¿Qué es el linfedema? Definición de un problema

El linfedema es una de las posibles complicaciones que puede aparecer tras un cáncer de mama y se define como la acumulación excesiva de líquido linfático, en este caso en el brazo del lado afectado, causando hinchazón. Esta hinchazón puede aparecer como único síntoma o acompañado de otros, que en su conjunto producen una disminución de la función del brazo. Así, es habitual encontrar limitación de la movilidad, dolor, debilidad o cambios en la sensibilidad.

Su aparición puede ser repentina, caso en el que es posible identificar el momento o incluso relacionarlo con alguna posible causa o, por el contrario, puede tener un inicio insidioso, de aparición lenta, donde el

componente subjetivo de los síntomas debe ser valorado en su justa medida sin subestimarlos.

Además, al tratarse de una complicación generalmente tardía, su aparición se produce en aquellas etapas en las que se está realizando un retorno, en muchos casos, a la que era la realidad habitual tanto en el entorno social como laboral. La desinformación en estos momentos no hace más que agravar los miedos, la desconfianza y la afectación psicológica con más ansiedad o incluso depresión.



La magnitud del problema

Es difícil establecer cuál es la incidencia de linfedema, ya que no existen cifras estandarizadas y los estudios que recogen estos datos no tienen un criterio uniforme en cuanto

al diagnóstico, sobre todo en aquellos más leves o incipientes.

Analizando los datos con cautela, se puede establecer una incidencia de linfedema en las pacientes que han sido intervenidas con vaciamiento axilar de en torno al 20-30%, sin tener en cuenta otros factores como el número de ganglios extirpados o si se ha realizado irradiación axilar como parte del tratamiento. El periodo de aparición puede extenderse durante un largo periodo de tiempo tras la cirugía, pero gran parte de los casos ocurren en los tres primeros años.

Por tanto, dada la disparidad de cifras, y priorizando desde un punto de vista clínico tanto la prevención, como el tratamiento precoz, es importante la definición de aquellos linfedemas leves o incipientes, ya que en la mayoría de los casos si no se tratan acabarán evolucionando a fases más graves.

■ ■ ■

Dos realidades diferentes dentro de un mismo problema: La biopsia selectiva del ganglio centinela

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica que permite localizar y analizar el primer ganglio de la cadena linfática, es decir, aquel con más probabilidad de diseminación de un tumor primario. En el caso del cáncer de mama, el desarrollo de esta técnica ha permitido la reducción de los vaciamientos axilares en aquellas pacientes con ganglios axilares negativos.

Parece clara la relación entre un menor número de ganglios axilares extirpados, por tanto menor daño linfático, y la menor incidencia de linfedema. En el caso de la BSGC, esta se sitúa alrededor del 5% en comparación con el 20-30% en aquellas pacientes que se han sometido a vaciamiento axilar y, en los casos en los que aparece, tiene una evolución más favorable con un linfedema más leve.

Tener una persona referente y accesible reduce el tiempo de asistencia en caso de aparición de síntomas y reduce la ansiedad.

Por tanto, nos encontramos ante una técnica ya instaurada, que reduce el número y el grado de linfedema, hasta tal punto que nos podemos preguntar si nos encontramos ante el mismo problema, o si hemos de hacer una prevención, información y tratamiento diferenciado.


■ ■ ■

Factores de riesgo que pueden influir

Como ya hemos comentado, entre los factores que pueden aumentar el riesgo de linfedema encontramos la cirugía con vaciamiento axilar, la radioterapia en la zona de la axila o haber recibido quimioterapia en el brazo de la cirugía.


Entre aquellos factores entre los cuales se puede desarrollar alguna opción preventiva o correctora solo se ha demostrado como efectivo el control del peso, manteniéndolo alejado de cifras de obesidad, y evitar las infecciones. Con todo, hay que dejar constancia que no todas las pacientes que tiene estos factores de riesgo desarrollarán linfedema.

Para tener una idea de cuál ha de ser la estrategia a seguir a la hora de establecer medidas preventivas hay que añadir la importancia de mantener un estilo de vida activo, con refuerzo del ejercicio regular progresivo, y una dieta saludable como estrategia para evitar el aumento de peso y por ende para prevenir el linfedema.



www.aelinfedema.org

EL LINFEDEMA ES UNA ACUMULACIÓN ANORMAL DE LÍQUIDO Y MACROMOLÉCULAS EN LOS TEJIDOS BLANDOS DEBIDO A UNA ALTERACIÓN EN EL SISTEMA LINFÁTICO. SE MANIFIESTA CON UN AUMENTO DE VOLUMEN DE LA EXTREMIDAD.



www.geicam.org

EL SISTEMA LINFÁTICO DE LA MAMA

Lo forman:

- Ganglios axilares (75%).
- Ganglios paraesternales o mamarios internos.
- Ganglios intercostales.

FACTORES DE RIESGO

- Cirugía amplia y linfadenectomía, así como complicaciones postoperatorias. Cuanto más agresiva es la cirugía, mayor el riesgo.
- Radioterapia: Cuanto más amplia la zona tratada con radioterapia, mayor el riesgo.
- Quimioterapia.
- Sobrepeso, obesidad e hipertensión.
- Infección en los ganglios linfáticos que afecte a la mano, el brazo o la parte superior del cuerpo.

PREVENCIÓN

Conociendo su origen y factores de riesgo, el linfedema se puede prevenir a través de:

- FISIOTERAPIA PRECOZ** + EJERCICIO POST-OPERATORIO PRECOZ
- EDUCACIÓN** + INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE
- DIAGNOSTICO PRECOZ** + BIOIMPEDANCIA, LINFOGRAFÍA Y PERIMETRÍA

SÍNTOMAS

- Sensación de pesadez en el brazo del lado en el que se ha practicado la intervención quirúrgica.
- Sensación de molestia e hinchazón progresiva en dedos, mano, muñeca, antebrazo o brazo.
- La ropa y accesorios como relojes aprietan e incluso dejan marca.
- Endurecimiento y engrosamiento de la piel (fibrosis).
- Infecciones recurrentes.

En definitiva, se trata de dar prioridad a mejorar en aspectos donde podemos producir mejoras, como es la promoción de hábitos de vida saludables.

■ ■ ■

Los consejos que damos, a examen. ¿Están justificados?

Las recomendaciones que habitualmente proporcionamos a las pacientes intervenidas de cáncer de mama tienen como objeto preservar el brazo del lado operado de posibles traumas o infecciones. Son en gran medida consejos restrictivos, que prohíben o limitan algunas actividades.

Ya hemos hablado de la importancia de trabajar los hábitos saludables, con un buen control de peso, una dieta saludable y la práctica de ejercicio moderado y progresivo.

Entre los consejos restrictivos, es fácil encontrar de manera reiterada otros como: evitar tomar la tensión arterial y las extracciones de sangre en el lado afecto; usar guantes de protección para realizar trabajos que puedan suponer un riesgo de heridas, incluida la jardinería; evitar fuentes de calor y la exposición excesiva al sol; evitar el uso de prendas ajustadas en el brazo; identificar y tratar cualquier signo de infección; usar la extremidad, evitando objetos pesados y movimientos repetitivos.

Sin embargo, no existe evidencia científica que demuestre que estos consejos puedan ser más efectivos que otros, y nuevamente nos encontramos, más allá de la práctica individual, con dificultades para comparar entre los diferentes estudios publicados, por las diferencias entre las intervenciones que se estudian y la manera de medir los resultados que se obtienen.

■ ■ ■

¿Cuándo he de consultar si sospecho de la aparición de linfedema? ¿Tengo una persona de referencia?

Como el inicio muchas veces es inespecífico, difícil de

clasificar y de valorar, resulta imprescindible conocer los canales de comunicación y contacto con el resto del equipo multidisciplinar para poder consultar. Tener una persona referente y accesible reduce el tiempo de asistencia en caso de aparición de síntomas y la ansiedad.

Nuevamente es importante que las pacientes conozcan la información de primera mano, sepan de la posibilidad de padecer linfedema y estén instruidas sobre los posibles síntomas.

La combinación de valoración de aspectos subjetivos y medición de volumen de las extremidades debe convertirse en la base de la evaluación clínica (diagnóstico) y seguimiento.

■ ■ ■

¿Cómo diagnosticarlo?

El diagnóstico de linfedema se consigue mediante la exploración física, que ha de incluir algunos de los métodos que se pueden utilizar para obtener mediciones objetivas, como son la medición de la circunferencia del brazo en comparación con el contralateral, desplazamiento de un volumen de agua o bioimpedancia espectroscópica.

Cada vez toma más valor en la práctica clínica el poder disponer de unas medidas basales de los dos brazos (antes del tratamiento), así como control del peso, al menos en aquellas pacientes que a priori tienen un mayor riesgo de padecer linfedema.

También es posible conseguir una medición del volumen mediante fórmulas a partir de las medidas de los brazos. Este método resulta económico y sencillo de aplicar, pero para hacerlo reproducible necesita del entreno en la técnica. También se pueden utilizar cuestionarios autocompletados por las pacientes para acabar de obtener un diagnóstico más certero.

El linfedema y su prevención debe ser un tema conocido por todas las pacientes que han sido tratadas de cáncer de mama.

■ ■ ■

Las soluciones. Una vez ha aparecido el problema

Aunque existen algunos enfoques quirúrgicos preventivos, como sería la técnica de mapeo inverso axilar o técnicas microquirúrgicas que miran de localizar y preservar el drenaje linfático, estas tienen una difícil implantación debido a la necesidad de personal altamente especializado.

Una vez instaurado el linfedema no hay métodos probados para revertir por completo el proceso y este se convierte en una condición crónica. Una vez más, el diagnóstico precoz ofrece mejores garantías de manejo.

Entre las actuaciones que se pueden aplicar para mejorar y reducir complicaciones, encontramos tratamientos específicos tanto en el campo de la fisioterapia como de la cirugía plástica.

Las técnicas que mayor eficacia presentan en el campo de la fisioterapia son el drenaje linfático manual combinado con el ejercicio terapéutico, la presoterapia (en algunos casos) o el vendaje compresivo. En todos los casos estos tratamientos han de ser aplicados por personas cualificadas conocedoras del problema.

La cirugía plástica, con intervenciones como la anastomosis linfático-venosa o el trasplante ganglionar vascularizado, están obteniendo resultados de reducción total de episodios de linfangitis (infección con inflamación de los canales linfáticos), medidas más reducidas del perímetro

de las extremidades tratadas y en general una percepción subjetiva de mejora expresada por las pacientes.



Nuestras conclusiones

El linfedema y su prevención debe ser un tema conocido por todas las pacientes que han sido tratadas de cáncer de mama, independientemente del riesgo que tengan de padecerlo. Deben conocer los síntomas iniciales y saber la manera de contacto con el equipo multidisciplinar.

Este último punto ha de ser primordial en la estrategia de actuación. **Tener una persona de referencia con quien contactar en caso de dudas o aparición de problemas**, evitará la sensación de

desinformación y en consecuencia reducirá la ansiedad de las pacientes.

En aquellas personas con mayor probabilidad de desarrollar linfedema se ha de **realizar una medición basal**, lo cual permitirá en caso de aparecer, un diagnóstico más preciso y un mejor manejo clínico.

No hay datos suficientes que apoyen o corroboren algunos de los consejos restrictivos que proporcionamos, aunque parece oportuno ofrecer una mayor preservación del brazo afecto, al menos inicialmente. La valoración siempre ha de tener un enfoque personalizado siguiendo la línea que como profesionales siempre enfatizamos, que es evitar compararse con otras personas. **Si no existe un caso igual a otro, los consejos**

que proporcionamos tampoco.

Como verdaderos factores de riesgo sobre los que podemos actuar encontramos aquellos que tienen que ver con hábitos saludables como son **mantener una dieta saludable y un peso controlado**. También se debe aconsejar a las pacientes un estilo de vida activo haciendo hincapié en el **ejercicio regular y progresivo**.

El linfedema necesita para su tratamiento del **abordaje por parte de todo el equipo multidisciplinar**: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, pero también dietistas, psicooncólogos y trabajadores sociales.

En caso de necesitar tratamiento siempre ponerse a disposición de **profesionales especializados**.

EL EJERCICIO PARA PACIENTES EN RIESGO DE LINFEDEMA (ESTADIO CERO O SUBLÍNICO) ES RECOMENDABLE Y SEGURO

Acostumbra a presentarse en el primer año tras la intervención quirúrgica, pero puede aparecer a las pocas semanas, meses o incluso hasta 20 años después.

EJERCICIO FÍSICO

La actividad física moderada/intensa y regular mantiene el buen estado de las articulaciones, la musculatura, los huesos y el sistema circulatorio, consiguiendo mayor drenaje de los líquidos y ayudando a prevenir el edema.

Es recomendable realizar ejercicios tanto aeróbicos (cardiovasculares) como de fuerza, de manera progresiva y supervisada. El ejercicio en agua está especialmente indicado, teniendo precaución de que ésta no supere la temperatura corporal (como las aguas termales).

EJERCICIOS ESPECÍFICOS PARA AUMENTAR EL DRENAJE



Deben iniciarse lo antes posible porque son la mejor forma de prevenir el desarrollo del linfedema. Deben estar dirigidos y supervisados por un fisioterapeuta especializado.

TRATAMIENTO POSTURAL



Se recomienda levantar un poco el brazo durante actividades cotidianas como caminar, ver la televisión o leer para facilitar el drenaje de la linfa, así como realizar movimientos de bombeo con las manos. Dejar colgar el brazo a lo largo del cuerpo puede favorecer la acumulación de la linfa y dificultar su drenaje.

FISIOTERAPIA PRECOZ

La fisioterapia precoz está indicada en todos los casos de linfedema. Se considera preventiva cuando se observa una diferencia menor a 2 cm del perímetro del brazo afectado en comparación con el sano.

- Drenaje linfático manual.
- Masaje de la cicatriz.
- Estiramientos.
- Ejercicios para el hombro progresivamente activos.
- Programa educativo de consejos.

CÓMO SE TRATA EL LINFEDEMA. LA TERAPIA DESCONGESTIVA COMPLETA



- Drenaje linfático manual (DLM) realizado exclusivamente por fisioterapeutas especializados.
- Vendaje compresivo (multicapa o doble contención) o prenda de contención.
- Cuidados de la piel (limpieza, hidratación...).
- Ejercicios miolinfocinéticos.
- La presoterapia no está siempre recomendada y se debe tener precaución. Si se usa, debe estar siempre acompañada de DLM.

Lecciones de una pandemia

Cuando comenzó la pandemia, nuestra Federación, la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), agradeció el trabajo del personal sanitario y de aquellas personas que desde diferentes ámbitos, hacían posible mantener las actividades esenciales y garantizar nuestra convivencia. Lo hacíamos, porque las mujeres pacientes con cáncer de mama siempre hemos sentido a nuestros oncólogos como aliados.

Esta pandemia ha puesto a prueba a nuestro Sistema Nacional de Salud, que ha respondido haciendo frente a carencias y adversidades. Reconocemos el valor de nuestro sistema público de salud y agradecemos a los profesionales su humanidad y capacidad de trabajo frente a una crisis de dimensiones desconocidas, y con efectos en nuestra vida personal, social y económica.

La crisis ha demostrado nuestra vulnerabilidad y nos ha convocado como sociedad a valorar la corresponsabilidad y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, ha puesto al descubierto las carencias de las residencias de personas mayores y ha demostrado

que el Ministerio de Sanidad debe disponer de personal, estructuras y presupuestos para desarrollar estrategias nacionales vinculadas a la sanidad, abordar epidemias y diseñar y mantener centros de referencia.

Nuestro sistema sanitario deberá responder a los problemas del envejecimiento de la población y manifestar con los enfermos crónicos la eficiencia que ha demostrado con los agudos.

En este sentido, desde FECMA nos pareció acertada la creación de una Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud, que asumirá la elaboración de una Estrategia de Salud Digital, donde se contempla la creación de un Centro Estatal de Terapias Avanzadas.

Desde un compromiso cívico y solidario, nos sumamos al llamamiento para cumplir con las orientaciones de nuestras autoridades sanitarias: uso de mascarillas, lavado de manos, guardar la distancia social, evitar aglomeraciones, uso de gel hidroalcohólico, limitar los encuentros sociales, minimizar los riesgos para la población más vulnerable...



El papel de las asociaciones durante la crisis

Nos preocupa que no se haya valorado cómo el movimiento asociativo de mujeres podía colaborar para superar la crisis social, sanitaria, educativa y económica, con ideas, actividades y compromiso. Desde nuestras asociaciones y federaciones paralizamos las actividades presenciales, pero nos hemos mantenido activas. Utilizando las tecnologías, y aunque una pantalla no sustituye un abrazo, no hemos abandonado actividades como el apoyo psicológico y hemos celebrado diferentes Webinars, encuentros de trabajo, reuniones de la Junta Directiva y celebraremos online nuestra Asamblea anual. Nos hemos tratado de adaptar a una situación nueva, compleja y desconocida.

El pasado mes de junio remitimos nuestras propuestas a la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica constituida en el Congreso de los Diputados. FECMA siempre ha colaborado en la solución de los problemas y en la consolidación de nuestro sistema sanitario público, universal y gratuito, donde la cohesión y la equidad vertebran y garanticen la calidad y la eficiencia.



Recomendaciones alimentarias para las náuseas y los vómitos

La alimentación es una parte muy importante en el tratamiento del cáncer. Mantener un buen estado nutricional es prioritario para hacer frente a la enfermedad, a los tratamientos, así como mejorar la recuperación. Las terapias oncológicas pueden provocar efectos secundarios que lleguen a comprometer el estado nutricional del paciente, como consecuencia de una reducción de la ingesta que no permita cubrir las necesidades energéticas y/o proteicas que el organismo requiere para su óptimo funcionamiento y rendimiento.

Las náuseas y los vómitos son los efectos secundarios más frecuentes y temidos durante la quimioterapia.

- Las náuseas son una sensación desagradable de malestar en la

garganta y en el estómago que provocan arcadas que pueden favorecer la aparición de vómitos. Estas se suelen acompañar de otros síntomas como: palidez, aumento de la saliva, mareos, dificultad para tragar y cambios en la temperatura de la piel. A veces, hay una disminución de la tensión arterial y aumento del ritmo cardíaco.

- Los vómitos, por el contrario, son provocados por las contracciones de los músculos del estómago. Estas contracciones ocasionan la expulsión del contenido gástrico por la boca.

No todas las personas que reciben tratamiento contra el cáncer tienen náuseas y/o vómitos. Su frecuencia de aparición dependerá

del tipo de cáncer, fármacos y dosis administrada, esquema de tratamiento (uso de uno o varios citostáticos) y de la susceptibilidad individual (edad, género, impacto psicológico de todo el proceso oncológico, soporte...).

Las náuseas y los vómitos pueden aparecer bien de forma temprana, al cabo de una o dos horas de la administración, así como más tarde, a las 24h del tratamiento. Generalmente, desaparecen tras uno o dos días. Toda persona que recibe tratamientos que puedan provocar náuseas y/o vómitos debería recibir medicamentos para evitarlos y controlarlos, así como recomendaciones dietéticas. El médico especialista será quien indique qué fármacos se ajustan mejor a cada caso.

Recomendaciones generales

- En caso de náuseas o vómitos no obligarnos a comer; se recomienda esperar a que disminuya el malestar antes de ingerir alimentos de nuevo.
- Es importante mantener un ambiente relajado, tranquilo y bien ventilado para reducir los olores. Comer con la ventana abierta puede ser útil para aumentar la sensación de frescor.
- Respirar profunda y lentamente durante la comida.
- Procurar no cocinar ni estar presente en la cocina cuando se prepare la comida.
- Reducir o eliminar los efectos personales que desencadenen o aumenten las náuseas y vómitos como la ansiedad, el dolor y la fatiga.
- Utilizar ropa cómoda y evitar piezas de vestir ajustadas a la cintura y abdomen.
- Descansar después de las comidas sentado, sin estirarse.
- Comer con tranquilidad y masticar bien.
- En caso de vómitos, lavarse los dientes y aclararse la boca después. Al cabo de 30 minutos, tomar pequeños sorbos de líquidos (las bebidas con gas son una buena opción).

Recomendaciones dietéticas

- Asegurarse una correcta hidratación para evitar la deshidratación a consecuencia de los vómitos. Si hay problemas para retener los líquidos, beber poca cantidad y con frecuencia. En ocasiones, las bebidas gaseosas pueden disminuir la sensación de las náuseas: por ejemplo, agua con gas, las bebidas con cola, la tónica ... facilitan la digestión. Los helados de hielo, los cubitos y las gelatinas pueden ser un complemento que ayude a la hidratación.
- Se aconseja no beber durante las comidas para evitar la sensación de saciedad.
- Fraccionar su alimentación en 5-6 comidas al día de poco volumen.
- Comer alimentos con bajo contenido en grasas y azúcares para facilitar la digestión.
- Utilizar técnicas de cocción suaves como: vapor, hervido o plancha. Evitar los fritos, ya que son más difíciles de digerir y desprenden más olores que pueden ser molestos.
- Evitar condimentar en exceso los platos, las salsas y el picante.
- Tomar alimentos secos como: pan tostado, galletas saladas, palitos de pan, tortitas de arroz o de maíz, frutos secos ...
- Tomar los alimentos a temperatura ambiente o fríos.
- Utilizar el jengibre y/o la menta ya que se ha observado que en algunas personas pueden tener un efecto calmante de las náuseas. Se puede añadir jengibre o menta (fresca o en polvo) en las infusiones, en los cubitos de hielo, en la gelatina, en los helados o encima de los alimentos (por ejemplo en el pescado, cremas, ensaladas ...)



RECURSOS PARA PACIENTES

- <https://oncosaludable.es/es/inicio/alimentacion-nutricion/control-sintomas/114365-nauseas-y-vomitos>
- <https://www.cancer.net/es/asimilacion-concancer/efectos-fisicos-emocionales-y-sociales-del-cancer/manejo-de-los-efectos-secundarios-fisicos/nauseas-y-vomitos>
- <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/nauseas>
- <https://www.nccn.org/patients/guidelines/cancers.aspx>



Ejemplo de menú

Desayuno:

Yogur con pan tostado, con aceite de oliva virgen extra y jamón cocido.

Almuerzo:

1º: Patata hervida con zanahoria aliñada con aceite de oliva virgen extra
2º: Pescado blanco con jengibre
Postre: Manzana al horno

Merienda:

Bebida de avena con palitos de pan y quesitos

Cena:

1º: Sopa de arroz
2º: Tortilla francesa
Postre: Melocotón en almíbar

Qué hacer en caso de...

Que los olores molesten mucho

- Evitar alimentos que desprendan olores muy fuertes como la col, coliflor, alimentos grasos, los fritos, los ácidos, los alimentos muy dulces o muy condimentados.
- Cocinar con cocciones que generen pocos olores como el papillote, microondas, hervidos, los marinados. Evitar las cocciones que generan humo como: fritos, salteados y la plancha.
- Escoger comidas frías o a temperatura ambiente. Estas serán mejor toleradas ya que desprenden menos olores que las calientes.

Vómitos muy frecuentes

- No comer nada durante las 4 primeras horas y beber agua cada 15 minutos a pequeños sorbos.
- A partir de las 4-6 horas aumentar progresivamente los líquidos.
- Después de 24h sin vómitos, iniciar una dieta con alimentos de fácil digestión con cocciones tipo: hervido y alimentos secos (pan tostado, palitos de pan, galletas ...).



Receta: Infusión de Jengibre


Ingredientes:

- 20g de jengibre fresco
- 200 ml de agua.

Opcional: limón, miel, menta fresca, naranja...

Elaboración:

Pelar y cortar el jengibre a rodajas. También se puede rallar. Poner a hervir el agua. Cuando hierva añadir el jengibre y dejar cocer 20 minutos. Apagar el fuego y dejar reposar 10 minutos. Pasado el tiempo ya estará listo para consumir. Se puede añadir el zumo de medio limón y utilizar miel para endulzar.



COVID-19 y cáncer de mama: la experiencia de Chusa

El día 13 de marzo del año 2020 se declara el estado de alarma en España debido a la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 y a la enfermedad que este provoca, la COVID-19. Durante el transcurso de esta emergencia, miles de mujeres en España fueron diagnosticadas de cáncer de mama o estaban recibiendo tratamiento para esta enfermedad.

En esta situación se encuentra Chusa (48 años), en pleno tratamiento neoadyuvante (quimioterapia previa a la cirugía) en el Hospital Clínico Universitario de Valencia por un carcinoma de mama diagnosticado 3 meses antes del comienzo de la crisis sanitaria. El 26 de marzo nuestra paciente acude al hospital con fiebre y es diagnosticada de infección por COVID-19. Se decide darle el alta a su domicilio dado su buen estado general y se hace un control estrecho telefónico. Tras 2 semanas, encontrándose asintomática se repite la PCR del virus (que es negativa y reinicia el tratamiento suspendido previamente. Actualmente ha finalizado la neoadyuvancia y ha sido operada de su cáncer de mama.

Le hemos pedido que nos cuente su experiencia en primera persona.

Chusa, muchas gracias por colaborar con nosotros, queremos que nos cuentes tu experiencia al haber padecido la infección por COVID-19 mientras estabas en tratamiento quimioterápico por el carcinoma de mama, por ello te agradecemos enormemente tu colaboración.

**¿Cómo empezó todo?
¿Cómo crees que te pudiste contagiar?**

A principios de marzo empecé a tener los síntomas propios de un constipado común, o eso pensé yo, con dolor de garganta un par de días y congestión que duró bastante tiempo. Un poco después empecé a tener una tos cada vez más fuerte, y a los diez días aproximadamente tuve fiebre que aumentó paulatinamente hasta los 39-40 grados.

Desconozco en qué lugar pude contagiarme, porque la verdad es que no tuve contacto con mucha gente. Es posible que fuese en el

“En el hospital me sentí en todo momento bien atendida.”

propio hospital, pero no puedo decirlo con seguridad.

¿Cuáles son los síntomas que tenías y que te llevaron al hospital?

Sobre todo congestión, mucha tos muy fuerte (de llevar casi al vómito), fiebre alta y debilidad general, sobre todo tras un ataque de tos. Decidí consultar al oncólogo cuando comencé con la fiebre.

¿Cuál fue tu primera reacción cuando te dijeron que tenías la infección por coronavirus? ¿Qué pensaste en el primer momento?

En un primer momento no me lo podía creer, porque no te imaginas dónde te has podido contagiar. Eso sí, en ningún momento tuve miedo sobre lo que podría ocurrir porque siempre me planteé que lo pasaría como una gripe común.

**¿Cómo reaccionó tu familia?
¿Sentiste el apoyo de tu entorno?**

Mi familia sí que se asustó mucho, porque al tener cáncer soy una persona de riesgo y podía tener mayores complicaciones que otras personas. Me han apoyado durante todo el proceso.

Y en el hospital ¿Cómo te sentiste? ¿Pensaste en algún momento que la infección por coronavirus podría retrasar tu tratamiento oncológico?

En el hospital me sentí en todo momento bien atendida. Y sí, de hecho a causa de la infección tuvimos que retrasar algo los tiempos del tratamiento.

¿Cómo viviste el confinamiento en tu domicilio?

En un principio lo llevé bien, pero después estuve unos 10 días muy enferma con el virus y solamente tenía ganas de quedarme en la cama. En cuanto lo pasé y me encontré mejor sentía la necesidad de volver cuanto antes a mi trabajo y a mi vida normal, porque la verdad es que me sentía agobiada con todas las “prohibiciones”. Volví físicamente al trabajo (desde mediados de marzo había estado teletrabajando).

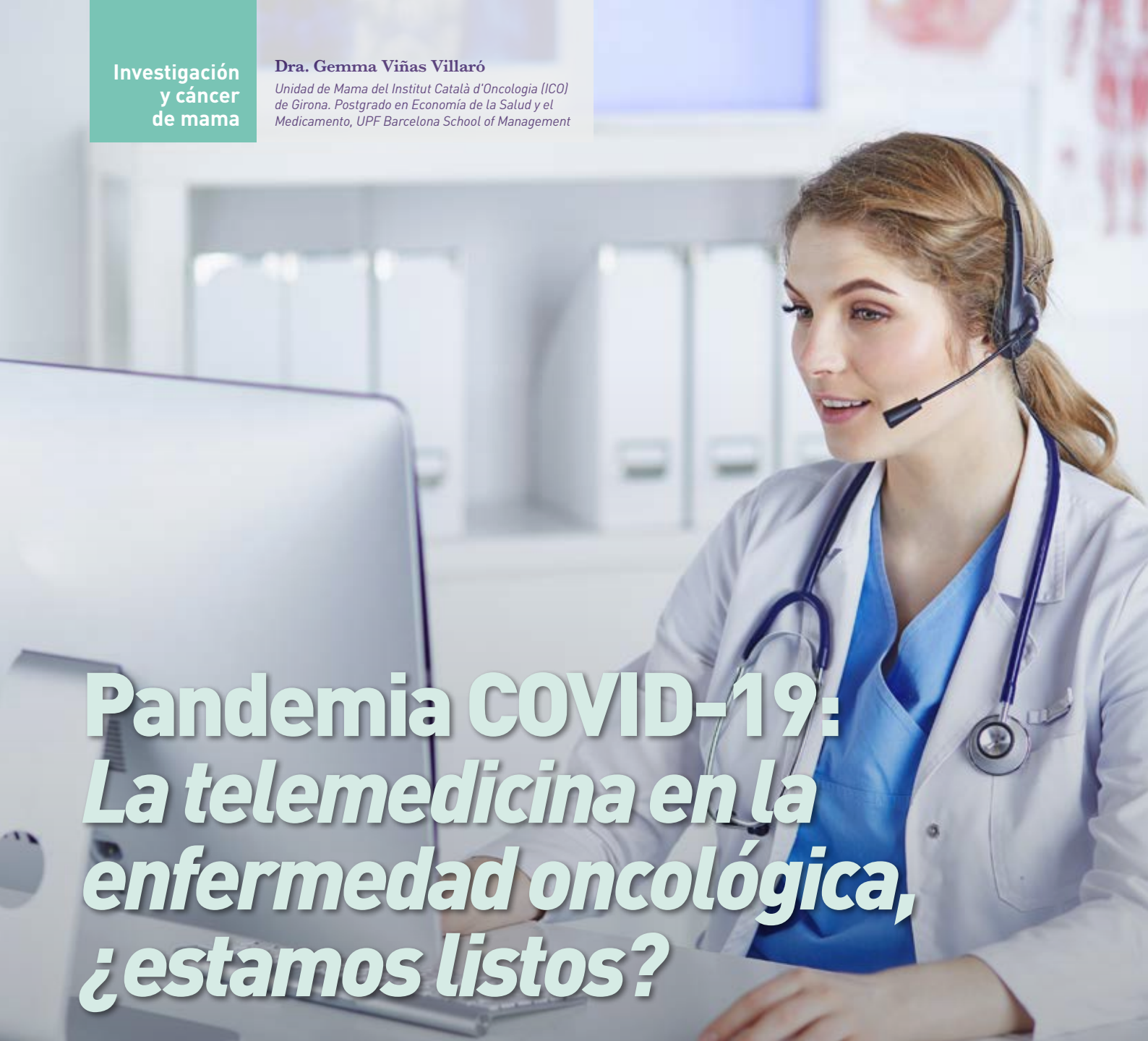
¿Cómo te encuentras ahora, tienes algún síntoma residual de la infección?

Ahora ya estoy bien. Lo que más me costó fue recuperarme de los dolores musculares, aunque tampoco tengo claro si éstos se debían únicamente al virus o también eran un efecto secundario de la quimioterapia. Terminé ese tratamiento a finales de junio y ya estoy prácticamente recuperada del todo.

Chusa, como pregunta final... ¿cuál es el mensaje que te gustaría transmitir respecto a la enfermedad del coronavirus?

Bueno, no se puede vivir con miedo, así que hay que hacer vida más o menos normal, salir, trabajar... con precaución y extremando la higiene.





Pandemia COVID-19: La telemedicina en la enfermedad oncológica, ¿estamos listos?

La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha evidenciado la necesidad de desarrollar servicios médicos a distancia acelerando la telemedicina, que hasta este momento, tenía un papel residual. Durante la pandemia, la telemedicina ha permitido mantener el acceso y la continuidad de la atención sanitaria, reduciendo el riesgo de transmisión comunitaria y nosocomial (es decir, aquella que se produce durante la estancia en el hospital) del virus. Además, ha sido una importante herramienta de comunicación

durante el aislamiento de pacientes, y ha facilitado las reuniones de consenso de expertos, educación y formación vinculados a esta grave situación global.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la telemedicina como “la prestación de servicios de salud (en los que la distancia es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida

para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades” (1). Esta definición, que se sitúa más en el ámbito de la salud pública, ha ido evolucionando hacia un término más amplio, el de eSalud (*del inglés, eHealth*) que describe el uso de la tecnología de la comunicación y la información en el sector sanitario con objetivos clínicos, educativos

y administrativos, tanto a nivel local cómo a distancia (2).

Por lo tanto, el término telemedicina se refiere a un amplio espectro de actividades con el objetivo de dar atención sanitaria sin contacto directo con el paciente. La telemedicina puede también aplicarse en la relación entre profesionales, así como entre el profesional y el proveedor de salud. Según el momento en que se establece esta relación, existen diferentes modalidades de telemedicina: ésta puede ser en tiempo real, o sincrónica, generalmente mediante llamada telefónica o videollamada utilizando smartphones, tablets u ordenadores, o en tiempo diferido, o asincrónica, cuando los datos o mensajes son recogidos y contestados más tarde, por ejemplo en un portal web o consultas online (Tabla 1).

■ ■ ■

Ventajas y limitaciones de la telemedicina

Hasta el momento actual, y pese a los resultados interesantes, los estudios reportados en la literatura sobre telemedicina y oncología no se han aplicado de forma generalizada. Lo cierto es que estamos lejos de su verdadero potencial, a pesar de las ventajas que ofrece a todos los grupos implicados en la atención oncológica, y que se hallan descritas en el apartado siguiente:

Pacientes. La telemedicina permite una reducción de las desigualdades por accesibilidad, y evitar traslados innecesarios. Por otro lado, podría suponer una desventaja para la población con pocos recursos o ancianos, con menor acceso a las tecnologías de la información y comunicación. Requiere también un cambio cultural importante en un sector de la población para aceptar este nuevo modelo de relación con el profesional sanitario.

Profesional. La telemedicina podría mejorar la presión asistencial del facultativo. Permite un mejor manejo de la incertidumbre en un entorno

El término telemedicina se refiere a un amplio espectro de actividades con el objetivo de dar atención sanitaria sin contacto directo con el paciente.

más tranquilo y aislado, con más elementos de juicio, favoreciendo la toma de decisiones. Por otra parte, la falta de formación y uso de las nuevas tecnologías pueden suponer una limitación para algunos profesionales. Además, requiere tiempo en su inicio, así como en la normalización de las rutinas de trabajo y procesos, y supone un cambio de modelo de relación con los pacientes.

Centros. Un uso más eficaz de los equipos, así como el ahorro en los gastos de transporte y recursos materiales, son algunas de las ventajas de la telemedicina para los centros sanitarios. Asimismo, puede reforzar la imagen de innovación. Por otro lado, requiere la utilización de recursos específicos para su aplicabilidad y formación de los profesionales. En algunos casos podría tener la oposición por parte de los gestores, ya sea por falta de formación o resistencia al cambio.

Sistema. La telemedicina permite una mejor utilización y aprovechamiento de los recursos y una mejora en la gestión de la salud. A pesar de ser coste-efectivo, puede suponer un incremento del coste en tecnología e implantación.

Por lo tanto, existen varias acciones que son imprescindibles para la implementación y la sostenibilidad de la telemedicina en los centros asistenciales, que de no llevarse a

cabo pueden suponer una limitación para su puesta en funcionamiento. Estas acciones incluyen la necesidad de formación previa del personal sanitario, definición de protocolos que se adapten a esta nueva metodología, desarrollo tecnológico de los centros con soporte económico y institucional, así como aceptación de clínicos, pacientes y gestores.

■ ■ ■

Experiencia piloto: la atención ambulatoria oncológica durante la fase de confinamiento

Durante la primera fase de la pandemia, cuando los centros hospitalarios estaban más allá del límite de su capacidad de contención de la crisis, fue imprescindible aplicar medidas de urgencia para optimizar los recursos, así como proteger al paciente, y al mismo tiempo al personal sanitario, del riesgo de contagio. Por otro lado, era también necesario garantizar, en la medida de lo posible, la continuidad de la atención al paciente oncológico. Con este objetivo, en muchos centros cómo el mío, se activó el sistema de visitas mediante llamada o videollamada, principalmente en lo que se refiere a las visitas de seguimiento y tratamiento. Este sistema de atención telemática al paciente, anteriormente reservado básicamente a consultas puntuales, pudo organizarse rápidamente dada la escasa necesidad

Tabla 1. Tipos de relación en telemedicina

Según el sujeto	Según el momento	Según el soporte
Profesional – paciente Profesional – profesional Profesional – proveedor salud	Sincrónica (telefónica o videollamada) Asincrónica (portal web o consultas online)	Software virtual Dispositivos portátiles

La experiencia de la visita telemática en época de pandemia ha sido globalmente positiva para el profesional, pues le ha permitido mantener la atención de sus pacientes en un entorno más protegido.

de soporte tecnológico ya que casi todo el mundo tiene un teléfono y/o móvil. El sistema de videollamada, con algunas ventajas respecto a la llamada telefónica, requiere un soporte mayor, pues no todos los ordenadores de las consultas están dotados de cámara, dificultando su implantación en estas etapas iniciales.

La experiencia de la visita telemática en época de pandemia ha sido globalmente positiva para el profesional, pues le ha permitido mantener la atención de sus pacientes en un entorno más protegido. Aún así, ha habido algunas limitaciones propias de la necesidad de implementar un recurso de forma inmediata. Principalmente, la falta de formación en comunicación para realizar una consulta telefónica de calidad. Aunque estamos acostumbrados a consultas telefónicas, generalmente éstas eran de baja complejidad (renovar medicación, informar de algún resultado). En la época de la COVID-19, estamos realizando todo tipo de consultas, algunas de ellas muy complejas por el tipo de paciente y el motivo de consulta. La falta de formación en la entrevista clínica por teléfono, muy distinta a la que estamos familiarizados en el marco de la consulta, favorece que se consuma más tiempo incluso que una visita presencial, ya que necesitamos preguntar más, y no podemos y no podemos explorar físicamente al paciente. Por otro lado, la ausencia de la comunicación no verbal, expresiones o posturas, resta contexto a la entrevista, y puede favorecer que se pierda información o ésta pueda malinterpretarse. La utilización del vídeo puede ayudar a superar esta limitación, aunque por otro lado, es una barrera para personas poco

familiarizadas con estas tecnologías. Además, las plataformas a las que los pacientes pueden estar habituados, del tipo Skype o Facetime, no cumplen con las normas de privacidad.

La mayoría de pacientes han aceptado, incluso agradecido, esta nueva forma de atenderles, aún con sus limitaciones. La aceptación de la consulta telemática ha sido fácil en las visitas de seguimiento, cuando el paciente y el profesional ya se conocen. Con toda seguridad, en una primera visita, de por sí compleja en oncología, presentaría más dificultad. Por otro lado, muchos de los pacientes interpretan la visita telemática como circunstancial a la época de pandemia, y esperan recuperar, más pronto que tarde, la visita presencial. De modo que si queremos dar continuidad más allá de la pandemia a la visita telemática, es necesario definir el tipo de visita y elaborar protocolos de procedimiento para que éstas sean de calidad. Sólo de esta forma, ayudaremos a favorecer el cambio de mentalidad necesario en la sociedad para aceptar esta modalidad de relación entre el paciente y el profesional.

REFERENCIAS

1. WHO (World Health Organization). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. ISBN 978 92 4 156414 4 ISSN 2220-5462© World Health Organization 2010.
2. Mitchell J. From telehealth to e-health: the unstoppable rise of e-health. Canberra, Australia: National Office for the Information Technology; 1999.

Conclusión

La pandemia de la COVID-19 ha precipitado por necesidad el auge de la telemedicina. La telemedicina, y su concepto más amplio el eSalud, ofrecen herramientas muy interesantes que pueden tener un impacto clínico en oncología más allá de la crisis actual, y a todos los niveles: educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Estudios clínicos controlados deberían mostrar sus beneficios no sólo para los pacientes y profesionales, sino también para los servicios de salud. Por otro lado, es necesaria la colaboración y coordinación de todos los actores implicados para superar las limitaciones, y dar implementación y sostenibilidad a esta herramienta de atención sanitaria. Estemos listos o no, la realidad es que con la COVID-19 la atención sanitaria virtual ha llegado para quedarse, sería una lástima no aprovecharlo.



Enfermedad luminal

Neoadyuvancia	GEICAM/2019-01 (CARABELA) Promotor: GEICAM Fase II, N° pacientes = 200	Estudio de fase II, aleatorizado, abierto, internacional y multicéntrico, para comparar la eficacia de la quimioterapia estándar frente a letrozol más abemaciclib como terapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama con RH-positivo/HER2-negativo de riesgo alto/intermedio.
Adyuvancia	GEICAM/2014-09 (EFIK) Promotor: GEICAM. N° pacientes = 142	Efecto del ejercicio físico en los niveles de Ki67 en mujeres con cáncer de mama precoz con receptor hormonal positivo y HER-2 negativo.
Adyuvancia	GEICAM/2018-04 (TRIO033_NATALEE) Promotor: Novartis Fase III, N° pacientes = 4.000	Ensayo clínico fase III, multicéntrico, aleatorizado y abierto, para evaluar la eficacia y seguridad de ribociclib con terapia endocrina, como tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de mama precoz, receptores hormonales positivos, HER2 negativo (nuevo ensayo clínico en adyuvancia con ribociclib-LEE011: NATALEE).
Adyuvancia tras recidiva locorregional aislada	GEICAM/2018-05 (IBCSG 59-19/BIG 18-02_POLAR) Promotor: IBCSG Fase III, N° pacientes = 400	Estudio de fase III, abierto, multicéntrico y aleatorizado de palbociclib como tratamiento adyuvante combinado con hormonoterapia en comparación con hormonoterapia sola en pacientes con recidiva locorregional aislada de cáncer de mama extirpado con receptor hormonal positivo y HER2 negativo.

Enfermedad triple negativa

Metastásico	GEICAM/2015-06 (COMETA-Breast) Promotor: GEICAM Fase II, N° pacientes = 34, ausencia de mutación BRCA1/2 y presencia de metilación BRCA1/2.	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 (Estudio COMETA-Breast).
Adyuvancia	GEICAM/2017-06 (BIG 16-05_IMPASSION 030) Promotor: F. Hoffmann-La Roche Ltd. Fase III, N° pacientes = 2.300	Estudio en Fase III, multicéntrico, aleatorizado y abierto para comparar atezolizumab (anticuerpo Anti-PD-L1) en combinación con quimioterapia adyuvante basada en antraciclina/taxano frente a solo quimioterapia en pacientes con cáncer de mama triple negativo operable.
Neoadyuvancia	GEICAM/2019-06 (NSABP B-59/ GBG 96_GEPAR-DOUZE) Promotor: GBG Fase III, N° pacientes = 1.520	Ensayo Clínico de Fase III, Aleatorizado, Doble Ciego, sobre Quimioterapia Neoadyuvante con Atezolizumab o Placebo en Pacientes con Cáncer de Mama Triple Negativo, seguida de Adyuvancia con Atezolizumab o Placebo.

Población mixta

Metastásico	GEICAM/2014-11 (AURORA) Promotor: BIG Traslacional, N° pacientes = 1.000, análisis de alteraciones moleculares	Estudio para evaluar las alteraciones moleculares en cáncer de mama metastásico.
--------------------	--	--

Enfermedad HER2

Neoadyuvancia	GEICAM/2017-05 (APTNeo) Promotor: Fundación Michelangelo Fase III, N° pacientes = 650	Atezolizumab, pertuzumab y trastuzumab con quimioterapia como tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama precoz y localmente avanzado HER2 positivo de alto riesgo (APTneo).
Metastásico	GEICAM/2017-04 (KATIA) Promotor: GEICAM. N° pacientes = 50	Identificación de mecanismos de resistencia a Kadcyta (trastuzumab emtansina; T-DM1) en pacientes con cáncer de mama avanzado HER2-positivo.
Metastásico	GEICAM/2018-07 (SOLTI-1303_PATRICIA-II) Promotor: SOLTI Fase II, N° pacientes = 232	Ensayo clínico fase II de la combinación de palbociclib, trastuzumab, y terapia endocrina, en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico HER2 positivo previamente tratado.

Estudios obsevacionales

Todos los estadios	GEICAM/2016-04 (Registro de cáncer de mama en el varón) Promotor: GEICAM. Nº pacientes = 1.000	Estudio observacional retrospectivo en pacientes varones con cáncer de mama.
Metastásico	GEICAM/2014-03 (RegistEM) Promotor: GEICAM. Nº pacientes aproximado = 1.867	Estudio prospectivo de registro de pacientes con cáncer de mama localmente avanzado no resecable o metastásico (CMM).
Neoadyuvancia y Adyuvancia	GEICAM/2016-03 (LARGO SEGUIMIENTO) Promotor: GEICAM Nº pacientes aproximado = 8.000. Recogida de datos de seguimiento de aquellos pacientes que fueron ya incluidos en ensayos clínicos de neoadyuvancia y adyuvancia realizados por GEICAM.	Estudio de Largo Seguimiento de pacientes con cáncer de mama incluidos en estudios en estadios precoces del Grupo GEICAM.
Programa de excepcionales respondedores al tratamiento	GEICAM/2017-02 (BIG Programm) Promotor: BIG Nº pacientes = 10	Búsqueda global de respondedores excepcionales en la red del Breast International Group.
Registro de embarazo y Cáncer de mama	GEICAM/2017-07 (EMBARCAM) Promotor: GEICAM Nº pacientes anuales aproximadamente = 80	Estudio Observacional Ambispectivo de Registro de Embarazo y Cáncer de Mama.

Información para pacientes oncológicos,
profesionales e investigadores

Cáncer de mama y COVID-19



Dra. Mireia Margelí

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

ENTREVISTA

En los últimos años hemos asistido a grandes avances en el tratamiento del cáncer de mama en general, y en el caso del cáncer de mama con receptores hormonales positivos y HER2 negativo, la incorporación de nuevos fármacos como los inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas constituye un ejemplo.

Pepa, personal sanitario y paciente

Estos fármacos han demostrado un gran beneficio para las pacientes con enfermedad avanzada (es decir, con presencia de metástasis a distancia), por ello se han realizado diferentes estudios para ver si también nos pueden aportar beneficio en la prevención de las metástasis.

Algunos de estos ensayos han empezado a mostrar resultados preliminares, mientras que otros se encuentran en curso, como es el caso del estudio NATALEE.

Hoy hablamos con Pepa Durá, paciente de cáncer de mama que vivió todo el tratamiento de su enfermedad al inicio de la pandemia por COVID-19, y aceptó participar en el estudio NATALEE, esperando un tiempo prudente por la situación excepcional por la pandemia. Hablaremos de cual ha sido su experiencia tanto como enferma de cáncer de mama durante la pandemia del COVID-19, como por su participación en el ensayo NATALEE. Pepa es personal sanitario, además es jefa de Servicio de Rehabilitación del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.

Pepa, recibiste el diagnóstico en noviembre y tuviste la cirugía en diciembre, ¿Cómo viviste todo este proceso? Conoces bien el sistema sanitario, y en este caso lo viviste como paciente.

El diagnóstico lo viví con angustia, obviamente, pero por suerte todo fue muy rápido. Me hice la mamografía de control y el mismo día se identificó la imagen como sospechosa y se hizo la biopsia. El resultado de la biopsia con el diagnóstico inicial estuvo a la semana. La unidad funcional de mama me atendió rápidamente y enseguida se realizó el estudio de extensión. Inicialmente pensé que podía seguir trabajando antes de la cirugía y así lo hice durante 1-2 semanas, pero lo cierto es que no tenía la mente en el trabajo. La realidad es que a pesar de que es un momento de nervios y ansiedad el equipo que me atendió lo hizo mucho más fácil.

En ocasiones, se realizan estudios mediante firmas genéticas para calibrar mejor el riesgo de la paciente, y poder indicar mejor si realmente existe un beneficio de realizar terapia complementaria con quimioterapia, y/o terapia hormonal. Este hecho está

especialmente indicado en tumores hormonossensibles, sin amplificación de HER2.

En tu caso, se realizó una firma genética para calibrar mejor el riesgo de recaída, ¿te generó este hecho incertidumbre? ¿Cómo se vive esta espera desde tu punto de vista?

Sí, se realizó una firma genética y entendí que eran los pasos a seguir para tener el tratamiento más adecuado. Pero todas las esperas se viven mal, el no saber qué tratamiento iba a realizar fue de lo peor del proceso. Como a todas las pacientes, el tener que hacer tratamiento de quimioterapia, sobre todo por la caída del pelo y las complicaciones que ocurren con frecuencia, me provocaban un cierto miedo. La única realidad es que te has de dejar llevar por los expertos e intentar mentalizarte de que no está en tu mano y has de hacer lo que se tenga que hacer. En esto ser médico creo que no ayuda: por un lado, normalmente eres tú el que decides y cuesta estar en el rol de paciente, y por otro tienes mucha más imaginación para pensar en complicaciones.

Después llegó la cirugía, y en febrero empezabas tratamiento con radioterapia. En aquel momento empezaba la pandemia del COVID-19 en nuestro entorno, con lo que empezaron a tomarse medidas especiales, por ejemplo para los tratamientos en el hospital. ¿Cómo viviste esta situación? Cuando una persona ha padecido o padece una enfermedad, oncológica, suele sentirse más vulnerable.

Respecto a la radioterapia tuve la inmensa suerte de acabar las sesiones 2 ó 3 días antes del confinamiento, por lo que no se tuvo que suspender. Supongo que la incertidumbre de interrumpir un tratamiento oncológico y no reanudarlo hasta meses después me hubiese generado más ansiedad. No pudimos iniciar el ensayo hasta mucho después, pero la situación global de pandemia era tan anómala que comprendí que debía concentrarme en todo lo positivo y vivir el momento.

El ensayo clínico NATALEE es un estudio fase III que intenta valorar la eficacia de añadir al tratamiento hormonal complementario de las pacientes un inhibidor de ciclina (CDK 4/6) durante los tres primeros años. Se trata de un estudio en que las pacientes son aleatorizadas a recibir ribociclib con el tratamiento hormonal o solo tratamiento hormonal. Por ello, actualmente cuando se valora iniciar tratamiento hormonal complementario de las pacientes, en caso de cumplir los criterios necesarios se les ofrece dicho estudio.

Pepa, cómo fue en tu caso, ¿Se te habló de esta posibilidad desde el principio? ¿Cómo lo recibiste? ¿Qué opinas de que existan estas posibilidades?

Sí, casi desde el principio se pensó en este estudio, al aleatorizarme “tocó” recibir el tratamiento con ribociclib.

Creo que es bueno que se realicen estudios y ensayos clínicos ya que esto hace avanzar en la eficacia terapéutica para todas las pacientes.

Por poner un ejemplo claro; mi madre tuvo un cáncer de mama a los sesenta años en 1984. Murió a los 91 años por otra causa. El tratamiento que recibió fue sin duda eficaz fue mucho

más agresivo. Los estudios y ensayos clínicos que se han hecho en estos 35 años que pasaron entre su diagnóstico y el mío, han hecho que el tratamiento que he recibido yo fuese más específico y menos “mutilante” y esperemos que igualmente eficaz.

En la época de mayor incidencia de la pandemia se suspendió el reclutamiento de éste y otros estudios por criterios de seguridad de las pacientes; lo que supuso en algunos casos tener que esperar para participar en el estudio. ¿Cómo te influyó este hecho?

Era comprensible en una situación tan anómala como la de la primera ola de la pandemia. unas circunstancias que nos ha sobrepasado a todos, nunca lo hubiésemos imaginado. Lo comprendí e intenté no preocuparme en exceso, dejarme llevar. De algún modo era algo que se escapaba completamente a nuestra capacidad de decisión.

Finalmente ahora te encuentras en curso del tratamiento del estudio; ¿Cómo te va el tratamiento?, ¿Te permite hacer una vida normal?, ¿Cómo dirías que se tolera?

El tratamiento se tolera bien, me canso más fácilmente, no sé si por el estudio o por el tratamiento hormonal en sí mismo, también tengo poliartralgias (dolor en varias articulaciones a la vez) sobre todo por la mañana, aunque como en el caso anterior no sé si es por el ribociclib o por el tratamiento hormonal. La administración subcutánea profunda de goserelina es dolorosa y molesta, su administración mensual es una pérdida en confort respecto a la presentación trimestral. Tras su administración estoy con malestar general durante 2-3 días. En global intento darle la importancia justa y adaptarse a las circunstancias.

En muchos casos, tras padecer esta enfermedad, la reincorporación a la vida laboral es complicada. ¿Cómo has vivido este hecho?

Estoy contenta de estar trabajando, no es que sea adicta al trabajo ni nada de eso, pero me gusta lo que hago y es mi normalidad. Inicialmente estaba “eufórica”, lo peor había pasado y podía

retomar mi vida. Al cabo de un mes aproximadamente, empecé a ser consciente de que tenía que hacer algunos cambios en mi vida para poder llevar una vida normal. Me cuesta salir por la mañana porque el dolor y la rigidez matutina hacen que me lleve más tiempo arreglarme y estar lista me canso más fácilmente... y cuando estás muy agotada los pensamientos tienden a ser más negativos. Ahora estoy aprendiendo a gestionarlo, respetar no llegar al agotamiento, me levanto un poco antes y así me puedo tomar el tiempo que necesito y desde después del verano creo que lo gestiono mejor. En este proceso de aceptación de una realidad algo distinta pero muy buena, los consejos y las visitas con oncología me han ayudado mucho.

Para terminar, ¿qué cosas mejorarías de todo el proceso que has vivido?, ¿En qué cosas podemos mejorar la asistencia de las pacientes con cáncer de mama?

En mi opinión, desde el diagnóstico por radiología y la biopsia, la atención por la unidad funcional de mama y el tratamiento y los controles de oncología radioterápica son excelentes: están coordinados, las esperas no son largas y los profesionales muy eficaces y todos tienen un trato muy humano. Quizás hay problemas de disponibilidad de equipos e instalaciones de radioterapia que podrían mejorarse si se invirtiese el dinero necesario, pero que son compensados por los profesionales. En general creo que todo ha sido y es excelente. El ensayo es algo más pesado. La analítica y la visita médica llevan el tiempo lógico. A partir de ese momento, el recoger la medicación, que suban el tratamiento de farmacia y que lo administren lleva un tiempo muy largo y se hace más difícil para el paciente, son muchas horas de espera una vez al mes. Pero son detalles poco importantes que solo requieren paciencia. En general, creo que se hace un gran trabajo científico y de acompañamiento a las pacientes. Personalmente me siento afortunada, a pesar del diagnóstico claro, de ser atendida por esta unidad.

¿Qué mejor herencia que un futuro sin la amenaza del **cáncer de mama?**

Incluir a GEICAM en tu testamento es contribuir a que las futuras generaciones vivan en un mundo donde el cáncer de mama sea una enfermedad curable.

Infórmate en www.testamenta.es, en www.geicam.org
o llamando al **916 592 870**

CADA DÍA
EL CÁNCER DE MAMA
PUEDE CONVERTIRSE EN

el cáncer de mamá

O EN EL DE ALGUIEN QUE TIENES MUY CERCA

El cáncer de mama sigue siendo una amenaza: cada año se diagnostican más de 32.500 nuevos casos y se producen 6.500 fallecimientos.¹ Gracias a la investigación, 8 de cada 10 mujeres consiguen superar la enfermedad a los 5 años del diagnóstico.¹ Pero aún queda mucho por avanzar.

**PONER EL AGENTO EN LA INVESTIGACIÓN PUEDE CAMBIARLO TODO.
ÚNETE A GEICAM Y AYÚDANOS A INVESTIGAR.**



VER EL VÍDEO



Con la colaboración de:

