

## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



## El cribado del cáncer de mama en las mujeres menores de 50 años

Mireille Broeders, PhD

Radboud University Nijmegen Medical Centre  
Dept. of Epidemiology, Biostatistics and  
HTA & National Expert and Training Centre  
for Breast Cancer Screening  
Nimega, Países Bajos

En la práctica totalidad de los programas de cribado poblacional del cáncer de mama, el único –pero más potente– factor de riesgo utilizado para definir la población diana es la edad. La mayoría de los programas sitúan la edad de inicio del cribado en los 50 años, a pesar de que la importancia biológica de la misma en ese sentido ha sido puesta en entredicho.<sup>1,2</sup>

La evidencia aportada por los ensayos aleatorizados y controlados indican que la reducción de la mortalidad asociada al cribado con mamografías analógicas en las mujeres de 40 a 49 años es menor –reducción del 15%– que en las mujeres de 50 años en adelante.<sup>3,4</sup> Así pues, el balance entre los beneficios y los efectos secundarios podría ser menos favorable en este grupo de edad. Lo que a menudo se ignora es que el riesgo relativo observado durante los ensayos en las mujeres de 40-49 años (RR=0,85; IC 95%=0,75-0,96) resulta muy similar al riesgo relativo de las mujeres de 50-59 años (RR=0,86; IC 95%=0,75-0,99), aunque en cifras absolutas pueda ser menor.<sup>5</sup> Este dato concuerda con la idea de que los parámetros de cribado no cambian súbitamente a los 50 años.<sup>2</sup>

Asimismo, nuevos datos empíricos procedentes de Suecia avalan una reducción más sustancial de la mortalidad por cáncer de mama, del orden del 26% (RR=0,74; IC 95% = 0,66-0,83), entre las mujeres de 40 a 49 años invitadas al cribado. Los autores afirman que la reducción resultó superior entre las mujeres de 45 a 49 años –reducción del 32% para las invitadas– que entre las mujeres de 40 a 44 años –con una reducción del 17%.<sup>6</sup> El seguimiento a largo plazo efectuado en el programa de Nimega también demuestra que la eficacia del examen mamográfico bienal en las mujeres de 40-49 años (OR=0,50; IC 95% = 0,30-0,82) resultó similar a los resultados de las participantes de 50-59 años (OR=0,54; IC 95% = 0,35-0,85) y 60-69 años (OR=0,65; IC 95% = 0,38-1,13).<sup>7</sup>

La eficacia atribuida en los estudios basados en mamografías analógicas podría ser incluso mayor con la mamografía digital, el sistema estándar de la mayoría de los programas de cribado hoy en día. La mamografía digital solventa muchas de las limitaciones técnicas inherentes a la mamografía analógica y ofrece una mayor exactitud en las mujeres menores de 50 años y en aquellas con mamas densas.<sup>8</sup> Dado que las mujeres con un tejido glandular denso tienen más riesgo de desarrollar cáncer de mama, la opción de comenzar el cribado antes debe sopesarse cuidadosamente.<sup>9</sup> No obstante, hasta el momento sólo un estudio ha incluido mujeres menores de 50 años.<sup>10</sup> En numerosos países europeos se ha comenzado a implantar el cribado digital,

FUJIFILM

BAIRD

Carestream

Cephalon

AstraZeneca  
Oncology

Pfizer Oncología

GE Healthcare



## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



pero los datos sobre mujeres menores de 50 años son escasos.<sup>11,12</sup> Hasta la fecha, España es el único país que ha publicado resultados de cribado por edades referentes a la mamografía digital.<sup>12</sup> Ningún estudio ha descrito aún la reducción de la mortalidad por cáncer de mama relacionada con el cribado mediante mamografía digital.

En este sentido resulta interesante que el Reino Unido y Francia hayan expresado su intención de avanzar la edad de inicio del cribado.<sup>13,14</sup> Por el contrario, la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) cambió su recomendación a finales de 2009 y ahora no aconseja la mamografía de cribado rutinaria en las mujeres de 40 a 49 años.<sup>15</sup> Basándose en los datos disponibles, la USPSTF declaró que la decisión de comenzar el cribado regular con mamografías bienales antes de los 50 años debía ser individual y teniendo en cuenta el contexto de la paciente, incluida la opinión de la interesada sobre los beneficios y riesgos específicos. El debate entablado a raíz de esta declaración en las revistas médicas y en la prensa general no ha ayudado a ofrecer a las mujeres y a sus médicos una respuesta clara sobre si el examen regular con mamografías afecta a la mortalidad.<sup>16</sup>

Esta recomendación de la USPSTF no fue aceptada por todos<sup>2,17</sup>, pero suscitó la pregunta de si las recomendaciones relativas a la edad para comenzar el cribado y la frecuencia del mismo se pueden calibrar con el riesgo de cáncer de mama de cada mujer.<sup>18</sup> Sobre todo en las mujeres más jóvenes, una estrategia de cribado personalizada podría ajustarse mejor a este grupo de edad que el actual criterio de “talla única para todas”.<sup>19</sup> Utilizar la información sobre los factores de riesgo o los nuevos biomarcadores para ajustar mejor las estrategias de cribado a los diferentes grupos de riesgo podría mejorar el balance de beneficios y riesgos del cribado del cáncer de mama.<sup>19-21</sup> Este hecho queda ilustrado por un reciente estudio de modelización que comprobó que el coste-efectividad de la mamografía de cribado en las mujeres menores de 50 años dependía de la edad de la mujer, la densidad mamaria, los antecedentes familiares y los antecedentes de biopsia mamaria benigna favoreciendo con ello una estrategia de cribado personalizada en este grupo de edad.<sup>19</sup>

En última instancia, las decisiones acerca de la edad más adecuada para iniciar el cribado no se basarán sólo en la eficacia del mismo en un cierto grupo de edad. Cada país o región también tendrá en cuenta la carga del cáncer de mama en las mujeres más jóvenes, el balance entre beneficios y daños, y la coste-efectividad de los posibles escenarios de cribado. Por último, saber cómo se puede comunicar esta información a las mujeres y a sus médicos supone otro reto.<sup>22</sup>



## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



### Referencias bibliogràfiques

- <sup>1</sup> van Schoor G, Broeders MJM, Paap E, Otten JDM, den Heeten GJ, Verbeek ALM. A rationale for starting breast cancer screening under age 50. *Ann Oncol* 2008; 19:1208-1209.
- <sup>2</sup> Kopans DB. The recent US Preventive Services Task Force guidelines are not supported by the scientific evidence and should be rescinded. *J Am Coll Radiol* 2010; 7:260-264.
- <sup>3</sup> Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(1):CD001877.
- <sup>4</sup> Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368:2053-2060.
- <sup>5</sup> Nelson HD, Tyne K, Nalk A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. Screening for breast cancer: an update for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151:727-737.
- <sup>6</sup> Hellquist BN, Duffy SW, Abdsaleh S, Björnelid L, Bordás P, Tábar L et al. Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years. *Cancer* 2011; 117: 714-722.
- <sup>7</sup> van Schoor G, Moss SM, Otten JDM, Donders R, Paap E, den Heeten GJ et al. Increasingly strong reduction in breast cancer mortality due to screening. *Br J Cancer* 2011; 104:910-914.
- <sup>8</sup> Yaffe MJ, Mainprize JG, Jong RA. Technical developments in mammography. *Health Phys* 2008; 95:599-611.
- <sup>9</sup> Kavanagh AM, Byrnes GB, Nickson C, Cawson JN, Giles GG, Hopper JL et al. Using mammographic density to improve breast cancer screening outcomes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17: 2818-2824.
- <sup>10</sup> Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, Yaffe M, Baum JK, Acharyya S et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. *N Engl J Med* 2005; 353:1773-1783.
- <sup>11</sup> Vinnicombe S, Pinto Pereira SM, McCormack V, Shiel S, Perry N, Dos Santos Silva I. Full-field digital versus screen-film mammography: comparison within the UK breast screening program and systematic review of published data. *Radiology* 2009; 251: 347-358.
- <sup>12</sup> Sala M, Salas D, Belvis F, Sánchez M, Ferrer J, Ibañez J et al. Reduction in false-positive results after introduction of digital mammography: analysis from four population-based breast cancer screening programs in Spain. *Radiology* 2011; 258:388-395.
- <sup>13</sup> Pivot X, Eisinger F, Blay JY, Coscas Y, Calazel-Benque A, Viguiet J et al. Mammography utilization in women aged 40-49 years: the French EDIFICE survey. *Eur J Cancer Prev* 2011; 20:S16-S19.
- <sup>14</sup> NHS Cancer Reform Strategy. Disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/dh\\_081006](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/dh_081006) [Último acceso el 21 de febrero de 2011]. 2007. United Kingdom, Department of Health.
- <sup>15</sup> U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 151:716-726.
- <sup>16</sup> Warner E. Breast-Cancer Screening. *N Engl J Med* 2011; 365:1025-1032.
- <sup>17</sup> Hendrick RE, Helvie MA. United States Preventive Services Task Force screening mammography recommendations : science ignored. *AJR* 2011; 196:W112-W116.
- <sup>18</sup> Wacholder S, Hartge P, Prentice R, Garcia-Closas M, Feigelson HS, Diver WR et al. Performance of common genetic variants in breast-cancer risk models. *N Engl J Med* 2011; 362:986-993.
- <sup>19</sup> Schousboe JT, Kerlikowske K, Loh A, Cummings SR. Personalizing mammography by breast density and other risk factors for breast cancer: analysis of health benefits and cost-effectiveness. *Ann Intern Med* 2011; 155: 10-20.
- <sup>20</sup> Duffy SW. Some current issues in breast cancer screening. *J Med Screen* 2005; 12:128-133.
- <sup>21</sup> Pashyan N, Duffy SW, Chowdhury S, Dent T, Burton H, Neal DE et al. Polygenic susceptibility to prostate and breast cancer: implications for personalised screening. *Br J Cancer* 2011; 104: 1656-1663.
- <sup>22</sup> Fagerlin A, Zikmund-Fisher B, Ubel PA. Helping patients decide: ten steps to better risk communication. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103:1-8.

## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



## Diagnóstico (y seguimiento) del carcinoma de mama en mujeres jóvenes. (Papel de la radiología digital)

Luis Prieto

Cap de la Unitat de Mama del Servei de Radiologia  
Hospital de Bellvitge

El límite de edad de mujer joven es muy relativo, porque la edad es un continuo. Desde el punto de vista práctico se pueden usar el límite de los 50 años que coincide con la fecha de inicio de la inclusión en los programas de cribado, y por otra parte también coincide con la fecha peri menopáusica. Entre los 40 y 50 se suele hacer cribado oportunista en nuestro medio, siendo una franja intermedia y las menores de 40 son definitivamente jóvenes.

### PARTICULARIDADES DEL DIAGNÓSTICO

Una menor incidencia del carcinoma de mama, la presencia de manifestaciones clínicas en relación con los cambios hormonales y una mayor densidad mamaria en las mamografías dificultan y retrasan con frecuencia el diagnóstico del cáncer de mama en estas pacientes.

De los síntomas y signos más importantes en la presentación del carcinoma, son las alteraciones a la palpación. Revisar el manejo diagnóstico y los “puntos clave” del proceso, puede ayudar a agilizar el diagnóstico.

Un elemento importante a tener en cuenta es correlacionar en todos los casos los datos clínicos, mamográfico y cito-histológicos (triple test).

Otra particularidad es la mayor incidencia emocional y repercusión laboral, por las características de este grupo, que suelen tener hijos jóvenes y menor estabilidad laboral.

Dentro del grupo de mujeres jóvenes, es importante analizar dos situaciones especiales.

La primera, la identificación de mujeres con riesgo elevado, que probablemente se pueden beneficiar de un seguimiento especial, y cuando deben derivarse a la consulta de consejo genético.

La segunda es el carcinoma de mama asociado al embarazo, que por presentar aún mayor dificultad diagnóstica, también conviene conocer mejor sus características para evitar los retrasos en el diagnóstico, frecuentes en este grupo.

La publicación de los resultados del DMIST de la mayor sensibilidad de la mamografía digital con respecto a la mamografía convencional en mujeres de 45 - 50 años con mamas densas, reaviva la polémica de la inclusión de este grupo en los programas de cribado poblacional. Múltiples estudios se realizaron intentando evaluar los beneficios del cribado en mujeres menores de 50 años y metanálisis de éstos estudios con resultados no concluyentes (favorables y menos favorables).

No obstante, si se ha observado que el beneficio de la mamografía de cribado es menor en mujeres con edad inferior al grupo de cribado establecido (mayores de 50).

FUJIFILM

BAIRD

Carestream

Cephalon

AstraZeneca  
Oncology

Pfizer Oncología

GE Healthcare



## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



## Vivir un càncer

Belén Ejarque

Tècnic Especialista en Radologia  
Programa de detecció precoç del càncer de mama  
Hospital del Mar  
Parc de Salut MAR

Vivir y luchar contra un càncer, me ha enseñado más lecciones que años de estudio y trabajo. Siempre tenía la sensación que esto le pasaba al resto de la gente, a mi no... y de pronto te encuentras dentro de una situación que has vivido como profesional pero en la que ahora eres tu el protagonista. Pasas de dar consejos y coger la mano a escuchar y que te acaricien, por cierto no dejéis de hacerlo, eso nunca se olvida, os puedo describir la cara de todas las personas que alguna vez me cogieron la mano.

La cosa funciona así: al principio estas aterrado. En mi caso sabía demasiado. Siempre tienes la esperanza de librarte de algún tratamiento, eso como paciente, pero tienes la certeza de lo que hay que hacer como profesional.

El càncer me quito algunas cosas: un trocito de pecho, 25 ganglios axilares, el pelo y el sabor durante 6 meses. Eran cosas importantes para mi, pero con el tiempo la lista de pérdidas se hace más pequeña.

Al principio pensaba que el càncer me estaba robando mi vida. Tienes que dejar tu trabajo, tu actividad diaria, tus vacaciones, tus fines de semana, algunos hobbies... Pero llega un día que te descubres riendo, disfrutando y saboreando como cuando eras niña y vivías primeras experiencias. Eso me ha dado el càncer, pasé de pensar que me quitaba un año de mi vida a que simplemente lo aplazaba y vivía una experiencia mucho más interesante.

Seguiré por la lista de cosas que me ha dado el càncer, os puedo decir que ahora sé quien soy, sé como es la gente que me quiere, sé que cosas son importantes, sé mis límites, he vuelto a descubrir el sabor de las naranjas, sé ponerme un pañuelo, maquillarme, he descubierto el humor como válvula de escape, todo esto sin mencionar a la gente que he ganado.

### EL DIAGNÓSTICO

Quiero hacer el repaso de toda esta etapa con vosotros. Ya os he hablado del principio. Cuesta mucho oír tu diagnóstico: para mi fue la peor fase, lo tienes que asimilar y explicar, no sabes hasta donde llega tu enfermedad, y todavía no conoces tu resistencia.

Después de la eco, mamografía y biopsia, que como podéis imaginar, me lo hicieron con mucho cariño, decidí tratarme en otro hospital, quería separar mi trabajo de mi enfermedad. De los hospitales de la ciudad, decidí tratarme en el hospital de referencia de mi domicilio.

FUJIFILM

BAIRD

Carestream

Cephalon

AstraZeneca  
Oncology

Pfizer Oncología

GE Healthcare



## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



No os imagináis lo que es salir de la consulta del cirujano con 6 peticiones de pruebas en una mano y las peores expectativas de lo que te viene encima en la otra. En ese momento empezaba una peregrinación por un hospital de 839 camas y 3971 trabajadores. Tenía que programar las pruebas necesarias para la operación y conocer la extensión de mi enfermedad.

*En este momento estas en shock. Unas hojas con el teléfono de contacto, ordenes sencillas con los pasos a seguir, siempre con la indicación de donde hay que ir, son de gran ayuda, además de la que te podría ofrecer una gestora de casos.*

Empiezan las pruebas de extensión. En mi caso, me practicaron una resonancia magnética de mama. Sabes que de esta prueba depende el abordaje de la operación y que también puede hacer mas agresivo el tratamiento. Te desnudas, entras en una sala helada, te pinchan, te “encajan” en la bobina (no siempre es fácil) y te dicen que tienes que estar muy quieta durante 20-30 minutos. En cuanto oyes que cierran la puerta empiezas a temblar, no sabes si es por frío o por miedo. Empiezan los ruidos. En el mejor de los casos te han avisado, pero si no el susto hace que te muevas y en ese momento oyes la voz del técnico recordándote que te estés quieta. Intentas controlar los temblores y no puedes porque se sincronizan con el ruido. Por tu cabeza solo pasan las palabras del técnico: “no te muevas durante 20-30 minutos.”

*Tras pasar por esta experiencia se pueden obtener tres consejos:*

1. *Tapad al paciente. Aunque sea solo con una sábana, ya que la sensación de intimidad y de confort lo relajará lo suficiente para que no note el “frío” de la sala.*
2. *Explicad que hay movimientos naturales como la respiración y los temblores que no afectaran a la prueba.*
3. *Debe existir comunicación con el paciente entre cada secuencia para explicar que lo esta haciendo bien.*

Al día siguiente me practicaron la gammagrafía ósea. El segundo pinchazo. Esta vez no te tienes que quitar la ropa, y al principio agradeces, pero cuando la gammacámara se acerca al pecho notas un calor sofocante que llega a ser insoportable cuando la tienes en la cabeza. El examen acaba y compruebas que no te has derretido, le comentas al técnico el calor que desprende la máquina y se ríe, eres tú y la sensación de agobio.

El tercer día lo dediqué a la ventriculografía. Otro pinchazo. Esta vez llevaba tres noches sin dormir y me quedé dormida en la mesa de exploración.

Al día siguiente analítica ( pinchazo ), placa de tórax y electrocardiograma. En este tipo de pruebas te encuentras con profesionales que trabajan de forma automática, y a veces su trato no es el más adecuado (ellos no saben por qué te operan). La mayoría no entiende tu nerviosismo ni tu prisa. La presión asistencia les ahoga, pero es importante que no olviden que trabajan con personas, con historias, con vidas.

Una vez superadas las pruebas de diagnóstico y extensión sabes que el próximo paso es la intervención. Cuando llegas a este punto ya te manejas como uno más en el hospital, conoces el bar, bastantes servicios y muchos profesionales.

## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



### EL DÍA DE LA OPERACIÓN

El día antes de la intervención tuve que ir por la mañana para hacer el ganglio centinela. Ese día no hace falta que te quedes ingresada, puedes ir a comer fuera, pero el permiso no dura mucho. A las cuatro debes estar en tu habitación. Te toman la presión, la temperatura, te pesan y te realizan otra analítica.

Estrenas tu primer pijama abotonado por delante, pero solo eso estrenarlo, porque te piden que te pongas la bata blanca y nada más, mucho más práctico.

Llega la cena y con ella la noche. Te traen un tranquilizante, si lo ha dejado pautado el anestesista, y cuando estas cogiendo el sueño, llega una enfermera. Se presenta como tu enfermera de noche, al poco rato vuelve a entrar, te pone el termómetro y se va, para volver a recogerlo a los pocos minutos. A las 6 te despiertan, te tienes que duchar y ponerte el kit de quirófano, para volver a la cama a esperar al celador, que no llegara antes de las 8.

Y por fin llegas a quirófano, del que no tengo muchos recuerdos gracias a la anestesia.

Cuando vuelves a la habitación estas contenta, crees que ya has pasado lo peor.

Por fin duermes y te dejan descansar. Pero no te dan de comer ni te dejan levantar para ir al baño. Si insistes en que ya tomas agua, quizás te ganes un caldito y un flan para cenar. Llega la noche y otra enfermera de ese turno se presenta, zumo o leche, termómetro más tarde y sorpresa: a las 6 vienen a lavarte.

*Llegados a este punto, también de esta experiencia se pueden plantear algunos interrogantes: sé que las plantas están desbordadas, pero no creo que haga falta seguir el mismo protocolo para todos. Si estudiáramos cada paciente por separado nos ahorraríamos mucho trabajo, ¿necesitamos realmente la temperatura cada 4 horas?*

*¿todos los pacientes están incapacitados para lavarse? ¿a todos les conviene un zumo a media noche? Si cada vez se utiliza mas la cirugía ambulatoria en el cáncer de mama, deberíamos considerar mas independientes a los pacientes que quedan ingresados.*

En casa vas recuperando la fuerza a la vez que se va retrayendo el brazo. Empiezas la rehabilitación en el grupo de mama con cierto recelo. Pero poco a poco sientes que las otras personas de tu alrededor están en tu misma situación. Todo el mundo entiende tus sentimientos, compartes sensaciones, experiencias, consejos. Cada una encuentra lo que busca.

*Por todo ello es importante que cada hospital busque la fórmula de poner en contacto a pacientes en la misma situación, ya sea con aulas de salud, clases de rehabilitación o grupos de autoayuda.*

### LA QUIMIOTERAPIA

Llega la primera "quimio". Buscas a la enfermera que te pondrá el tratamiento y recorres un largo pasillo con todas las habitaciones abiertas, donde te ves reflejada en unas semanas. Lo que más impresiona la primera vez es sentarte en el sillón de tratamiento. Una vez finalizado el primer tratamiento te explican los efectos secundarios y te dan una hoja con la pauta de la medicación y un teléfono de contacto. Ir al hospital de día no es muy divertido, tienes que estar allí horas, después de un día que ha empezado con la analítica a las 7.30h. A veces tu compañero de habitación no es lo que necesitas, su estado no es como el tuyo, no siempre tienes ganas de hablar y sabes que el tema siempre es el mismo.

## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



*Las enfermeras del hospital de día son un puntal básico en este proceso. Son cariñosas, tienen habilidades comunicativas, y en todo momento saben lo que necesitas, pero no todo depende de ellas. A veces cambios de horarios de última hora pueden representar un problema. Aunque el paciente esté de baja, sus acompañantes no y hacen un gran esfuerzo por aunar horario laboral con los largos tratamientos.*

El siguiente paso es prepararte para los efectos de la quimio: buscar una peluca, pañuelos, turbantes o sombreros. Os invito a ir a una tienda especializada. Vivo en una ciudad con una gran oferta comercial y gracias a ello pude encontrar todo lo que necesitaba, sin tener que recurrir exclusivamente a centros especializados en cáncer de mama. Los pacientes en estos momentos, están de baja y tienen que hacer frente a muchos gastos extra, durante al menos varios meses.

*Por eso quiero recordar que hay que tener cuidado con las recomendaciones. Antes de mencionar una marca, explicad lo que es realmente necesario, por ejemplo si necesitamos cremas hidratantes, el requisito es que no lleven alcohol y no hace falta que sea una crema de venta exclusiva en farmacias.*

### LA RADIOTERAPIA

Cuando empecé la radioterapia me aconsejaron usar sujetadores 100% algodón y sin aros, ( los que llevaba me apretaban demasiado ), cremas de alta hidratación, dejar de usar desodorante y protección solar. En cada sesión de radioterapia me indicaban un tópico. Pero fue gracias a la experiencia de otras pacientes que supe que me podía poner una gasa de algodón entre la piel y el sujetador, utilizar aceite de oliva como hidratante o que la planta de aloe calmaba las irritaciones.

### LA BRAQUITERAPIA

Y el tratamiento finalizó con la braquiterapia, cosa que me aterraba. Mi radioterapeuta me explicó que estaría dormida y que no notaría dolor durante la colocación de las semillas, pero lo que a mi me asustaba era estar tres días sola en una habitación de hospital.

Una mañana durante las curas de radioterapia, la enfermera se dio cuenta de que la “braqui” me abrumaba. No le quito importancia al tratamiento, sabía que era duro, pero le dio la vuelta, me dijo: “Tómalo como una cura de sueño. En la habitación es muy difícil concentrarte, así que llévate lectura ligera, revistas y alguna maquinita de entretenimiento. Te pasará volando.” Y así fue. Entre el teléfono, la televisión y las revistas no me dio tiempo a pensar.

*Del consejo de la enfermera pude concluir que a veces nos obstinamos en explicar ciertas cualidades de una tratamiento y sin embargo las preocupaciones del paciente son otras.*

Después de la braquiterapia llegaba un tiempo para relajarme y recuperar las fuerzas que había perdido con los tratamientos de esta primera fase.

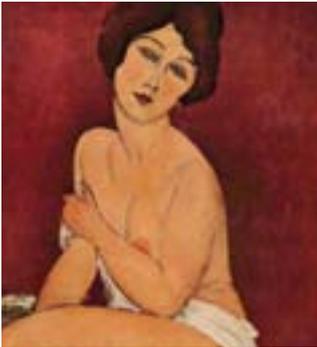
Pero aquí no acaba la historia. Empieza una nueva normalidad en la que además de volver al trabajo tienes que incluir otros nuevos aspectos en tu vida, como tratamientos (tamoxifeno, inhibidores de la aromataasa), controles, prohibiciones (embarazo, soja, hormonas), precauciones (con respecto al linfedema).

Los controles siguen causándome una gran ansiedad. La sombra del cáncer vuelve a planear por mi cabeza, ahora sé a lo que me enfrento y no quisiera volverlo a sufrir.



## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



### CONCLUSIONES

La medicina y los profesionales están en constante evolución. Pero muchas veces se olvida que los pacientes también. Como pacientes cada vez estamos mejor informados, demandamos una atención más personalizada y queremos formar parte de la toma de decisiones. Como paciente y profesional tengo la sensación de que las cosas se hacen bien, pero creo que aun se pueden mejorar.

Muchas de las mejorías dependen de nuestros superiores y políticos. Los técnicos y enfermeras, por nuestra proximidad al paciente, podemos mejorar sutilezas que no dependen de agendas ni presupuestos y que los pacientes pueden vivir como una gran ayuda.

Detalles como cuidar nuestras expresiones, informar al paciente y al cuidador, respetar los horarios, dar mensajes de ánimo, pueden hacer cambiar muchas de las sensaciones de los pacientes.

## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



## Impacte del diagnòstic càncer de mama en dones joves amb fills

Jordi Cols Guitart

Infermer del Servei d'Oncologia  
Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa  
Fundació Althaia

### INTRODUCCIÓ

A Catalunya el càncer de mama representa la primera causa de tots els tumors de la dona, la tendència és que augmenti la incidència i disminueixi la mortalitat. Quan una dona es diagnosticada de càncer tant ella com els seus familiars poden reaccionar diferent. A la nostra societat les mames són símbol de feminitat i de sexualitat, al extirpar-se hi ha un canvi d'imatge corporal que pot provocar disminució de l'autoestima, generant sentiments d'inseguretat i de mutilació.

### OBJECTIUS

Analitzar l'impacte del diagnòstic càncer de mama en dones joves que tenen fills, i veure com influeix la malaltia en el canvi de rols des de la seva percepció.

### METODOLOGIA

El tipus d'estudi es qualitatiu, descriptiu, exploratori i retrospectiu. Van participar-hi vuit dones diagnosticades l'any 2006 o be principis del 2007. Les entrevistes es van realitzar a l'abril del 2007, van ser semiestructurades i amb una durada de 45 min a 60 min. Es van fer a la Fundació Althaia. Es va garantir l'anonimat. Els criteris d'inclusió van ser: dones amb fills menors de 16 anys, sotmeses a cirurgia parcial o total de mama, que estiguessin en remissió de la malaltia i/o haver finalitzat recentment el tractament de quimioteràpia.

### RESULTATS

**Rol familiar:** Van tenir suport per part de la família. La figura de la mare i la germana van ser importants, necessitaven que la família les veiés bé. Aquests en van tenir que implicar i ajudar.

**Rol laboral:** Totes estaven en actiu, algunes van tenir suport d'empresaris i companys, totes van agafar la baixa, algunes van ser acomiadades.

**Rol Social:** Van comunicar el diagnòstic als amics i van rebre suport, van patir aïllament social breu, van tenir que suspendre activitats esportives i de lleure.

**Rol de parella:** Hi va haver diferències entre parelles estables i inestables, algunes dones van tenir que donar suport al marit, van necessitar molta comunicació, la parella es va tenir que implicar en el procés.

**Sexualitat:** Va disminuir la qualitat i la freqüència de les relacions sexuals, va disminuir el desig sexual, van tenir rebuig per el seu cos i va disminuir l'autoestima.

**Imatge corporal:** Van patir canvis físics i psicològics.

**Rol de mare / Comunicació amb els fills:** Van donar la informació de manera gradual i adient per l'edat, i de la millor manera que van saber, sempre en positiu i amb esperança de curació, no van utilitzar mai la paraula càncer, hi va haver bona acceptació per part dels fills.

**FUJIFILM**

**BAIRD**

**Carestream**

**Cephalon**

**AstraZeneca**  
Oncology

**Pfizer Oncologia**

GE Healthcare

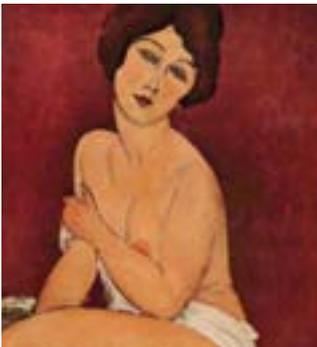




## **XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE**

---

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



### CONCLUSIONS

Tots els rols van quedar afectats, va disminuir l'autoestima, els amics i familiars es van tenir que implicar, hi va haver alts i baixos durant la malaltia, van precisar de temps d'adaptació, es va generar esperit de lluita i col.laboració.

## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



## El embarazo después de un tratamiento de cáncer de mama.

Octavi Córdoba  
Servei de Ginecologia  
Hospital Vall d'Hebron

El número de mujeres que se embarazan pasados los 35 años ha aumentado en más del 35% durante las últimas dos décadas<sup>1</sup>. Esto implica que en muchas ocasiones las pacientes a las que diagnosticamos de cáncer antes de los 36 años no han completado su deseo genésico y muchas ni si quiera lo han iniciado.

Según datos recientes, la incidencia de cáncer de mama ha disminuido globalmente en España excepto en el grupo de pacientes por debajo de los 45 años<sup>2</sup>. Por ello cada vez toman mayor importancia las diferentes técnicas encaminadas a preservar la fertilidad de estas pacientes<sup>3</sup>. Sin embargo, preservar la fertilidad y permitir un embarazo puede suponer un dilema<sup>4,5</sup> ya que el embarazo es un periodo hiperestrogénico que podría empeorar el pronóstico de estas pacientes.

El embarazo antes de los 30 años disminuye el riesgo a padecer cáncer de mama<sup>6</sup> por lo que consideramos que tiene un efecto protector. Pero el diagnóstico de cáncer de mama en los dos años después del embarazo confiere un empeoramiento del pronóstico<sup>7,8</sup>. Por lo que cabe preguntarse cómo afectará el embarazo el pronóstico de las pacientes previamente diagnosticadas de cáncer de mama.

En las pacientes con menos de 36 años los tumores que expresan receptores hormonales positivos tienen peor pronóstico<sup>9</sup>.

Los estudios publicados hasta la fecha han observado que el embarazo no altera el pronóstico del cáncer de mama<sup>10,11</sup>. Incluso algunos estudios han mostrado un mejor pronóstico de las pacientes con gestación posterior<sup>12-17</sup>. La mayoría de estudios se han realizado a partir de estudios poblacionales por lo que queda la duda de que tal vez las pacientes que se embarazan presentan factores pronósticos favorables, el que se ha denominado "healthy mother effect". Aún así dado y que todos los estudios indican que embarazo posterior al cáncer de mama no empeora el pronóstico e incluso quizás lo mejora, cabe preguntarse si el efecto "protector" que confiere el embarazo sobre el riesgo de cáncer de mama en pacientes sanas<sup>6,18</sup> también se presenta después del cáncer de mama y hace que el cáncer mejore su curso.

Un aspecto especialmente importante es saber si el embarazo posterior influye de igual manera a las pacientes con receptores hormonales positivos o negativos. La mayoría de publicaciones sobre gestación después de cáncer de mama no han analizado este factor<sup>11,17,19</sup>. Saber si el efecto pronóstico es diferente es especialmente crucial si tenemos en cuenta que en las pacientes con menos de 36 años los tumores que expresan receptores hormonales positivos tienen peor pronóstico<sup>9</sup>. Posiblemente porque en estas pacientes perdura el estímulo estrogénico. Esto se ve apoyado por dos hechos que mejoran el pronóstico de las pacientes premenopáusicas: la amenorrea quimioinducida<sup>20</sup> y el tratamiento supresor ovárico<sup>21</sup>.

FUJIFILM

BAIRD

Carestream

Cephalon

AstraZeneca  
Oncology

Pfizer Oncología

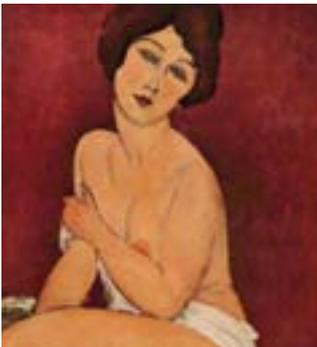
GE Healthcare





## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



A las pacientes con receptores hormonales positivos se les administra Tamoxifeno durante 5 años lo que provoca un retraso en la concepción. El tratamiento durante cinco años puede provoca una disminución de la fertilidad en estas pacientes lo qual configurara un sesgo. Por ello debemos seguir analizando con mucha cautela cómo afecta el embarazo a las pacientes con RH positivos y seguir recomendado finalizar el tratamiento con Tamoxifeno durante 5 años, antes de quedarse embarazada.

Series europeas han observado un elevado porcentaje de gestaciones interrumpidas después del tratamiento del cáncer de mama<sup>12;13</sup>. Posiblemente este alto número de gestaciones no deseadas se deba a la baja percepción de riesgo de embarazo que tienen las pacientes. Habitualmente las pacientes presentan un elevado número de ciclos menstruales anómalos e incluso periodos de amenorrea<sup>22</sup> tras el tratamiento con quimioterapia<sup>23</sup> y especialmente durante el tratamiento con tamoxifeno. Estos periodos de amenorrea pueden ser falsamente interpretados como una falsa menopausia, cuando de hecho las pacientes pueden tener ovarios hiperactivos<sup>24</sup>. Más de una cuarta parte del las pacientes pueden recuperar la función incluso después de comprobar hormonalmente la supresión ovárica al introducir inhibidores de la aromataza<sup>25</sup>. Por ello es de capital importancia advertir a las pacientes del riesgo de embarazo incluso cuando presenten amenorrea.



## XV JORNADA SOBRE EL CÀNCER DE MAMA: CÀNCER DE MAMA EN LA DONA JOVE

Hospital del Mar  
Divendres/Viernes  
07/10/2011



### Referencias bibliogràfiques

- <sup>1</sup> Ventura SJ, Abma JC, Mosher WD, Henshaw SK. Estimated pregnancy rates by outcome for the United States, 1990-2004. *Natl Vital Stat Rep* 2008; 56(15):1-25, 28.
- <sup>2</sup> Pollan M, Pastor-Barriuso R, Ardanaz E, Arguelles M, Martos C, Galceran J et al. Recent changes in breast cancer incidence in Spain, 1980-2004. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(22):1584-1591.
- <sup>3</sup> Jeruss JS, Woodruff TK. Preservation of fertility in patients with cancer. *N Engl J Med* 2009; 360(9):902-911.
- <sup>4</sup> Krychman ML, King T. Pregnancy after breast cancer: a case study resolving the reproductive challenge with a gestational surrogate. *Breast J* 2006; 12(4):363-365.
- <sup>5</sup> Gerber B, Dieterich M, Moller H, Reimer T. Controversies in preservation of ovary function and fertility in patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2008; 108(1):1-7.
- <sup>6</sup> Lambe M, Hsieh CC, Chan HW, Ekblom A, Trichopoulos D, Adami HO. Parity, age at first and last birth, and risk of breast cancer: a population-based study in Sweden. *Breast Cancer Res Treat* 1996; 38(3):305-311.
- <sup>7</sup> Wohlfahrt J, Andersen PK, Mouridsen HT, Melbye M. Risk of late-stage breast cancer after a childbirth. *Am J Epidemiol* 2001; 153:1079-1084.
- <sup>8</sup> Whiteman MK, Hillis SD, Curtis KM, McDonald JA, Wingo PA, Marchbanks PA. Reproductive history and mortality after breast cancer diagnosis. *Obstet Gynecol* 2004; 104(1):146-154.
- <sup>9</sup> Aebi S, Gelber S, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, Collins J, Thurlimann B et al. Is chemotherapy alone adequate for young women with oestrogen-receptor-positive breast cancer? *Lancet* 2000; 355(9218):1869-1874.
- <sup>10</sup> von Schoultz E, Johansson H, Wilking N, Rutqvist LE. Influence of prior and subsequent pregnancy on breast cancer prognosis. *J Clin Oncol* 1995; 13(2):430-434.
- <sup>11</sup> Velentgas P, Daling JR, Malone KE, Weiss NS, Williams MA, Self SG et al. Pregnancy after breast carcinoma: outcomes and influence on mortality. *Cancer* 1999; 85(11):2424-2432.
- <sup>12</sup> Cordoba O, Belet M, Vidal X, Cortes J, Llorba E, Rubio I et al. Pregnancy after Treatment of Breast Cancer in Young Women does not Adversely Affect the Prognosis. *Breast*. In press.
- <sup>13</sup> Kroman N, Jensen MB, Wohlfahrt J, Ejlersen B. Pregnancy after treatment of breast cancer IGC A population-based study on behalf of Danish Breast Cancer Cooperative Group. *Acta Oncologica* 2008; 47(4):545-549.
- <sup>14</sup> Blakely LJ, Buzdar AU, Lozada JA, Shullaih SA, Hoy E, Smith TL et al. Effects of pregnancy after treatment for breast carcinoma on survival and risk of recurrence. *Cancer* 2004; 100(3):465-469.
- <sup>15</sup> Ives A, Saunders C, Bulsara M, Semmens J. Pregnancy after breast cancer: population based study. *BMJ* 2007; 334(7586):194.
- <sup>16</sup> Gelber S, Coates AS, Goldhirsch A, Castiglione-Gertsch M, Marini G, Lindtner J et al. Effect of pregnancy on overall survival after the diagnosis of early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19(6):1671-1675.
- <sup>17</sup> Mueller BA, Simon MS, Deapen D, Kamineni A, Malone KE, Daling JR. Childbearing and survival after breast carcinoma in young women. *Cancer* 2003; 98(6):1131-1140.
- <sup>18</sup> Russo J, Moral R, Balogh GA, Mailo D, Russo IH. The protective role of pregnancy in breast cancer. *Breast Cancer Res* 2005; 7(3):131-142.
- <sup>19</sup> Kroman N, Jensen MB, Melbye M, Wohlfahrt J, Mouridsen HT. Should women be advised against pregnancy after breast-cancer treatment? *Lancet* 1997; 350(9074):319-322.
- <sup>20</sup> Walshe JM, Denduluri N, Swain SM. Amenorrhea in premenopausal women after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24(36):5769-5779.
- <sup>21</sup> Goel S, Sharma R, Hamilton A, Beith J. LHRH agonists for adjuvant therapy of early breast cancer in premenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD004562.
- <sup>22</sup> Buijs C, Willemse PH, de Vries EG, Ten Hoor KA, Boezen HM, Hollema H et al. Effect of tamoxifen on the endometrium and the menstrual cycle of premenopausal breast cancer patients. *Int J Gynecol Cancer* 2009; 19(4):677-681.
- <sup>23</sup> Bines J, Oleske DM, Cobleigh MA. Ovarian function in premenopausal women treated with adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 1996; 14(5):1718-1729.
- <sup>24</sup> Mourits MJE, de Vries EGE, ten Hoor KA, van der Zee AGJ, Willemse PHB. Beware of Amenorrhea During Tamoxifen: It May Be a Wolf in Sheep's Clothing. *J Clin Oncol* 2007; 25(24):3787-378a.
- <sup>25</sup> Smith IE, Dowsett M, Yap YS, Walsh G, Lonning PE, Santen RJ et al. Adjuvant Aromatase Inhibitors for Early Breast Cancer After Chemotherapy-Induced Amenorrhoea: Caution and Suggested Guidelines. *J Clin Oncol* 2006; 24(16):2444-2447.