A woman with dark hair tied back, wearing a light-colored, sleeveless dress, is sitting on a rustic wooden bridge. She is looking off to the side with a thoughtful expression, her hand resting on her chin. The bridge is made of weathered wooden logs and extends into the distance over a body of water. The background is a bright, hazy sky, suggesting a sunset or sunrise. The overall mood is contemplative and serene.

Ante todo...

Tú;

*Manual
Informativo
sobre Cáncer
de Mama*

AOCAM
"Santa Agueda"

ELABORACIÓN: Asociación Onubense de Cáncer de Mama "Santa Águeda".

COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN CIENTÍFICA: Juan Lucas Bayo Calero.

AUTORES:

- Juan L. Bayo Calero; Unidad de Oncología Médica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva (HJRJ).
- Diego A. Ladrero Madrid ; Jefe Unidad de Cirugía Mamaria H.J.R.J
- Eloisa Bayo Lozano; Unidad de Radioterapia. HJRJ.
- Miguel Martín Jiménez; Unidad de Oncología Médica H. Clínico de Madrid. Presidente de GEICAM.
- Ana LluchHernández; Servicio de Oncología Médica. H. Clínico de Valencia.
- Carolina Palomar Mingorance; Fisioterapeuta. Unidad de Linfedema de AOCAM "Santa Águeda" Huelva.
- Cinta Mariano Gil, Psicóloga.
- Nuria Díaz Cruzado, M^a Teresa Fernández Suárez, Isabel M^a Macías Solve; Equipo interdisciplinario AOCAM "Santa Águeda".

EDICIÓN: Asociación Onubense de Cáncer de Mama "Santa Águeda".

AÑO: 2005

ISBN-10: 84-689-3840-8

ÍNDICE

4	PROLOGO
5-10	CAP. 1 CONCEPTO DEL CÁNCER DE MAMA FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.
11-18	CAP. 2 DIAGNOSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS. FASES DE LA ENFERMEDAD. EL ENSAYO CLÍNICO EN CÁNCER DE MAMA.
19-32	CAP. 3 FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. SEGUIMIENTO CLÍNICO
	3.a- Tratamiento quirúrgico
	3.b- Radioterapia
	3.c- Quimioterapia
	3.d- Hormonoterapia
	3.e- Inmunoterapia
	3.f- Esquemas de tratamiento.
33-41	CAP. 4 LINFEDEMA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.
42-53	CAP. 5 PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA.
	5.a- Pronóstico de la enfermedad
	5.b- Secuelas y como afrontarlas
	5.c- Alteraciones psicosociales en la paciente
	5.d- Normas de alimentación
	5.e- Consejos prácticos
54-74	CAP.6 RECURSOS DISPONIBLES EN LA PROVINCIA DE HUELVA.
	6.a- Recursos sanitarios
	6.b- Recursos sociales y asociativos
	6.c- Otros recursos
75-78	ANEXO I DIRECCIONES DE INTERÉS.
79	ANEXO II MATERIAL BIBLIOGRÁFICO.

PROLOGO

Tengo la satisfacción de prologar la primera Guía de Recursos en la ciudad de Huelva, dirigida especialmente a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Este manual es un libro de consulta para orientar a la persona afectada de cáncer de mama sobre diagnóstico, tratamiento, linfedema, recursos, etc..., con la participación de Médicos especialistas del Hospital Onubense "Juan Ramón Jiménez" y del Hospital Clínico de Valencia, el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama "GEICAM" y los técnicos de la Asociación Onubense de Cáncer de Mama "Santa Águeda".

La elaboración de este manual informativo es un claro ejemplo de nuestro interés por colaborar con toda la población afectada por la enfermedad de Huelva y Provincia, haciendo que el futuro de las mujeres intervenidas de cáncer de mama signifique poder incorporarse lo antes posible a una vida normalizada tanto en lo social, laboral, familiar, afectivo, psicológico, médico, etc...

Confío en que el manual os ayude a conocer mejor la enfermedad, con el deseo de dar respuesta a las dudas de una gran parte de las mujeres de Huelva.

Rosario Venegas Gutiérrez
(Presidenta Asociación Onubense de Cáncer de Mama)

CAPITULO 1. "CONCEPTO DEL CÁNCER DE MAMA. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN"

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama (CM) se origina en los tejidos normales de la mama ya sea en los conductos galactóforos (conductos transportadores de leche que van confluyendo hacia el pezón) provocando el carcinoma ductal o en los lóbulos donde se produce la leche, provocando el carcinoma lobulillar. Estas células tras ser afectadas



de forma repetida por diversos estímulos (químicos, hormonales, etc.), acaban sufriendo mutaciones, es decir, alteraciones en su ADN, y por tanto se transforman en células neoplásicas. En principio forman un **carcinoma no infiltrante** o "in situ", pero si siguen reproduciéndose y logran traspasar la membrana que las rodea, infiltrando la grasa y los conductos mamarios, se convierte en **carcinoma infiltrante**. En esta fase el tumor podría diseminarse a través de vasos linfáticos provocando metástasis ganglionares o a través de vasos sanguíneos provocando metástasis en otros órganos (principalmente en hueso, pulmón e hígado). En algunas ocasiones el tumor infiltrante sigue creciendo durante mucho tiempo, alcanza a la piel y retrae el pezón, siendo inoperable, se trata del **carcinoma localmente avanzado**. Existe una rara variante de este último tipo que es de muy rápido crecimiento y provoca una tumefacción roja, caliente y dura de toda la mama así como alteraciones del pezón y cutáneas (piel de naranja; gruesa y arrugada), se trata del **carcinoma inflamatorio**.

EPIDEMIOLOGIA

Respecto a su epidemiología el CM es el tumor más frecuente en el sexo femenino, ocupando también el primer lugar en las causas de muerte por tumor en la mujer. En España se diagnostican unos 15000 casos anuales y se registran unas 6000 muertes por esta enfermedad. La tasa anual de incidencia (TI) se sitúa en torno a 50 casos por cada 100.000 habitantes (hb.) Considerándose cifras medias en relación al norte de Europa o USA que son prácticamente el doble. La Tasa bruta de mortalidad anual por CM oscila entre 15-20 por 100.000 hb. Las cifras de nuestra provincia revelan una incidencia y mortalidad ligeramente inferiores que la media nacional; así en el año 2002 se diagnosticaron 178 casos; lo que supone unos 40 por cada cien mil habitantes, y se produjeron 50 fallecimientos por esta causa, sobre unos 11 por cien mil habitantes. Actualmente la incidencia de esta enfermedad tiende a seguir aumentando y la mortalidad está descendiendo. Podría decirse que aproximadamente una de cada 12 mujeres contraerá CM a lo largo de su vida. El aspecto más positivo es que la supervivencia de este tumor ha mejorado considerablemente en los últimos años situándose en torno al 70%.

Respecto al sexo, obviamente se trata de un tumor femenino, aunque puede darse en el hombre con una frecuencia del 1-3%. Puede surgir a cualquier edad de la mujer desde su juventud a la senectud, y la edad media se sitúa actualmente en 55 años en claro descenso desde hace ya varios años.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo favorecedores en la iniciación y posterior desarrollo de este tumor, pueden dividirse en 4 grupos:

1.- Factores Ambientales:

- La obesidad
- El consumo de alcohol y tabaco
- El sedentarismo



- Dieta rica en grasas animales
- Exposición a radiaciones o tratamiento con radioterapia previo

2.- Factores Hereditarios;

- Familiares en primer grado afectas de CM (madre, hermana o hija); suele duplicar el riesgo de la población normal. Este riesgo puede incrementarse aún más si se dan algunas de las siguientes condiciones en los antecedentes familiares; que los antecedentes en primer grado sean 2 ó más, que exista también cáncer de ovario, que el diagnóstico fuese antes de los 35 años o si se trataba de un tumor bilateral.

- Alteraciones genéticas (BRCA $\frac{1}{2}$) determinadas por estudios especiales en mujeres de alto riesgo.

3.- Factores Hormonales;

- Edad temprana de la primera regla (<12 años) y menopausia tardía (>55 años).
- No tener hijos o tener el primero a edad tardía (por encima de los 30 años).
- No dar lactancia (aunque hoy en día es excepcional aplicar largos periodos de lactancia).
- Exposición a tratamientos hormonales de forma duradera (anticonceptivos, estrógenos en menopausia, etc.).

4.- Otros factores;

- Algunas alteraciones benignas de la mama como la hiperplasia atípica, o las microcalcificaciones, así como la realización de biopsias mamarias.
- Raza blanca.
- Aumento en la densidad mamaria.
- El haber padecido la enfermedad, confiere un mayor riesgo para un nuevo

PREVENCIÓN

Puede realizarse prevención de varias formas. En primer lugar puede actuarse sobre los factores de riesgo evitando así la aparición de la enfermedad (**prevención primaria**); se actúa sobre los factores ambientales promoviendo una vida más saludable, evitando los tratamientos hormonales, favoreciendo la lactancia etc. Respecto al riesgo genético se efectúa lo que se ha dado en llamar el Consejo Genético que se trata de calcular el riesgo de cada mujer según las alteraciones bioquímicas detectadas en los análisis, y así sugerir distintas actitudes preventivas. Según cada caso puede indicarse desde sólo vigilancia periódica de la mujer hasta incluso la mastectomía profiláctica o preventiva en situaciones especiales.

Otra forma de prevención primaria es la **quimioprofilaxis** que consiste en la administración de fármacos, generalmente hormonales, en mujeres de riesgo durante un tiempo determinado, para disminuir las posibilidades de que desarrollen la enfermedad.

Actualmente la estrategia que ha tenido más resultados y mayor implantación es la **prevención secundaria o diagnóstico precoz**; es decir la detección de la enfermedad en las fases precoces, cuando tiene un tratamiento muy asequible y un buen pronóstico. Para ello se han utilizado diferentes métodos siendo los más conocidos la exploración mamaria y la mamografía. Nuestra provincia está incluida en el Programa de Detección Precoz del CM, puesto en marcha por la Consejería de Salud en 1995, y basado en la realización de mamografías bianuales a todas las mujeres censadas de edades comprendidas entre 45-65 años.

En general, para prevenir el CM, se podría hacer las siguientes recomendaciones a las mujeres:

- Hábitos de vida saludable.
- Modificaciones en los comportamientos reproductivos, en la medida de lo

posible. Dar lactancia siempre que se pueda y evitar tratamientos hormonales prolongados.

- Practicar la autoexploración mamaria* y acudir a su médico ante alguno de los **síntomas de alarma** (aparición de un bulto en mama o axila, modificación de la piel o retracción del pezón, secreción anómala por pezón, y dolor en la mama de forma no cíclica menstrual).

- Colaborar con los Programas de Diagnóstico Precoz.

- Realizar vigilancia especial en caso de que exista alto riesgo de contraer la enfermedad.

- Consultar con su médico de familia o especialista ante cualquier duda.

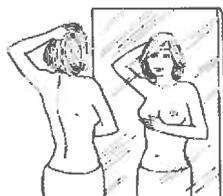
AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA*

Se realizará una vez al mes, después del periodo menstrual.

Frente al espejo:

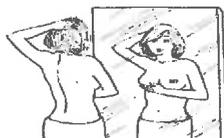
Observa el aspecto de las mamas (contorno, tamaño, alteraciones de la superficie, tales como hinchazones, hoyuelos, erupciones cutáneas, cambio de color de la piel o si cualquiera de los pezones se vuelve hacia adentro).

Realiza cuatro pruebas: con los brazos colgando a cada lado, con los brazos en alto encima de la cabeza, con los brazos en jarra e inclinándote hacia delante.

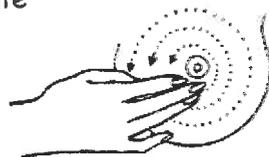


Acostada:

Acuéstate sobre tu espalda y coloca una toalla doblada o una almohada debajo de tu hombro derecho y lleva tu mano derecha hasta la cabeza. Entonces con los dedos de la mano izquierda, manteniéndolos unidos y planos, presionando ligeramente explora tu mama derecha. Desliza simplemente los dedos en sentido circular, comenzando con los círculos amplios y cerrándolos progresivamente hasta terminar en el pezón.



Baja el brazo y realiza una palpación hacia la axila, pues habrá aflojado la tirantez y podrás buscar más fácilmente alguna dureza o anomalía.



Ahora explora de igual forma la mama izquierda.

Sentada o en la ducha:

Repetir el mismo procedimiento manteniendo la mano elevada detrás de la nuca.

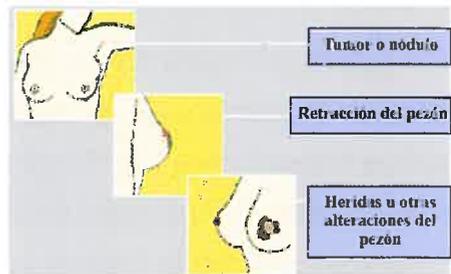
Finalmente:

Apriétate los pezones suavemente para comprobar si hay sangre o cualquier secreción que no tengas normalmente. Asegúrate que la parte superior de tus brazos no estén hinchados.

CAPITULO 2. "DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS. FASES DE LA ENFERMEDAD. EL ENSAYO CLÍNICO EN CÁNCER DE MAMA"

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas son variables en función de la fase de la enfermedad en que se diagnostique. Así afortunadamente cada vez es más frecuente que el diagnóstico se haga radiológicamente en una mamografía



rutinaria o de "screening", sin que haya llegado a dar ningún síntoma clínico. Otras veces la mujer se nota un nódulo que es distinto (duro, indoloro, de rápido crecimiento, sin afectarse por las reglas) a otros glandulares que haya tenido en otras ocasiones. A veces la manifestación inicial es un ganglio axilar que puede o no acompañar a un nódulo mamario. También puede manifestarse el CM en forma de secreción por el pezón que suele ser caprichosa, unilateral y serosanguinolenta. En tumores inflamatorios o localmente avanzados puede observarse una gran afectación cutánea con enrojecimiento, piel de naranja y retracción del pezón. Y si la paciente no consulta puede llegarse a producirse grandes úlceras infectadas. Por último existe un 5% de los casos en que la enfermedad debuta por la afectación general que las metástasis han provocado (insuficiencia respiratoria, fracturas óseas, etc.)

DIAGNÓSTICO DEL CM.

Respecto al diagnóstico, hay que comentar que éste se basa en tres pilares que son; la exploración clínica, el estudio radiológico (mamografía, ecografía o resonancia) y el estudio patológico (citologías, biopsias). Combinando estos métodos se puede llegar al diagnóstico definitivo.

Cuando existe un nódulo o una zona indurada que quiera estudiarse, esta puede hacerse por citología obtenida por punción de aguja fina (PAFF) o con aguja gruesa (Trucut), en caso de duda puede procederse a una biopsia intraoperatoria. En ocasiones es necesario que el radiólogo proceda a marcar con un instrumento metálico (arpón) la zona que se quiere biopsiar para que el cirujano encuentre y pueda extirpar todo el área sospechosa (que coincide con la marcada con el arpón), a esta técnica de biopsia dirigida por arpón se le denomina cirugía por esteroataxia.

Una vez llegado al diagnóstico inicial, se procederá a realizar la técnica quirúrgica adecuada. Posteriormente el patólogo emitirá el diagnóstico definitivo donde constarán todos los datos relativos a las características biológicas del tumor. Así por ejemplo y con ánimo de ayudar a nuestras pacientes a entender mejor su diagnóstico, el informe que el patólogo emite de una biopsia de CM siempre incluirá a un carcinoma que...:

- Según tipo celular; ductal (75%), lobulillar (20%), medular y otros (5%).
- Si es infiltrante o in situ (no infiltrante).
- El tamaño medido en centímetros.
- El estado de los márgenes quirúrgicos.
- El grado histológico de agresividad (I, II, III).

- La cantidad de **ganglios** extirpados y los que estaban afectados por la enfermedad.
- El porcentaje de positividad de los **receptores hormonales** (estrógeno y de progesterona). Son moléculas que reconocen a las hormonas.
- La situación de la **proteína HER-2** (herceptest). Proteína que activa el crecimiento tumoral. Se detecta en el 20-25% de los casos.
- Otros factores histológicos; infiltración vascular, linfática o Neural, Ki 67, % componente intraductal, etc...

FASES DE LA ENFERMEDAD. FACTORES PRONÓSTICOS

Superada la fase quirúrgica, la paciente es remitida a las consultas de oncología, donde entre otras actuaciones se solicitará el **estudio diagnóstico de extensión**; que consiste en la realización de unas determinadas pruebas (analítica básica con marcadores tumorales + RX tórax, y en caso de ganglios positivos se añaden TAC o Eco hepática y Gammagrafía ósea) para poder detectar el alcance de la enfermedad y la estadificación (fase de la enfermedad) definitiva. Con ello podrá hacerse también una primera aproximación pronóstica.

El oncólogo recogerá todos estos datos en una historia clínica y tras valorar el estudio de extensión establecerá la fase de la enfermedad (según el sistema TNM y de Estadificación).

Sistema TNM en Cáncer de Mama "Sexta Edición"

T= Expresa el Tamaño del tumor

T1; Tumor < 2 cm. /T2; 2-5 cm. /T3; > 5 cm. /T4 ; El tumor

afecta a los tejidos de alrededor (piel, pezón, pared costal).

N= Se refiere a la situación de los ganglios axilares.

N0= Significa que los ganglios linfáticos están libres de tumor.

N1= Existencia de metástasis en 1-3 ganglios axilares.

N2= Existencia de metástasis en 4-9 ganglios axilares.

N3= Existencia de metástasis en >9 ganglios axilares, o en algún ganglio supraclavicular.

M = Representa la posibilidad de que existan metástasis en otros órganos.

M0= No existen metástasis en ningún órgano.

M1= Existencia de metástasis en uno o más órganos (ósea, hepática, pulmonar, cutánea, cerebral, etc.)

Habitualmente se hace esta clasificación tras la cirugía, llamándose también pTNM.

Según la combinación de los valores TNM se establece las Fases o Estadios de la enfermedad:

Estadio I; El tumor es menor de 2 cm. y no afecta a los ganglios.

Estadio IIA; El tumor mide menos de 2 cm. pero afecta a de 1-3 ganglios axilares, o un tumor entre 2-5 cm. sin afectación de ningún ganglio.

Estadio IIB; Un tumor entre 2-5 cm. con afectación de 1-3 ganglios, o un tumor mayor de 5 cm. sin afectación ganglionar.

Estadio IIIA; Un tumor mayor de 5 cm. con afectación de 1-3 ganglios, o menor de 5 cm. pero con afectación de 4-9 ganglios.

Estadio IIIB; Cualquier tumor localmente avanzado e inoperable por afectación de tejidos vecinos (T4).

Estadio IIIC; Cualquier tumor con afectación de > 9 ganglios axilares o alguno supraclavicular.

Estadio IV; Existencia de metástasis a distancia.

Factores Pronósticos del CM:

- Estadio o Fase de la enfermedad.
- Edad; peor pronóstico < 35 años.
- Tipo de tumor; Medular y lobulillar mejor pronóstico.
- Grado Histológico; Grado III peor pronóstico.
- Tamaño tumoral.
- Afectación Ganglionar; Si existe o no y en que cuantía.
- Estado de Receptores Hormonales; Si son positivos mejor pronóstico, ya que permite asociar tratamiento hormonal.
- Estado HER-2; Si es positivo es un factor de riesgo.
- Otros factores pronósticos; invasión vascular, etc.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y POSTERIOR SEGUIMIENTO DEL CM.

Teniendo en cuenta las consideraciones individuales de la paciente (antecedentes clínicos, contraindicaciones etc.), la edad, el estado menstrual, la fase de la enfermedad y otros factores, el médico planifica un esquema de tratamiento que habitualmente combina varias modalidades (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia). Habitualmente estos esquemas de tratamiento están protocolizados y responden a consensos internacionales, siendo de uso común en Europa y USA.

Es fundamental que antes de comenzar los tratamientos la mujer esté informada sobre su enfermedad, sobre su tratamiento con los efectos secundarios que este pueda producir y como combatirlos, así como acerca de su recuperación y normas básicas de calidad de vida. En este momento el trabajo del médico se refuerza en las consultas de

enfermería y siempre que sea necesario por el equipo de psicooncología. Los detalles referentes a estos tratamientos están incluidos en el capítulo correspondiente.

Seguimiento Clínico:

Una vez terminado el tratamiento oncológico, la paciente debe normalizar su vida retomando su actividad sociolaboral y familiar habitual. Clínicamente solo tendrá que acudir de forma periódica a las consultas de oncología para someterse a una revisión. Independientemente de estas citas, la mujer también deberá acudir siempre que surja algún signo de alarma que pudiera relacionarse con la enfermedad.

El Programa de Seguimiento suele ajustarse a las normas y recomendaciones internacionales, con mínimas variaciones locales. Así generalmente la periodicidad de las revisiones debe ser cada 3-6 meses los dos primeros años, cada 6 meses del 3º al 5º año y posteriormente anual hasta el alta. Una vez dada de alta la paciente por oncología, ésta mujer debería seguir control clínico y radiológico previsto de la mama contralateral, así como los exámenes ginecológicos que le correspondieran.

En cada visita se practicará la entrevista y la exploración clínica; en ausencia de signos de alarma, el tipo de estudios a practicar de forma rutinaria se restringe a una mamografía anual y en ocasiones alguna analítica. En casos de que existan signos o síntomas sospechosos, el médico decidirá ampliar el estudio con otras pruebas específicas (TAC, RX, gammagrafía, etc.).

Es recomendable también que la paciente sea revisada por su ginecólogo de forma anual, sobre todo en las pacientes con tratamiento hormonal. Durante el seguimiento y según los casos, también pueden

intervenir otros profesionales (psicooncólogos, cirujanos plásticos, traumatólogos, reumatólogos, fisioterapeutas, etc.).

IMPORTANCIA DEL ENSAYO CLÍNICO EN CÁNCER DE MAMA.

El ensayo clínico es el procedimiento por el que los nuevos medicamentos son probados en el ser humano, para comprobar su valor en el tratamiento de alguna enfermedad. En el momento actual, las autoridades sanitarias de la mayoría de los países (incluyendo las españolas) exigen que los nuevos medicamentos sean probados en el ser humano mediante ensayos clínicos bien realizados para aprobar su comercialización. Aun después de la comercialización de un medicamento, los Ensayos Clínicos con el mismo son necesarios para precisar más su verdadera utilidad. Los ensayos clínicos pueden estar diseñados por los propietarios de los fármacos (la Industria Farmacéutica) o por investigadores independientes o Grupos Cooperativos de investigadores. En España, los ensayos clínicos son sometidos a un estricto estudio por parte de los Comités Éticos de los Hospitales y del Ministerio de Sanidad antes de que sean aprobados. Este procedimiento garantiza que los pacientes que desean participar en un ensayo clínico no estén sometidos a ningún riesgo innecesario y reciban el mejor tratamiento posible.

Las pacientes con cáncer de mama que participan en un Ensayo Clínico tienen múltiples ventajas. En primer lugar, este Ensayo ha sido aprobado por uno o varios Comités Éticos y las Autoridades Sanitarias españolas, lo que garantiza que la paciente recibirá alguno de los mejores tratamientos disponibles. En palabras de Larry Einhorn, Presidente de la Sociedad Americana de Oncología Médica en 2001, *"El mejor tratamiento para un paciente oncológico es a menudo entrar en un ensayo clínico"*.

El Ensayo Clínico, además, garantiza que todas las modificaciones del tratamiento, frecuentes en Oncología, estén claramente establecidas de acuerdo con las normas más estrictas. Ello es probablemente la causa de los resultados encontrados en un estudio austriaco, en el que las mujeres con cáncer de mama que participaban en Ensayos Clínicos tenían un 5% más de supervivencia que las que no participaban, aunque éstas recibieran un tratamiento similar.

CAPITULO 3

" FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. SEGUIMIENTO CLÍNICO."

En este capítulo vamos a explicar de forma sencilla los tratamientos más usuales del CM. En todo caso, cada paciente podrá preguntar a los distintos especialistas o ampliar por otras fuentes, mayores detalles sobre cada una de estas modalidades terapéuticas. Las disciplinas de psicooncología y fisioterapia también serán tratadas, aunque en sus capítulos correspondientes, ya que tienen tanta importancia como el propio tratamiento médico.

El tratamiento médico del CM puede dividirse en dos grupos; el que intenta evitar la enfermedad local (mama, cicatriz, ganglios) llamado locorregional (cirugía y radioterapia), y el que intenta evitar que la enfermedad afecte a órganos a distancia del tumor mamario (metástasis ósea, hepática, etc.) llamado sistémico (quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia). Además como ya se ha comentado, estos tratamientos según el momento en que se apliquen pueden ser neoadyuvante (antes de la cirugía del tumor), adyuvante o complementario y paliativo (sin finalidad curativa).

3.a- Tratamiento quirúrgico

El objetivo es eliminar el cáncer de la mama y extirpar los ganglios de la axila (control locorregional).

1.- Cirugía conservadora

El objetivo es la extirpación del tumor con un margen de tejido sano y los ganglios axilares, manteniendo el resto de la mama. Se puede extirpar el tumor con un margen de tejido sano (tumorectomía ampliada o mastectomía segmentaria) o la extirpación de un cuadrante de tejido mamario que incluye el tumor (cuadrantectomía).



La cirugía conservadora siempre se complementa con un tratamiento de radioterapia postoperatoria. La cirugía conservadora se realizará siempre que sea posible (dependiendo de la localización, tamaño del tumor, tamaño de la mama etc.). Esta intervención es consensuada en la U.P. mamaria y con las pacientes.

2.- Mastectomía

El objetivo es la extirpación de la mama y los ganglios de la axila.

La mastectomía radical modificada es la técnica más empleada (Extirpación de la mama, ganglios de la axila y conservación de los músculos pectorales).



La mastectomía radical extirpando los músculos pectorales (tipo Halsted) es una intervención prácticamente abandonada en la actualidad salvo en los casos de afectación de los músculos pectorales.



La mastectomía radical modificada facilita la reconstrucción postmastectomía.

3.-Extirpación de los ganglios axilares

Los ganglios se extirpan porque es preciso conocer si el tumor se ha diseminado o no a los mismos, ya que el plan terapéutico variará en función de ello.

4.- Técnica del ganglio centinela

En casos seleccionados se puede emplear esta técnica cuyo objetivo es identificar el ganglio axilar sobre el que, en primer lugar, drena la mama. Si este ganglio está afectado por el tumor, es necesario realizar un estudio del resto de los ganglios de la axila. Si no está afectado se puede plantear la posibilidad de no realizar vaciamiento ganglionar axilar.

De esta manera, el riesgo de efectos secundarios derivados de la extirpación de los ganglios linfáticos es mínimo (serolinforreas, linfedema etc.).

No es necesaria la extirpación de los ganglios axilares en los tumores que no son infiltrantes (carcinomas "in situ").

5.-Mastectomía subcutanea

En algunos casos seleccionados y consensuados en la U.P. mamaria es posible quitar la glándula mamaria casi en su totalidad (80%-90% del tejido mamario) conservando la piel y el complejo areola-pezones y colocando una prótesis de gel de silicona.

Esta técnica se puede emplear en la mama contralateral (en pacientes ya operados de cáncer de mama), si se trata de pacientes con alto riesgo de padecerlo (hiperplasia atípica, neoplasia lobulillar etc.) y en algunas pacientes con tumores no infiltrantes (ca "in situ").

6.-Reconstrucción mamaria

La cirugía reconstructora puede realizarse de forma inmediata tras la mastectomía o bien de forma diferida, tras un intervalo de tiempo.

La decisión del momento de reconstrucción depende de las pautas de tratamiento oncológico y del consenso entre la propia paciente y sus cirujanos.

TIPOS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA:

1-Colocación de Implantes de Silicona.

Está indicada después de la mastectomía radical modificada cuando la calidad de la piel y músculos es adecuada (sea de forma inmediata o diferida).

2-Reconstrucción mediante Expansor Tisular.

Los expansores tisulares son prótesis que se hinchan con suero fisiológico permitiendo expandir gradualmente los tejidos de la zona de la mastectomía, con el fin de que puedan ser reemplazados de forma satisfactoria por una prótesis definitiva en otra intervención, como se indicó en el apartado anterior. Esta técnica es sencilla pero requiere varios meses para su realización, hasta alcanzar el volumen y la expansión de los tejidos deseados (el llenado de la prótesis con suero se hace de forma ambulatoria).

3.-Colgajos Miocutáneos (de piel y músculos)

Una zona de piel y músculos obtenidos de la pared de abdomen o de la espalda se traslada a la zona de la mastectomía y se injerta en dicha zona, manteniendo un pedículo de unión vascular con su zona de origen. Está indicado cuando la piel de la zona de mastectomía no puede

someterse a una expansión (bien por carencias de tejidos o por secuelas de la radioterapia).

3.b- Radioterapia

1.- ¿Que es la radioterapia?

La Radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza radiaciones ionizantes para eliminar las células tumorales en aquellas partes del organismo donde es aplicada. Las radiaciones usadas en radioterapia son parecidas a las que se emplean en los estudios radiológicos o de medicina nuclear y difieren solamente en que su energía es mucho mayor.



La radioterapia puede ser administrada como tratamiento exclusivo, en tumores sin operar, o bien antes o después de una intervención quirúrgica asociándose, en la mayoría de los casos, a quimioterapia, hormonoterapia u otros tratamientos.

Existen distintas **modalidades** de radioterapia dependiendo de la fuente de radiación y de cómo se aplique la misma.

Radioterapia externa: Utiliza radiaciones procedentes de una fuente de cobalto 60 o de un acelerador lineal (fotones/electrones). La radiación se aplica a través de la piel sin que la máquina entre en contacto con el paciente en ningún momento.

Braquiterapia: Consiste en colocar un material radiactivo en contacto con el tumor o dentro del mismo o en contacto con las zonas donde se sospecha que hayan podido quedar células tumorales tras la cirugía. Este material se retira pasado un tiempo (unas horas o pocos días)

sin que quede ningún resto de la sustancia en el organismo.

La modalidad de radioterapia más empleada es la externa. En la provincia de Huelva disponemos de un acelerador lineal y de una unidad de cobalto. La dosis y el tipo de radiación puede variar de un paciente a otro y serán determinados por su médico.

2.- ¿Que fases tiene el tratamiento?

PRIMERA VISITA

En esta visita su médico conocerá su historial, los exámenes que le han realizado y se hará una exploración física general y de la zona enferma. Es posible, además, que se solicite alguna prueba adicional si se considera necesario para su correcta evaluación.

SIMULACIÓN

Antes de iniciar la irradiación se llevarán a cabo una serie de procedimientos y cálculos, para preparar su tratamiento, de acuerdo con sus características personales y las de su enfermedad.

La simulación consiste en la localización exacta del área a tratar, en la misma posición en la que se va a realizar el tratamiento y utilizando los mismos sistemas de posicionamiento e inmovilización. En la simulación se diseña el tratamiento y se realizan varias radiografías o TAC para localización de la zona a tratar y los cálculos de la dosis adecuada de radiación. La Simulación tiene una duración variable, entre 30 y 60 minutos.

TRATAMIENTO

La aplicación de la radioterapia no produce dolor ni molestia alguna.

Las sesiones de tratamiento son diarias de lunes a viernes. Cada sesión dura aproximadamente 20 minutos.

El tratamiento no le deja radiactivo, ni contagioso, por lo que puede llevar una vida normal, sin ningún peligro para su familia, incluyendo a los niños y embarazadas.

Para el buen resultado de su tratamiento, éste no debe ser interrumpido a menos que así esté planeado de antemano.

3.- ¿Hay efectos secundarios?

La Radioterapia es un potente tratamiento para los tumores y puede causar algunos efectos secundarios agudos o tardíos.

Los efectos secundarios varían de paciente a paciente y dependerán principalmente de la dosis de tratamiento, así como de la parte del cuerpo que se trata y de su estado general de salud.

1.- Los efectos secundarios agudos se producen durante el tratamiento o poco después del mismo y suelen desaparecer por completo en un plazo de unas semanas. El más frecuente durante la irradiación de la mama es el enrojecimiento y descamación de la piel.

2.- Los efectos secundarios tardíos se presentan muy raramente. Pueden tardar meses o años en aparecer y por lo general son permanentes. El más frecuente, en el caso de la mama, es un aumento de la dureza de la piel que se denomina fibrosis.

Algunos pacientes pueden presentar efectos generales como cansancio e inapetencia leves y que, en cualquier caso, desaparecerán cuando finalice la irradiación. El tratamiento con radioterapia no le debe impedir una vida normal.

3.c- Quimioterapia

1.- Introducción

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células tumorales. Se usan más de 50 medicamentos para prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células tumorales.



La paciente con cáncer puede recibir tratamiento con un sólo medicamento o con una combinación de ellos. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía intravenosa y en algunos casos la vía oral. Se trata de un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células tumorales fuera del área de la mama.

Existen diferentes situaciones en las que se utilizan los tratamientos sistémicos: **Adyuvante, Neoadyuvante, Enfermedad avanzada.**

El tratamiento que se administra a las pacientes tras la cirugía se denomina **tratamiento adyuvante** (o complementario). Su objetivo es destruir células ocultas. Incluso en los estadios iniciales de la enfermedad las células tumorales pueden escaparse del tumor primario de la mama y diseminarse a través de la circulación sanguínea. Estas células no provocan síntomas detectables; no se visualizan en la radiología y no se pueden palpar en la exploración física. Pero con el paso del tiempo pueden acumularse en el hueso ó en otros órganos. La terapia adyuvante para el cáncer de mama implica la quimioterapia o la terapia hormonal, ya sea solas o combinadas:

Otras veces la quimioterapia se administra de forma **Neoadyuvante** (antes de la cirugía), con el objetivo de reducir el tamaño

tumoral y actuar precozmente sobre las células micrometástasicas ocultas. Esta forma de tratamiento era obligada en los tumores localmente avanzados para reducir su tamaño y tratar precozmente las células diseminadas que pudieran existir, y facilitar posteriormente el tratamiento quirúrgico. Actualmente el tratamiento Neoadyuvante también se aplica a tumores localizados (>3 cm.) para intentar disminuir el tumor y hacer posible una cirugía conservadora.

En las pacientes con enfermedad avanzada (**metastásica**) la terapia sistémica (quimioterapia/hormonoterapia) es la principal forma de tratamiento. Generalmente, lo que se quiere conseguir con estos tratamientos es disminuir los síntomas de la paciente, no se pretende la curación.

Para todas estas situaciones se suelen utilizar una combinación de fármacos, lo cual se ha comprobado que es más efectivo que uno sólo. Las combinaciones más frecuentemente usadas son:

- Ciclofosfamida, metotrexate y 5-fluoruracilo (CMF).
- Ciclofosfamida, doxorubicina (adriamicina) y 5-fluoruracilo (FAC).
- Doxorubicina + Ciclofosfamida seguida de paclitaxel (AC-T).
- Doxorubicina + Ciclofosfamida + docetaxel (TAC).
- Doxorubicina (adriamicina) y paclitaxel (taxol) (AP).
- Doxorubicina (adriamicina) y docetaxel (taxotere) (AD).

No es necesaria la hospitalización para recibir estos tratamientos, se pueden hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento. La quimioterapia se aplica en ciclos, en los que cada tratamiento es seguido por un período de descanso. El número total de ciclos oscila entre 4 y 8, según la pauta que se utilice. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo

de medicamentos utilizados, la dosis tomada y la duración del tratamiento.

2- ¿Cuáles son los efectos secundarios de los tratamientos?

Las células tumorales pueden crecer y dividirse más rápidamente que las células normales, muchos fármacos están desarrollados para destruir las células en crecimiento. Sin embargo, ciertas células normales de nuestro organismo tienen un crecimiento rápido y la quimioterapia puede afectar también a estas células. Este daño a las células normales ocasiona los efectos secundarios. Las células normales de crecimiento rápido que tienen más probabilidad de resultar afectadas son las células sanguíneas que se forman en la médula ósea, las células del tubo digestivo (boca, estómago, intestino, esófago), las del sistema reproductor (órganos sexuales) y las de los folículos pilosos.

Cuando las células de la sangre son afectadas por los fármacos antitumorales, las pacientes tienen más probabilidades de contraer infecciones, pueden sangrar con facilidad y pueden tener menos energía durante el tratamiento y por algún tiempo después.

Las células en los folículos del pelo y las células que revisten el tracto digestivo se dividen también con rapidez. Como resultado de la quimioterapia, las pacientes pueden perder el cabello y pueden tener otros efectos secundarios, como falta de apetito, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento o alteraciones en la mucosa de la boca, úlceras bucales.

Las pacientes pueden experimentar complicaciones permanentes debidas a los medicamentos: menopausia prematura, e infertilidad. Cuanto mayor es la mujer cuando recibe quimioterapia, mayor es la probabilidad de que pierda la menstruación y que pierda su capacidad

para quedar embarazada. También pueden presentar alteraciones en el ciclo menstrual.

La doxorubicina (Adriamicina) puede dañar el corazón, pero por ello se limita su dosificación y se realizan controles periódicos para valorar la función cardiaca, con la finalidad de prevenir este efecto secundario.

El tipo de efectos secundarios y su severidad dependen del tipo y dosis de quimioterapia que reciba la paciente y cómo reaccione su organismo.

Antes de iniciar el tratamiento el médico debe explicar los efectos secundarios que tiene mayor probabilidad de padecer con los medicamentos que va a recibir.

La mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de terminar el tratamiento. El tiempo que tarda en recuperarse una paciente de los efectos secundarios depende del estado general de la paciente, y del tipo de tratamiento que ha estado recibiendo.

3.d- Hormonoterapia

Las hormonas son sustancias químicas producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. En condiciones normales, las células de la glándula mamaria sufren cambios por la acción de las hormonas, especialmente los estrógenos (desarrollo en la pubertad, aumento en el embarazo, secreción de leche durante la lactancia). Algunos tumores originados en estas células pueden conservar la capacidad de responder a los cambios hormonales, dejando de crecer si las hormonas que estimulan su desarrollo se suprimen o se administran medicamentos que contrarresten dicho efecto de crecimiento. Estos tumores presentan



receptores hormonales para los estrógenos, y se denominan hormonodependientes.

Los tratamientos hormonales que actualmente se utilizan son: el **tamoxifeno**, es el más utilizado, bloquea los efectos de los estrógenos que potencian al crecimiento, y puede usarse como tratamiento adyuvante tras la primera intervención o en las fases avanzadas de la enfermedad. Los estudios realizados durante más de 20 años demuestran que el tamoxifeno administrado durante 5 años puede disminuir las posibilidades de recaída y muerte por cáncer de mama tras la cirugía, y además produce una disminución del riesgo de presentar un cáncer de mama contralateral, independientemente de la edad de las pacientes.

Algunos estudios han mostrado un pequeño aumento de cáncer de endometrio (cuerpo del útero) entre las mujeres que tomaban tamoxifeno. Por tanto cuando se observa cualquier hemorragia vaginal inesperada se debe acudir al especialista. Otros efectos secundarios más frecuentes son las trombosis venosas, crisis de sofocos, cambios de carácter, sequedad vaginal etc.

Hace años se realizaba la extirpación ovárica para impedir la acción de las hormonas en mujeres premenopáusicas, pero en la actualidad, esta técnica no se emplea y en su lugar se utiliza la terapia hormonal con **análogos de la LHRH**.

Actualmente existen también otros tratamientos hormonales como son los **Inhibidores de la Aromatasa** (Anastrozol, Letrozol, Examestano) que son muy activos en pacientes postmenopáusicas y que pueden ser más favorables que el tamoxifeno tanto en actividad como en perfil de toxicidad. Actualmente están siendo usados ya en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas, bien sustituyendo al tamoxifeno, o tras dos ó tres años de tamoxifeno hasta

completar los 5 años, o al finalizar cinco años de tamoxifeno administrándolos durante dos o tres años.

3.e- Inmunoterapia

Actualmente existe una nueva estrategia de tratamiento para el cáncer de mama. Son tratamientos que tienen estructuras parecidas a las que produce el organismo frente a las invasiones externas (anticuerpos monoclonales) se denominan **tratamientos biológicos**. Estos tratamientos actúan sobre las células tumorales que tienen una proteína llamada Her-2 en exceso, impidiendo que se multipliquen, atacando selectivamente las células del tumor y sin tener ningún efecto sobre las células sanas. El trastuzumab es un ejemplo de ello, y es el primero que se ha desarrollado en cáncer de mama. Su eficacia ha sido demostrada en el cáncer de mama avanzado, y actualmente está siendo evaluado como tratamiento adyuvante en el cáncer de mama en estadios iniciales dentro de ensayos clínicos. Los primeros resultados han sido presentados en el Congreso Americano de Ontología (ASCO 2005) y demuestran que tras el tratamiento adyuvante con quimioterapia el administrar un año de tratamiento con Trastuzumab reduce el riesgo de recaída y el riesgo de muerte en pacientes con cáncer de mama operable.

3.f- Esquemas de tratamiento

Combinando las distintas modalidades de tratamiento que hemos descrito se puede obtener un esquema de tratamiento individualizado que sea el más apropiado para cada paciente. No obstante existen unas normas generales y unos protocolos consensuados que son seguidos en la gran mayoría de los centros europeos y americanos. Además existen reuniones de consenso a nivel regional, nacional e internacional que van

actualizando periódicamente estos protocolos. Las más conocidas son la reunión bienal de consenso internacional de tratamiento del CM de San Gallen en Suiza y las distintas directrices o guías de tratamiento del CM publicadas por la ASCO (Asociación Americana de Oncología).

Con carácter general podemos establecer que el tratamiento depende de varios factores, siendo los más relevantes:

- Categoría de Riesgo; cuando es baja puede optarse por suprimir algún tipo de tratamiento.

- Estado Menopáusico; En las mujeres menopáusicas de bajo riesgo, el tratamiento hormonal cuando puede aplicarse suele ser suficiente, sin necesidad de quimioterapia. Dicho tratamiento es diferente al de las mujeres premenopáusicas.

- Situación de los Ganglios; Cuando son positivos el tratamiento es más intenso (así por ejemplo la quimioterapia debe contener antraciclinas que dan alopecia o incluir algún fármaco del grupo taxanos).

- Los Receptores Hormonales; cuando estos son negativos el tratamiento aplicado debe ser la quimioterapia, pero si son positivos la quimioterapia puede obviarse en algunos casos, al ser suficiente el tratamiento hormonal.

- El estado de HER-2; si es positivo podría intensificarse el tratamiento según otros factores de riesgo, y debe valorarse la posibilidad de asociar Anticuerpo (Anti-Her2; Herceptin) para prevenir las recaídas en mujeres con receptor Her-2 positivo.

En cualquier caso el tratamiento será comentado ampliamente por el médico a su paciente, ajustándose a las características propias de cada caso.

CAPITULO 4. "LINFEDEMA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO."

INTRODUCCIÓN

El linfedema es una acumulación de linfa que puede producir signos como, inflamación, dolor, sensación de pesadez, rubor, de la región afectada.

Se considera una de las complicaciones más frecuentes del cáncer y las terapias del mismo. Cuando se trata del cáncer de mama se debe principalmente a la retirada de los ganglios axilares en aquellos casos en los que exista afectación axilar, y a la radiación de esas zonas donde existe mayor número de ganglios linfáticos.

En fisioterapia se utilizan una combinación de medidas para llevar a cabo su tratamiento:

- Drenaje Linfático Manual (DLM).
- Medidas de contención (mangas de compresión, vendajes).
- Medidas higiénico-dietéticas.
- Ejercicio físico
- Cinesiterapia
- Presoterapia
- Existen otras terapias como Hidroterapia, baños de tratamiento que ayudan al drenaje linfático manual para su mayor eficacia.

Esto se realiza una vez desarrollada la enfermedad pero antes es muy importante conocer como evitar su aparición, porque una vez desarrollada es una enfermedad crónica, puede mejorar pero no desaparece.

En ocasiones el éxito del tratamiento rehabilitador no está sólo en la reducción del edema sino en mejorar la calidad de vida de la paciente.

B.- PREVENCIÓN Y CONSEJOS PARA EL PACIENTE

Es importante identificar temprano a los pacientes con riesgo de linfedema y empezar una vigilancia preventiva e instrucción sobre los autocuidados.

NOTAS PARA EL PACIENTE:

- Mantenga el brazo por encima del nivel del corazón siempre que sea posible.
- Evite realizar movimientos circulares rápidos.
- Limpie y lubrique diariamente la piel de la extremidad.
- Evite lesiones e infecciones del miembro afectado.
- Use máquina eléctrica para depilarse.
- Use guantes en el jardín y en la cocina, y dedos para coser.
- Cuídese bien las uñas; no se corte las cutículas.
- Broncéese gradualmente; use crema con protector solar.
- Consulte a su médico cuando observe erupciones en la piel (posibilidad de estar padeciendo una infección).

- Evite pincharse en el miembro afecto (inyectables, extracción de sangre...).
- No se tome la tensión en el brazo afecto.
- Evite el calor y el frío extremos.
- Evite el trabajo prolongado y vigoroso con la extremidad afectada.
- No use joyas ni prendas que le aprieten.
- Lleve el peso siempre en el brazo sano.
- Ponga atención a los signos de infección, rubor, dolor, calor, hinchazón, fiebre; puede tratarse de una *linfangitis aguda* que es una de las complicaciones más frecuentes del linfedema. Acuda a su médico lo antes posible ya que requiere iniciar tratamiento antibiótico de forma precoz.
- Practique ejercicios que promuevan el drenaje con constancia.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

Drenaje Linfático Manual (D.L.M).

Consiste en hacer llegar a los territorios linfáticos sanos el exceso de líquido acumulado en las zonas de edema por medio de manipulaciones o masajes. El drenaje linfático debe ser practicado por un especialista en linfología o terapeuta especializado.



Cada sesión de D.L.M, tiene una duración de unos 45 a 60 minutos, cuando el edema se pone blando y ha disminuido será necesario

estabilizarlo con un vendaje adecuado.

Para obtener resultados más beneficiosos el tratamiento debe ser acompañado con ejercicio, dieta y uso de medias elásticas especiales.

- Ejercicio:

Caminar 30 minutos diarios sin hacer pausas en la Caminata o 30 minutos de bicicleta. Lento y suave.



Realice la tabla de ejercicios recomendada para el linfedema.

Tabla de Ejercicios de Gimnasia Descongestiva:

I. EJERCICIOS CON AMBOS MIEMBROS SUPERIORES

1. Realizar giros con ambos hombros.
2. Girar la cabeza hacia la derecha y hacia la izquierda, y en ambas posiciones saludar, es decir inclinar y alzar suavemente la cabeza.
3. Flexionar y extender los brazos al mismo tiempo.
 - En posición de flexión con la mano cerrada.
 - En posición de extensión con la mano cerrada.
4. Realizar giros con ambas muñecas.
5. Abrir y cerrar los dedos de la mano "haciendo un puño". Los brazos deberán permanecer extendidos a la altura de los hombros.
6. Simular coger el rabo de una "vaca" o estirar alternativamente con ambas manos. Luego efectuar la acción de ordeñarla.
7. "Bombilla". Enroscar y desenroscar con cada mano

alternativamente.

8. Cruzar ambas manos en posición de "oración" y apretar.

9. Llevar cada dedo de la mano individualmente hacía el pulgar de la misma, haciendo pinza con ambas manos a la vez o bien alternativamente.

10. Nadar en el aire.

11. Realizar el gesto de saludar con las manos.

II. EJERCICIOS CON UNA PELOTA DE ESPUMA.

1. Aprieta una pelota con ambas manos.

2. Con el brazo extendido hacerla rodar sobre una pared.

3. Amasarla con una y con ambas manos.

4. Colocarla debajo de la axila y apretarla suavemente con el brazo.

5. Con la mano abierta, realizar movimientos circulares sobre una superficie perpendicular al suelo real o imaginaria y posteriormente hacer el movimiento de limpiar.

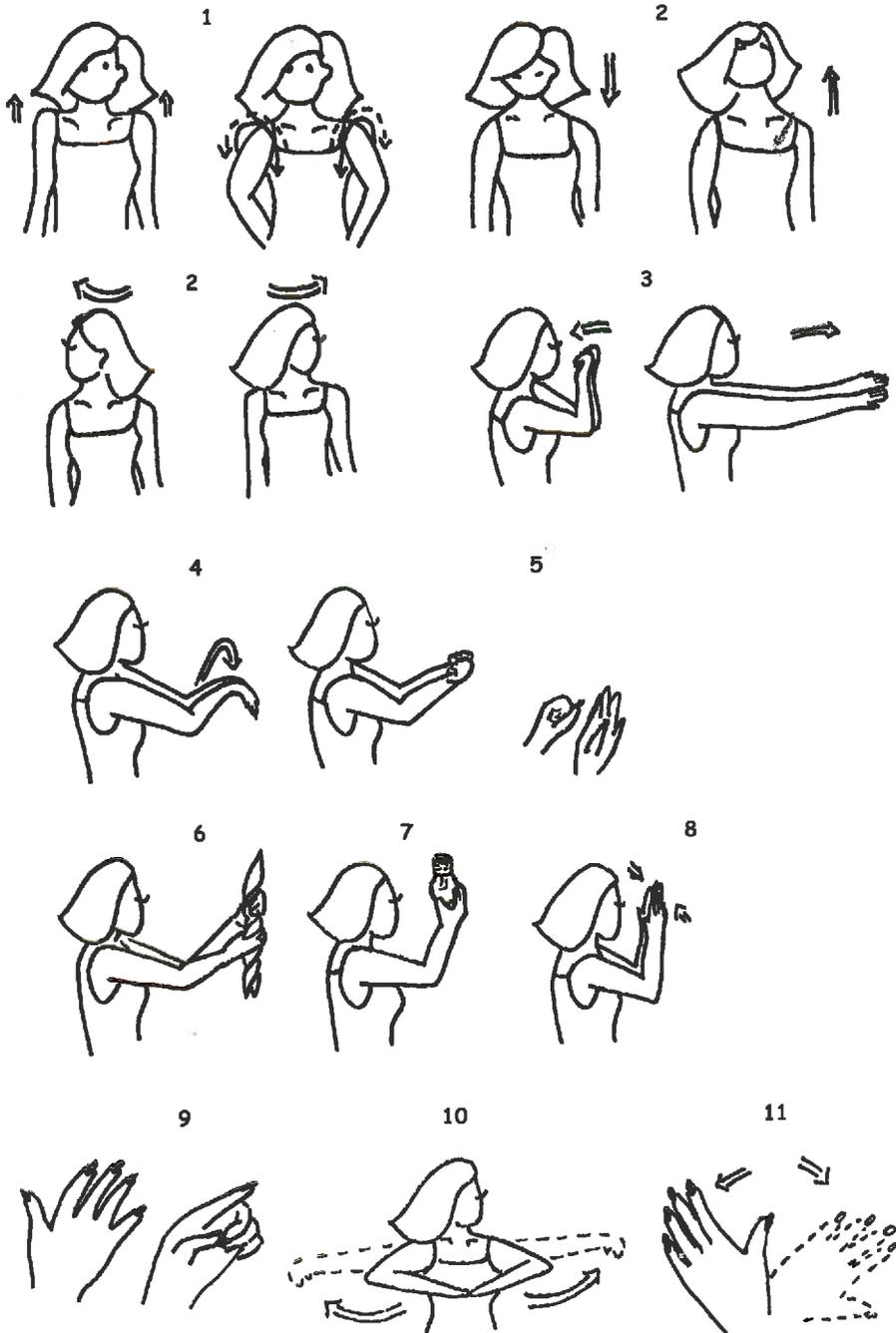
III. EJERCICIOS CON UN PALO DE MADERA O SIMILAR.

1. Sujetarlo con ambas manos, manteniéndolo horizontalmente. En esta posición extender y flexionar los brazos.

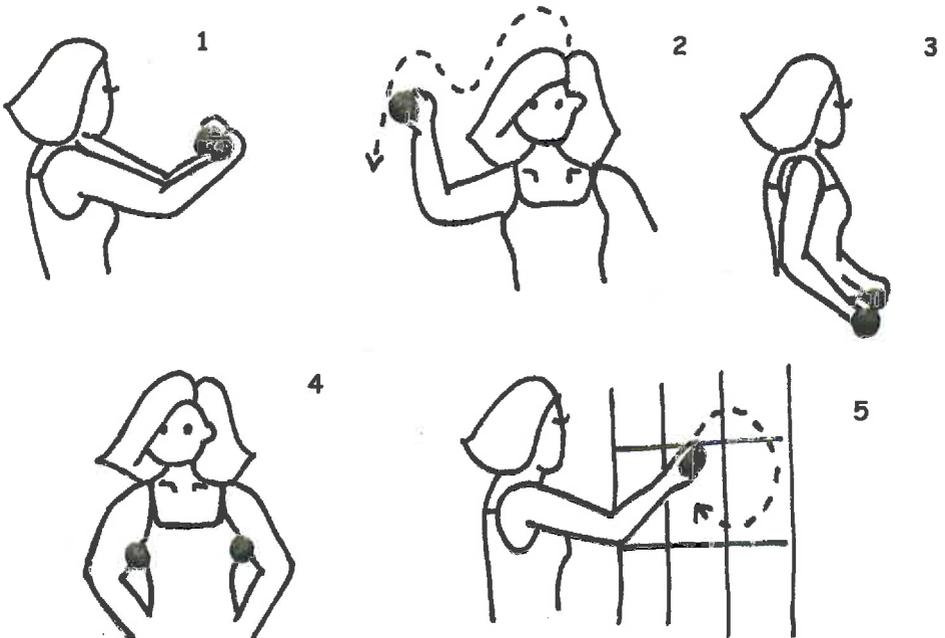
2. Mantenerlo verticalmente, y alternativamente soltar con una mano y sin dejarlo caer, sujetar con la otra. Repetir este proceso varias veces.

3. "Remar en una canoa imaginaria".

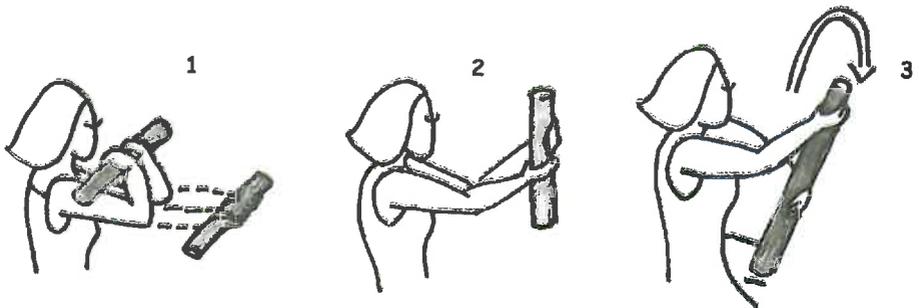
I. EJERCICIOS CON AMBOS MIEMBROS SUPERIORES



II. EJERCICIOS CON UNA PELOTA DE ESPUMA.



III. EJERCICIOS CON UN PALO DE MADERA O SIMILAR.



- Dieta:

Elimine el azúcar, bebidas dulces y golosinas.

Evite grasa animales (carnes rojas, manteca, frituras, leche entera, quesos amarillos.) Prefiera



Verduras (lechuga, apio, brócoli, espinaca, zanahoria) frutas (naranjas, mandarinas, kiwi, peras, manzanas.) Coma sin sal y use sal dietética.

Elimine el pan, pasteles y galletas.

- Medidas de contención:

Use por el día medias elásticas recetadas por su médico, adaptadas a su edema y de tejido especial. Por la noche realice el autovendaje previamente enseñado Por su terapeuta.



- Medidas higiénicas:

Cuidado diario de la piel con cremas de PH neutro a ser posible. Evite el sol y el calor, dañan su piel e inflaman los tejidos.

- Presoterapia:

Es beneficioso siempre y cuando se combine con drenaje ya que la presoterapia aplicada como método único puede provocar fibrosis del miembro afecto, ya que sólo elimina la parte líquida del edema dejando como residuos las proteínas.

C.- PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

- 20 sesiones de D.L.M. con el vendaje necesario.(tratamiento intensivo)
- Utilización de medias elásticas.
- Autovendaje.
- Ejercicios diarios.
- D.L.M una vez por semana siempre que se haya realizado el intensivo primero.
- Controle periódicamente las medidas del miembro afecto.

Recuerde que el linfedema es una enfermedad crónica y que no desaparece pero si podemos lograr mejorarla y reducirla. El tratamiento del linfedema no es privilegio de nadie, el único que tiene que ser beneficiario es el paciente, que desgraciadamente se encuentre inerme ante esta situación.

"La linfa es lo más fino, lo más íntimo de todo el cuerpo. Se habla siempre de la sangre y de los misterios de la misma y se habla de un jugo especial. Pero la linfa, es el jugo de los jugos la esencia de la leche sanguínea, una gota deliciosa"

T. Mann. "La Montaña Mágica"

CAPITULO 5

"PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA"

5.a- Pronóstico de la enfermedad

La supervivencia del CM ha mejorado mucho en los últimos años; así hemos pasado de una supervivencia media del 30 % en los años 70 a una del 70 % en el momento actual. Este hecho se relaciona con el diagnóstico precoz y el desarrollo de los modernos tratamientos. Existen muchas enfermedades "benignas" con una mortalidad superior, siendo mucho más frecuentes las muertes por enfermedades vasculares o respiratorias. En cualquier caso, dada la frecuencia de este tumor en el sexo femenino y a pesar de su baja mortalidad, sigue siendo en las mujeres españolas la primera causa de muerte por cáncer.

El pronóstico depende de muchos factores individuales como el estado general, la existencia de otras enfermedades, la aplicación de los tratamientos etc., pero sobre todo depende del estadio de la enfermedad y del resto de los factores pronósticos. Así una paciente con Estadio I tiene una posibilidad de sobrevivir a los cinco años del 90%, con Estadio II del 85-60%, con Estadio III del 60-40% y con Estadio IV del 20-10 %. Los nuevos tratamientos están permitiendo el claro aumento en la supervivencia media de la enfermedad metastásica que se ha elevado en unos años de 9 meses a una media de 18-24 meses, permitiendo una buena calidad de vida y además el haberse podido conseguir que un subgrupo pueda vivir de forma indefinida.

Las posibilidades de recaída de la enfermedad son mayores en los 2-3 primeros años, disminuyendo a partir del quinto y siendo excepcionales después de los diez años. La forma de recaída puede ser locorregional (a

nivel de la axila o de la cicatriz) o a distancia (metástasis en algún órgano).

Es de esperar que el perfeccionamiento y desarrollo del arsenal terapéutico pueda conseguir en el futuro para el CM, supervivencias aún mayores, lo que la situaría en el perfil de cualquier enfermedad crónica.

5.b- Secuelas y como afrontarlas

Las secuelas que conlleva el sufrir un cáncer de mama son de dos tipos: físicas y psicológicas. Pueden producirse por la propia enfermedad o derivada de los tratamientos empleados para combatirla.

SECUELAS FÍSICAS :

Son frecuentes, concurriendo en la gran mayoría de las mujeres. En general permiten el desarrollo de una vida normal, pero no exenta de algunas limitaciones. Dependiendo del tipo de tratamiento que las produzca, estas pueden ser:

a.- Secuelas postquirúrgicas:

- linfedema crónico; ocurre en el 20 % de pacientes y es una de las secuelas más invalidantes.

- Alteraciones sensitivas y físicas en el área operada; sensaciones desagradables, punzantes, hormigueos, a veces dolorosa en la zona quirúrgica. Déficit de movilidad, contracturas musculares y dolor tipo inflamatorio en parilla costal, hombro y cervicales. Ocurren por la afectación quirúrgica de fibras musculares y nervios sensitivos. Aunque mejoran con el tiempo, su curso es crónico y responden solo parcialmente a los antiinflamatorios.

- Alteraciones estéticas; derivadas de la cirugía o de la

reconstrucción, sobretodo si hubo complicaciones como mastitis, rechazo de prótesis etc.

B.- Secuelas tras el tratamiento oncológico:

- Quimioterapia; generalmente son reversibles, las más frecuentes son la fatiga muscular, astenia, dificultad de concentración, dolores musculares, calambres y pérdida de la regla (amenorrea).
- Hormonoterapia; amenorrea, menopausia precoz, alteraciones genitales, dolores osteomusculares y sobrepeso.
- Radioterapia; astenia, dermatitis y neumonitis.

La forma de atajar estas secuelas físicas se basa en la **información** médica adecuada para prevenirlas en lo posible y tratarlas cuando aparecen para mitigar sus efectos. A parte del correspondiente tratamiento médico, habrá que adaptar nuestra vida a las limitaciones que estas secuelas puedan provocar (como por ejemplo el linfedema crónico). Sin embargo en general debe persistir una actitud activa, optimista y participativa (en colectivos, asociaciones) ya que este tipo de afrontamiento es el más adecuado para reducir al mínimo posible el efecto negativo de estas secuelas.

SECUELAS PSÍQUICAS :

Las secuelas psicológicas son las que nos atañen en este punto, y evidentemente son de tipo emocional, afectando a todas las áreas de la mujer:

- **Personal:** se suelen dar problemas desde el primer momento por el impacto e incertidumbre del diagnóstico inicial. Es normal la pérdida de autoestima, los miedos y temores a los tratamientos y la muerte, así como aumento de la ansiedad, irritabilidad o incluso

depresión. La respuesta emocional de cada enferma dependerá sobre todo de la realidad subjetiva de cada mujer, es decir, de la manera en que cada una lo viva en su interior; esta realidad sólo se corresponderá en parte con la realidad de la enfermedad. Lógicamente, el primer intento de la paciente para poder reducir toda esa angustia y ansiedad se torna en una adaptación a la nueva situación, para poder ser capaz de aceptar toda esa nueva información que le ha llegado de golpe.

- **Familiar:** al considerarse a la mujer como el centro clave de la unidad familiar, surgen muchos problemas ante la pérdida de ese rol, el tener que convertirse en una carga mas para la familia, y sobre todo al tener que cuidar más la relación con los hijos. Pero, por otra parte es fundamental el apoyo que la familia muestre en esos duros momentos, base principal para poder superar la enfermedad.



- **De pareja:** La enfermedad supone un cambio muy importante en la vida, no sólo de una mujer, sino también en la de su pareja. Generalmente para una mujer es un alivio contar con la aceptación y con el apoyo de su compañero



desde el principio de la enfermedad. De todas formas, lo más recomendable es mantener una buena comunicación entre ambos, pues se van a vivir momentos duros antes de volver a disfrutar de las relaciones sexuales de manera sencilla y natural. El diálogo es lo único que podrá evitar malos entendidos y sufrimientos innecesarios en muchas ocasiones.

Es importante recordar en relación a la "feminidad", que siempre se

ha visto el pecho de la mujer como un símbolo femenino, y por lo que la falta de éste se crea una sensación de vacío, de ausencia que lleva a la mujer a no sentirse deseada. A este respecto la mujer debe intentar no centrar su sexualidad únicamente en el pecho, sino en el total de su cuerpo, y no sólo creérselo ella misma, sino hacérselo ver también a su pareja.

- **Sociolaboral:** Hoy en día sigue existiendo un "tabú" en torno al cáncer en nuestra sociedad, y es debido a ello, por lo que la recuperación de una mujer con cáncer de mama se puede hacer más difícil al perder en parte su rol social. Además también se puede encontrar con que las consecuencias de la enfermedad le impidan seguir desempeñando sus funciones en el mismo puesto de trabajo, lo que conlleva aún más a la depresión y a un perjuicio de la situación económica.



5.c- Alteraciones psicosociales en la paciente

Con respecto al cáncer de mama podemos plantearnos tres fases que siempre se dan independientemente del tipo de cáncer del que se trate: antes, durante y después del diagnóstico y el tratamiento.

ANTES:

Lo más habitual, es que desde que aparece el primer síntoma molestia dejemos pasar bastante tiempo antes de acudir al médico. Son muchas las mujeres que acuden demasiado tarde por miedo a enterarse de lo que tienen. De aquí que sea necesario incidir en la importancia de la

prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Lo que si hay que tener claro es que con la información adecuada sobre el tipo de tumor y de tratamiento, menos ideas equivocadas nos formaremos y menos miedos irrealistas nos plantearemos. Por eso debemos preguntar a los profesionales de la salud cualquier tipo de duda que se nos presente.

DURANTE:

El momento en que se conoce el diagnóstico de cáncer de mama, es un momento indescriptible que nos llena de incertidumbres, y lo más normal es que el ánimo nos varíe de un día para otro, oscilando entre la desesperanza y el abatimiento.

No debemos guardar los sentimientos ni los miedos, hay que exteriorizarlos con quién se tenga más confianza. Dar la imagen de persona entera es bueno, pero también lo es demostrar de vez en cuando que nos venimos abajo y que necesitamos del apoyo de los demás.

No olvidar que el apoyo de la familia es muy importante, pues tenemos que tener en cuenta que ellos también lo están pasando mal. Pero lo mejor, tener confianza en una misma y en el tratamiento, contribuyendo así a nuestra propia curación.

DESPUÉS:

Tras el tratamiento, que suele ser lo más duro, por los cambios físicos que conlleva, quizás debamos cambiar algunos aspectos de nuestra forma de vida anterior. Aunque cuanto menos cambios hagamos mejor, y si hay que hacerlos, pues siempre lo más positivamente que se pueda. Debemos mantener una sensación de control sobre nuestra propia vida y sobre la enfermedad, así conseguiremos sentirnos menos indefensos ante

los temores a las posibles recidivas.

La mejor forma de afrontar la enfermedad es empezar por "querer curarse", es decir: "APRENDER A VIVIR CON EL CÁNCER". El cáncer es una enfermedad crónica, y es necesario tiempo para asegurar la curación; el "factor tiempo" en los enfermos crónicos hace que todos veamos a estas personas como "enfermos para toda su vida", de manera que en cierto modo lo hacemos clónico, es decir, que lo sacamos de él mismo como persona y lo convertimos en el enfermo.

Esto repercute directamente en la calidad de vida de la persona, en lo que significa vivir una vida libre y feliz en la que tú no seas un enfermo, sino una persona que tiene que convivir con ese problema, si el resto de su vida, pero su vida no tiene por que convertirse en la propia enfermedad.

Después de que una mujer afectada de cáncer de mama pase por todo el proceso quirúrgico y se sienta ya curada, al menos físicamente, pueden aparecer una serie de respuestas a nivel psicológico y que dependerán de la manera en que cada una haya tenido de afrontar la situación:

- Miedo al cese del tratamiento: la mujer está tomando tamoxifeno, su quimioterapia o radioterapia, se siente en cierta manera protegida, por lo que hay que tener mucho cuidado al retirar el tratamiento para que no se sufra un choque psicológico.

- Adaptación a los problemas físicos: Evidentemente ha habido una amputación de una parte de tu cuerpo, y hay que irse acostumbrando poco a poco a esa nueva imagen corporal.

- El "Síndrome de Lázaro": llamado así por el sentido de renacer, de resucitar (Lázaro se ha levantado, anda, es una nueva persona) que tienen muchas mujeres. Ellas mismas se dicen "he superado

el cáncer, no he muerto". También es cierto que, después de pasar este síndrome concreto muchas enfermas entran en una readaptación de su escala de valores, que quizás sea muy lógica de cualquier acontecimiento vital y necesaria para poder reencontrarse en esta nueva situación.

- El "Síndrome de Damocles": en el sentido de "la espada que pende encima de la cabeza", y que además se reactiva cada vez que vas al médico, y le dice: mire usted tiene una enfermedad crónica y tenemos que esperar al menos 5 años para asegurarle la recuperación (ese miedo constante que parece que nunca se va).

- El sentimiento de culpa: muchas mujeres experimentan estos sentimientos de culpa porque durante el proceso de su enfermedad han visto morir a otras mujeres y se preguntan que ellas porque no.

- Los problemas sexuales: Esa nueva imagen corporal a la que hay que irse adaptando poco a poco, puede llevar también a la mujer a un miedo por la actividad sexual porque hay una desvalorización a nivel físico, pérdida del atractivo sexual, desgana por parte de ella o temor a ser rechazada por su pareja, o incluso miedo a encontrarla si no se tiene en un caso dado.

5.d- Normas de alimentación

En general podemos decir que la alimentación de la paciente con CM debe ser equilibrada y en cuantía apropiada; sin necesidad de sobrealimentación ni de regímenes severos que pudieran provocar deficiencias inmunitarias y vitamínicas. Por tanto son válidos los conceptos sobre las recomendaciones nutricionales que se establecen para la población general. Algunas de estas recomendaciones son:

- Mantener un peso equilibrado. Evitar comidas copiosas

- Utilizar fármacos estimulantes del apetito en caso de anorexia intensa, y siempre a criterio del médico. En cualquier caso puede persistir la anorexia bien provocada por la enfermedad o bien por los tratamientos utilizados.

Exponemos a continuación dos tablas que contienen algunas recomendaciones en caso de ANOREXIA:

TABLA I. Sugerencias para mejorar el apetito.

1. Planee el menú diario con antelación.
2. Coma con frecuencia (cada 1-2 horas) pequeñas porciones de alimentos con alto nivel de calorías.
3. Añada proteínas y calorías extra a las comidas (leche en polvo, azúcar, miel, mantequilla, etc.).
4. Tenga siempre preparados y almacenados pequeñas porciones de sus alimentos favoritos.
5. Consuma un tercio de las proteínas y calorías previstas en el desayuno.
6. Beba poca cantidad de líquido en las comidas para evitar sensación de saciedad.
7. "Picotee" entre las comidas.
8. Utilice alimentos y postres que sean agradables a la vista y olfato.
9. Practique una exquisita higiene bucal que evite los Sabores permanentes.

TABLA II. Alimentos recomendados en hiporexia

- Quesos untuosos y galletas con chocolate

- Bollería untada con mantequilla y/o mermelada
- Puddings
- Batidos naturales y yogures ó derivados
- Helados de derivados lácteos
- Frutos secos
- Pizza

5.e- Consejos prácticos

Desde el punto de vista psicológico queremos recomendar.

- Adopta una actitud positiva para afrontar el cáncer de mama.
- Conocer la enfermedad hace que sea más fácil convivir con ella
- Intenta hablar con naturalidad del cáncer.
- Pide ayuda a la familia o amigos más cercanos cuando la necesites.
- No guardes tus sentimientos ni miedos, exteriorízalos con quien tengas más confianza.
- Trata de distraerte y ocupar tu tiempo lo máximo posible.
- Tu feminidad no se centra exclusivamente en el pecho.
- Establece una buena comunicación con tu pareja.
- Si hay niños en la familia, se sinceros con ellos desde el primer momento.
- No dudes en acudir a un profesional si crees que lo necesitas.

Añadimos otras sencillas normas para mejorar la Calidad de Vida de la mujer afecta de CM.

- Infórmate de todo lo concerniente a tu enfermedad adoptando un papel activo en colaboración con tu médico. Ante cualquier duda no te quedes sin solucionarla, consultando siempre todos los síntomas que puedan aparecer en cualquier fase de la enfermedad.
- Normalice su vida en la medida de lo posible, manteniendo un cierto nivel de actividad y de ejercicio. Si tienes hobbies no renuncies a ellos (música, yoga, naturaleza, pintura, etc.).
- Evite comentarios comparativos con otras mujeres, ya que cada caso es distinto; consulte sólo a los profesionales.
- Practique una vida saludable; alimentación equilibrada, dejar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), duerma suficiente, mantener higiene adecuada y sobretodo un tipo de vida lo más relajado posible.
- Afronte el futuro con optimismo, realice una vida normal integrada en su entorno sociofamiliar. Acuda a las revisiones médicas con el convencimiento de que se trata de un acto rutinario.

Como conclusión podrían resumirse todas estas recomendaciones en una que podría ser: "Manteniendo espíritu de optimismo, lucha y colaboración conseguirás resolver todas las dificultades de la enfermedad. Cuídate todo lo que puedas, porque ahora tú eres lo más importante..."

CAPITULO 6

" RECURSOS DISPONIBLES EN LA PROVINCIA DE HUELVA. "

Vamos a exponer de forma somera los recursos disponibles en nuestra provincia para atender a la mujer con CM. A pesar de las deficiencias que aún puedan existir y que son objeto de nuestras continuas demandas, actualmente está garantizada la aplicación del tratamiento de cualquier mujer de la provincia de Huelva con CM al mismo nivel que en las mejores Unidades oncológicas del mundo.

6.a- Recursos sanitarios.

Además de los recursos propios de las compañías aseguradoras (clínicas, laboratorios, centros de radiología privados, etc.) existe en nuestro medio una amplia red sanitaria pública a la cuál nos referimos en este apartado.

El proceso asistencial "Cáncer de mama. Detección precoz", documento elaborado dentro del Plan de Calidad de la Consejería de Salud, establece los recorridos, recursos y necesidades por los que atraviesa una paciente desde el diagnóstico de CM hasta sus revisiones.

En los tres hospitales de nuestra provincia (H. Juan Ramón Jiménez, H. Infanta Elena y H. Riotinto) se realiza el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, por los respectivos servicios de cirugía. También colaboran con las Unidades correspondientes del Programa Detección Precoz del CM y están coordinados con los Servicios de oncología.

El Hospital Juan Ramón Jiménez actúa de referencia, al contar con la Unidad Multidisciplinar de Mama que se compone por: cirugía de mama, cirugía plástica, patología, ginecología, radiología, rehabilitación, oncología médica, oncología radioterápica, y puntualmente otros especialistas.

En este hospital se administra el tratamiento oncológico a cargo de las Unidades de Oncología Médica y de Radioterapia. Según las directrices del Plan Integral Oncológico, está previsto que exista atención oncológica básica en el H. Riotinto, para así evitar largos desplazamientos.

La Unidad de Oncología Médica cuenta actualmente con dos consultas por la mañana y una tercera por la tarde, con una unidad de hospitalización y con un Hospital de Día anexo a las consultas. La Unidad de Radioterapia cuenta también con tres consultas, una bomba de cobalto y un acelerador, que aplican tratamiento durante todo el día. Existen consultas de enfermería tanto en Radioterapia como en Hospital de Día.

El Hospital cuenta con otras Unidades relacionadas, como son la cirugía plástica o la consulta de Linfedema.

Para pacientes en fase paliativa existe una Unidad de Cuidados Paliativos situada en Hospital Vázquez Díaz que cuenta con consulta, planta y equipos domiciliarios estos últimos en convenio con otras entidades privadas.

A todo esto habría que añadir toda la red de Asistencia Primaria, vertebrada en los correspondientes Distritos y a su vez Centros de Salud, cuya actuación es fundamental en la prevención, el diagnóstico precoz, y en el control más cercano de estas mujeres.

Es responsabilidad de la administración sanitaria y de todos los implicados en el tratamiento de esta enfermedad el seguir mejorando día

a día para poder obtener los recursos sanitarios que consideremos más adecuados y avanzados tecnológicamente.

6.b- Recursos sociales y asociativos

La respuesta emocional ante la noticia del diagnóstico de cáncer, y posteriormente ante una mastectomía, responde a la realidad subjetiva de cada mujer, es decir, a las características personales, familiares, laborales y sociales.

Dependiendo de la edad, de la etapa de la vida que se esté atravesando, de las responsabilidades, compromisos, vínculos establecidos, relaciones afectivas, aspiraciones, etc. dependerá esta respuesta.

Con esta guía se pretende orientar e informar sobre los recursos que posiblemente serán de interés para ayudar en la adaptación de la mujer afectada en la vida familiar, social, laboral, etc. En este capítulo nos centramos concretamente en los recursos sociales disponibles para adecuarlos a las circunstancias concretas de cada persona.

1.- Recursos sociales

JUNTA DE ANDALUCÍA

- ▣ Delegación Provincial de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía
C/ Alcalde Mora Claros, 4 y 6
21003 HUELVA
Teléfono: 959 00 57 00

Equipo de Valoración y Orientación al Minusválido.

Corresponde a estos centros la valoración de la minusvalía, determinando su tipo y grado. El reconocimiento de un grado de minusvalía se produce tras los dictámenes técnicos-facultativos emitidos por los Equipos de Valoración y Orientación (EVOs) constituidos en éstos Centros.

Adquiriendo el certificado de minusvalía el interesado podrá acceder a diversas prestaciones que más adelante se detallarán según los organismos a los que correspondan, así como también disfrutará de:

- Beneficios fiscales.
- Deducción de Impuestos sobre sucesiones.

Centro de Valoración y orientación al Minusválido:

C/ Las Hermandades, s/n
21006 HUELVA
Teléfono: 959 00 59 00

Estos Centros ofrecen información sobre los derechos y oportunidades de las mujeres, y proporcionan atención y asesoramiento para actuar en caso de discriminación en las siguientes materias:

- Derechos de las mujeres.
- Crisis de pareja.
- Impago de pensiones e Incumplimiento del régimen de visitas.
- Violaciones, agresiones sexuales y malos tratos.
- Sexualidad, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo.
- Orientación laboral, formación profesional y creación de empresas.
- Discriminación laboral y acoso sexual.
- Asociaciones de Mujeres, servicios, programas y actividades.
- Otros.

Para ello los Centros Provinciales del IAM, cuentan con el área de información, área de psicología, área jurídica, área de atención social, área de empleo y formación, área de participación y programas como *VIVEM, OPEM, CUALIFICA, MUJERYPESCA, MUJERYAGRICULTURA.*

Centro de la Mujer de Huelva:

Plaza de San Pedro, 10 21004 - HUELVA

Tfno.: 959 005 650 Fax: 959 005 667

cmujer.huelva.iam@juntadeandalucia.es

▣ Otros recursos ofertados por la Junta de Andalucía son:

- Ingresos en plazas de Centros Universitarios.
- Compensación de precio de matrícula universitaria.
- Formación Profesional Ocupacional.
- Reserva de vivienda adaptada de Promoción Privada.
- Tarjeta de aparcamiento para personas con movilidad reducida.
- Bonificación del 50% de precio del billete en viajes interurbanos.
- Convocatoria de Ayudas Públicas.
- Tratamiento de Atención Temprana.
- Adjudicación de plazas de guarderías.
- Protección a la familia.
- Ingreso en Centros Asistenciales.
- Pensión no contributiva (detalladas más adelante).
- Ayudas para prótesis, ortesis y accesorios para discapacitados.
- Centros residenciales.
- Centros de día.
- Teleasistencia.

AYUNTAMIENTO DE HUELVA

ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIA Y JUVENTUD

Programas y servicios:

- **Programa de información, orientación y valoración.** Este programa responde a la necesidad y al derecho que tienen los ciudadanos de estar informados y supone el primer nivel de atención de los servicios sociales comunitarios. Es la puerta de entrada al sistema.

- **Programa de Ayuda a Domicilio.** Va dirigido a prestar las atenciones necesarias a los ciudadanos con el objetivo de posibilitar la permanencia en su medio habitual, evitando el desarraigo. El servicio proporciona atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a personas que presentan dificultades en la realización de sus actividades domésticas habituales, con el fin de facilitar su autonomía en el medio habitual, mantener la estructura familiar, o atender ambas circunstancias. Se concreta en ayuda de carácter doméstico, ayuda de carácter social y ayuda de apoyo personal.

- **Teleasistencia para personas mayores y discapacitados.** Es un servicio gratuito para los beneficiarios de este programa que permite al usuario, ante situaciones de emergencia y con solo pulsar un botón, entrar en contacto verbal las 24 horas del día con una centralita, recibiendo atención en el domicilio en situación de riesgo.

- **Programa de teleasistencia a víctimas de la violencia doméstica.** Es un servicio basado en el uso de tecnologías de comunicación, telefonía móvil y telelocalización, para que las víctimas reciban una atención inmediata y a distancia, asegurando una respuesta rápida las 24 horas del día los 365 días del año.

- **Programa de convivencia y reinserción social.**

- **Programa de cooperación social.**

- **Ayudas de emergencia social.** Son prestaciones económicas individualizadas, destinadas a paliar contingencias extraordinarias que se puedan presentar a personas o unidades familiares y que deban ser atendidas con inmediatez.

- **Ayudas económicas familiares.** Son prestaciones temporales de carácter preventivo que se conceden a familias para la atención de las necesidades básicas de menores a su cargo cuando carecen de los recursos económicos suficientes para ello, con el fin de evitar la institucionalización del menor y posibilitar su integración en el entorno social y familiar. Implican siempre una intervención social / psicosocial complementaria.

- **Consejos locales (mayores, mujer, discapacitados y salud entre otros).**

ÁREA DE VIVIENDA Y REHABILITACION:

- Empresa Municipal de la Vivienda.
- Alquiler de Viviendas Sociales.
- Rehabilitación de Viviendas.
- Aparcamientos Públicos.

ÁREA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CONSUMO:

- Oficina Municipal de Información al Consumo (OMIC).
- Servicio de Atención al Ciudadano.

RELACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.

<p style="text-align: center;">ZONA 1 Zona Centro</p>	<p style="text-align: center;">Paseo de la Independencia, 47 959 210 167</p>	<p style="text-align: center;">Bda. Adoratrices Bda. San Antonio Bda. Matadero Bda. Molina de la Vega Casco Antiguo</p>
<p style="text-align: center;">ZONA 2 Centro Cristina Pinedo</p>	<p style="text-align: center;">C/ de las Hermandades 959 220 800</p>	<p style="text-align: center;">Polígono San Sebastián Barrio Obrero Guadalupe Vicente Yañez Pinzón Pio XII Bda. Isla Chica Bda. del Rocío Via Plana</p>
<p style="text-align: center;">ZONA 3 Centro Social Marismas del Odiel</p>	<p style="text-align: center;">C/ Miramar, S/N 959 263 019</p>	<p style="text-align: center;">Bda. de la Navidad Bda. Santa Lucia Bda. La Gavilla Bda. Marismas del Odiel Bda. de Cardeñas Bda. las Colonias Plaza de los Dolores Bda. del Carmen</p>
<p style="text-align: center;">ZONA 4 Centro Social La Orden</p>	<p style="text-align: center;">C/ Valparaíso, S/N 959 156 527</p>	<p style="text-align: center;">Bda. Orden Alta Bda. Orden Baja Bda. Santa Marta Bda. Parque Moret Bda. La Rivera</p>
<p style="text-align: center;">ZONA 5 Centro Social El Torrejón</p>	<p style="text-align: center;">Avda. de las Flores, S/N 959 153 544</p>	<p style="text-align: center;">Bda. Diego Sayago Bda. Verdelluz Bda. Hispanidad Bda. Tres Ventanas</p>
<p style="text-align: center;">ZONA 6 Centro Social El Lazareto</p>	<p style="text-align: center;">C/ Alanís de la Sierra 959 271 247</p>	<p style="text-align: center;">Bda. Fuentepiña Bda. Los Rosales Bda. Higueral Bda. Perez Cubillas</p>

RENFE (TARJETA DORADA)

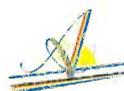
Existen bonificaciones hasta del 40% en el precio del billete.
Teléfono de información: 959 24 56 14



TELEFÓNICA

Planes personalizados
Teléfono (1004) 900 11 10 22

RECURSOS ASOCIATIVOS



Asociación Onubense de Cáncer de Mama "Santa Águeda".

La asociación se forma en la provincia de Huelva, gracias al interés de un grupo médico.

Se pone en marcha el proyecto "Hay un nuevo amanecer de esperanza", dirigido al colectivo de mujeres operadas de Cáncer de Mama de Huelva y Provincia, que vio la importancia de formar una asociación, por la cantidad de mujeres que existen afectadas por esta enfermedad.

Esta asociación se pone en marcha en el año 1993, para ayudar y apoyar a toda persona que necesite superar los problemas físicos, psíquicos y sociales provocados por padecer la enfermedad. Trabaja para dotar de la información y orientación necesaria a toda persona que la solicite y para concienciar a la sociedad de la importancia de la detección precoz. Ofrece los servicios que no tienen cobertura pública, necesarios para la recuperación de la mujer operada de cáncer de mama. Y por

supuesto, lucha

por la mejora y ampliación de los servicios prestados por los Organismos Públicos.

OBJETIVOS:

- Integración de la mujer diagnosticada de cáncer de mama, a una vida normalizada: social, psicológica, familiar, laboral...
- Promoción, rehabilitación y reincorporación a la sociedad de la mujer afectada.
- Contribuir a la información y prevención socio-sanitaria del cáncer de mama.
- Información y asesoramiento a las afectadas y sus familiares de los cambios que origina dicha situación.
- Ayudar y colaborar con las afectadas a la superación de los problemas originados por su situación.
- Concienciación de la sociedad con respecto a la admisión y reconocimiento de la mujer afectada.
- Promover actuaciones que ayuden a mejorar su calidad de vida.

ACTIVIDADES:

- Actuaciones de apoyo y asesoría a las afectadas y familiares que lo soliciten.
- Participación en charlas, conferencias, reuniones en colaboración con el personal sanitario, para la prevención de cáncer de mama, a nivel de

población en general.

- Reuniones, cursos y grupos de apoyo y autoapoyo con afectadas, para poder superar las situaciones personales y familiares.

- Propaganda y difusión de la realidad de las mujeres afectadas.

- Encuentros y jornadas de concienciación y sensibilización.

- Participación en aquellas actividades de promoción de la mujer y en particular de la mujer afectada.

- Promoción y colaboración en congresos, jornadas, etc., que posibiliten una mejoría de la mujer afectada.

- Proyecciones, concursos y actos de carácter, que constituyan un conocimiento y bienestar de la mujer afectada.

Nuestro campo de actuación es el siguiente:

▣ **Área de Voluntariado en Apoyo emocional:**

La asociación cuenta con un voluntariado social, son mujeres que han vivido en primera persona la enfermedad y tras haber realizado los cursos ofrecidos por la asociación sobre voluntariado, ayudan a otras mujeres a través de su testimonio y experiencia personal, resolviendo las dudas y preguntas de estas.

Dentro de esta área contamos con:

- Programa de atención domiciliaria
- Detección de casos en Hospitales
- Asesoramiento e Información
- Curso de formación al voluntariado
- Grupo de ayuda mutua

▣ **Área Asistencial**

Programa de atención psicosocial:

- Programa de intervención psicológica:

- Terapia individual: Se realiza tanto con las propias mujeres afectadas de cáncer de mama, como con sus familiares para ayudar a la persona afectada a tener una calidad de vida y una mayor normalización de todo el proceso de la enfermedad.

- Terapia grupal: Con mujeres afectadas y con familiares, se crea un Grupo de Ayuda Mutua donde se anima a los participantes a expresar libremente sus sentimientos y pensamientos sobre la enfermedad, a hablar de cómo ha afectado el Cáncer en sus vidas, a exponer los problemas físicos y todos aquellos aspectos personales, familiares, sociales, laborales, etc., que han resultado afectados por la enfermedad. Se trata de compartir experiencias, de normalizar la situación derivada de la enfermedad, de apoyarse solidariamente unas a otras extrayendo los significados positivos de la experiencia.

- Programa de intervención social

Desde esta área trabajamos para lograr la adaptación social, familiar y laboral de la persona afectada.

Dotamos de información integral a la mujer y a la familia sobre los servicios y los recursos sociales existentes.

Planificamos las diferentes actividades y servicios que la asociación ofrece.

- Programa de atención biopsicosocial

Este programa consiste en la coordinación y colaboración entre el medio hospitalario y la asociación. Así como la renovación continua y actualizada de la información sobre tratamientos, recursos técnicos y medicina en general para a su vez transmitir estos conocimientos al colectivo con el que trabajamos, con la finalidad de mejorar su calidad de

vida.

▣ **Área de prevención y tratamiento del linfedema.**

- Programa de prevención y tratamiento del linfedema.

La asociación cuenta con un servicio para toda persona operada de cáncer de mama que necesite un tratamiento preventivo o en reducción del linfedema.

Contamos con personal especialmente formado para el tratamiento del linfedema que trabaja las medidas de restauración y prevención que consta de drenaje linfático manual y vendaje compresivo.

- Charlas coloquio sobre prevención y tratamiento del linfedema.
- Taller de Salud y Autocuidados.
- Información (Material divulgativo).

▣ **Área de Información y Sensibilización.**

- Atención personal o telefónica en la sede
- Charlas de educación para la salud en cáncer de mama
- Charlas de diversos aspectos de salud
- Campaña información-sensibilización día internacional del cáncer de mama.
- Elaboración de folletos sobre cáncer de mama
- Entrevistas con profesionales socio-sanitarios, medios de comunicación, instituciones,...
- Asistencia a Jornadas, Encuentros, Congresos,...
- Difusión de la Guía de Recursos

▣ **Área de actividades y prevención**

- Cursos para mejorar la autoestima
- Curso sobre la sexualidad en la mujer mastectomizada
- Gimnasia de mantenimiento

- Talleres (belleza, manualidades, lectura, abalorios...)

▣ **Área de actividades benéficas y/o lúdicas**

- Excursiones
- Desfile de trajes de baño y ropa interior
- Otras.

▣ **Otros programas y/o acciones**

- Programa de atención y asesoramiento familiar y social
- Programa de educación para la salud en cáncer de mama
- Federación Española de Cáncer de Mama "FECMA"
- Plataforma para la defensa de la Salud Pública.

***Asociación Onubense de Cáncer de Mama
"Santa Águeda"***

Presidenta: Dña. Rosario Venegas Gutiérrez

C/ Miguel Redondo, nº 56 bajo

21003 HUELVA

Tfno./Fax: 959 812 345

Móviles: 659 781 169 / 629 705 188

e-mail: aocam@hotmail.es

RECURSOS SOCIO-ECONÓMICOS

PENSIONES, DESEMPLEO Y AYUDAS ECONÓMICAS

Pertenecientes a la
SEGURIDAD SOCIAL

Seguridad Social

C/ San José, 1-3 C.P. 21002 Huelva

Tfno.: 959 492 00 Fax: 959492537

Pensiones Contributivas

Jubilación

* Titular con 65 años o más.
* Titular menor de 65 años.

**Invalidez
Permanente**

Gran Invalidez.- Con incremento del 50%
Invalidez Permanente Absoluta para todo
tipo de trabajo
Invalidez Permanente Total para la
profesión habitual
Invalidez Permanente Parcial para la
profesión habitual.

**Otras
Pensiones**

Viudedad
Orfandad
A favor de familiares
SOVI: Vejez, Invalidez y Viudedad.

INEM	Avda. Muñoz de Vargas, s/n C/ Gonzalo de Berceo, 45-47	
Nivel Contributivo	- Prestación por desempleo.	
Nivel Asistencial	- Subsidio por desempleo.	
RAI Renta Activa de Inserción	Desempleados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 45 años. - Carezcan de rentas de cualquier naturaleza, superiores al 75% del Salario Mínimo Interprofesional. - No reúna lo requisitos para ceder a una prestación o subsidio por desempleo o de renta agraria. - Lleven inscritos ininterrumpidamente en su oficina, como demandante de empleo, 12 o más meses.
	Discapacitados, Emigrantes retornados y víctimas de violencia doméstica	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacitados: aunque no sean mayores de 45 años, cumplan el resto de los requisitos y tengan reconocida una minusvalía en grado igual o superior al 33%.

JUNTA DE ANDALUCÍA

Se podrán solicitar en: la **Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social**, en los **Centros de Día**, y en los **Centros de Servicios Sociales Comunitarios Municipales**.

Pensiones No Contributivas (PNC)

- Jubilación** Tener más de 65 años con límites de ingresos en la unidad familiar.
Tener 18 o más años y menos de 65.
Tener una minusvalía igual o superior al 65%, si desea acceder a un complemento económico del 50% por ayuda a tercera persona, una minusvalía o enfermedad crónica en igual o superior grado y superar el baremo establecido para ello.
- Invalidez**

Prestación familiar por hijo a cargo.

Pensiones Asistenciales y Subsidios de la LISMI

- * Garantía de ingresos mínimos.
- * Ayudas de terceras personas.
- * Movilidad y compensación para gastos de transportes.

Fondo de Asistencia Social (FAS)

Son prestaciones a favor de personas cuyos ingresos propios o familiares, son insuficientes para cubrir las necesidades básicas.

Ayudas Sociales Extraordinarias de la JA para beneficiarios de pensionistas asistenciales y del subsidio de garantía de ingresos mínimos.

- Ser pensionista al menos durante los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha establecida para el pago de las mismas.
- Tener residencia habitual en Andalucía.

Ayuda extraordinaria de la JA para pensionistas de viudedad de la Seguridad Social.

- Ser pensionista desde la fecha establecida por la Administración.
- Tener residencia habitual en Andalucía.

C-OTROS RECURSOS

PRÓTESIS, LENCERÍA, TRAJES DE BAÑO

ORTOPEDIAS

ORTOPEDIA BOLAÑOS

C/ Puerto, 2 (Zona Centro)

21003 HUELVA

Teléfono/Fax: 959 240 025

C/ Dr. Juan Nicolás Márquez, 10 (Frente Hospital Juan Ramón Jiménez)

21005 HUELVA

Teléfono: 959 150 991

ORTOPEDIA LA MERCED

Paseo de la Independencia, 25 (Plaza de la Merced)

21002 HUELVA

Teléfono: 959 243 794

C/ Dr. Juan Nicolás Márquez, 12 (Frente Hospital Juan Ramón Jiménez)

21005 HUELVA

ORTOPEDIA GORDILLO

Avenida Diego Morón, 16 (La Orden)

21005 HUELVA

Tlf.: 959 151 996

Fax: 959 290 562

C/ Dr. Juan Nicolás Márquez, 8 (Frente Hospital Juan Ramón Jiménez)

21005 HUELVA

Tlf.: 959 249 038

PELUQUERIAS

PELUQUERIA BERNAL

C/ Berdigón, 9
21003 HUELVA
Teléfono: 959 246 683

PELUQUERIA MARI PAQUI

Centro Comercial Costa Luz (HIPERCOR)
Avda. Alcalde Federico Molina
21003 HUELVA
Teléfono: 959 280 351

MABEL DE SALONES MARI PAQUI

Tres de Agosto, 8
21003 HUELVA
Tif.: 959 241 813

PELUQUERIA MARI CARMEN

Plaza de las Monjas, nº 1
21001 HUELVA
Teléfono: 959 262 703

PELUQUERIA FLORENCIO MADRID

C/ Virgen de Consolación, nº 12 (Los Remedios)
41011 SEVILLA
Teléfono: 954 273 401 Fax: 954 143 650

ANEXO 1

ORGANISMOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

DIRECCIONES EN INTERNET

- 1.- FECMA (Federación española de cáncer de mama): www.fecma.org
- 2.- SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica): www.seom.org
- 3.- GEICAM (Grupo español de Investigación en cáncer de mama):
www.geicam.org
- 4.- Programa de Ayuda "La Vida Sigue": www.lavidasigue.com
- 5.- CNIO (Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas): www.cnio.es
- 6.- Laboratorios Roche: www.roche.es
- 7.- Portal del Ayuntamiento de Huelva (acceso a los centros de servicios sociales, programas, concejalías...): www.ayuntamientohuelva.es
- 8.- Portal Consejería de Salud de la Junta de Andalucía:
www.juntadeandalucia.es
(Acceso a página del SAS, al Plan Integral Oncología y al Proceso Cáncer de Mama: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>).
- 9.- National Alliance of Breast Cancer Organizations (NABCO):
www.nabco.org
- 10.- National Cancer Institute (NCI-USA): www.nci.nih.gov
- 11.- The European Breast Cancer Coalition: Europa Donna:
www.cancereurope.org/europadonna
- 12.- American Society of Clinical Oncology (ASCO): www.asco.org

13.- Otras Direcciones:

<http://salud.medicinatv.com/>

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/>

www.elmedico.net

www.compumedicina.com

www.seap.es (Sociedad Española de Anatomía Patológica)

DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ASOCIACIONES Y ORGANISMOS

1. Asociación Onubense de Cáncer de Mama "Santa Agueda".

Dirección: C/ Miguel Redondo, 56, bajo.

21003 Huelva.

Teléfono/fax: 959 812 345 Móvil: 659 781 169

e-mail: aocam@hotmail.com

2. Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social.

Dirección: C/ Mora Claros 4 y 6

21003 Huelva

Teléfono: 959 00 57 00

www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial

3. Centro de la Mujer de Huelva.

Plaza de San Pedro, 10

21004 Huelva

Teléfono: 959 005 650 Fax: 959 005 667

www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer

4. Delegación Provincial de Salud;

C/ Cardenal Cisneros, 3 y 5

21003 Huelva

Teléfono: 959 010 600 Fax: 959 010 726

www.juntadeandalucia.es/salud

5. Concejalía de Igualdad, Salud y Turismo.

Calle Niña, 1

21003 Huelva

Teléfono: 959210272

6. Diputación Provincia de Huelva.

Avda. Martín Alonso Pinzón, 9

21003 Huelva.

Teléfono: 959 494 600 Fax: 959 494 720

Área de la Igualdad de la Diputación Provincial de Huelva

Teléfono: 959 494 600

TELÉFONOS DE INTERÉS

- Servicios atenciones a victimas 959 013 865/66/67/68
- Teléfono de información a la mujer 900 191 010
- Atención telefónica para mujeres sordas 900 152 152
- Tfno. Atención Emergencias Sanitarias 061
- Hospital Juan Ramón Jiménez
 - Centralita: 959 016 000
 - Información: 959 016 001
 - Habitaciones: 959 150 534
- Hospital Vázquez Díaz 959 014 620
- Centro Periférico de Especialidades "Virgen de la Cinta" 959 015 020/06
- Hospital Comarcal Infanta Elena
 - Centralita: 959 015 100
 - Información: 959 015 228
- Hospital Comarcal de Riotinto 959 025 200/400
- Hospital Blanca Paloma 959 012 100/85

ANEXO 2**LECTURAS RECOMENDADAS****LIBROS**

"Cáncer de Mama. Cuestiones más frecuentes"; Bayo J, Lluch A y Valentin V. Ed. Entheos. 2004.

Serra Escorihuela, M.; Morant Guillén, P. y Bastos Pinhiero, N.: "Cinesterapia", 61-65. En Serra Escorihuela, M., Linfedema. Métodos de Tratamiento Aplicado al Edema del Miembro Superior Postmastectomía, Ed. Grupo Faes.

REVISTAS

Revista Redes Servicios Sociales. Área de Servicios Sociales. Diputación Provincial de Huelva.

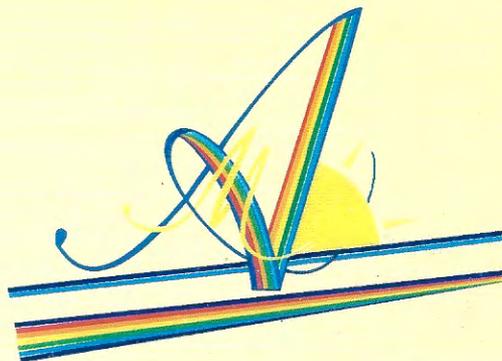
FOLLETOS

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

MATERIAL FACILITADO POR ORGANISMOS PÚBLICOS

Ley de atención a las personas con discapacidad en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.

Guía de Mayores. Plan Local de Salud. Ayuntamiento de Huelva.



**Asociación Onubense de Cáncer de Mama
"Santa Agueda"**
C/ Miguel Redondo, nº 56 - Bajo - 21003 HUELVA
Teléfono/Fax: 959 81 23 45
Móvil: 659 78 11 69
e-mail: aocam@hotmail.com

COLABORAN:



Excmo. Ayuntamiento de Huelva

Ortopedia
GORDILLO



ORTOPEDIA BOLAÑOS

ORTOPEDIA

La Merced

