

TE SERÁ ÚTIL SABER

CÁNCER DE MAMA Y
TRABAJO

UNA VIDA MÁS SANA

RÍETE A CARCAJADAS,
LLÉNATE DE VIDA Y SALUD

NUTRICIÓN Y DIETA

SUPLEMENTOS DIETÉTICOS

**INVESTIGACIÓN Y
CÁNCER DE MAMA**

RIESGO DE CÁNCER DE
MAMA Y ESTILO DE VIDA EN
ESPAÑA

Comité Ejecutivo

Miguel Martín
Hospital Clínico Universitario San Carlos - Madrid

Lourdes Calvo
Hospital Juan Canalejo - A Coruña

Amparo Ruiz
Instituto Valenciano de Oncología - Valencia

Mireia Margelí
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol - Barcelona

Miguel Angel Seguí
Hospital de Sabadell - Consorci Sanitario Parc Taulí - Barcelona

Jesús Sánchez Martos
Catedrático de Educación Sanitaria de la Universidad Complutense - Madrid

Toñy Gimón
Presidenta de FECMA

Montserrat Muñoz
Hospital Clinic i Provincial - Barcelona

Carlos Vázquez
Instituto Valenciano de oncología - Valencia

Manuel de las Heras
Hospital Clínico Universitario San Carlos - Madrid

Melchor Sentís
Hospital de Sabadell - Consorci Sanitario Parc Taulí - Barcelona

José G^a Asenjo
Hospital Clínico Universitario San Carlos - Madrid

Imprime
NILO Industria Gráfica

D.L.: M-7045-2005

© Copyright 2007, GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama), Av. de los Pirineos, 7 - 1er piso, Oficina 14, San Sebastián de los Reyes, 28700, Madrid. GEYSALUS ®. Reservados todos los derechos. Esta revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, absolutamente libres e independientes.

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

Consejo Editorial

Emilio Alba, *Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria de Málaga.*

José Enrique Alés, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Ruber Internacional de Madrid.*

Joan Albanell, *Servicio de Oncología Médica, Hospital del Mar de Barcelona.*

Antonio Antón, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

Agustí Barnadas Molíns, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.*

Lourdes Calvo, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Juan Canalejo de la Coruña.*

Ramón Colomer, *Centro Oncológico M.D. Anderson España de Madrid.*

Laura García Estévez, *Centro Integral Oncológico Clara Campal de Madrid.*

Antonio Llombart, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Arnau de Vilanova de Lérida.*

Ana Lluch, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

Miguel Angel Martín, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos de Madrid.*

Mireia Margelí, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Germans Trias i Pujol de Barcelona.*

Montserrat Muñoz, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Clinic i Provincial de Barcelona.*

Amadeu Pelegrí, *Servicio de Oncología Médica, Hospital U. San Joan de Reus.*

Manuel Ramos, *Servicio de Oncología Médica, Centro Oncológico de Galicia.*

Cesar Rodríguez, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico de Salamanca.*

Álvaro Rodríguez Lescure, *Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Elche.*

Amparo Ruiz, *Servicio de Oncología Médica, Instituto Valenciano de Oncología.*

Manuel Ruiz Borrego, *Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.*

Pedro Sánchez Rovira, *Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.*

Miguel Angel Seguí Palmer, *Servicio de Oncología Médica, Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell.*

geusalus **sumario**
MUJER | SALUD

- 4 Editorial**
Cáncer de mama en el Congreso ASCO 2007
- 5 Columna abierta**
Unidades de mama
- 6 En primera persona**
Selina Moreno
- 8 Contestando a tus preguntas**
¿Es urgente operarse de un cáncer de mama?
- 10 Te será útil saber**
Cáncer de mama y trabajo
- 14 Buscando apoyo**
El miedo a la recaída
- 16 Una vida más sana**
Ríete a carcajadas ...
- 18 Nutrición y dieta**
Suplementos dietéticos
- 22 Investigación y cáncer de mama**
Riesgo de cáncer de mama y estilo de vida en España: Consumo de bebidas alcohólicas, hábitos de ingesta y aceite de oliva
- 25 Ciencia y cáncer de mama**
Terapias Biológicas



ASCO

Annual '08
Meeting

CANCER DE MAMA EN EL CONGRESO ASCO 2007

Dr. Amadeu Pelegrí

El congreso de este año se podría resumir en el de la consolidación de la incorporación del trastuzumab y los taxanos en el tratamiento del cáncer de mama adyuvante, y también la profundización, todavía insuficiente, del conocimiento de qué pacientes se benefician y en qué medida, de los tratamientos oncológicos.

En el congreso americano de oncología de hace dos años se presentaron, por primera vez, los excelentes resultados de eficacia obtenidos con trastuzumab, administrado de forma adyuvante, es decir, después de la cirugía del cáncer de mama localizado.

En el congreso de este año se comunicaron los datos actualizados, con un mayor seguimiento, de los dos estudios americanos con trastuzumab y analizados conjuntamente. Se confirma un beneficio muy importante y estadísticamente significativo, tanto en la recidiva como en la mortalidad, con la adición de trastuzumab a la quimioterapia. En cuanto a la toxicidad, se observa un ligero incremento de la cardiotoxicidad de las pacientes tratadas con trastuzumab, mayoritariamente reversible y sin impacto sobre la mortalidad si se siguen las monitorizaciones recomendadas.

Esta actualización, junto a los resultados de los otros tres estudios con trastuzumab, permite recomendar de una manera firme el tratamiento con este fármaco, añadido a la quimioterapia, para las pacientes intervenidas de cáncer de mama con sobreexpresión del oncogén HER-2. El balance beneficio-toxicidad es ampliamente satisfactorio, recomendándose una evaluación periódica del funcionalismo cardíaco durante el tratamiento.

También se presentaron los resultados preliminares del estudio NOAH con trastuzumab administrado de forma preoperatoria. Se confirma su impacto beneficioso también en esta

estrategia de tratamiento. Estos datos favorables se añaden a otro estudio ya publicado, los cuales avalan la utilización de trastuzumab también en estrategias de tratamientos sistémicos antes de la cirugía del cáncer de mama.

En este congreso se reportaron algunos estudios que consolidan el papel de los taxanos en el tratamiento complementario a la cirugía de las pacientes con afectación ganglionar axilar, profundizando la mayoría de ellos en la identificación de subgrupos que puedan beneficiarse en mayor medida de tratamientos que incluyan taxanos. El estudio americano E1199 recomienda paclitaxel semanal o docetaxel trisemanal cuando se utilicen estos dos taxanos en esquemas secuenciales con antraciclinas.

El estudio GEICAM 9906 muestra como una pauta con antraciclinas seguida de paclitaxel semanal aporta un beneficio respecto a pautas sin taxanos, especialmente en aquellas pacientes sin expresión de receptores hormonales ni HER-2. Es decir, el subtipo molecular denominado triple negativo.

En cuanto a la enfermedad avanzada habría que destacar también un estudio de GEICAM, el 2001-01, presentado en comunicación oral por el Dr. Alba, y en el cual se demuestra como un tratamiento con adriamicina liposomal pegada, después de seis ciclos de quimioterapia de inducción, aumenta el tiempo hasta la progresión de las pacientes con cáncer de mama avanzado.

Finalmente, se presentaron los datos de eficacia de un estudio fase III con un nuevo fármaco, la ixabepilona, de la familia de las epitolonas, que justifica su incorporación al arsenal de tratamientos para la enfermedad avanzada. Este estudio ha sido recientemente publicado y aprobado por la agencia americana del medicamento. ③

UNIDADES DE MAMA ¿Qué son y qué ventajas ofrecen?

Dr. Miguel Angel Seguí

La experiencia profesional tiene un papel importante en el tratamiento del cáncer de mama, pero el conjunto de varias experiencias profesionales, desde diferentes ámbitos de la medicina aporta más beneficio, este podría ser el resumen de lo que es una Unidad de Mama. Por suerte, en la mayoría de hospitales de nuestro país, es poco frecuente que un solo médico, cirujano, ginecólogo, oncólogo o radioterapeuta atienda a una paciente con sospecha o diagnóstico de un cáncer de mama actuando aisladamente, la complejidad de los procesos diagnósticos y terapéuticos hacen imposible que un solo individuo posea los conocimientos necesarios para tratar esta enfermedad, y por tanto el marco ideal donde hacerlo son las Unidades de Mama.

Este concepto aparece en Estados Unidos y Europa Occidental en la década de los 80, cuando se hizo evidente que la unión del conocimiento de los diferentes especialistas médicos implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad ofrecía a la pacientes mayores garantías de éxito en su tratamiento. Básicamente una Unidad de Mama es el conjunto de radiólogos, cirujanos, oncólogos, radioterapeutas, patólogos, especialistas en medicina nuclear, psico-oncólogos y enfermeras implicados en esta patología, idealmente con una dedicación exclusiva o mayoritaria a esta labor que discuten y analizan todos los casos con sospecha y diagnóstico de cáncer de mama para aconsejar a la paciente los mejores procedimientos para combatir su enfermedad, aportando opiniones variadas, pero llegando a un consenso.

En el año 2000, la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA) estableció los requisitos para acreditar una Unidad de Mama, con la intención de garantizar el acceso a la mejor atención médica a una mujer con cáncer de mama. Básicamente se requiere la presencia de un equipo multidisciplinario (con la mayoría de los especialistas citados antes), la posibilidad de realizar todos los procesos diagnósticos y terapéuticos que se consideran actualmente estándares en el cáncer de mama, el tratar un número mínimo de pacientes anualmente (lo que asegura que todos los miembros del equipo adquieran la suficiente experiencia), el revisar periódicamente (por ejemplo semanalmente) todos los casos de patología mamaria donde se tenga que tomar una decisión importante en su diagnóstico o tratamiento, y finalmente, es fundamental que los miembros de la Unidad de Patología Mamaria hagan un esfuerzo de formación continuada para mantenerse siempre al día de las innovaciones en este campo.

Este grupo de expertos no solo deben ocuparse de la patología maligna de la mama, es muy importante diagnosticar y tra-

tar correctamente la patología benigna de la mama, ya que ello servirá para tranquilizar a la mujer, cuyo temor siempre es el cáncer de mama, y a establecer programas de prevención, por lo que también es fundamental que la Unidad de Mama esté en contacto continuo con los programas de diagnóstico precoz, si es que no forma parte de ella.

La presencia de las Unidades de Mama en nuestro medio en los últimos 10-15 años es probablemente una de las causas que explican la rápida difusión de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento (estereotaxia, cirugía conservadora, biopsia del ganglio centinela, nuevos tratamientos hormonales y de quimioterapia), lo que posibilita que la mayoría de nuestras pacientes puedan tener las mejores opciones para afrontar su enfermedad. Junto con el diagnóstico precoz, la corrección del diagnóstico y tratamiento que facilita la existencia de las Unidades de Mama justifican los excelentes resultados que se obtienen en nuestro país en el cáncer de mama, como mínimo similares a la de nuestro entorno europeo, y al descenso de muertes debidas a esta enfermedad que podemos observar desde final de la década de los 90. ④





SELINA

Toñy Gimón

Cuatro meses después de finalizar el tratamiento se lanzó a por su gran sueño: cruzar a nado el Estrecho de Gibraltar. El deseo de volver a sumergirse en las aguas del Mediterráneo ha sido para Selina Moreno la mejor terapia para superar el cáncer de mama que le diagnosticaron con tan solo 33 años.

Esta pasión por la natación despertó a los 12 años, cuando por motivos familiares tuvo que abandonar su Madrid natal por la costa valenciana, y sigue siendo allí, junto al mar, donde se siente ella misma. Desde su actual puesto de delegada sindical del Hospital de Gandía, y como diplomada de Relaciones Laborales, esta valenciana de adopción, reivindica más implicación por parte de las empresas para que las pacientes tengan más facilidades a la hora de reincorporarse a su puesto de trabajo, y que ese esfuerzo por recuperar su vida no caiga en balde.

■ **¿Ha cambiado tu visión de la vida tras haber superado un cáncer de mama?**

Me encuentro más fuerte psicológicamente y con muchas más ganas de hacer cosas que nunca. Cuando me diagnosticaron cáncer de mama, uno de mis mayores temores era no volver a nadar nunca más. Afortunadamente me lo cogieron a tiempo y en todo momento me sentí respaldada por otras personas que, al igual que yo, habían pasado por un cáncer y que me animaron a luchar por mis sueños. Después de un cáncer, creo, sinceramente, que las personas crecemos.

Al principio sólo podía pensar "no puede ser, se están equivocando... soy joven, deportista, llevo una vida sana". Sin embargo, ahora me siento la mujer más afortunada del mundo

y llena de vitalidad por el mero hecho de estar aquí. He padecido un cáncer de mama, sí, pero he tenido la gran suerte de ser tratada en un buen centro y excelentes cirujanos, de contar siempre con mi oncóloga, de que mi organismo haya respondido bien... muchos pagarían por la suerte que yo he tenido.

■ **¿Qué te ha dado más fuerzas para afrontar la enfermedad?**

De dónde he sacado las fuerzas, no lo sé, pero pienso que las mujeres tenemos un componente especial que nos hace ser más luchadoras. Para los familiares es tanto o más duro; al igual que a mí no enseñaron a llevar un cáncer, a ellos tampoco les han enseñado a cuidar a un paciente. Mi abuela siempre se mostró cariñosa y permaneció a mi lado en todo momento, contagiándome de su serenidad. Para mí, ella ha sido mi quimio personal.

■ **Y ese mar que tanto adoras, ¿qué ha representado para ti durante tu convalecencia?**

Recuerdo dos momentos muy especiales. La primera vez transcurrió en una noche de invierno, recién operada de la segunda intervención de mama y aún tenía problemas para mover el brazo. Sin embargo, según me zambullí en la piscina, la sensación fue como de haber pasado un mal sueño y volver a la realidad. Un sentimiento que volví a experimentar meses más tarde, durante la travesía de Cullera. El poder sumergirme de nuevo en el mar y reencontrarme con las personas de otras travesías, reanudar las conversaciones de siempre... fue una inyección de optimismo.

Y un sueño cumplido: cruzar a nado el Estrecho de Gibraltar. Han sido muchas las personas que me han animado, y a todas ellas les debo esta "victoria personal". Tanto mis amigos de natación como todas aquellas personas que habían pasado por un cáncer han sabido entender que quisiera luchar por mis sueños. Quizá fue mi oncóloga, la doctora Amparo Ruiz, quien mejor entendió esa transformación que sufrimos todas las pacientes, y ese deseo mío por cruzarme a nado el Estrecho.

■ **¿Consideras que existe suficiente conciencia social a cerca de esta patología así como de los beneficios de detectarlo a tiempo?**

Desgraciadamente no. Pero para eso estamos nosotras, las que lo hemos tenido, para evitar que otras mujeres pasen por lo mismo, haciéndonos las correspondientes revisiones y también autoexplorándonos. No me cansaré de repetirlo "tener un cáncer de mama no está en nuestra mano, sin embargo, con detectarlo a tiempo, estamos ganando la batalla". Pero para que esto sea así, primeramente hay que enseñar a la mujer a autoexplorarse correctamente y concienciarla de que, ante cualquier signo, acuda a su médico.

El mejor consejo que darías a las chicas jóvenes...

Mi abuela me decía: "no luches, acéptalo". El cáncer de mama no es más que una mala época en tu vida, pero que se pasa. Del mismo modo que otras mujeres con anterioridad a mí lo han superado, y al igual que yo lo he logrado, las mujeres que vengan por detrás serán igualmente capaces de hacerlo.

Mi abuela me decía: no luches, acéptalo. El cáncer no es más que una mala época en tu vida, pero que se pasa.



■ **En tu opinión, ¿el cáncer de mama tiene algo de tabú en la pareja?**

Afortunadamente el hombre está educado y preparado también para hacer frente a esto. Al principio me asustaba cuál sería la reacción de un hombre al decirle que había tenido un cáncer de mama, e incluso pensaba que me rechazaría por el físico, pese a mi cirugía conservadora. Ahora sé que no es cierto, que el físico pierde importancia porque lo que cuenta es lo que llevas dentro.

■ **¿Cómo valoras el papel que desempeñan las asociaciones de cáncer de mama?**

Cuando me diagnosticaron la enfermedad desconocía que existían este tipo de asociaciones y el papel que cumplían. Pero ahora sé y puedo decir que cumplen una labor excelente en ese sentido, porque te ayudan a no sentirte sola. De saber de su existencia en aquel momento, estoy segura de que me hubieran sido de gran ayuda. Considero que, del mismo modo que nosotras tuvimos la suerte de superar el cáncer de mama, ahora nos toca a nosotras ayudar a otras mujeres que están pasando por lo mismo. A raíz de todo, estoy participando en muchos medios de comunicación desde donde trato de desarrollar una labor de concienciación activa. El mensaje al respecto es firme: diagnóstico precoz y autoexploración.

■ **¿Qué es lo más importante que falta por hacer en la lucha contra el cáncer de mama?**

En primer lugar, crear una conciencia social en torno a la prevención. Pero además, y hablo desde mi experiencia personal, creo que el apoyo psicológico es clave en el proceso de recuperación de las pacientes. Yo aún recuerdo la palabra esterilidad y el miedo a no poder tener hijos. Y a este temor le tienes que sumar otros muchos que, por lo general, no encajan en tu vida y a los que te tienes que enfrentar. Y es ahí, en esos momentos, ante esos miedos, cuando necesitamos de apoyo emocional por parte de profesionales.

■ **Desde tu experiencia personal y profesional, ¿cómo ves la incorporación de la mujer a su puesto de trabajo?**

En España, desgraciadamente, no existe una cultura de empresa, circunstancia que se da tanto en la empresa pública como en la privada. Es triste padecer un cáncer, luchar por tu vida y luego descubrir que el puesto de trabajo no se adapta a tu situación y que nadie hace nada para cambiarlo. Con lo fácil que resultaría ubicarlas en otro departamento o designarles otro trabajo en línea con sus limitaciones... Entre todos tenemos que tratar que el esfuerzo de esa persona no caiga en balde. Queda mucho por hacer. 📌



¿ES URGENTE OPERARSE DE UN CÁNCER DE MAMA?

Dres. Antonio Llombart Cussac, Diego Márquez Medina y Edelmiro Iglesias

“Como siempre: Lo urgente no deja tiempo para lo importante”

Mafalda (Joaquín Salvador Lavado; Quino)

El diagnóstico de cáncer angustia. Es comprensible; es síntoma de muerte o cuanto menos de “una larga y penosa enfermedad”. Sin embargo, en España el cáncer de mama presenta tasas de curación a cinco años superiores al 82%, y desde hace años venimos observando un descenso mantenido en la mortalidad a pesar de una incidencia todavía en aumento. Este cambio pronóstico se explica en base a dos fenómenos: la generalización del diagnóstico precoz (autoexploración y mamografía) y la integración de múltiples disciplinas médicas en el tratamiento de la enfermedad.

Cualquiera que sea el tamaño de su tumor en el momento del diagnóstico, tenga por seguro que han pasado años desde que este proceso se inició en su organismo.

Contrariamente a lo que se pueda creer, el cáncer de mama presenta una dinámica de crecimiento “lenta”. Las primeras células malignas precisan de años para generar un tumor palpable (entre 3 y 5 años para un tamaño de 1 cm.). Por ello, y cualquiera que sea el tamaño de su tumor en el momento del diagnóstico, tenga por seguro que han pasado años desde que este proceso se inició en su organismo. En esta situación ¿cuán fundamental es la extirpación del tumor como primera medida de acción y en un contexto de “urgencia”? La realidad es contraria en varios aspectos que trataremos de desmenujar.

En muchos casos, pruebas complementarias de imagen, como la RNM mamaria, son precisas antes de abordar una intervención.

En primer lugar, una cirugía de la mama a “ciegas”, sin datos objetivos de lo que tenemos delante, condiciona un riesgo extremadamente elevado de realizar cirugías innecesarias o excesivas (mastectomía, bordes afectos requiriendo segunda intervención, vaciamientos axilares, etc.). La cirugía óptima de una lesión o tumor mamario requiere un conocimiento previo del problema. Es recomendable la realización de una BAG

(Biopsia con Aguja Gruasa) que nos permite saber, con una alta seguridad, si estamos ante un tumor infiltrante o una lesión premaligna. En muchos casos, pruebas complementarias de imagen, como la RNM mamaria, son precisas antes de abordar una intervención. Tanto el diagnóstico histológico previo de malignidad como las pruebas complementarias permiten al cirujano establecer las posibilidades de: 1.- Cirugía conservadora de la mama (evitando la mastectomía); 2.- Márgenes de resección que deben ser respetados, y 3.- Realización de la técnica del ganglio centinela (respetando la axila).

(quimioterapia, radioterapia, tratamientos hormonales, terapias moleculares) son capaces de disminuir drásticamente el riesgo de recidiva tumoral.

El segundo punto concierne a los riesgos vitales que entraña la enfermedad. Siendo la mama un órgano no vital (hablamos a nivel médico), su extirpación siempre se asocia con la curación del problema. Sin embargo, el gran riesgo de esta enfermedad es la presencia de células tumorales fuera de la mama en el mismo momento de la intervención (micro-metástasis). Los registros de los años 1950 a 1980, donde la cirugía era la terapia exclusiva, muestran tasas de recidiva en los 5 años posteriores que van del 30% (en los tumores más iniciales) hasta el 95%, en función del tamaño y estadio del tumor primitivo. En estas situaciones, tratamientos complementarios a la cirugía (quimioterapia, radioterapia, tratamientos hormonales, terapias moleculares) son capaces de disminuir drásticamente el riesgo de recidiva tumoral. Cada vez con mayor frecuencia se están aplicando dichos tratamientos de forma previa a la intervención quirúrgica. El objetivo es doble; por un lado tratar precozmente las potenciales micro-metástasis, y por otro reducir el tumor primario para permitir una cirugía menos mutilante.

El dilema finalmente es sencillo. ¿Disparar a bulto o apuntar?

Sin duda, la más sensata es la segunda opción, pero debe realizarse con diligencia.

¿Cuál es el tiempo de espera razonable?

Se considera que el tiempo desde la primera consulta hasta el inicio de un tratamiento específico debe ser inferior a 4 semanas. En los Centros punteros americanos ésta demora es actualmente de 12 días.

En España las grandes instituciones asistenciales tanto públicas como privadas disponen ya de Unidades Funcionales de Patología Mamaria. Estas estructuras albergan bajo un mismo paraguas a cirujanos (generales y plásticos), oncólogos (médicos y radioterápicos), patólogos, radiólogos y



psicólogos para integrar comités que discuten cada caso de forma individualizada. Sus estándares de calidad son similares al de los grandes centros europeos y americanos, y créanme, en ninguno de ellos tratamos bajo criterios de urgencia (de hoy para mañana) un cáncer de mama. 📍



Cáncer de mama y trabajo: ¿influye el cáncer en la vida laboral?

Amelia Rodríguez

La incidencia que un diagnóstico de cáncer de mama puede llegar a tener sobre la vida laboral y profesional de las mujeres afectadas es una cuestión que actualmente desata cierta controversia. Tanto el debate público acerca del cáncer como la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral son fenómenos bastante recientes y, por lo tanto, relativamente novedosos. De ahí que las potenciales dificultades añadidas con las que se encuentran las mujeres con cáncer de mama a la hora de retomar su anterior empleo hayan constituido un campo de investigación poco desarrollado hasta hace algunos años.

Como veremos a continuación, la primera consecuencia de un diagnóstico de cáncer de mama para la mujer afectada es la interrupción de su actividad laboral durante el tiempo necesario para afrontar la intervención quirúrgica y/o los tratamientos posteriores. En este sentido, es un hecho manifiesto que la enfermedad tiene, como mínimo, un impacto inmediato aunque normalmente transitorio sobre la actividad laboral. Sin embargo, una vez superada la etapa de la recuperación y de los tratamientos, llega el momento de la reincorporación a la vida laboral.

¿Puede una mujer que ha superado un cáncer de mama retomar con total normalidad la actividad profesional que venía desempeñando antes del diagnóstico? ¿Con qué tipo de problemas laborales se encuentran más frecuentemente las mujeres que han tenido cáncer de mama?

La baja laboral durante los tratamientos

El impacto del cáncer de mama en el ámbito laboral de las mujeres afectadas dependerá de muchos factores, entre ellos el diagnóstico, la duración del tratamiento, los efectos secundarios, la etapa en la que se detecta la enfermedad y el tipo de trabajo. Y, por tanto, la incidencia de la enfermedad en la vida laboral de las mujeres afectadas puede ser muy variable. Algunas mujeres llevan una vida laboral completamente normal después del cáncer de mama, mientras que otras se encuentran con muchos obstáculos.

Según el estudio "El cáncer de mama: la enfermedad, su vivencia y la calidad de vida de las pacientes" realizado por la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) en octubre de 2006, el 96% de las mujeres que trabajaban en el momento del diagnóstico tuvo que tomar una baja laboral, cuya duración fue de más de tres meses en el 85% de los casos. Según este informe, aunque tras la intervención quirúrgica, algunas mujeres se reincorporan a su actividad profesional, la gran mayoría permanece de baja laboral mientras duran los tratamientos. Las mujeres que optan por volver inmediatamente al trabajo, introduciendo algunos ajustes si es necesario, aseguran que seguir trabajando durante los tratamientos ayuda a sentirse una persona activa profesional y socialmente. Quienes prefieren hacer un paréntesis en su actividad profesional durante la quimioterapia o la radioterapia señalan que tomarse un respiro a nivel laboral permite concentrarse mejor en la propia recuperación y dedicar ese tiempo a cuidarse y descansar.

Cualquier mujer trabajadora que afronta un cáncer de mama tiene derecho a estar de baja por incapacidad temporal durante el tiempo necesario para llevar a cabo la intervención quirúrgica, la recuperación y los tratamientos posteriores.

En cualquier caso, la decisión de continuar trabajando o de interrumpir la actividad laboral a lo largo de los meses que dura el tratamiento de la enfermedad debe ser tomada libremente por cada mujer en función de las recomendaciones de sus médicos, nunca en función de presiones laborales o sociales. Cualquier mujer trabajadora que afronta un cáncer de mama tiene derecho a estar de baja por incapacidad temporal durante el tiempo necesario para llevar a cabo la intervención quirúrgica, la recuperación y los tratamientos posteriores. La baja laboral durará hasta que el médico considere oportuno y necesario en función de la evolución de cada paciente. Ninguna mujer debería sentirse culpable si la interrupción de la actividad laboral se alarga más de lo esperado inicialmente ni tampoco si, pese a las presiones de entorno para reincorporarse cuanto antes, sus médicos y ella consideran que permanecer de baja laboral mientras duran la quimioterapia y/o la radioterapia es lo mejor para su recuperación.

Por el contrario, también se da el caso de mujeres con cáncer de mama (sobre todo, profesionales liberales que trabajan en empresas más flexibles) a las que les gustaría compatibilizar su actividad laboral con el tratamiento, por ejemplo, ausentándose del trabajo para acudir a las sesiones de radioterapia y reincorporándose después. En este sentido, se han desarrollado varias iniciativas recientemente reclamando flexibilidad, ya que actualmente la Seguridad Social sólo contempla la posibilidad de estar o bien de alta o de baja laboral, sin ninguna otra consideración.

Por ejemplo, el sindicato UGT en Lleida pidió al Gobierno el pasado mes de octubre complementos para las empresas que reduzcan la jornada de mujeres que hayan tenido cáncer de mama para poder mantener una parte de su actividad laboral mientras duran los tratamientos o durante el tiempo que las trabajadoras necesitan hasta su total recuperación. "Se trata de que las mujeres con cáncer de mama puedan reincorporarse a su actividad laboral lo antes posible, como recomiendan muchos especialistas, sin la presión de tener que asumir una jornada laboral completa", explica la secretaria general de UGT en Lleida, Rosa Palau. "Es importante que el Gobierno entienda que sería de gran utilidad otorgar ayudas a los empresarios para facilitar la reinserción laboral de estas mujeres", afirma.

La reincorporación al mundo laboral

Algunas mujeres consiguen llevar una vida profesional absolutamente normal después del cáncer de mama, mientras que otras ven limitadas algunas de sus capacidades anteriores para determinadas labores. Las limitaciones más frecuentes son las que tienen que ver con la prevención del linfedema en pacientes con intervención axilar, que deben evitar la realización de esfuerzos físicos con el brazo operado, trabajos de carga o actividades sometidas a elevadas temperaturas (cocineras, servicio doméstico, agricultura, comercio).

En estos casos es posible solicitar un cambio de puesto de trabajo. Dependerá siempre de la disponibilidad de la empresa y de las limitaciones de la mujer afectada, ya que la empresa no está obligada a conceder una reubicación o una redistribución en horarios y funciones. "Habría que hacer un trabajo de concienciación dentro de las empresas para que se contemple la posibilidad de un cambio en las tareas, en el puesto de trabajo o en los horarios aprovechando la polivalencia de las personas. Si hay voluntad, la solución es posible en la mayoría de los casos. Es una cuestión de responsabilidad social por parte de las empresas", afirma Rosa Palau. Por otra parte, "sería deseable que se contemplaran soluciones para estas situaciones en la negociación de los convenios colectivos, para que exista una protección legal de las personas afectadas".

Aprovechando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información, una alternativa para algunas mujeres podría ser trabajar desde casa, aunque la secretaria de UGT en Lleida matiza que "el teletrabajo puede ayudar a algunas mujeres, pero puede también contribuir a invisibilizarlas por el peligro de que se creen guetos y de que las vuelva a recluir de nuevo al ámbito doméstico."

Precisamente "lo que reclamamos desde FECMA -explica su presidenta, Antonia Gimón- es la visibilidad de las mujeres que han tenido un cáncer de mama ante la sociedad."



Queremos concienciar a la sociedad y a los empresarios de que las mujeres que hemos tenido un cáncer de mama podemos trabajar con normalidad tras haber superado la enfermedad. Pedimos adaptabilidad por parte de las empresas a los puestos de trabajo cuando sea posible. Y, cuando no sea posible un cambio de puesto dentro de la misma empresa, queda la opción de reorientar la vida profesional fuera". Existen servicios de asesoría y formación profesional que pueden ayudar a las mujeres que quieren cambiar de empleo o a las que decidan optar por el autoempleo. Tanto en el ámbito estatal como en el autonómico o local, hay cursos de formación ocupacional y programas de información y asesoramiento para mujeres emprendedoras y empresarias. "Lo que reivindicamos a las administraciones y a las empresas es atención para la solución de las dificultades laborales cuando sea posible. Pedimos flexibilidad y sensibilización, no privilegios. Queremos igualdad de trato y de oportunidades", aclara la presidenta de FECMA.

Desde el punto de vista empresarial, una vez superados los tratamientos y reincorporada la persona que ha superado el cáncer a la vida laboral, no hay datos que indiquen que el rendimiento en el trabajo vaya a ser menor. De hecho, la compañía norteamericana Metropolitan Life Insurance Co. hizo un seguimiento de 74 de sus empleados afectados por varios tipos de cáncer entre 1957 y 1971 y encontró que la tasa de abandono laboral entre los empleados con historial de cáncer no fue más elevada que la tasa entre los empleados sin cáncer y que tampoco se registraron tasas más altas de absentismo o de bajo rendimiento.

Integración laboral no discriminadora

La legislación española prohíbe la discriminación de personas por cualquier circunstancia personal o social, como es el hecho de haber padecido cualquier enfermedad. Así, la Constitución Española en su artículo 14 afirma que todas las personas "son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social". El artículo 9.2 establece que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Finalmente el artículo 10 de la Constitución, de los derechos y deberes fundamentales, proclama la dignidad de la persona como fundamento del orden político y de la paz social.

Por su parte, el Estatuto de los Trabajadores en su artículo 4 establece que los trabajadores y las trabajadoras tienen derecho "a no ser discriminados directa o indirectamente para el empleo, o una vez empleados, por razones de sexo, estado civil, edad dentro de los límites marcados por esta Ley, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, afiliación o no a un sindicato, así como por razón de lengua, dentro del Estado español. Tampoco podrán ser discriminados por razón de discapacidad, siempre que se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate."

Antonia Gimón insiste en que "las mujeres con cáncer de mama tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, ni más ni menos. No reclamamos ningún privilegio, lo que queremos es un trato de igualdad".

Sin embargo, según datos de la propia FECMA, el cáncer de mama dificulta el desarrollo profesional del 65% de las mujeres afectadas. De las 359 mujeres participantes en el estudio citado anteriormente, casi un 93% estaban satisfechas con su trabajo antes del diagnóstico, si bien casi el 40% de las encuestadas abandonó su empresa tras conocer su enfermedad, un 17% voluntariamente, un 8% por despido y un 13% por jubilación. Además, el 35% tuvo problemas para seguir desempeñando su trabajo.

Según otro estudio realizado en 2004 por la Fundación para la Educación y la Formación Oncológica Continuada (FEFOC) entre 670 mujeres con cáncer de mama, el 20% de las mujeres afectadas aseguró haber sufrido algún tipo de discriminación laboral relacionado con el hecho de sufrir cáncer de mama como verse forzada a coger la jubilación anticipada, verse relegada de su categoría laboral o encontrarse con poca predisposición de la empresa a su reincorporación laboral.

"Lo más frecuente son dificultades para reincorporarse al antiguo puesto de trabajo con las mismas atribuciones y responsabilidades", explica la doctora Tània Estapé, psicooncóloga de FEFOC. Para la doctora Estapé, "esto se debe a que, a menudo, los superiores asumen que esa mujer no podrá desempeñar su cargo como antes.



También hallamos mujeres que se ven afectadas porque ya no cuentan con ellas para reuniones, viajes e incluso ascensos o promociones. Además nos han llegado casos especiales en los que determinadas mujeres hubieran optado por una jornada más reducida o simplemente con cumplir 'de verdad' su horario (en empresas donde en la práctica se hacen más horas de las establecidas) y lo ven imposible de conseguir."

La psicooncóloga de FEFOC llama especialmente la atención sobre casos de posibles despidos encubiertos. "En mujeres cuyo contrato estaba finalizando en ese periodo se dan casos de despidos encubiertos y luego están estas mismas u otras mujeres jóvenes que quieren o deben cambiar de empleo o mujeres que desean empezar a trabajar fuera del hogar y que ven disminuidas sus posibilidades si comentan que han padecido cáncer de mama. Incluso tenemos documentada alguna experiencia de mujeres autónomas que han tenido que cerrar su empresa".

FEFOC aconseja a las mujeres que han tenido un cáncer de mama y se reincorporan a su trabajo tras el parón por los tratamientos que intenten conseguir "una buena información sobre derechos laborales, saber qué pueden reclamar y qué no. Y, sobretodo, explicar lo que les ocurre a quien ellas crean conveniente, no verse forzadas a explicarlo a todos ni tampoco ocultarlo. Si detectan que las evitan en reuniones o viajes deben hablar directamente con la dirección y explicar abiertamente cuál es su caso. Muchas veces hay un mecanismo de compasión hacia la mujer que ha padecido la enfermedad y, por evitar que la afectada se canse o preocupe, se le puede perjudicar psicológica y profesionalmente. Es difícil dar un consejo general", matiza la doctora Estapé, "pues todo depende del tipo de trabajo y de las secuelas que le hayan quedado a la mujer, así como de su relación con sus compañeros y superiores. Hay datos de una solidaridad extrema y otros de una mezquindad impresionante. Por ello es necesario no generalizar, aunque no debemos olvidar que un 24% de mujeres sufren este tipo de discriminación. El cáncer supone un cambio en determinados valores personales y, para algunas mujeres, es la oportunidad de no volver a trabajar en algo que no les gustaba y dedicar más tiempo a sí mismas, al ocio o a la familia".

Mejores perspectivas de futuro

Afortunadamente también existen investigaciones cuyas conclusiones son más esperanzadoras. Según un estudio de la doctora canadiense Elizabeth Maunsell, publicado en el Journal of the National Cancer Institute, las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama no tienen más probabilidades de sufrir discriminación en su puesto de trabajo que cualquier otra mujer. La autora de este estudio explica que "ciertas

mujeres pueden encontrar difícil la vuelta al trabajo después del cáncer de mama y pueden atribuir sus problemas laborales al hecho de haber tenido cáncer de mama. Sin embargo, en la población de estudio se encontraron pocas evidencias que puedan apoyar la idea de que el cáncer de mama provoca cambios involuntarios en la situación laboral. En consecuencia, estos resultados deberían ser un estímulo para mujeres trabajadoras que han tenido cáncer de mama, sobre todo para aquellas mujeres que viven en países con sistemas sociales y de salud similares a los de Canadá."

Según otra investigación de la profesora norteamericana Barbara Hoffman, la facilidad de los pacientes de cáncer para trabajar tras su recuperación depende de factores como el puesto que desempeñaban, la edad o su nivel educativo. La presidenta de FECMA coincide en esta reflexión y apunta que "la reinscripción laboral de mujeres que han tenido un cáncer de mama, como cualquier otra enfermedad, estará en función de la edad de la mujer, su experiencia laboral previa y su nivel de formación. A veces la escasa cualificación y la poca experiencia profesional suponen un mayor obstáculo que el haber padecido un cáncer de mama", asegura.

En este sentido, FECMA está ultimando los resultados de un nuevo estudio que se dará a conocer en 2008 cuyas conclusiones preliminares sobre la situación de las mujeres con cáncer de mama en el mundo laboral son mucho más tranquilizadoras que las de estudios anteriores. "No se puede frivolar pero tampoco dramatizar. El cáncer de mama es una enfermedad que hoy en día se supera y para la mayoría de mujeres es posible reincorporarse con total normalidad o incluso acceder por primera vez al mercado laboral después del cáncer", subraya Antonia Gimón.

En cualquier caso, ante una posible sospecha de discriminación laboral como consecuencia de haber tenido un cáncer de mama, Rosa Palau aconseja "denunciar públicamente la situación" ante los agentes sociales (asociaciones, sindicatos). "Es un camino de largo recorrido, pero sólo hablando, discutiendo y reivindicando se erradicarán los prejuicios y se corrigen las desigualdades", concluye.

Tabla XVI.- ¿Le afectó la enfermedad de alguna manera en su trabajo?

	General afectadas (2005)	Afectadas trabajando (2006)
Si	39,1%	39,1%
No	40,9%	40,9%
Base: Mujeres afectadas que trabajan	210	210

Tabla XVII.- Formas de afectar la enfermedad al trabajo

	General afectadas (2005)	Afectadas trabajando (2006)
Perdi mi trabajo, me despidieron	22,4%	9,5%
Perdi posibilidades de promoción	4,8%	6,2%
Me cambiaron de departamento / pase a hacer otro trabajo	5,6%	13,4%
Tuve problemas para seguir haciendo mi trabajo	34,4%	38,6%
Tuve que dejar el trabajo, me fui (no me despidieron)	27,6%	19,0%
Tuve que jubilarme	11,2%	15,3%
Base: Mujeres a las que afectó la enfermedad en su trabajo	123	232

El cáncer de mama: la enfermedad, su vivencia y la calidad de vida de las pacientes. Instituto Roche y FECMA, Octubre, 2006



EL MIEDO A LA RECAIDA

Dr. José Luis Guinot

"El miedo va hasta donde lo inevitable comienza; a partir de ahí pierde su sentido. Y todo lo que queda es la esperanza de haber tomado la decisión adecuada."

La quinta montaña. Paulo Coelho

Si el miedo al diagnóstico y al tratamiento del cáncer son superables, hay un miedo más atroz que es el miedo a la recaída. Mientras dura el tratamiento hay un deseo de dejar de acudir al hospital, de cerrar página. Hay pacientes que recuperan una vida normal, pero algunas experimentan un agotamiento por el esfuerzo realizado y caen en una depresión que enmascara una situación contradictoria. Mientras se estaba en el hospital había una atención continua, se sentía protegida. Al finalizar aparece un vacío en la atención y surge el miedo. Mientras se estaba recibiendo la quimioterapia o radioterapia se confiaba en que las células estarían controladas, pero entonces vuelve el temor de que crezcan de nuevo.

La conclusión del tratamiento previsto no significa el final de la vigilancia. Los tumores crecen con lentitud, de manera que si en una radiografía a los seis meses apareciera una lesión será en una etapa precoz, susceptible de ser tratada de forma curativa. Si aparece una metástasis será de pequeño tamaño y la quimioterapia será más efectiva. Y si apareciera otro segundo tumor se descubrirá a tiempo de hacer un tratamiento conservador. Por ello, desde el punto de vista oncológico, la vigilancia debe ser indefinida. Con una mamografía anual y una buena autoexploración se puede diagnosticar un segundo

tumor de tamaño mínimo o no infiltrante. Si tiene que aparecer y no podemos evitarlo, la mejor actitud es la vigilancia para actuar con prontitud.

Es bueno resaltar que, si no tienen síntomas, si no tiene dolor óseo, o tos pertinaz, etc, difícilmente se encontrará una recaída.

Pero el paciente no lo vive así. La espera de los resultados de las pruebas, rememora la inquietud de la primera vez. Y vuelve el miedo a que se encuentre algo. Es bueno resaltar que, si no tienen síntomas, si no tiene dolor óseo, o tos pertinaz, etc, difícilmente se encontrará una recaída. Sin embargo, es posible detectar lesiones mínimas que son tan precoces que se puede realizar tratamiento curativo. Y no cuesta tanto hacerlas y quedamos tranquilos.

A veces se dan recaídas al cabo de muchos años, pero entonces el tratamiento suele ser sencillo y eficaz.

Las recaídas suelen aparecer en los primeros años. Una recaída precoz puede ser alarmante porque indica que no ha sido completamente efectivo el tratamiento, o que la enfermedad es agresiva. De ahí que la vigilancia sea frecuente y estrecha. Sin embargo, pasados varios años, se trataría de una enfermedad poco agresiva y susceptible de ser tratada. Además indica que la propia inmunidad es buena y ha mantenido a raya esas células alteradas. A veces se dan recaídas al cabo de muchos años, pero entonces el tratamiento suele ser sencillo y eficaz. No debe hipotecar la vida el mantener un miedo a algo que, si apareciera, se puede vencer.

Las pacientes deben explorarse la mama una vez al mes y si notan algo que no se habían notado hasta entonces deben consultar. Algunas mujeres no quieren hacerlo por miedo a encontrarse algo. La mayor parte de las veces son procesos benignos, cambios en la cicatriz o secuelas de los tratamien-

tos. Pero hay pacientes que tienen un miedo exacerbado ante cualquier síntoma. Una de ellas decía que todas las mañanas se miraba al espejo y analizaba su cuerpo para ver qué le dolía y si eso podía significar una recaída. Esa angustia es un círculo vicioso. Cualquier secuela se considera un aviso de que el tumor vuelve a crecer. Y, lo que es peor, cualquier resfriado, contractura, dolor de cabeza, se relaciona con el tumor. Son pacientes que van a requerir tratamiento psicológico, no negarles nunca la posibilidad de comunicar su angustia y sus miedos; pero de forma ordenada, citándolas a la consulta y dejando los plazos razonables entre pruebas para no repetir exploraciones que no harían sino aumentar la angustia.

Del libro *"Entre el miedo y la esperanza. La experiencia de afrontar un cáncer"*.
Dr. José Luis Guinot. Alianza Editorial. Madrid, 2004





RIETE A CARCAJADAS, LLÉNATE DE VIDA Y SALUD

Carme García Rigau

Llevar un estilo de vida saludable puede implicar cierto grado de sacrificio, pero ¿sabías que también conlleva una gran dosis de alegría y diversión? Hay algo muy placentero y muy recomendable para nuestra salud, algo que todos sabemos hacer y que a todos nos gusta, es compatible con la más ajetreada de las vidas, y además es gratis. Este remedio milagroso es la risa. Reír es una de las acciones más beneficiosas para el cuerpo, la mente y el espíritu.

La risa genera un estado automático de felicidad, sólo por eso, ya vale la pena cultivarla. Pero, los beneficios de reír van mucho más allá: cuando nos reímos nos estamos cuidando física, psíquica y emocionalmente. Es sorprendente todo lo bueno que pasa en nuestro organismo cuando nos reímos.

El secreto está en las endorfinas

Cuando reímos estimulamos el sistema nervioso y nuestro cerebro comienza a liberar endorfinas. Las endorfinas actúan como neurotransmisores y son las responsables, en gran medida, de la sensación de bienestar. También tienen un gran poder analgésico y son la respuesta de nuestro organismo para mitigar el dolor. En el plano emocional, las endorfinas son muy importantes, ya que incentivan sensaciones de placer, de alegría, de bienestar y hasta de euforia.

Además, al reír también se segregan otras substancias: adrenalina, que nos estimula, dopamina, que favorece la agilidad mental, y serotonina, que posee efectos calmantes y disminuye la ansiedad).

La mejor defensa, una carcajada

La risa también refuerza nuestro sistema inmunológico, ya que existe una relación entre el estado emocional y el buen funcionamiento de las defensas, mientras estamos de buen humor estamos mejor protegidos contra cualquier enfermedad. Reír estimula de forma directa las emociones positivas, así que resulta ser un buen apoyo para personas que sufren patologías como el cáncer, en las cuales es importante reforzar las defensas.

Pero... ¡aún hay más! Nos ayuda a estar en forma. La risa puede considerarse un ejercicio bastante completo para mantenernos en forma, ya que cinco minutos de risa intensa equivalen a tres cuartos de hora de ejercicio ligero. En un ataque de risa se activan hasta 400 músculos y los pulmones mueven el doble de volumen de aire, cosa que mejora la oxigenación de la sangre y los tejidos. Los abdominales se contraen con sacudidas que producen un excelente masaje a los órganos internos. Además, se estimulan los músculos de los intestinos, algo que viene muy bien para combatir el estreñimiento. También, se estiran los huesos de la columna, ayudando así a eliminar tensiones.

La risoterapia, útil y gratificante

Para reírnos más hay muchas herramientas que pueden ayudarnos. Lo primero es ser conscientes del bien que nos hace y estar predispuestos a reír siempre. Luego, tenemos las

Reír estimula de forma directa las emociones positivas, así que resulta ser un buen apoyo para personas que sufren patologías como el cáncer, en las cuales es importante reforzar las defensas.

comedias, los humoristas, los buenos ratos con los amigos, los chistes... Pero también existen profesionales de la risa, que han estudiado sus cualidades terapéuticas y la aplican como terapia. La risoterapia, se realiza en grupo y utiliza diversas técnicas para conseguir la risa: danza, juegos, masajes, ejercicios respiratorios... Además, se trabajan diferentes tipos de risa, como por ejemplo, reír utilizando las diferentes vocales, ya que no se estimulan exactamente los mismos músculos si reímos con la "a" que si reímos con la "e" o la "o".

Hoy, son cada vez más los talleres, las charlas y las terapias de grupo que se dedican a contagiar la risa como una poderosa arma de prevención y de curación de enfermedades alrededor del mundo, siempre con el apoyo de la comunidad científica. La risoterapia se estudia cada vez más en universidades como una de las terapias complementarias a la medicina tradicional.

Sólo observando la lista de beneficios que genera reír, dan



ganas de empezar ya. Además no produce efectos adversos ni tiene contraindicaciones. Es algo que todos podemos hacer, no importa la edad ni la condición física. O sea que, vamos a ponernos manos a la obra: podemos empezar por situarnos delante de un espejo y sonreír. Aunque sea por un segundo, experimentaremos una reconfortante y saludable sensación parecida a un agradable rubor. Es la alegría que recorre nuestro cuerpo, es un tesoro para nuestra salud y para nuestra vida, nuestra joya más preciada: la risa.

Lista de beneficios que produce la risa

- Es antidepresiva
- Genera alegría
- Es analgésica
- Relaja
- Elimina estrés, tensión y ansiedad
- Elimina bloqueos emocionales, mentales, físicos y sexuales
- Combate el insomnio
- Beneficiosa en problemas cardiovasculares y respiratorios
- Oxigena la sangre
- Refuerza el sistema inmunológico
- Rejuvenece
- Produce una sensación general de bienestar





SUPLEMENTOS DIETÉTICOS

Dr. Miguel Ángel Seguí

Con frecuencia, los pacientes de cáncer tienen dificultad para alimentarse adecuadamente, hasta el punto que la desnutrición es una causa frecuente de problemas en estos pacientes. La desnutrición se presenta cuando no se ingiere la cantidad de alimentos que el organismo necesita para realizar sus funciones normales. Como consecuencia, se genera un desgaste físico progresivo con debilidad, agotamiento, disminución en la resistencia a las infecciones y dificultades para tolerar el tratamiento contra el cáncer.

Es muy importante comer bien mientras se recibe tratamiento para el cáncer. Comer bien significa escoger una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes que el cuerpo necesita; también significa que la dieta sea rica en calorías para mantener su peso en el nivel adecuado y con las reservas de proteínas lo suficientemente altas como para rehacer los tejidos sanos que el tratamiento daña. En el pasado, muchos médicos e investigadores creían que durante el tratamiento anticanceroso debía restringirse mucho el aporte proteico y calórico para tratar con eficacia el cáncer. Hoy sabemos que esta teoría, basada en la creencia de que la enfermedad progresaba más rápidamente si el paciente recibía un aporte importante de calorías, es errónea.

Muchos pacientes quieren saber si las vitaminas, minerales y suplementos dietéticos les ayudarán a mantenerse más fuertes y a luchar contra la enfermedad. Se sabe que los enfermos que comen bien durante el tratamiento están más preparados para tolerar mejor la enfermedad y los efectos secundarios, pero no hay ninguna evidencia de que los suplementos dietéticos o los remedios «naturales» puedan ayudar a vencer el cáncer. Incluso pueden ser contraproducentes, como sería el

Muchos pacientes quieren saber si las vitaminas, minerales y suplementos dietéticos les ayudarán a mantenerse más fuertes y a luchar contra la enfermedad.


caso del paciente que tome suplementos o complejos vitamínicos con mucho ácido fólico mientras recibe tratamiento de quimioterapia con metotrexato (un medicamento que actúa interfiriendo el metabolismo del ácido fólico en las células cancerosas). Asimismo, existen complejos vitamínicos y suplementos nutricionales con un alto contenido de antioxidantes (como las vitaminas C y E y otros antioxidantes vegetales o minerales) y mientras la publicidad informa del importante papel de los antioxidantes para reducir los radicales libres, teóricamente implicados en la aparición de los tumores, la radioterapia y muchos de los medicamentos que se usan en quimioterapia destruyen las células enfermas precisamente produciendo radicales libres, por lo que tomar antioxidantes durante el tratamiento podría reducir su eficacia.

Actualmente, existe un auge publicitario respecto a alimentos y suplementos con alto contenido en soja. En los últimos años se ha postulado que la soja puede prevenir el desarrollo de cánceres dependientes de hormonas, básicamente el cáncer de próstata y el cáncer de mama; ello sería debido a su alto contenido de unas sustancias conocidas como «isoflavonas»,

Como norma general, los suplementos dietéticos no deben reemplazar nunca una comida completa y, si se quieren tomar, es preciso hacerlo en dosis moderadas, especialmente los que no han sido bien estudiados.

que actuarían de una manera similar a los estrógenos naturales.

Mientras que para los pacientes con cáncer de próstata la soja podría tener un efecto beneficioso y, por tanto, su consumo sería recomendable, esta afirmación podría no ser cierta para las pacientes con cáncer de mama con presencia de receptores de estrógenos o que estén tomando un tratamiento hormonal ya que las sustancias presentes en la soja, tomadas en las altas dosis que se encuentran en los suplementos, podrían actuar como estímulo del crecimiento de la enfermedad debido a su actividad hormonal. Este problema no existe con las dosis habituales de soja presentes en una alimentación normal, por lo que no parece necesario evitar su consumo moderado.

Como norma general, los suplementos dietéticos no deben reemplazar nunca una comida completa y, si se quieren tomar, es preciso hacerlo en dosis moderadas, especialmente los que no han sido bien estudiados. Una buena salud requiere una buena alimentación, y esto es más importante cuando se está enfermo, un momento en el que es importante proporcionar al cuerpo las proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y minerales que necesita para mantener la energía, reparar los tejidos sanos dañados por el tratamiento y mantener su sistema inmunológico en buenas condiciones. La comida no es sólo un placer, también es esencial para vencer la enfermedad. 



RECETAS

Francisca Ruiz Mata
del libro "Manual para el Paciente Oncológico y su Familia"

ESPAGUETIS CON FRUTOS SECOS

Ingredientes:

- 100 gramos de espaguetis
- nueces peladas
- 6 avellanas peladas
- 1 cucharada de piñones
- 1 cucharadita de mantequilla
- sal y aceite de oliva virgen
- 1 cucharada de queso parmesano rallado
- pimienta
- 5 cucharadas de crema de leche.

Preparación: Ponga sal y una cucharada de aceite en una olla alta con abundante agua. Cuando esté hirviendo, ponga los espaguetis durante unos 5 minutos hasta que estén al dente. En un mortero, machaque los piñones, las nueces y las avellanas hasta reducir a polvo los frutos secos. Mézclelos con una cucharadita de mantequilla, unas 5 cucharadas de crema de leche y una pizca de pimienta hasta conseguir una pasta uniforme. Cuando estén los espaguetis al dente, escúrralos bien y échelos en una fuente. Añada la pasta de frutos secos, revuelva con cucharas de madera, rocíe la fuente con queso rallado y ya están listos para servir.



TRUCHA CON SALSA DE ALMENDRA

Ingredientes:

- una trucha mediana
- 10 almendras crudas
- 1/2 limón
- 1/2 diente de ajo
- aceite de oliva virgen
- sal
- 1 cucharada de perejil picado.

Preparación: Limpie y lave la trucha, póngale sal, rebócela en harina y fríala en una sartén con poco aceite. Después, póngala en una fuente refractaria al calor. Mientras, en el mismo aceite ponga el ajo y las almendras para darles unas vueltas. En un mortero ponga el ajo, las almendras, 2 cucharadas de aceite (del que se utilizó con la trucha), macháquelo todo muy bien añadiendo el perejil picado y el zumo del medio limón. Vierta esta salsa sobre la trucha y ponga la fuente al horno para que dé el último hervor, sólo 2 o 3 minutos.



ZUMOS

Los zumos pueden diluirse con agua. Es recomendable licuar cada fruta o verdura por separado y mezclar los diferentes zumos poco a poco.

Zumos ricos en hierro y ácido fólico

Ingredientes:
1/2 remolacha, 50 gramos de col rizada, 2 zanahorias grandes.

Ingredientes:
175 gramos de fresas, 50 gramos de moras, 1 manzana.

Zumos más energéticos

Ingredientes:
1 mango, 1/2 piña, un plátano aplastado con un tenedor, 1/2 vaso de leche o un yogur natural, 1 cucharadita de coco desecado, 1/2 cucharadita de miel, 1 cucharadita de germen de trigo.

Zumos de refuerzo multimineral

Ingredientes:
250 gramos de fresas, 10 frambuesas, 3 albaricoques, 1/2 vaso de leche o de yogur, 1/2 cucharadita de miel, 1 cucharadita de germen de trigo.

Zumos de refuerzo multivitamínico

Ingredientes:
1 pimiento rojo, 6 hojas de lechuga, 1 zanahoria grande.
Ingredientes: 3 tomates, 1 manojo de perejil, 1/2 nabo.





RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y ESTILO DE VIDA EN ESPAÑA: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, HÁBITOS DE INGESTA Y ACEITE DE OLIVA

Dra. Marina Pollán Santamaría

¿Qué es la epidemiología? ¿Para qué se hacen estudios epidemiológicos?

La epidemiología es la ciencia que investiga la frecuencia de aparición de las enfermedades en una o varias poblaciones y sus determinantes. El médico se enfrenta a cada paciente particular que pasa por su consulta con tres preguntas básicas: ¿Qué le ocurre, cuál es su problema de salud? ¿Desde cuándo? ¿A qué puede atribuirse este problema?. De forma análoga, la epidemiología analiza la salud de la población y, ante una determinada enfermedad, trata de conocer cuáles son los factores que contribuyen a hacerla más o menos frecuente. También la epidemiología tiene tres preguntas básicas:

- 1) ¿Dónde aparece esta enfermedad? ¿Existe variación geográfica?
- 2) ¿Cuándo aparece la enfermedad? ¿Está aumentando o disminuyendo? ¿Es la tendencia temporal similar en todas partes?
- 3) ¿Quiénes son los que enferman, qué características pecu-

liares tienen que les hacen más susceptibles de enfermar?

De esta manera, buscando los factores contribuyentes al desarrollo de la enfermedad, lo que solemos llamar factores de riesgo, la epidemiología ha aportado información muy relevante sobre las causas de muchas enfermedades, o sobre exposiciones que aumentan el riesgo de padecer determinadas enfermedades, posiblemente potenciando el efecto de los principales agentes causales.

El cáncer de mama es un problema de salud pública. Cada año se diagnostican más de 1 millón de casos nuevos en el mundo y unos 16000 en mujeres españolas.

Existen muchos estudios epidemiológicos sobre cáncer de mama, que han ayudado a identificar los principales factores de riesgo, pero todavía nos quedan muchas cosas por saber. Actualmente, los factores de riesgo conocidos explican menos del 50% de los casos observados, lo que significa que el conocimiento que tenemos es todavía insuficiente.

En la siguiente tabla, presentamos los principales factores de riesgo establecidos para el cáncer de mama:

Factores que aumentan el riesgo

	Magnitud de la asociación
Edad	++
Área geográfica (países desarrollados)	++
Antecedentes familiares de cáncer de mama	++
Mutaciones en BRCA1 BRCA2 y otros genes	++
Radiación ionizante (exposición a la infancia)	++
Antecedente de enfermedad mamaria benigna	++
Menopausia tardía (> 54 años)	++
Inicio precoz de la menstruación (< 12 años)	++
No tener hijos o tenerlos tarde	++
Mamografía con alta densidad	++

Factores que disminuyen el riesgo

	Magnitud de la asociación
Área geográfica (Asia y África)	--
Tener pronto el primer hijo	--
Tener muchos hijos	--
Lactancia de larga duración	--

La influencia de algunos de estos factores en el desarrollo del cáncer de mama se explica por su relación con el nivel hormonal. Una mayor exposición a los estrógenos implica un mayor riesgo, por eso tener la regla pronto y tener la menopausia tarde supone un incremento del riesgo, mientras que tener hijos pronto y tener muchos hijos disminuye la frecuencia de cáncer de mama. De todas formas, la influencia de estos factores, en general, es limitada y de ningún modo significa que las mujeres que tienen esas características desarrollan inevitablemente cáncer de mama. Simplemente tienen algo más de riesgo. Es importante recordar aquí que ni siquiera todas las mujeres que tienen mutaciones en BRCA1 o BRCA2 desarrollan cáncer de mama, aunque tienen alta probabilidad de hacerlo. Nos hace falta más información sobre los determinantes ambientales y sociales y sobre la susceptibilidad genética en este tumor.

¿Qué es el estudio epi-GEICAM?

En este contexto, GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama) en colaboración con el Servicio de Epidemiología del Cáncer del Instituto de Salud Carlos III ha puesto en marcha un estudio epidemiológico, cuyos principales objetivos son:

- 1) Cuantificar el riesgo asociado al consumo de alcohol, principalmente cerveza y vino, y confirmar el efecto protector del consumo de aceite de oliva virgen en las mujeres españolas.
- 2) Tener en cuenta factores genéticos de susceptibilidad individual que modifican el riesgo.
- 3) Determinar el efecto de estas exposiciones en función del tipo de tumor.

¿Por qué estudiar el alcohol y el aceite de oliva en España?

Se ha estimado que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama un 7% por cada 10 gramos de alcohol al día. Esta estimación procede del análisis conjunto de estudios realizados principalmente en EEUU, Canadá, Reino Unido, Alemania y países Nórdicos. No sabemos cuál es el nivel de riesgo para consumos muy moderados, habituales en la dieta mediterránea. Se ha observado además, que el riesgo asociado al alcohol estaría modificado por determinados factores nutricionales, como la ingesta de ácido fólico.



La ingesta de ácido fólico es alta en nuestro país, debido al mayor consumo de frutas, verduras y legumbres. Por todo ello, es interesante cuantificar en nuestro medio el efecto del alcohol, por tipo de bebida, y su relación con otros factores dietéticos.


En cuanto al aceite de oliva, España es un país ideal para cuantificar su posible efecto protector, efecto que ha sido comprobado en estudios experimentales. El consumo medio en mujeres españolas es alto, unos 32 gr/día, muy por encima de las mujeres italianas y sólo ligeramente inferior al de las mujeres griegas.

¿Por qué estudiar la susceptibilidad genética?

La predisposición genética juega un papel muy importante en el desarrollo del cáncer de mama. Hoy se acepta que el cáncer de mama es el resultado de una interacción entre factores genéticos, hormonales, hábitos de vida y exposiciones ambientales. En cuanto a los factores genéticos, el cáncer de mama se comporta como una enfermedad genéticamente compleja, en el que muchas variantes relativamente frecuentes (polimorfismos) modularían la susceptibilidad global.

Por último, el cáncer de mama no es una enfermedad homogénea. Existe un gran interés en determinar la contribución específica de los factores de riesgo conocidos en función del tipo de tumor. Nuestro estudio pretende aportar información también en este sentido.

El estudio recogerá información de forma prospectiva de 1000 mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama y 1000 mujeres control en los hospitales participantes del grupo GEICAM. La información sobre factores de riesgo se registrará a través de un cuestionario estructurado. El estudio contempla además la recogida de muestras de sangre para el análisis genético. También pretendemos medir el perfil lipídico y distintos antioxidantes en el suero de estas mujeres.

Finalmente, aunque no estaba contemplado en el proyecto inicial, hemos incluido en el estudio un módulo sobre calidad de vida relacionada con la salud para poner de manifiesto el impacto del diagnóstico de cáncer de mama sobre la salud global, física y emocional de estas mujeres, tal y como ellas lo perciben. 

Pese a las dificultades logísticas, emprendemos este proyecto con ilusión. Agradecemos a la Asociación Española Contra el Cáncer el apoyo prestado a este proyecto al concederle uno de los tres premios de investigación que convoca anualmente. Finalmente, queremos desde aquí dar las gracias a todas las mujeres participantes, sin cuya generosidad y esfuerzo este estudio nunca sería posible.



Marina Pollán Santamaría y el resto de coordinadores del estudio: Miguel Martín, Pedro Sánchez Rovira, Beatriz Pérez Gómez, Ana Lluch, Antonio Antón, Ramón Colomer y Vicente Guillem, en nombre del equipo investigador de GEICAM



TERAPIAS BIOLÓGICAS

Dr. Pere Gascón

El cáncer de mama es uno de los tumores más frecuentes en la mujer calculándose que afecta ya en nuestro país a una mujer de cada 11. Aunque en las últimas décadas ha aumentado el número de nuevos casos diagnosticados por año, lo cierto es que la mortalidad por cáncer de mama ha comenzado a descender lo que nos equipara a países como los Estados Unidos y el Reino Unido en donde también se está observando una disminución de la mortalidad por este tipo de cáncer.

Esta disminución se justifica por la mayor información, educación y concienciación de la sociedad en general así como por los programas de cribado poblacional mediante la mamografía y por una notable mejoría de los tratamientos. Podemos decir que nunca se había avanzado tanto en cáncer de mama como en los últimos tiempos y el futuro es realmente esperanzador.

Podemos decir que nunca se había avanzado tanto en cáncer de mama como en los últimos tiempos y el futuro es realmente esperanzador.

Los tratamientos actuales contra el cáncer están aportando fármacos novedosos que son el resultado de una verdadera revolución conceptual que empezó hace alrededor de 25 años. En nuestras Facultades de Medicina se nos enseñaba, por entonces, el comportamiento del cáncer, las manifestaciones de la enfermedad, pero poco sabíamos sobre la célula cancerosa, esta célula de características malignas que no deja de

multiplicarse de manera incontrolada hasta poner en peligro la vida del paciente. Hace ahora un cuarto de siglo que empezamos a identificar genes nuevos (oncogenes) y moléculas del interior o de la superficie de la célula que se asociaban con el desarrollo del cáncer, totalmente desconocidas hasta entonces. El siguiente paso fue relativamente más fácil. Una vez descubierta o identificada la proteína aberrante, se empezó una carrera científica cuyo objetivo era neutralizar, al menos teóricamente, el proceso tumoral. Es esta la revolución que estamos experimentando en oncología con la llegada de nuevos fármacos fruto de la investigación y de los conocimientos adquiridos en los últimos 25 años. De ahí pues, que a los nuevos fármacos se les denomine fármacos de diseño, fármacos dirigidos contra una estructura o diana molecular conocida, por lo que estos tratamientos también se denominan tratamientos anti-diana o biológicos.

Por el mismo hecho de ser agentes muy específicos elaborados contra una estructura química muy bien definida, su toxicidad es completamente distinta a las conocidas con la quimioterapia. Por su propia especificidad, no ocasionan, por regla general, daño al resto de las células sanas del organismo. Por el contrario, la quimioterapia tal como nosotros la conocemos, por su propia naturaleza no específica, mucho más genérica, se caracteriza precisamente por no distinguir entre la célula sana y la cancerosa. Sólo es capaz de distinguir a la que se multiplica de la que no lo hace, de ahí las toxicidades que se manifiestan contra aquellos órganos del ser humano que constantemente están creciendo como es el caso del cabello (pérdida) o de la médula ósea (anemia, disminución de los glóbulos blancos), la piel (sequedad) y las mucosas (úlceras). Los nuevos fármacos, por el momento, se están combinando con la quimioterapia clásica.



Es el inicio de una nueva era en oncología. También hemos desarrollado la capacidad de identificar por análisis genéticos qué paciente responderá a tal o cual fármaco en lo que llamamos tratamiento personalizado y que empieza a ser utilizado en el cáncer de pulmón y en el de mama. En el futuro trataremos a nuestros pacientes en función de qué tipo de proteína o gen aberrante tiene el cáncer del paciente y, mucho menos en función del tipo de cáncer que sufre el paciente, ya se trató por ejemplo de un cáncer de páncreas o de piel. Este hecho comporta dos beneficios inmediatos, por una parte un determinado medicamento, pongamos por caso Herceptin* en el cáncer de mama, lo daremos tan sólo a aquellas mujeres cuyas células cancerosas expresen la proteína HER2, hecho que representa a un 20% de todas las pacientes. O sea que no lo daremos al 80% restante, proporcionando a nuestros pacientes tratamientos con mayor garantía de funcionamiento y de eficacia, evitando por tanto toxicidades y gastos innecesarios. Una verdadera revolución conceptual de la que tan sólo estamos en su inicio.

La reciente incorporación de los estudios genéticos nos está mostrando como será la oncología del futuro. Mediante la aplicación de los microarrays podemos identificar miles de genes alterados de la biopsia de una paciente y con ello descubrir qué tumores se comportarán con mayor agresividad de los que no, aunque puedan aparecer, a la vista de un médico patólogo, idénticos bajo el microscopio. De nuevo, estas técnicas nos permitirán poder discriminar aquellas pacientes de mal pronóstico de las de buen pronóstico y poder ofrecer tratamientos más racionales. De aquí que ya podamos aventurarnos a decir que en un futuro cercano podremos hablar de tratamientos individualizados o "a la carta" en una proporción muy importante de pacientes.

De aquí que ya podamos aventurarnos a decir que en un futuro cercano podremos hablar de tratamientos individualizados o "a la carta" en una proporción muy importante de pacientes.

Los avances extraordinarios en el campo de la investigación oncológica y en particular de la biología molecular, nos ha permitido alcanzar el siglo XXI con un bagaje de conocimientos importantísimos, tanto que como ya hemos mencionado anteriormente. Estos conocimientos biológicos y moleculares

han permitido el desarrollo de fármacos racionales, que se han diseñado contra puntos vulnerables de la célula cancerosa. En cierta manera hemos descubierto lo que podrían ser los talones de Aquiles de la célula tumoral, proteínas aberrantes o alteradas que llamamos dianas moleculares. Pues bien, frente a estas dianas, se han desarrollado estos fármacos anti-diana que a manera de proyectil, una vez administrados a la paciente, se dirigen contra esta estructura de la célula que supuestamente es un punto vulnerable para destruirla. Son agentes que además de presentar, por lo general, poca toxicidad, en algunos casos se toman por vía oral en forma de cápsulas. El trastuzumab (Herceptin*) un agente con gran desarrollo clínico y que ha marcado un antes y un después en la historia del cáncer de mama, el lapatinib, el pertuzumab con menor desarrollo clínico y, los inhibidores de la aromataasa, de amplia utilización clínica, todos ellos agentes cuya diana son distintas estructuras de la célula tumoral.

El caso del Herceptin* es especial, primero por haber sido el primer fármaco biológico anti-diana (anti-HER2), es un anticuerpo monoclonal que posee la misma estructura química que una inmunoglobulina y, segundo por haber demostrado una gran eficacia tanto en pacientes con enfermedad avanzada y metastásica como en pacientes en tratamiento adyuvante. ¿Por qué es importante obtener respuestas en tratamiento adyuvante? Este tratamiento implica administrarlo después de la cirugía, en otras palabras el cirujano después de la operación ha extirpado toda la enfermedad macroscópica, es decir aquella que se ve, pero es posible que queden en alguna parte del organismo células del cáncer de mama a nivel microscópico que con el tiempo den lugar a las recaídas. Pues



bien el tratamiento adyuvante se administra contra una posible existencia de células "virtuales" para evitar precisamente estas posibles recaídas y que, estadísticamente sabemos ocurrirán en una proporción importante de pacientes. El Herceptin* ha demostrado que administrado después de la cirugía no tan sólo disminuye la tasa de recaídas sino que se ha observado al año de tratamiento un aumento de la supervivencia al compararlo a pacientes control que no lo recibían. Esto implica que un número importante de las pacientes con tumores de mama que expresan la proteína Her2 en sus células cancerosas se benefician de un aumento de la supervivencia merced a este tratamiento, un fármaco biológico con casi ninguna toxicidad. Este aumento de la supervivencia en muchas de ellas se deberá traducir en curación. Así pues, hemos pasado en 10 años de descubrir que las pacientes con este tipo especial de cáncer de mama tenían una prognosis muy pobre por el grado de agresividad de su tumor a ser un grupo de pacientes que en algunos casos les podemos ofrecer no ya un aumento en la supervivencia sino incluso la curación. Una verdadera revolución en el curso de una década.

Si fuéramos capaces de inhibir la formación de los vasos sanguíneos que aportan suministro de sangre al tumor, podríamos "asfixiar" y dejar sin nutrición a sus células, provocando su muerte.


Existe una nueva familia de fármacos cuya diana son las células que forman los vasos sanguíneos que nutren al tumor, los denominados agentes anti-angiogénicos. La angiogénesis es la formación de vasos sanguíneos, un proceso fisiológico normal en la formación de nuestro organismo y que en el adulto sólo se manifiesta en el proceso cicatricial y en el ciclo menstrual de la mujer. Se sabe ya desde los trabajos del científico norteamericano Judha Folkman de Boston que todo tumor para poder crecer necesita de un suministro de sangre que le aporte el oxígeno y de los compuestos nutritivos necesarios para su propia supervivencia. Si fuéramos capaces de inhibir la formación de los vasos sanguíneos que aportan este suministro podríamos "asfixiar" y dejar sin nutrición a las células del tumor, provocando su muerte. Esto es exactamente lo que se está observando con los nuevos agentes anti-angiogénicos, de entre ellos destaca el bevacizumab (Avastin*) con gran actividad en el cáncer de mama y que ha sido recientemente aprobado para su uso en nuestro país. El tratamiento con Avastin* aumentó el doble el número de respuestas y la supervivencia en aquellas pacientes que lo recibieron comparándolas con las del brazo control que tan sólo recibieron la quimioterapia.

El desarrollo de fármacos contra los vasos sanguíneos del tumor nos presenta una nueva visión de nuestros tratamien-



tos contra el cáncer ya que en las futuras estrategias anticancerosas atacaremos a las células tumorales ya con la quimioterapia clásica o con los fármacos anti-diana de la nueva generación y a la vez, atacaremos al entorno del tumor. Esta estrategia dual ya está dando frutos y se espera que con la mejora de las combinaciones y la aparición de nuevos agentes consigamos aumentar la tasa de respuestas y la eliminación completa del tumor.

Toda esta lista de agentes forman ya parte de esta nueva generación de fármacos contra el cáncer de mama que junto con los agentes quimioterápicos aparecidos en las dos últimas décadas, están cambiando el curso natural de esta enfermedad con una gran prolongación de la vida. En dos tipos de cáncer en concreto, el de colon y el de mama, ya podemos decir que una gran proporción de pacientes estamos cronificando la enfermedad. Mucho se ha avanzado en la lucha contra el cáncer últimamente y, en concreto, contra el de mama. El simple hecho de que hoy podamos hablar de él de una manera abierta ya nos dice que algo ha cambiado en nuestra sociedad para que ello suceda. El cambio tiene una palabra: **esperanza**. Los avances en los conocimientos científicos a un ritmo realmente vertiginoso, unido a los avances de la tecnología y a una mayor concienciación de la población permiten afrontar el futuro con un alto nivel de esperanza.

La oncología española sigue históricamente la escuela americana, es una oncología basada en la evidencia y con fundamentos muy sólidos. La presencia de la oncología española en los foros internacionales es altamente participativa y goza de gran prestigio. España forma parte de un reducido grupo de países europeos con mayor acceso a los fármacos más novedosos. Así pues, uno puede concluir que tanto por el fácil acceso a estos fármacos como por el alto nivel de nuestros oncólogos, el paciente español se encuentra en buenas manos. 

glosario

Ácido fólico

Vitamina del complejo B en estudio para la prevención de cáncer.

Adrenalina

Hormona y neurotransmisor.

Analgésico

Medicamento que disminuye el dolor. Entre los analgésicos se incluye la aspirina, el acetaminofeno y el ibuprofeno.

Angiogénesis

Formación de vasos sanguíneos. La angiogénesis tumoral es el crecimiento de vasos sanguíneos desde el tejido circundante al tumor sólido. Esto es causado por las sustancias químicas que libera el tumor.

Anticuerpo monoclonal

Tipo de proteína producida en el laboratorio que puede localizar y unirse a sustancias en el cuerpo y a la superficie de las células cancerosas. Hay muchas clases de anticuerpos monoclonales; cada uno se produce con el fin de localizar una sustancia distinta. Los anticuerpos monoclonales se usan ya para tratar algunos tipos de cánceres y están en estudio para el tratamiento de otros tipos de cánceres. Se pueden usar solos o para transportar directamente hasta el tumor, medicamentos, toxinas o materiales radiactivos.

Antraciclina

Tipo de antibiótico que proviene del hongo *Streptococcus peucetius*. Las antraciclinas se usan como tratamientos para el cáncer. La daunorrubicina, la doxorubicina y la epirubicina son antraciclinas.

BRCA1

Gen en el cromosoma 17 que, por lo general, ayuda a suprimir el crecimiento de las células. Una persona que hereda una versión alterada del gen BRCA1 tiene un riesgo mayor de contraer cáncer de mama, de ovario o de próstata.

BRCA2

Gen en el cromosoma 13 que, por lo general, ayuda a suprimir el crecimiento de las células. Una persona que hereda una versión alterada del gen BRCA2 tiene un riesgo mayor de contraer cáncer de mama, de ovario o de próstata.

Endorfina

Sustancia química parecida a la morfina que el cerebro produce de forma natural y que alivia el dolor.

Epotilona

Medicamento obtenido de bacterias que interfiere la división celular. Algunas epotilonas se encuentran en estudio para tratamiento del cáncer.

Estereotaxia

Uso de un ordenador y un aparato explorador para crear imágenes de tres dimensiones. Con este método se puede guiar una biopsia, enviar radiación externa o insertar implantes de radiación.

Inmunoglobulina

Proteína que actúa como anticuerpo.

Isoflavona

Sustancia semejante al estrógeno elaborada por algunas plantas, como la planta de la soja. Las isoflavonas de la soja están en estudio para prevenir el cáncer, los sofocos que se presentan en la menopausia y la osteoporosis (pérdida de densidad ósea).

Linfedema

Afección en la que se acumula un exceso de líquido en el tejido y causa inflamación. Puede presentarse en el brazo o la pierna después de que se extraen los vasos linfáticos de la axila o la ingle o se tratan con radiación.
Lípido ≠ Grasa.

Metotrexato

Medicamento que usa para tratar ciertos tipos de cáncer, afecciones graves de la piel, como la psoriasis y la artritis reumatoide. El metotrexato impide que las células elaboren ADN.

Neurotransmisor

Sustancia química elaborada por las células nerviosas y usada para comunicarse con otras células, inclusive otras células nerviosas y células musculares.

Polimorfismo

Variación o mutación común en el ADN.

Serotonina

Hormona que se encuentra en el cerebro, las plaquetas, el tubo digestivo y la glándula pineal. Actúa tanto como neurotransmisor (sustancia que usan los nervios para enviarse mensajes entre sí) como vasoconstrictor (sustancia que hace que los vasos sanguíneos se estrechen). Se cree que la falta de serotonina en el cerebro puede ser una de las causas de la depresión.

¿QUIÉN ES QUIÉN?

Dr. Amadeu Pelegrí, Oncólogo Médico del Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Toñy Gimón, presidenta de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)

Dr. Antonio Llobart Cussac, Oncólogo Médico del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Dr. Diego Márquez Medina, Cirujano del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Dr. Edelmiro Iglesias, Cirujano del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Dr. José Luis Guinot, Jefe Clínico de Oncología Radioterápica del Instituto Valenciano de Oncología, Valencia

Carme García Rigau, Periodista y miembro del Consejo Ejecutivo del Comité Paralímpico Europeo.

Dr. Miguel Ángel Seguí, Oncólogo Médico de la Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)

Dra. Marina Pollán Santamaria, Epidemióloga del cáncer en el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III)

Dr. Pere Gascón, Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato – Oncológicas (ICMHO) del Hospital Clínico de Barcelona

Francisca Ruiz Mata, Diplomada en enfermería, Licencia en Humanidades y Profesora Universitaria. Co-autora del libro Manual para el Paciente Oncológico y su familia.

Amelia Rodríguez, Periodista

EN EL PRÓXIMO NÚMERO ...

- ¿Qué es una unidad de consejo genético?
- Adaptación psicológica del superviviente de cáncer



visítanos en internet



Una web intuitiva y fácil de utilizar donde podrá:

- acceder a todos los artículos de la revista
- consultar números anteriores y descargarlos fácilmente a su ordenador
- intervenir en foros y compartir temas de interés
- encontrar links de asociaciones y organizaciones vinculadas a GEICAM

<http://www.geysalus.org>

Pfizer en Oncología

Pfizer, fiel a su firme compromiso con la Vida, continúa investigando para desarrollar soluciones innovadoras que den respuestas eficaces al áncer de mama.

Un compromiso real, de esfuerzo constante con los pacientes y la sociedad, para construir un presente y un futuro que proporcione esperanza y calidad de vida.

Desde Pfizer tenemos la confianza y la seguridad de que no nos detendremos.

Este es nuestro compromiso de futuro con todos vosotros. Es nuestro compromiso con la vida.



Por un mundo más sano™



geysalus
MUJER | SALUD



GEYSALUS es una iniciativa del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEYCAM), cuyo objetivo es facilitar el conocimiento acerca del cáncer de mama en general, y en particular, proporcionar información sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento. GEYSALUS también pretende reflejar el impacto físico, emocional, familiar, social y laboral que la enfermedad tiene sobre las personas que la sufren y sobre aquellas que les rodean. GEYSALUS pretende captar las opiniones, ideas y sentimientos de todos los protagonistas: los propios pacientes, sus familiares y entorno, la administración, las asociaciones, o todo aquel que se sienta aludido por cercanía personal o profesional. GEYSALUS es, en definitiva, una herramienta de comunicación para todos aquellos que tengan mensajes que transmitir acerca de la salud y la mujer.

El Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) es una asociación científica de carácter no lucrativo registrada en el Ministerio de Justicia e Interior el 4 de abril de 1995. Se trata del grupo más importante de España en investigación de cáncer de mama, y el único declarado de Utilidad Pública. Constituido principalmente por oncólogos médicos y otros profesionales de Ciencias de la Salud, GEICAM ha adquirido su reputación internacional en base a la calidad, independencia y seriedad científica de su trabajo en los últimos 10 años.