

Recomendaciones

Recomendaciones para el seguimiento de las mujeres supervivientes de **Cáncer de Mama**

Seguimiento

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica





Depósito Legal: M-14384-2017

ISBN: 978-84-617-5803-6

© 2017. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)



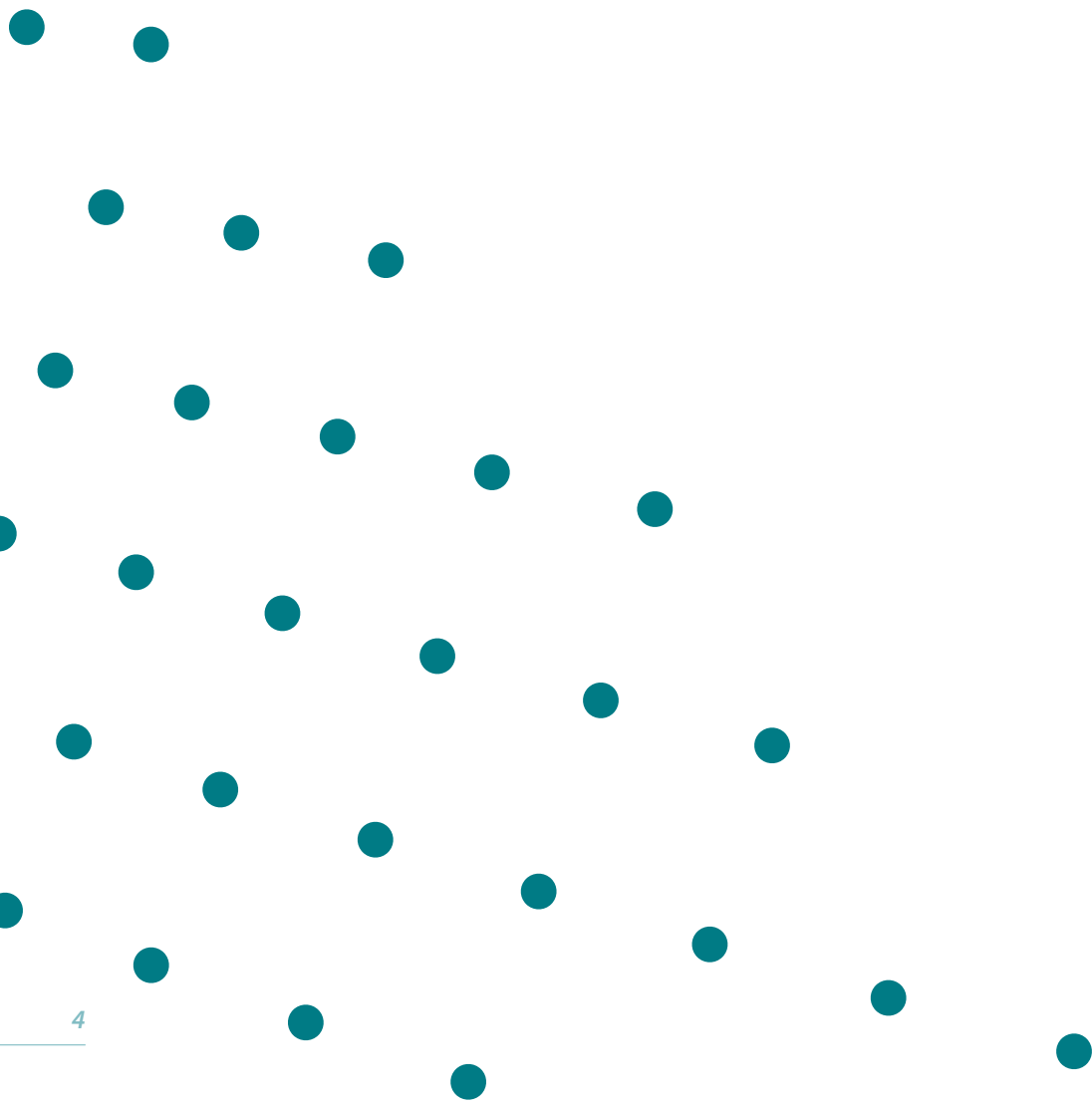
SEOM ha elaborado esta guía de recomendaciones en colaboración con:

- (1) Grupo Español de Investigación del Cáncer de Mama (GEICAM).
- (2) Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- (3) Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO).
- (4) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- (5) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
- (6) Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- (7) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
- (8) Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).
- (9) Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM).
- (10) SOLTI (Grupo de investigación clínica en cáncer de mama).

Autores:

Agustí Barnadas Molins (7), Manel Algara López (9), Octavi Córdoba Cardona (3) Ana Casas Fernández de Tejerina (10), Milagros Gonzalez Béjar (4) Teresa López Fernández (2), Mercè Marzo Castillejo (5), Ángel Montero Luis (8), Montserrat Muñoz Mateu (7), Amparo Ruiz Simón (1), Fátima Santolaya Sardinero (6)

Agustí Barnadas Molins, Servicio de Oncología Médica. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. Coordinador .
Manel Algara López. Servicio de Oncología Radioterápica. Parc de Salut Mar, Barcelona.
Ana Casas Fernández de Tejerina, Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
Octavi Córdoba Cardona. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Vall d'Hebrón, Barcelona.
Milagros González Béjar, Centro de Salud de Montesa, Servicio Madrileño de Salud.
Teresa López Fernández, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
Mercè Marzo Castillejo, Instituto Catalán de Salud, Generalitat de Catalunya. Barcelona.
Ángel Montero Luis. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid.
Montserrat Muñoz Mateu, Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínic, Barcelona.
Amparo Ruiz Simón, Servicio de Oncología Médica. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.
Fátima Santolaya Sardinero, Centro de Salud Ciudad San Pablo, Servicio Madrileño de Salud.





Índice

Introducción	6
Problemas de salud derivados de los tratamientos realizados	8
Propuesta de seguimiento compartido entre la Atención Primaria y la Atención Especializada	18
Tabla 1: Recomendaciones de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) sobre el tratamiento de la salud ósea	23
Tabla 2: Efectos secundarios y recomendaciones para su manejo	24
Tabla 3: Propuesta de seguimiento compartido con Atención Primaria	26
Referencias	27

Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la población femenina, con una tasa de curación que se sitúa por encima del 80%. El incremento progresivo de su incidencia, asociado al envejecimiento de la población y al efecto del cribado poblacional, junto al descenso de la cifras de mortalidad justifican la presencia de un mayor número de pacientes que son largas supervivientes (LSV) de cáncer de mama¹.

Las mujeres LSV de cáncer de mama, a menudo, tienen una vida condicionada por las secuelas o las morbilidades secundarias al tratamiento de la enfermedad y, a pesar de las altas tasas de curación, muchas de las pacientes no consiguen volver a disfrutar de la alta calidad de vida de las mujeres de nuestra sociedad. Las terapias administradas pueden dejar secuelas físicas, psíquicas y psicosociales, que pueden manifestarse o persistir incluso años después de haber finalizado el tratamiento. A modo de ejemplo, las cicatrices o las molestias secundarias a las cirugías con intención curativa, o también las secuelas de la cirugía de reconstrucción conllevan cambios en la imagen corporal. El cansancio o las artralgias, dificultan una completa reincorporación al mundo laboral, o bien condicionan un deterioro no deseado de las relaciones sociales y familiares. En las mujeres jóvenes, el tratamiento del cáncer de mama también puede influir negativamente en sus deseos genésicos al poderse producir una menopausia precoz y con ello una esterilidad².

Para las pacientes LSV de cáncer de mama es prioritario evitar y/o reducir el riesgo de secuelas y complicaciones derivadas del diagnóstico y del tratamiento.

El cáncer de mama no es una única enfermedad y las opciones de tratamiento dependen de la biología y comportamiento de cada tumor y de las características de cada paciente. La selección de la terapia depende de varios factores: el estadio del tumor, la presencia de los receptores hormonales (que reciben hormonoterapia) o del receptor HER2+ (cuando está amplificado reciben terapia anti HER2), el grado de diferenciación histológico, la presencia de mutaciones genéticas (BRCA1 o BRCA2), etc. Asimismo, la edad de la paciente, su estado general de salud o si la paciente está en edad menopáusica son factores de gran importancia a la hora de definir un tratamiento individualizado y prevenir algunas de las complicaciones derivadas del mismo³.

Los objetivos del seguimiento de las mujeres LSV de cáncer de mama son básicamente tres: a) el diagnóstico de las recaídas o de un segundo tumor primario de mama, b) el minimizar el impacto de las secuelas y complicaciones derivadas del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y c) el fomentar medidas de educación sanitaria y prevención con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos para la salud. Todo ello, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida y lograr que las mujeres LSV se puedan reincorporar a los distintos ámbitos de su vida social, familiar y laboral de la forma más completa posible^{4,5}.

Desde hace varios años se ha constatado la necesidad de compartir el seguimiento de las pacientes LSV cáncer de mama entre la atención hospitalaria especializada (AE) y la atención primaria (AP) garantizando una coordinación efectiva. Este seguimiento compartido y coordinado ha de garantizar el cumplimiento de los tres objetivos previamente señalados. El médico de atención primaria tiene un papel destacado en la detección de recidivas y de segundas neoplasias, en el abordaje de los efectos tardíos del tratamiento oncológico, en la atención a la comorbilidad, en la atención psicológica, y en promover estilos de vida y recomendar estrategias de prevención de la salud y, en la medida de lo posible de normalizar la atención sanitaria de las pacientes curadas de un cáncer de mama. Sin embargo, la paciente LSV de cáncer de mama continúa beneficiándose de la atención por parte del especialista hospitalario, sobre todo durante los primeros cinco años de seguimiento ^{6,7,8,9}.

En este documento presentamos una guía elaborada y consensuada entre las diversas sociedades científicas cuyos profesionales atienden a las pacientes LSV de cáncer de mama. La finalidad de esta guía es conseguir que el seguimiento de estas pacientes LSV de cáncer de mama se haga de forma compartida, colaborativa y coordinada entre los profesionales de AE y AP.

Problemas de salud derivados de los tratamientos realizados

Como se ha indicado previamente, las terapias administradas pueden conllevar diferentes secuelas que pueden condicionar un deterioro de la calidad de vida de las mujeres que han superado un cáncer de mama. Algunas secuelas se presentan de forma tardía. La identificación de estos problemas y su corrección puede permitir una mejora de las formas de adaptación a la vida cotidiana⁹. Por otra parte, algunos de los efectos adversos pueden condicionar la adherencia a una terapia hormonal prolongada. También es importante conocer si las pacientes reciben otros medicamentos o terapias alternativas que puedan interferir en la actividad de la terapia endocrina.

Es el médico de AP quien puede detectar y controlar mejor estos efectos secundarios.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

A) LINFEDEMA

- Se presenta en el 10-30% de las pacientes que han sido sometidas a un vaciamiento ganglionar axilar y en el 3-10% de las pacientes tratadas mediante biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC)¹⁰. El riesgo de su aparición es más alto en las pacientes tratadas con un vaciamiento ganglionar axilar por afectación axilar, en especial si han recibido radioterapia complementaria.
- En los últimos años se está valorando la estrategia de sustituir la linfadenectomía axilar por la irradiación de la axila, sin perder efectividad y con una reducción del riesgo de aparición de linfedema¹¹.

ACTITUD

- Medidas de prevención (evitar cargar peso, cuidar las heridas en la extremidad afectada, hidratar la piel, evitar el sobrepeso-obesidad, protección solar, evitar la toma de la tensión arterial y evitar las venopunciones en el brazo afectado. Se recomienda efectuar tablas de ejercicio activo específico de la extremidad afecta (ver anexo).
- Diagnóstico temprano porque los resultados terapéuticos son mejores.
- Remitir a un Servicio de Rehabilitación que disponga de una Unidad de Fisioterapia especializada para efectuar: drenaje linfático manual y presoterapia.
- En casos seleccionados, la cirugía de re-anastomosis de los vasos linfáticos puede paliar la sintomatología del linfedema de larga evolución.



B) FALLO OVÁRICO Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

B1) REPERCUSIÓN EN LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

- En los últimos años se ha incrementado el número de pacientes que no tienen cumplido su deseo genésico en el momento del diagnóstico del cáncer de mama.
- Entre un 20% y el 80% de las mujeres pueden presentar una amenorrea secundaria a la quimioterapia y que ésta sea permanente. El riesgo depende del esquema administrado y de la edad en que la paciente reciba la quimioterapia.

ACTITUD

- Ofrecer métodos de preservación de la fertilidad antes del inicio del tratamiento a toda mujer joven con deseo genésico.
- Remitir a la paciente a una Unidad de Reproducción antes de iniciar un tratamiento sistémico para valorar: criopreservación de ovocitos o de la corteza ovárica que pueden permitir aportar una solución a este problema en el caso de que se presente, si bien las posibilidades de éxito no son completas¹².
- Aconsejar no concebir hasta transcurridos entre los tres y seis meses de la finalización del tratamiento sistémico y recomendar que la gestación ocurra tras un intervalo libre de enfermedad razonable (3-5 años) si la edad de la paciente lo permite^{12,13}.
- En el caso de que la paciente esté recibiendo tamoxifeno y desee tener una gestación, se debe suspender la terapia hormonal entre tres y seis meses antes de permitir la concepción^{12,14}.
- La edad de la paciente debe ser valorada antes de recomendar una estrategia de preservación de la fertilidad.
- Una vez cumplido su deseo genésico se puede considerar reiniciar la terapia hormonal hasta completar un mínimo de 5 años de terapia, si bien no existe una evidencia sólida para esta recomendación¹³.

Problemas de salud derivados de los tratamientos realizados

B2) ACTIVIDAD SEXUAL

- Muchas pacientes, sobretodo premenopáusicas, pero también postmenopáusicas explicitan un deterioro de su vida sexual condicionado a los tratamientos realizados.
- La disminución de la libido o la sequedad vaginal son atribuibles tanto al fallo ovárico que experimentan las mujeres jóvenes tras el tratamiento de quimioterapia u hormonoterapia, como a los efectos secundarios propios de la terapia hormonal (análogos gonadotropinas, SERM, inhibidores aromatasa).
- El cambio de la imagen corporal y el dolor local secundarios a tratamiento quirúrgico pueden ser también causa de disfunción de la actividad sexual.

ACTITUD

- Apoyo psicológico a la paciente y su pareja.
- Uso de lubricantes vaginales.
- La utilización de óvulos vaginales que contengan una mínima cantidad de estrógenos es controvertida.
- No está indicado, salvo excepciones, la terapia hormonal sustitutiva que se deberá evaluar de forma individualizada.

B3) SOFOCOS

- Son consecuencia de la menopausia inducida e incrementada por los tratamientos hormonales.
- Tanto el tamoxifeno como los inhibidores de la aromatasa (anastrozol, letrozol, exemestano) pueden producir o incrementar los sofocos.

ACTITUD

- En casos de intensidad severa se pueden tratar con inhibidores de la recaptación de la serotonina, o bien con venlafaxina o con gabapentina que han demostrado obtener una mejoría de este síntoma, aunque dicho efecto no es prolongado.
- La acupuntura también ha demostrado ser un tratamiento eficaz en el control de los sofocos.



B4) RIESGO DE PATOLOGÍA ENDOMETRIAL

- Las mujeres que recibieron tamoxifeno durante un largo periodo de tiempo tienen un riesgo mayor de padecer un cáncer de endometrio, si bien estas neoplasias generalmente se diagnostican en un estadio inicial y son de buen pronóstico.

ACTITUD

- Durante el tratamiento con tamoxifeno se recomienda realizar revisiones ginecológicas habituales y a criterio del ginecólogo realizar una ecografía transvaginal.
- En aquellas mujeres postmenopáusicas que presenten un sangrado vaginal deben ser remitidas al ginecólogo para descartar un cáncer de endometrio.

B5) SALUD ÓSEA

- La menopausia espontánea o inducida (secundaria a la quimioterapia, análogos gonadotropinas, ovariectomía) conlleva una disminución de la densidad mineral ósea.
- Este efecto puede ser relevante en mujeres jóvenes con menopausia precoz.
- El tratamiento hormonal, especialmente los inhibidores de la aromataza en las mujeres postmenopáusicas, producen una disminución más rápida de la densidad mineral ósea con un aumento del riesgo de fracturas osteoporóticas.

ACTITUD

- Se recomienda disponer de una densitometría basal al iniciar el tratamiento con una terapia de privación hormonal en presencia de amenorrea.
- En el caso de no poder efectuar la evaluación y tratamiento en el ámbito de la AP se recomienda remitir a la enferma a una unidad donde, según corresponda, se trate la osteoporosis (reumatólogo, ginecólogo, traumatólogo).
- Recomendar ejercicio aeróbico.
- Abandonar el hábito de fumar.
- De acuerdo con las recomendaciones de Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)¹⁵ o bien de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO)(tabla 1)¹⁶, a todas las pacientes tratadas con inhibidores de la aromataza se recomienda la administración de suplementos de calcio y vitamina D y a partir de unos valores densitométricos de T-Score de <-2 se deben iniciar bisfosfonatos orales, o bien ácido zoledrónico cada seis meses, en algunos casos puede considerarse la administración de denosumab.

Problemas de salud derivados de los tratamientos realizados

B6) ARTRALGIAS

- Es un efecto secundario muy frecuente especialmente en pacientes tratadas con inhibidores de la aromatasa.

ACTITUD

- Aumentar el tiempo de ejercicio físico.
- Ocasionalmente los analgésicos menores pueden aliviar la sintomatología dolorosa y se deben prescribir en caso necesario.
- La acupuntura también ha mostrado producir un beneficio sintomático.
- En casos severos consultar al oncólogo para valorar un posible cambio de tratamiento.

B7) LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA ARTICULACIÓN ESCAPULO-HUMERAL HOMOLATERAL A LA LESIÓN MAMARIA

- Un efecto secundario que puede presentarse a largo plazo tras una irradiación axilar es una reducción de la movilidad de la articulación escapulo-humeral del lado irradiado secundaria a fibrosis en el músculo pectoral del lado afecto¹⁷.

ACTITUD

- Realización de ejercicio físico moderado pero constante en la extremidad que recibió la irradiación.
- En algunas ocasiones si no se observa una mejoría se debe solicitar la ayuda de los especialistas en Rehabilitación.

C) SOBREPESO

- Es frecuente el aumento de peso en el transcurso de tratamiento por cáncer de mama sobre todo en mujeres en las que se induce la menopausia o siguen un tratamiento de deprivación hormonal.
- Se ha reconocido que el sobrepeso además de ser un factor de riesgo de cáncer de mama es un factor desfavorable para la recaída¹⁸.

ACTITUD

- Insistir en la vigilancia y reducción del peso.
- Dietas dirigidas saludables e hipocalóricas si procede.
- Insistir en la práctica de ejercicio físico (se recomienda andar como mínimo 150 minutos a la semana a un ritmo vigoroso).
- Apoyo psicológico.

D) CARDIOTOXICIDAD Y OTRAS TOXICIDADES VASCULARES

- La incidencia de cardiotoxicidad varía según la edad de tratamiento y la presencia de factores de riesgo, con una incidencia anual de disfunción ventricular en torno al 9% que supera al 40% en pacientes de más de 75 años o con cardiopatía previa¹⁹. Registros recientes demuestran que la mayoría de disfunciones ventriculares secundarias a antraciclinas se pueden diagnosticar en el primer año en fase asintomática, si bien en muchas ocasiones la toxicidad por antraciclinas se detecta de forma tardía, siendo más grave y, a menudo irreversible frente a la toxicidad por trastuzumab²⁰ que suele ser reversible.
- La toxicidad secundaria a antraciclinas es poco frecuente si no se superan las dosis acumuladas de 250mg/m² de adriamicina o 550mg/m² de epirrubicina^{3 21}. En pacientes que reciben o han recibido radioterapia sobre el hemitórax izquierdo se ha descrito un incremento del riesgo de su aparición, si bien con las técnicas de dosimetría y la intensidad modulada de dosis es posible reducir dicho riesgo.
- La cardiotoxicidad por trastuzumab suele aparecer durante la fase de tratamiento activo y obliga a suspender el tratamiento aunque se recupera en un alto porcentaje de casos sin secuelas. Sin embargo, cuando la fracción de eyección cae por debajo de los límites de la normalidad y no se recupera, se recomienda iniciar tratamiento de la insuficiencia cardiaca y evaluar el riesgo de mantener posteriormente el fármaco. En las mujeres que han presentado una insuficiencia cardiaca no existe una completa evidencia referente a si es posible retirar el tratamiento cardiológico a largo plazo^{22,23,24}.
- Trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar puede ser un efecto secundario de tamoxifeno y con menor frecuencia de los inhibidores de la aromatasa.
- En las pacientes que han recibido radioterapia complementaria, especialmente en el caso de tumores del lado izquierdo y cuando se ha irradiado la cadena mamaria interna debe efectuarse un seguimiento a largo plazo ante el riesgo de toxicidad cardiaca tardía. No obstante, las técnicas de irradiación más modernas con planificación tridimensional y de intensidad modulada de dosis han permitido reducir este tipo de efecto secundario^{25,26}, si bien se recomienda un control estricto de los factores de riesgo y evaluar la indicación de una prueba ergométrica¹⁹.

ACTITUD

- Controlar las comorbilidades que puedan incrementar el riesgo de cardiotoxicidad: Hipertensión arterial, diabetes, alteraciones del metabolismo lipídico y obesidad con el objetivo de mantener unas cifras de tensión arterial, niveles de glucosa y lípidos dentro de los rangos de referencia.
- Promoción de estilos de vida saludables (evitar el consumo tabaco, moderar el consumo de alcohol, control del peso, y potenciar el ejercicio físico durante y después del tratamiento).
- Remitir al cardiólogo a cualquier paciente que tras quimioterapia presente clínica de insuficiencia cardiaca congestiva. El tratamiento farmacológico precoz se relaciona con un mejor pronóstico.
- Si ocurre un episodio de TVP se recomienda suspender el tamoxifeno y remitir al oncólogo para valorar un posible cambio de tratamiento o su mantenimiento.

Problemas de salud derivados de los tratamientos realizados

E) NEUROTOXICIDAD

- Es un efecto secundario asociado a la administración de los taxanos. La neurotoxicidad sensitiva en forma de parestesias y dolor en manos y pies produce un gran discomfort.

ACTITUD

- Lo más importante es detectar pronto el problema que acostumbra a aparecer durante el tratamiento y se recomienda suspender o reducir dosis del fármaco causante.
- No se dispone de un tratamiento preventivo. La duloxetina ha mostrado obtener una mejora de la sintomatología derivada de la neuropatía sensitiva. La pregabalina y gabapentina usadas a menudo durante y después del tratamiento pueden mejorar los síntomas, especialmente el dolor.
- En caso de dudas es necesario realizar un EMG para llegar a un diagnóstico de certeza.

F) TOXICIDAD OCULAR

- Aunque poco frecuente, el tamoxifeno puede aumentar el riesgo de cataratas.

ACTITUD

- Revisión por el oftalmólogo si se presentan síntomas de visión borrosa.
- Remitir a oncólogo para considerar cambio de tratamiento o su mantenimiento.

G) ASTENIA

- Es un síntoma muy prevalente en cáncer de mama que a menudo se mantiene tras finalizar los tratamientos²⁷.
- Se recomienda cuantificar el grado de astenia mediante una escala visual numérica y realizar un seguimiento.

ACTITUD

- Descartar una causa orgánica.
- Apoyo psico-emocional.
- Actividad física.



H) DETERIORO COGNITIVO

- A pesar de que existen pocos estudios, muchas pacientes refieren tener una pérdida de memoria o de la capacidad de concentración tras tratamiento con quimioterapia que puede perdurar más de 20 años después del tratamiento.
- Están en investigación métodos que nos permitan un mejor diagnóstico y seguimiento de este efecto secundario.

ACTITUD

- Valoración por neurólogo si se considera necesario.
- Ejercicios de concentración, memoria visual.
- Fomentar la lectura.

I) OTRAS ALTERACIONES CUTÁNEAS

- Tras el tratamiento con quimioterapia algunas mujeres no recuperan completamente el cabello, o bien presentan efectos secundarios en la piel y anejos como las uñas.

ACTITUD

- Se recomienda dirigir a las enfermas al especialista en Dermatología para evaluar el posible papel del tratamiento tópico de la piel y de las uñas.
- En algunos casos de alopecia persistente se puede evaluar la realización de implantes capilares u otras estrategias que permitan mejorar la imagen corporal de la paciente.

J) RIESGO DE SEGUNDAS NEOPLASIAS

- Las pacientes que han recibido radioterapia tienen un incremento del riesgo de aparición de una segunda neoplasia relacionada con el tratamiento con irradiación. Este fenómeno acostumbra a acontecer al cabo de muchos años de haber recibido la terapia. Los tumores que aparecen con mayor frecuencia son las neoplasias de pulmón o los angiosarcomas de pared torácica ^{28,29}.

ACTITUD

- Se recomienda evitar los factores asociados al cáncer de pulmón, especialmente en lo que hace referencia al consumo de tabaco.

Problemas de salud derivados de los tratamientos realizados

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES^{8,9}

• EVITAR EL SOBREPESO

El aumento de peso se ha correlacionado con una peor respuesta al tratamiento y con un mayor riesgo de recidiva.

• DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO

Estudios epidemiológicos han demostrado el beneficio en la evolución de las pacientes de las dietas pobres en grasas junto a un ejercicio físico vigoroso de al menos 150 minutos a la semana³⁰. Se recomienda seguir una dieta rica en frutas, verduras y hortalizas frescas (al menos dos piezas de fruta diaria) y reducir la ingesta de carne roja (a 1-2 veces por semana) e incrementar el consumo de pescado azul, utilizar aceite de oliva, consumir lácteos y aprovechar todos los elementos que forman parte de una dieta mediterránea.

• EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

• MODERAR EL CONSUMO DE ALCOHOL

En las mujeres se recomienda no consumir más de 20 gramos de alcohol al día. Las unidades de bebida que equivalen a 20 gramos de alcohol son: 250 ml cerveza o bien una copa de vino tinto (150 ml), o bien un cuarto de vaso o 25 ml. de una bebida de mayor graduación (ginebra, whisky, anís, tequila).

• PREGUNTAR SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Que pudieran interferir con su tratamiento. En el caso de la acupuntura debe realizarse de forma adecuada y con las medidas de asepsia necesarias para minimizar el riesgo de una infección. Las terapias complementarias o integrativas no pueden sustituir a un tratamiento específico antitumoral.

• ESTAR ATENTO A LOS SÍNTOMAS ORIENTATIVOS DE POSIBLE RECAIDA O SEGUNDOS TUMORES

Se debe estar especialmente atento ante los siguientes síntomas: dolor óseo persistente que se incrementa con la movilización y no cede con el reposo, tos persistente, disnea, astenia, anorexia o pérdida inexplicable de peso, sangrado vaginal en postmenopáusicas, cambio en el ritmo intestinal, rectorragia o cefalea persistente, con el fin de poder hacer un diagnóstico precoz.

• CONFIRMAR LA ADHERENCIA A LA TERAPIA HORMONAL ANTIESTROGÉNICA

Control y refuerzo positivo para mantener el tratamiento prescrito incluso en periodos prolongados (5-10 años).

• REINCORPORACIÓN A LA VIDA LABORAL

Apoyo y orientación según sea el momento evolutivo de la paciente. El caso del tratamiento complementario se recomienda esperar un tiempo prudencial para facilitar que la paciente se recupere de los efectos secundarios del tratamiento.

• MANTENER UNA ALERTA ACTIVA

Ante la aparición de síntomas sugestivos de cardiopatía.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN PACIENTES TRATADAS CON TAMOXIFENO

- Determinados fármacos compiten con los sistemas de metabolización del tamoxifeno que es el sistema CYP2D6 y pueden disminuir la eficacia del tamoxifeno (entre ellos debemos destacar los antidepresivos tricíclicos). Sin embargo, algunos estudios no han podido evidenciar una reducción de la eficacia de tamoxifeno³¹.
- En las mujeres en edad fértil, se recomienda utilizar un método anticonceptivo no hormonal durante el tratamiento con tamoxifeno.
- Se recomienda control ginecológico periódico en las mujeres que reciben tamoxifeno.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN PACIENTES TRATADAS CON UN INHIBIDOR DE LA AROMATASA

- Se recomienda tener una actividad física regular.
- Evaluación de la osteopenia/osteoporosis.
- Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular.
- Se recomienda administrar suplementos de calcio y vitamina D y evaluar el estado de mineralización ósea

En la tabla 2 se resumen los efectos secundarios más frecuentes y las recomendaciones para su control en las pacientes tratadas por una neoplasia de mama.

Propuesta de seguimiento compartido entre la Atención Primaria y la Atención Especializada (tabla 3)

Un importante número de estudios han comparado distintas estrategias de seguimiento de las pacientes LSV de cáncer de mama. En estos estudios se ha valorado el seguimiento realizado por profesionales de AP y se ha comparado el seguimiento habitual mediante visitas presenciales frente a visitas telefónicas. También se han realizado estudios comparando la eficacia del seguimiento con pruebas radiológicas tales como radiografías, ecografías o gammagrafías óseas además de analítica con marcadores tumorales, frente al seguimiento en visitas en las que solo se realiza la anamnesis, la exploración mamaria y una mamografía anual. Estos estudios han sido categóricos en sus conclusiones: no es útil la realización de pruebas radiológicas periódicas excepto la mamografía anual, y un médico o una enfermera puede realizar el seguimiento siempre que esté motivado y formado para atender las complicaciones o morbilidades que presentan las LSV. La satisfacción de la paciente dependerá más del trato que reciba que del lugar donde se la controle. También concluyen que las recaídas son detectadas de manera similar en la AP o en la AE y no se observó una reducción en la supervivencia global en ninguno de los distintos esquemas de seguimiento, siempre que se garantice a la paciente el acceso a los servicios de salud ante la presencia de un síntoma o signo de alarma³².

Sin embargo, las pacientes largas supervivientes que han superado un cáncer de mama requieren una excelente coordinación y comunicación entre la atención primaria y la especializada.

Se propone la clasificación de las pacientes ya tratadas en el entorno hospitalario en tres grupos:

1) PACIENTES DE BAJO RIESGO

Las pacientes de bajo riesgo corresponderían a las enfermas con un tumor invasivo hormon sensible con un tamaño menor de 2 cm (categoría pT1), sin afectación ganglionar (pN0), o bien aquellas que una plataforma genómica se categoriza como de bajo riesgo de recaída o bien se trate de un carcinoma intraductal sin riesgo familiar.

Estas pacientes serán atendidas cada 6 meses de forma compartida entre la AE y la AP durante los primeros cinco años. Después del quinto año serán visitadas una vez al año por la AP y en el caso de dudas se mantendrá el contacto con la AE.

2) PACIENTES DE RIESGO INTERMEDIO

Las pacientes de riesgo intermedio correspondería a pacientes con un tumor hormon sensible, con un tamaño tumoral entre 2 y 5 cm (categoría pT2) y/o afectación ganglionar mínima (micrometástasis o con metástasis entre 1-3 ganglios afectos –pNmic, pN1) o bien aquellas que una plataforma genómica categoriza a la paciente como de riesgo intermedio. En este grupo también pueden ser incluidas aquellas pacientes que tras un tratamiento neoadyuvante presentan una remisión completa patológica a nivel local y axilar³³.

Estas pacientes serán atendidas cada 4 meses de forma compartida entre la AE y la AP durante los dos primeros años. Tras el segundo año continuará con visita compartida entre la AP y la AE cada 6 meses hasta el quinto año, en que será visitada exclusivamente por la AP una vez al año facilitando en caso de duda el acceso rápido a la AE.

3) PACIENTES DE ALTO RIESGO

Las pacientes de alto riesgo correspondería a las enfermas con tumores de tipo triple negativo o aquellas con tumores HER2+, aquellas que tienen una afectación ganglionar en más de 3 ganglios o bien que han recibido tratamiento neoadyuvante o tratamiento primario sistémico y se detectó una persistencia de enfermedad tumoral. También se consideran en esta categoría a aquellas en las que una plataforma genómica las ha valorado como pacientes de alto riesgo.

Estas enfermas serán atendidas cada 4-6 meses de forma compartida entre la AE y la AP durante los cinco primeros años. Tras el quinto año continuará con visitas anuales compartidas entre la AP y la AE, hasta el décimo año. A partir de entonces será visitada exclusivamente por la AP una vez al año facilitando en caso de duda el acceso rápido a la AE.

La visita de seguimiento de las mujeres LSM de cáncer de mama debe incluir:

- Una anamnesis dirigida a descartar signos de alarma de recaída o presencia de secuelas o co-morbilidades o segundas neoplasias.
- Una exploración física que incluya exploración mamaria y de las regiones ganglionares adyacentes.
- Una mamografía anual bilateral en dos proyecciones, tanto si se ha realizado un tratamiento quirúrgico conservador de la mama como si se ha realizado una reconstrucción en el caso de mastectomía. El control anual se mantendrá a lo largo de toda la vida, porque estas pacientes, a diferencia de la población sana que se somete a mamografías bianuales en las campañas de cribado, tienen una probabilidad de desarrollar una recidiva local o un segundo tumor del 5-10% en los 10 años siguientes al tratamiento, y este exceso de riesgo se mantiene durante toda su vida. El estudio mamográfico puede ser efectuado en el ámbito de la AP, o bien con la ayuda de Ginecología.
- Recomendaciones de prevención y promoción de la salud.

Propuesta de seguimiento compartido entre la atención primaria y la atención especializada

PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En atención primaria se atienden cada vez más mujeres que han padecido un cáncer de mama. Una atención óptima por parte del médico de familia incluye la prevención, la detección de recidivas y de posibles segundas neoplasias, la atención a la co-morbilidad y el abordaje de los efectos tardíos del tratamiento oncológico. También la derivación a las Unidades de Consejo Genético de referencia a todas las mujeres que han padecido un cáncer de mama y que presentan un acúmulo de casos de cáncer en su familia.

Los criterios para la derivación a una Unidad de Consejo Genético son: tener uno o más familiares de primer o segundo grado con un tumor de mama o de ovario a una edad inferior a los 50 años; tener un familiar con un tumor de mama bilateral, tener un familiar varón con un cáncer de mama y tener un familiar con cáncer de mama con un fenotipo triple negativo y una edad inferior a los 60 años¹⁰. También debe procederse a la derivación a estas unidades cuando se detecten casos de cáncer de colon en diferentes miembros de la familia con una edad de presentación inferior a los 50 años.

Los profesionales de AP están bien cualificados y entrenados para prestar cuidados a las pacientes LSV que han superado un cáncer de mama.

El seguimiento de las pacientes LSV que han superado un cáncer de mama requiere de un abordaje multidisciplinario y una excelente coordinación y comunicación entre AP y AE. El oncólogo debería facilitar al iniciar y finalizar un tratamiento un informe del caso que incluya el tipo y estadio clínico del tumor, la intención terapéutica, los tratamientos recibidos y las toxicidades que hayan podido surgir durante el tratamiento. Esta información es fundamental para poder elaborar un plan de cuidados individualizado, que permita hacer un seguimiento adecuado.

A continuación se proponen los contenidos mínimos que serían recomendables introducir en los informes de la AE para poder compartir la información de las pacientes con AP.

CONTENIDOS DEL INFORME INICIAL DEL ONCÓLOGO

1) FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Tiempo de evolución de síntomas, procedencia (Programas de cribado poblacionales, circuitos de diagnóstico rápido, médico de AP, otros).

2) PRUEBAS PARA DETERMINAR EL DIAGNÓSTICO

Pruebas de imagen realizadas para orientar el diagnóstico, resultados de Anatomía Patológica de la biopsia con informe de Inmunohistoquímica y TNM clínico.

3) PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Si se ha realizado y TNM post-quirúrgico.

4) ESTUDIO DE EXTENSIÓN. FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO GENÓMICO DEL RIESGO DE RECIDIVA

Si se ha realizado.



5) PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO GENERAL Y FECHA PREVISTA DE INICIO

Prescripción terapéutica de Oncología Médica:

- a. Fármacos.
- b. Secuencia de administración. Ciclos.
- c. Duración prevista.

Planteamiento de tratamiento con radioterapia (cuando corresponda):

- a. Volúmenes a tratar, dosis total y fraccionamiento.
- b. Técnica de radioterapia: 3D, IMRT, irradiación parcial, irradiación intraoperatoria, fuente y energía.

6) PAUTAS DE PREVENCIÓN

Ante posibles efectos adversos del tratamiento.

7) ENSAYO CLÍNICO

Informar si la paciente está incluida en uno.

8) ESTIMACIÓN DE LA DURACIÓN DE LA BAJA LABORAL

Debe considerarse que la duración de la incapacidad laboral está en relación con las características del lugar de trabajo, los riesgos asociados y la compatibilidad con el grado de funcionalidad tras el tratamiento.

9) FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA EN AE

En algunas CCAA el médico de AP pueden consultarlas pero no en todas.

INFORME AL CONCLUIR LA FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO

Al concluir la etapa inicial de tratamiento (cirugía, tratamiento con quimioterapia y/o fármacos anti-diana y la radioterapia, tras los primeros 6-15 meses se abre una etapa de inflexión, no menos importante a la que supone el diagnóstico, dada la incertidumbre sobre la calidad y continuidad de la vida, en la que es del todo necesario volver a compartir la información sobre el estado de la enferma con los médicos de AP.

A) RESPECTO A SITUACIÓN CLÍNICA DURANTE LA FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO

1. Informe completo que incluya los ítems referidos anteriormente (puntos 1, 2, 3 y 4).
2. Todos los tratamientos recibidos: RT / HT / Terapia biológica y si ha sido incluida en un ensayo clínico. Duración. Tratamientos profilácticos/ terapéuticos de efectos secundarios (puntos 5 y 6).
3. Información referente al riesgo de aparición de toxicidad cardíaca y el tipo de monitorización cardiovascular que se ha efectuado.
4. Evolución global experimentada.
5. Información sobre pautas de continuidad del seguimiento: pruebas y temporalidad, esquema de visitas a AE.

Propuesta de seguimiento compartido entre la atención primaria y la atención especializada

B) RESPECTO A RECOMENDACIONES CLÍNICAS

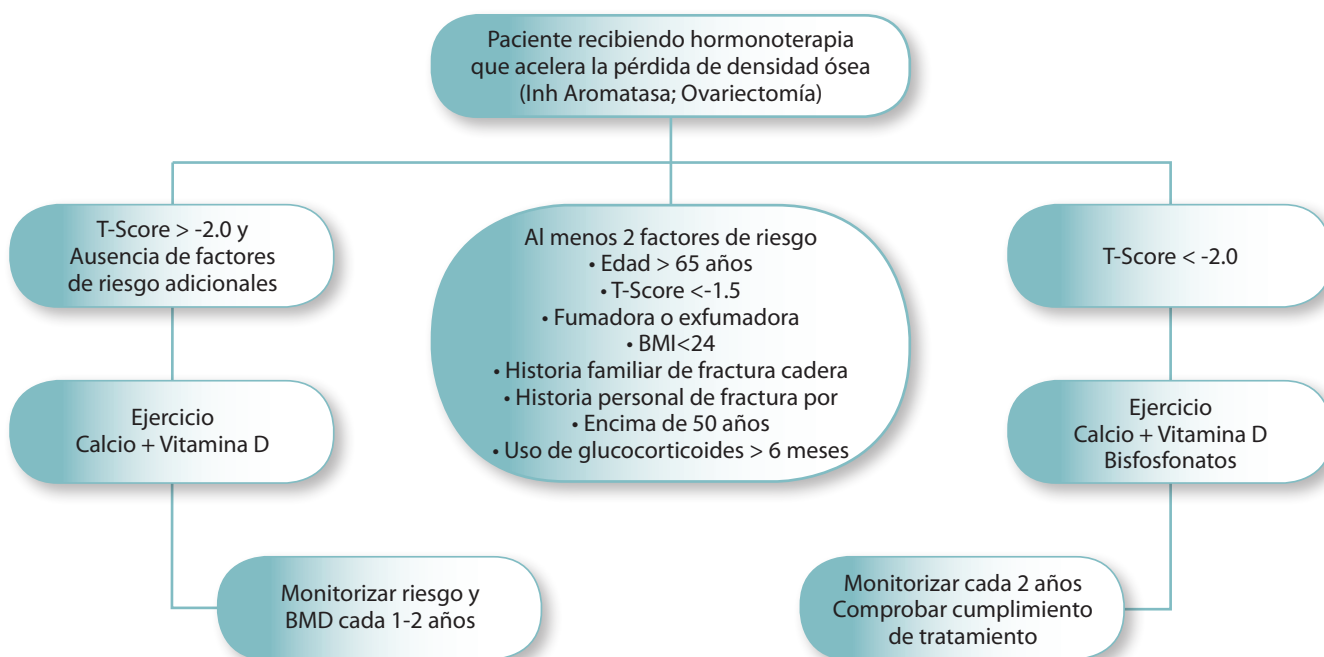
6. Signos de alarma ante los que solicitar nueva consulta a AE.
7. Abordaje específico del linfedema: Cuándo, cómo y a quién derivar.
8. Rehabilitación motora si precisa y recomendaciones sobre ejercicio físico.
9. Abordaje específico de efectos adversos a la medicación hormonal. Recomendaciones para profilaxis/tratamiento de la osteoporosis y eventos adversos relacionados.
10. Control de implantes/ expansor mamario/ recambio de prótesis y eventos relacionados.
11. Recomendaciones dietéticas.
12. Especial atención a la ponderación de los problemas de salud y comorbilidades de la paciente.
13. Terapias complementarias y sus repercusiones.

C) RESPECTO A RECOMENDACIONES PSICO-SOCIALES Y LABORALES

14. Aspectos específicos a tener en cuenta según situación psicológica, impacto familiar y social. Necesidad de apoyo social específico.
15. Abordaje psicológico. Miedo a la recaída.
16. Recomendaciones sobre sexualidad y anticoncepción.
17. Recomendaciones sobre re-incorporación a su vida laboral y / o retomar actividades previas. Desarrollo proyecto de vida / profesional.
18. En determinadas mujeres con deseo gestacional se efectuarán recomendaciones para establecer el momento más óptimo para concebir. Muchas mujeres a las que se ha efectuado una preservación de ovocitos o de corteza ovárica deberán ser dirigidas a las Unidades de Fertilidad de los Servicios de Obstetricia y Ginecología.

Tabla 1: Recomendaciones de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) sobre el tratamiento de la salud ósea

RECOMENDACIONES GUIAS ESMO



Annals of Oncology 2014. 25 (supl 3):124-137

Tabla 2. Efectos secundarios y recomendaciones para su manejo

Efecto secundario	Actitud – recomendación
Linfedema	Medidas de prevención (higiene, hidratación, evitar pesos y heridas). Rehabilitación.
Fallo ovárico: - Repercusión de la función ovárica	Ofrecer métodos de preservación de la fertilidad. Remitir a la Unidad de Reproducción antes de iniciar tratamiento sistémico. No recomendar la concepción hasta pasados 3-6 meses de finalizar el tratamiento sistémico.
Actividad sexual	Apoyo psicológico. Uso de lubricantes vaginales. La utilización de óvulos o cremas hormonales vaginales es controvertida.
Sofocos secundarios a la menopausia	En casos de intensidad severa se puede utilizar tratamiento con velafaxina o gabapentina. La acupuntura ha demostrado tener eficacia.
Riesgo de patología endometrial	Las pacientes que reciben tamoxifeno se recomienda exploración ginecológica periódica anual. En las mujeres postmenopáusicas si presentan un sangrado vaginal deben ser evaluadas de forma preferente por un ginecólogo.
Salud ósea	En las pacientes menopáusicas se recomienda efectuar una densitometría basal en el momento de iniciar la terapia endocrina. Según resultados se recomienda remitir a las pacientes a una Unidad de metabolismo óseo, o bien seguir las recomendaciones de ASCO/ESMO: las pacientes que reciben inhibidores de la aromatasa administrar suplementos de calcio y vitamina D. En el caso de detectarse una osteoporosis añadir inhibidores de la resorción ósea. Recomendar ejercicio aeróbico. Abandonar el hábito de fumar.
Artromialgias (en especial en las pacientes tratadas con inhibidores de la aromatasa)	Incrementar la frecuencia y la duración del ejercicio físico. Analgésicos menores. La acupuntura puede aportar un beneficio.
Sobrepeso	Vigilancia y control del peso. Dietas hipocalóricas. Práctica de ejercicio físico (150 minutos a la semana). Apoyo psicológico.

Efecto secundario	Actitud – recomendación
Cardiotoxicidad y otras toxicidades vasculares	<p>Control de enfermedades concomitantes (HTA, diabetes, obesidad).</p> <p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Remitir al cardiólogo en el caso de signos de insuficiencia cardiaca.</p> <p>Si se produce una trombosis venosa profunda remitir al oncólogo para evaluar la continuidad del tratamiento endocrino.</p>
Neurotoxicidad	<p>Detectar la toxicidad de forma temprana.</p> <p>No existe un tratamiento específico.</p> <p>La duloxetina, gabapentina y pregabalina pueden mejorar la sintomatología.</p>
Toxicidad ocular	<p>Remitir al oftalmólogo si aparece sintomatología de visión borrosa.</p>
Astenia	<p>Descartar una causa orgánica.</p> <p>Apoyo psico-emocional.</p> <p>Actividad física.</p>
Deterioro cognitivo	<p>Valoración por el neurólogo.</p> <p>Ejercicios de concentración y memoria visual.</p> <p>Lectura.</p>
Alteraciones cutáneas (sequedad, alopecia, otras)	<p>Evaluación por dermatólogo.</p>
Artromialgias (en especial en las pacientes tratadas con inhibidores de la aromatasa)	<p>Incrementar la frecuencia y la duración.</p> <p>Analgésicos menores.</p> <p>La acupuntura puede aportar un beneficio.</p>
Recomendaciones generales	<p>Evitar el sobrepeso.</p> <p>Dieta saludable.</p> <p>Actividad física regular.</p> <p>Evitar el tabaco.</p> <p>Moderar el consumo de alcohol.</p> <p>Evaluar síntomas para descartar una recaída.</p> <p>Confirmar la adherencia a la terapia hormonal.</p>

Tabla 3. Propuesta de seguimiento compartido con Atención Primaria

Grupo de riesgo	Definición	Recomendación
Bajo riesgo	Tumor hormonosensible. Tamaño ≤ 2 cm (categoría pT1). Ausencia de metástasis axilares. Bajo riesgo por plataforma genómica. Carcinoma "in situ".	Control clínico cada 6 meses, de forma alternada, compartido con la Asistencia Primaria (AP) durante 5 años. Tras los cinco años será control solo por AP. Mamografía anual.
Riesgo intermedio	Tumor hormonosensible. Tamaño entre 2-5 cm (categoría pT2). Ausencia de metástasis ganglionares, o bien metástasis axilares entre 1 y 3 ganglios. Riesgo intermedio por una plataforma genómica.	Control cada 4 meses compartido con AP los dos primeros años. Después cada 6 meses hasta el quinto año. Posteriormente será control solo por AP. Mamografía anual.
Riesgo alto	Tumor sin expresión de receptores hormonales. Tumor con amplificación de HER2. Tumor de alto riesgo por una plataforma genómica. Tumor con metástasis en más de 3 ganglios axilares. Tumor tratado con neoadyuvancia. Tumor localmente avanzado.	Control cada 4 meses compartido con AP durante 5 años. Tras el quinto año cada 6 meses compartida con AP hasta los 10 años. Posteriormente control solo por AP. Mamografía anual.

En cada visita se debe efectuar:

- Anamnesis completa evaluando la presencia de comorbilidades.
- Evaluar la adherencia al tratamiento hormonal (siempre que lo reciba).
- Detección de efectos secundarios.
- Exploración física de las glándulas mamarias, pared costal o área de la reconstrucción mamaria y cadenas ganglionares.
- Fomentar hábitos de vida saludable.

Referencias

- ¹ Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R, et al. Follow up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Sys Rev.* 2005;25;(1):CD001768.
- ² National Institute for Clinical Excellence (2002). Guidance on Cancer Services. Improving outcomes in breast cancer. Manual update. NICE. London: National Institute for Clinical Excellence. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/csgbc/evidence/improving-outcomes-in-breast-cancer-manual-update-2>.
- ³ Merck B, Vicente F. Seguimiento Clínico en Cáncer de Mama. Manual de Práctica Clínica en Senología 2012. 2ª edición revisada y ampliada. Edición: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria; Madrid 2012: 119-120.
- ⁴ Tellez de Peralta FJ. Seguimiento y control del cáncer de mama operado. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos, Cirugía de la Mama. Ediciones Arán; Madrid 2006: 326-333.
- ⁵ Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F et al. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013; 31:961-5.
- ⁶ Arbona Rovira A, Martínez Lorenzo M, Fierro Barrabés G, Aguinaga Aizcorreta Ma T. Enfermería Oncológica. Unidad de Mama. Hospital de Día. Investigación Oncológica.. Manual de Práctica Clínica en Senología 2012. 2ª edición revisada y ampliada. Edición: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid 2012:120-123.
- ⁷ Ferro T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. Primera edición. Federación Española de Cáncer de mama. Barcelona, 2013.. Disponible en: <http://fecma.vinagrero.es/documentos/LIBRONEC.pdf>
- ⁸ Feliu J, Virizuela JA. El seguimiento en los supervivientes de cáncer: una responsabilidad compartida. *Med Clin (Barc)* 2011; 137: 163-165.
- ⁹ Plan integral de atención a los largos supervivientes de cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Mares Ideas Publicitarias SL. Madrid 2013: 77-82.
- ¹⁰ Hidding JT, Beurskens CH, van der Wees PJ, van Laarhoven HW, Nijhuis-van der Sanden MW. Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: a systematic review. *PLoS One.* 2014 May 9;9(5):e96748. doi: 10.1371/journal.pone.0096748.
- ¹¹ Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981 22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non inferiority trial. *Lancet Oncol* 2014; 15: 1303-10.
- ¹² Alison W. Loren, Pamela B. Mangu, Lindsay Nohr Beck et al. Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2013; 31:2500-2510.
- ¹³ Azim HA, Davidson NE, Ruddy KJ. Challenges in treating premenopausal women with endocrine-sensitive breast cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2016; 35: 23-32.
- ¹⁴ Braems G, Hannelone D, Dewever O, Cocqyt V, Vandem Broecke R. Use of tamoxifen before and during pregnancy. *The Oncologist* 2011; 16: 1547-51.
- ¹⁵ Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al. American Cancer Society/ American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *J Clin Oncol* 2016; 34: 611-635.
- ¹⁶ Coleman R, Body JJ, Aapro M, et al. Bone health in cancer patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2014; 25 (Suppl 3): iii124-iii137.
- ¹⁷ Bentzen SM, Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast cancer. *Acta Oncol* 2000; 39: 337-347.
- ¹⁸ Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1767-76.
- ¹⁹ Runowicz DC, Leach CR, Henry NL, et al. American Cancer Society/ American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guidelines. *J Clin Oncol* 2016; 34: 611-635.
- ²⁰ Ewer MS, Vooletich MT, Durand JB, et al. Reversibility of trastuzumab-related cardiotoxicity: New insights based on clinical course and response to medical treatment. *J Clin Oncol* 2005; 23:7820-6.
- ²¹ Cardinale D, Colombo A, Bachiani G et al. Early detection of anthracycline cardiotoxicity and improvement with heart failure therapy. *Circulation* 2015; 131: 1981-1988.
- ²² Cardinale D, Biasillo G, Cipolla CM: Cuyring cancer, saving the heart: a challenge that cardioncology should not miss, *Curr Cardiol Rep* 2016; 18: 51.
- ²³ Curigliano G, Cardinale D, Dent S, Cristicello C, Aseyev O, Lenihan D. Cardiotoxicity of anticancer treatments: epidemiology, detection and management, *CA Cancer J Clin* 2016; 37:2768-2801.
- ²⁴ Zamorano JL, Lancellotti P, Rodriguez Muñoz D, et al. 2016 ESC position paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of ESC Committee for practice guidelines. *Eur Heart J* 2016; 37: 2768-2801.
- ²⁵ Jaggi R, Griffith KA, Koelling T, et al. Rates of myocardial infarction and coronary disease and risk factors in patients treated with radiation therapy for early-stage breast cancer. *Cancer* 2007; 109: 650-657.
- ²⁶ Darby SC, Ewertz M, McGale P, et al. Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer. *N Engl J Med* 2013; 368: 987-998.
- ²⁷ Julienne E. Bower, Kate Bak, Ann Berger et al. Screening, Assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol* 2014; 32:1840-1850.
- ²⁸ Deutsch M, Land SR, Begovic M, et al. The incidence of lung carcinoma after surgery for breast carcinoma with and without postoperative radiotherapy. Results of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) clinical trials B-04 and B-06. *Cancer* 2003; 98: 1362-1368.
- ²⁹ Karlsson P, Holberg E, Samuelsson A, Johansson KA, Wallgren A. Soft tissue sarcoma after treatment for breast cancer a Swedish population-based study *Eur J Cancer* 1998; 34: 2068-2075.
- ³⁰ Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors. A systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2014; 25: 1293-1311.
- ³¹ Juurlink D. Revisiting the drug interaction between tamoxifen and SSRI antidepressants. *BMJ* 2016: 354.
- ³² Grunfeld E, Julian JA, Pond G, Maunsell E, Coyle D, Folkes A, et al. Evaluating survivorship care plans: results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 2011; 29:4755-62.
- ³³ Algara M, Vicente F, Adrover E, Prats de Puig M, Gonzalez M, Sabadell MD. Consenso de seguimiento de pacientes con cáncer de mama de la Sociedad Española Patología Mamaria (SESPM). *Rev Esp Senol Patol Mamaria* 2015; 28(1):24-33.

SEOM

Sociedad Española
de **Oncología Médica**

www.seom.org