

Foro de debate

Cáncer de mama desde la dermatología: Efectos de los tratamientos sobre la piel y el pelo.

Madrid 15 de octubre 2015

QUIMIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE MAMA

Luis Manso Sánchez

Médico adjunto de Oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción:

El cáncer de mama femenino es el tumor más frecuente en las mujeres, por lo que constituye un problema de salud pública. Se estima que en España se diagnostican cada año unos 16.000 casos nuevos de cáncer de mama y que mueren por esta causa unas 6.000 mujeres. Entre los factores de riesgo descritos cabe destacar los factores hormonales y reproductivos, la obesidad, el sedentarismo, un patrón mamográfico denso, el consumo de alcohol, la exposición a radiaciones ionizantes, y la susceptibilidad genética (BRCA1 y BRCA2).

Factores pronósticos y predictivos de cáncer de mama:

Entendemos como factor pronóstico aquel que determina o se correlaciona con la historia natural de una enfermedad, sin intervención del tratamiento adyuvante sistémico, siendo por tanto, reflejo de la agresividad intrínseca de la enfermedad. Entendemos como factor predictivo a cualquier valor asociado al grado de respuesta a un tratamiento específico.

En cáncer de mama se han reconocido como factores pronósticos la edad, el estado ganglionar, el tamaño tumoral, el tipo histológico, el grado de diferenciación histológico, el índice de proliferación, la presencia de receptores hormonales y de HER2neu, como los más relevantes. Como factores predictivos de respuesta además de la expresión de receptores hormonales y HER2neu en las células tumorales, no se han identificados otros factores claramente relacionados. Actualmente además, contamos con los perfiles de

expresión genética para decidir cual es la mejor estrategia terapéutica para las pacientes.

Quimioterapia del cáncer de mama precoz:

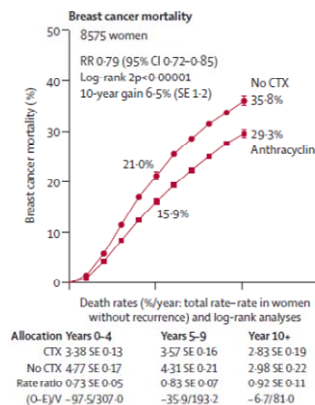
El tratamiento adyuvante del cáncer de mama pretende la eliminación de cualquier depósito micrometastásico, presente pero indetectable, en el momento del diagnóstico-tratamiento locorregional. El éxito de este tratamiento se mide en términos de ausencia de recaídas y muerte. Desde hace años conocemos que el tratamiento con quimioterapia adyuvante del cáncer de mama basado en antraciclinas reduce en un 36% el riesgo anual de muerte por cáncer de mama, independientemente del uso de tamoxifeno, del estatus hormonal o del estado ganglionar.

Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG)

www.thelancet.com Vol 379 February 4, 2012

El empleo de poli-quimioterapia con antraciclinas por 6 ciclos tipo CAF/FEC versus no quimioterapia reduce el riesgo de muerte en un **36%** (RR 0.64, SE 0.09, $2p < 0.0001$), y es superior a lo obtenido con 4AC (RR 0.78, SE 0.09, $2p = 0.01$) o CMF estándar (RR 0.76, SE 0.05, $2p < 0.0001$).



Añadir además a las antraciclinas quimioterapia con taxanos aumenta este beneficio un 14% adicional de beneficio anual. Por lo tanto, podemos establecer que el tratamiento con quimioterapia adyuvante para el cáncer de mama precoz en este momento está indicado en casi todos los pacientes con tumores sin expresión de receptores hormonales o con expresión de her2neu, y en la mayoría de las pacientes con receptores hormonales con alta proliferación o alto grado histológico. En la siguiente tabla se pueden resumir las principales recomendaciones de las guías oncológicas actuales:

Category	IHQ	Therapy
Luminal A	RE and RP +ve HER2 =ve Ki-67 < 20 %	Hormonal therapy and CT if: RS high, Grade 3 or ≥ 4 +ve nodes
Luminal B (HER2 -ve)	RE+ve and HER2-ve and: RP -ve and/or Ki-67 > 20%	Hormonal therapy Chemotherapy for most
Luminal B (HER2 +ve)	RE+ve and any RP HER2 +ve Ki-67 any	Hormonal therapy Anti-HER2 therapy Chemotherapy
HER2 "enriched"	RE and RP -ve HER2 +ve	Anti-HER2 therapy Chemotherapy
Triple negative	RE and RP -ve HER2 -ve	Chemotherapy

Quimioterapia del cáncer de mama avanzado o estadio IV:

Se considera estadio IV cuando el tumor se ha extendido fuera de la mama. Esto puede ocurrir durante el seguimiento de un cáncer de mama inicialmente limitado y tratado como tal, o puede aparecer de inicio. Cuando el cáncer de mama se extiende a otros órganos, las posibilidades de curación son prácticamente nulas y el objetivo del tratamiento es la cronificación de la enfermedad y la paliación de los síntomas. El tratamiento más importante en este estadio es el tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia y terapias dirigidas) y la elección sobre uno u otro depende tanto de factores que afectan al tumor como a características de la paciente incluyendo sus deseos. El arsenal terapéutico es muy amplio en cáncer de mama y la decisión se toma habitualmente entre el oncólogo médico y la paciente. Hay una gran variedad de agentes activos en cáncer de mama (antraciclinas, paclitaxel, docetaxel, vinorelbina, capecitabina, gemcitabina, cisplatino, eribulina) y la decisión sobre qué fármaco o combinación de ellos se va a utilizar va a depender de varios factores: si se ha utilizado o no previamente quimioterapia y hace cuánto, si la paciente tiene alguna enfermedad que limite el uso de algún fármaco por sus efectos secundarios, de la edad de la paciente, de su estado general puesto que hay tratamientos más o menos agresivos o de si la afectación por el tumor está produciendo muchos síntomas y se necesita una rápida actuación del

tratamiento. En cuanto a la duración del tratamiento, tampoco hay un número de ciclos definidos y va a depender de la respuesta al tratamiento y de la tolerancia al mismo.

Efectos secundarios más frecuentes del tratamiento con quimioterapia:

Los agentes antineoplásicos ejercen su efecto interfiriendo con los procesos de división celular. De esta forma, la toxicidad afecta principalmente a los grupos celulares con mayor división, como son: el sistema hematopoyético, la piel y el tracto gastrointestinal. La toxicidad limita la dosis y la duración de los tratamientos, y deteriora sustancialmente la calidad de vida de las pacientes.

La toxicidad hematológica destacable es la anemia, la neutropenia y la neutropenia febril, y la trombopenia.

Como toxicidades NO hematológicas destacaremos:

- **Alopecia:** constituye el efecto tóxico más frecuente de los tratamientos antineoplásicos y de la irradiación del cuero cabelludo. Suele acompañarse de una gran repercusión sobre la imagen corporal y con consecuencias psicológicas importantes en las pacientes. Clínicamente se presenta como una alopecia no cicatricial, que suele empezar a las 2-3 semanas del inicio del tratamiento, siendo reversible a los 2-3 meses de la finalización de este. El potencial alopeciante de la quimioterapia depende del fármaco, de la dosis, y del esquema usado. Los que con mayor frecuencia producen alopecia son la ciclofosfamida, doxorubicina, bleomicina, taxanos, ifosfamida y topotecan. Se han realizado múltiples esfuerzos para evitar la alopecia secundaria a la quimioterapia, sin demasiado éxito. Entre las medidas locales destacaremos los gorros hipotérmicos que puede evitar la alopecia hasta en un 50% de los casos, si bien su influencia sobre la aparición de metástasis en cuero cabelludo no clarificada ha limitado su uso.
- Otras alteraciones cutáneas: onicolisis, rash, necrosis cutánea por fármacos vesicantes, urticarias, sequedad y atrofia cutánea, o síndromes específicos como la eritrodisestesia palmo-plantar.
- Náuseas y vómitos.
- Astenia

- Neurotoxicidad
- Cardiotoxicidad.
- Disfunción cognitiva
- Síntomas asociados a la menopausia.

Bibliografía:

- Honig SF: Hormonal therapy and chemotherapy. In: Harris JR, Morrow M, Lippman ME, et al., eds.: Diseases of the Breast. Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, Pa, 1996, pp 669-734.
- Greenberg PA, Hortobagyi GN, Smith TL, et al.: Long-term follow-up of patients with complete remission following combination chemotherapy for metastatic breast cancer. J Clin Oncol 14 (8): 2197-205, 1996.
- Gradishar WJ, Tjulandin S, Davidson N, et al.: Phase III trial of nanoparticle albumin-bound paclitaxel compared with polyethylated castor oil-based paclitaxel in women with breast cancer. J Clin Oncol 23 (31): 7794-803, 2005.
- Ibrahim NK, Samuels B, Page R, et al.: Multicenter phase II trial of ABI-007, an albumin-bound paclitaxel, in women with metastatic breast cancer. J Clin Oncol 23 (25): 6019-26, 2005
- Blum JL, Jones SE, Buzdar AU, et al.: Multicenter phase II study of capecitabine in paclitaxel-refractory metastatic breast cancer. J Clin Oncol 17 (2): 485-93, 1999.
- Blum JL, Dieras V, Lo Russo PM, et al.: Multicenter, Phase II study of capecitabine in taxane-pretreated metastatic breast carcinoma patients. Cancer 92 (7): 1759-68, 2001. [

EFFECTOS DE LA QUIMIOTERAPIA SOBRE LA PIEL Y EL PELO EN EL CÁNCER DE MAMA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Dra. Aurora Guerra Tapia

Profesora Titular de Dermatología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense y Jefa de Sección de Dermatología del Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.

Introducción

El aumento de la supervivencia de los enfermos de cáncer como consecuencia de nuevas terapias más específicas y eficaces ha hecho que en la actualidad el tratamiento anti oncológico se dirija, además de a la curación, al mantenimiento de la salud a largo plazo aumentando aún más la importancia de la calidad de vida entre estos pacientes.

Por todo ello, los médicos que tratamos a enfermos con cáncer debemos tomar una actitud proactiva y de apoyo hacia ellos, intentando actuar sobre los daños cutáneos y capilares, los principales desde el punto de vista estético, con una perspectiva multidisciplinar de apoyo físico, psíquico y social, tanto desde los primeros momentos como en las fases posteriores de recuperación tras el tratamiento.

Tipos de tratamientos oncológicos

Los tratamientos oncológicos se engloban en tres grandes grupos que aplican diferentes técnicas y que son:

1. Cirugía
2. Quimioterapia
3. Radioterapia

Estos tratamientos se pueden emplear de manera independiente o conjuntamente.

La terapia anti oncológica se instaura para eliminar el cáncer pero esa actuación conlleva intensos efectos secundarios sobre otros órganos de gran importancia.

La piel es uno de los órganos diana de estos efectos. El daño sobre el pelo, es el más ostensible de todos ellos.

Efectos de los tratamientos anti oncológicos quimioterápicos sobre la piel

La aparición de piel seca o sensible, de hiperpigmentaciones y de una dermatitis irritativa, constituye el principal problema de la quimioterapia en la piel. Los modernos anticancerosos, como los inhibidores de la tirosina quinasa y del receptor de factor de crecimiento epidérmico, ocasionan erupciones específicas que requieren supervisión dermatológica.

Piel seca y sensible

La piel sensible se caracteriza por un malestar subjetivo que puede acompañarse de síntomas visibles de irritación, cuyo diagnóstico se basa esencialmente en la autopercepción del paciente. A estos datos se añaden los propios de la piel seca, con aspecto mate, descamación, discreto eritema y sensación de tirantez.

La presencia de piel seca y sensible se puede comprender por los siguientes datos etiopatogénicos:

1. Irritación subjetiva: da lugar a una respuesta irritativa con o sin signos clínicos visibles
2. Irritación neurosensorial: provoca una respuesta mediada neurológicamente tipo picor, escozor, ardor, tirantez.
3. Irritación psicofísica: en relación con un componente psicológico.

La prevención y el tratamiento comprende una higiene sencilla, con agua templada y un jabón suave pH neutro. Hidratación, cremas, bálsamos y aceites con escasez de ingredientes en su formulación, la ausencia de agentes sensibilizantes comunes, la existencia de un número mínimo de agentes irritantes y la ausencia de estimulantes sensoriales cutáneos y de productos vasodilatadores, será el complemento necesario.

Hay que evitar frotar al limpiar o al secar, usar exfoliantes o usar agentes irritantes como depilatorios, limpiezas de cutis o desodorantes.

La fotoprotección es importante en todos los casos.

Higiene

www.aurotriguerra.com

- Jabones pH ácido (5,5) con aditivos grasos
 - en forma sólida (pastilla)
 - líquida (soluciones)
 - semilíquida (gel)
- *syndets* (*synthetic detergent*) (jabón sin jabón)
- cremas y emulsiones

- Baños o duchas templados y de corta duración
- No fricción con esponjas
- No usar agentes irritantes
 - depilatorios
 - limpiezas de cutis
 - exfoliantes
 - desodorantes



Hiperpigmentaciones

Suelen aparecer en zonas de roce y pliegues cutáneos. Otro tipo son las que aparecen por hipersensibilidad iatrógena. El principal cuidado es la fotoprotección para evitar el incremento de color o la nueva aparición de lesiones hiperpigmentadas. Pasado un tiempo después de la terapéutica con quimioterapia, la pigmentación tiende a remitir.

Dermatitis irritativa

Cumple todos los criterios clínicos de un eccema irritativo crónico, con escasa exudación, eritema y descamación intensos, picor y fragilidad ante pequeños roces y traumatismos.

El tratamiento debe hacerse con glucocorticoides tópicos de baja potencia que son productos eficaces si bien su uso debe ser limitado debido a los efectos secundarios a los que dan lugar, como adelgazamiento de la piel y alteración de la barrera cutánea.

Efectos de los tratamientos anti oncológicos quimioterápicos sobre el pelo

Son diversos los daños que puede manifestar el pelo del paciente oncológico:

1. Alopecia
2. Pérdida de color
3. Pérdida de densidad

4. Alteración de la textura

5. Fragilidad

6. Cambios en el rizo

Estos efectos variarán dependiendo del tipo de terapia empleado, del producto utilizado, de la dosis y de la duración del tratamiento.

Alopecia

La alopecia ocasionada por los agentes quimioterapéuticos se conoce como Alopecia Inducida por Quimioterapia cuyas siglas en inglés son CIA.

Desde el punto de vista clínico se define como un efluvio anágeno distrófico, de patrón difuso, aunque algunos autores han identificado casos con patrón de caída en parches y con diferencias entre hombres y mujeres.

Se trata del efecto más frecuente, se estima que su incidencia es del 65%.

Sus principales características son:

–Es una alopecia no cicatricial

–La gravedad depende del agente quimioterápico, de la dosis, de la duración de la terapia, de la vía de administración y de la respuesta individual de cada paciente

–Se inicia a las 1-8 semanas

–Alopecia completa 1-2 meses tras iniciar el tratamiento

–Puede ir acompañada o no (50% casos) de otros síntomas (dolor 15,6%, prurito 12%, ambos 11%)

–Se suele tratar de una alopecia reversible, con crecimiento a los 3-6 meses tras finalizar el tratamiento. Aunque suele ser transitoria, limitada al tiempo del tratamiento y unos pocos meses más allá, puede prolongarse en el tiempo o bien ser permanente.

El manejo comprende estrategias de anticipación, esto es, apoyo psicológico que ayudan a prevenir y reducir los efectos negativos de la CIA sobre la imagen corporal, la autoestima y lograr el correcto funcionamiento del paciente.

Son varias las técnicas disponibles. Entre otras tenemos:

1. Asesoramiento médico multidisciplinar

2. Asesoramiento de asociaciones de pacientes

3. Programa de Imagen Digital para Preparar a la Mujer para la CIA (en inglés programa HAAIR. Help with Adjustment to Alopecia by Image Recovery)

4. Programa "Best Look Forward"

Prevención

En cuanto a la prevención, desde los años 70 se han propuesto y probado diferentes medidas preventivas.

1. *Enfriamiento/refrigeración del cuero cabelludo*

La medida preventiva más usada y empleada pero sus estudios adolecen de los siguientes fallos:

- Se tratan de estudios a pequeña escala
- Los grupos de control no son los más idóneos
- No está bien establecida la metodología ni la duración del tratamiento.

Consiste en el enfriamiento del cuero cabelludo mediante el empleo de aire o líquido frío que circula bien en régimen continuo o bien alterno.

El resultado es un retraso en la caída del cabello no impide su caída

Eficacia en aproximadamente 50% de los casos con resultados variables en función de:

- Tipo de terapia anticancerígena
- Duración del tratamiento de enfriamiento
- Sistema de refrigeración usado
- Grado de hipotermia alcanzado

Efectos secundarios principales:

- Dolor de cabeza
- Quejas por frío y/o sensación de malestar.
- Claustrofobia

Se debate si existe riesgo de metástasis por el enfriamiento en cuero cabelludo.

2. *Prevención farmacológica*

No hay aprobado ningún tratamiento farmacológico para la CIA

Dos tratamientos han sido evaluados en humanos:

1. Inmunomodulador AS101 (amonio tri-cloro (dioxetileno-O, O') telurato), reduce la gravedad de la CIA

2. Minoxidil tópico al 2% acorta la duración de la CIA

Pero todavía no se ha encontrado ningún fármaco que pueda controlar la alopecia.

Prevención farmacológica

- Ningún tratamiento farmacológico aprobado
 - Evaluados en humanos:
 - Inmunomodulador AS101 (amonio- cloro-dioxetileno-telurato)
 - Minoxidil tópico al 2%
 - Calcitriol, análogo vitamina D3
 - Buenos resultados en modelos en ratas y ratones

w.aurozaguerra.com

En cuanto a los cuidados del cuero cabelludo hay que:

–No usar rizadores eléctricos, rulos, horquillas que dañan el cuero cabelludo y favorecen la caída del pelo

–No usar lacas, espumas fijadoras que dañan el cuero cabelludo y favorecen la caída del pelo

–Emplear cremas con protección solar alta (+50) siendo de elección los filtros solares físicos ya que con ellos disminuye el riesgo de desarrollar una dermatitis de contacto.

–Se recomienda evitar el empleo de compuestos y de formulaciones grasas por su potencial oclusivo y, como consecuencia, del riesgo de desarrollar una foliculitis reactiva.

–Lavar la cabeza con champús suaves, neutros (pH 5,5)

Si el paciente lleva la cabeza desnuda esta se ha de proteger contra el frío y el sol mediante el empleo de gorros, pañuelos, o pelucas.

Las pelucas mejoran en gran medida la calidad de vida de los pacientes.

Características que han de tener:

–Libres de adhesivos (elegir gomas o siliconas),

–Libres de cualquier elemento irritante y sensibilizador del cuero cabelludo.

–De textura agradable,

Consejos de uso:

–Elección con anterioridad al inicio del tratamiento.

–Dejar la cabeza al descubierto al menos 6 horas al día

Pestañas y Cejas:

- No usar postizos
- Dibujar cejas
- Micropigmentación

Repercusión psicológica de la alopecia en pacientes oncológicos:

-Se considera uno de los aspectos más traumáticos del cuidado del paciente con cáncer y se estima que su incidencia es del 65%.

Casi el 90% de los pacientes en las primeras fases del cáncer de mama consideran la quimioterapia como el aspecto más desagradable del tratamiento debido a la alopecia a la que se asocia e incluso, algunas mujeres han sentido la pérdida de pelo más espesa que la pérdida de la mama.

-La caída de pelo afecta negativamente a las percepciones de apariencia externa, imagen corporal, sexualidad y autoestima. Además los pacientes sienten que pierden su privacidad ya que este tipo de alopecia es interpretada rápidamente por el resto de las personas como que está causada por el padecimiento de un cáncer.

-Sin embargo, la pérdida de pelo puede experimentarse como una experiencia positiva, ya que el paciente la percibe como una señal positiva de que el tratamiento contra el cáncer está siendo efectivo, y así, cuanto mayor sea la caída del pelo, mayor será la acción de la terapia contra el cáncer, aumentando la confianza del paciente con el tratamiento instaurado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA

Natalia Rodríguez-spiteri Sagredo

Cirujana de la Unidad de Patología Mamaria. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

El tratamiento quirúrgico ha sido históricamente la primera modalidad terapéutica utilizada con éxito frente a esta enfermedad. El objetivo de la cirugía es extirpar el tumor con unos márgenes oncológicamente adecuados.

De este modo se posibilita el control local y se reduce la posibilidad de que sirva de origen para el desarrollo de metástasis.

A finales del siglo XIX la mastectomía radical practicada por Halsted en Baltimore fue el primer tratamiento que demostró que se podía obtener la curación en el CM. La intervención de Halsted incluía la exéresis de la mama entera con una extensa resección de piel y de la musculatura pectoral, asociada a una linfadenectomía axilar de los tres niveles de Berg y de las fosas supra e infraclavicular. Este abordaje radical producía una visible deformidad, linfedema, alteraciones sensitivas en el tórax y en la extremidad superior. La mastectomía radical popularizada por Halsted, con pequeñas variaciones de la misma, estuvo vigente hasta el último cuarto del siglo XX.



Fundamentos del tratamiento conservador

En la segunda mitad del siglo XX varios trabajos empezaron a demostrar que un abordaje menos agresivo era suficiente para curar el CM. En la década de los 60 algunas pacientes con tumores menores de 5 cm pudieron beneficiarse de la cuadrantectomía, con o sin radioterapia (RT), como alternativa a la mastectomía, ya que los resultados en cuanto a supervivencia eran idénticos con ambas técnicas. Animados por los buenos resultados iniciales obtenidos, esta corriente minoritaria en favor de la cirugía conservadora fue irrumpiendo con más fuerza en la década de los 70. El trabajo de Atkins et al. de 1972 fue el

primer estudio randomizado que comparaba la cirugía conservadora con RT frente a la mastectomía radical. Se demostró que ambas tenían la misma supervivencia a diez años en el estadio I (80%). En el estadio II la supervivencia fue mejor para el grupo de mastectomía (60%) que para el de cirugía conservadora (25%).

Las tasas de control local a diez años fueron mejores en el grupo de mastectomía tanto en el estadio I (90% versus 80%) como en el II (85% versus 35%). Se concluyó que las pacientes en estadio I sí podían ser tratadas mediante cirugía conservadora de manera eficaz.

Paralelamente a estos estudios pioneros, los descubrimientos acerca de la biología tumoral del CM y las metástasis cambiaron la idea de que el CM era una enfermedad localizada, por un concepto más moderno de que se trataba de una enfermedad sistémica. De este modo se restaba importancia al tratamiento local en la curación del CM y se hacía hincapié en la necesidad de un tratamiento sistémico. A finales de la década de los 70 se pusieron en marcha los ensayos de Milán y los norteamericanos del National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP). Los resultados a largo plazo de la cirugía conservadora fueron validados plenamente en 2002 con la publicación de los resultados a 20 años de los estudios prospectivos randomizados de estas instituciones. Entonces quedó plenamente demostrado que el tratamiento conservador del CM con cirugía conservadora y RT proporciona tasas de control local y supervivencia equivalentes a la mastectomía en estadios I y II. La cirugía conservadora de la mama es factible cuando existe una adecuada relación entre el volumen tumoral y el tamaño de la mama, puedan obtenerse márgenes adecuados y conseguir un aceptable resultado estético. La conservación de la mama con una estética aceptable supone una importante mejora de la calidad de vida para las pacientes.

La cirugía axilar estándar continuó siendo el vaciamiento ganglionar hasta que en la década de los 90 surgió la técnica de la biopsia del ganglio centinela (BGC). Tras la experiencia en melanoma, la técnica se basa en la identificación, extirpación y biopsia del primer ganglio que recibe el drenaje de la mama, llamado ganglio centinela. Desde hace más de diez años está plenamente validada como la técnica de estadificación en CM clínicamente N0.

De este modo, el tratamiento hoy en día más habitual para la mayoría de los CM es la cirugía conservadora y la BGC. Su seguridad oncológica está demostrada y cada vez se diagnostican más tumores en estadios precoces gracias a los programas de cribado. La cirugía conservadora de la mama necesariamente debe completarse con la administración de RT en la inmensa mayoría de las pacientes.

Técnicas de cirugía conservadora

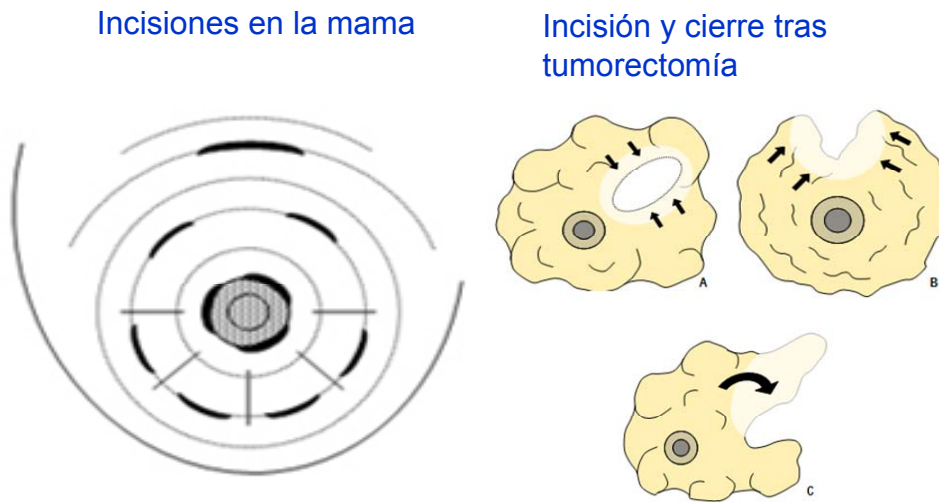
Existen diferentes tipos de resección en función de la cantidad de tejido mamario extirpado.

La tumorectomía consiste en la extirpación del tumor junto al tejido circundante pero sin seguir la arquitectura del árbol galactofórico.

La segmentectomía es una tumorectomía en la que la extirpación del tejido circundante al tumor se orienta en forma de sector radial, con el vértice dirigido hacia el complejo areola-pezón (CAP); se suele incluir la porción subyacente de fascia pectoral.

La cuadrantectomía implica resecar el cuadrante entero en el que se asienta el tumor e incluye sistemáticamente la porción subyacente de la fascia del músculo pectoral.

A finales de la década de los 80 comenzó a desarrollarse la cirugía oncoplástica. Comprende un conjunto de técnicas en las que se asocian conceptos clásicos de cirugía oncológica con otros de cirugía plástica no aplicadas antes para el tratamiento del CM.



Las ventajas de la cirugía oncoplástica son la posibilidad de extirpar piezas mayores asegurando márgenes y prevenir deformidades, con el fin de mejorar la estética mamaria. Estas técnicas incluyen la movilización del CAP, la creación de colgajos de rotación mamaria y, en ocasiones, una simetrización mamaria contralateral para conseguir una óptima simetría. En centros especializados, la cirugía oncoplástica puede llegar a suponer a día de hoy al menos el 10% de las cirugías conservadoras realizadas (35).

Si el CM no es palpable, es preciso marcar el tumor preoperatoriamente o realizar una ecografía intraoperatoria para asegurar su correcta extirpación. El marcaje preoperatorio se puede realizar con arpón (dirigido por ecografía o estereotaxia) o con la técnica ROLL (radioguided occult lesion location), en la que se inyecta un trazador isotópico intra o peritumoral para después localizar el CM con una sonda de detección gamma en quirófano.

EFFECTOS DE LA CIRUGÍA SOBRE LA PIEL EN EL CÁNCER DE MAMA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. (LA PIEL COMO FACTOR DE DECISION EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA)

Francisco Leyva Rodríguez

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital Clínico San Carlos y Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad Complutense. Madrid.

Resumen

El interés por la reconstrucción mamaria ha aumentado en los últimos años. El mejor manejo de la enfermedad, especialmente en pacientes jóvenes, que ha transformado el cáncer en una enfermedad crónica, el aumento de la cirugía conservadora, la mejora de los materiales de reconstrucción o el mayor conocimiento de la anatomía y las técnicas han propiciado la expansión de la reconstrucción mamaria inmediata y diferida. Con la creación de unidades de patología mamaria hemos sido capaces de abordar la enfermedad de forma transversal.

La radioterapia se ha convertido en una parte esencial del tratamiento integral de esta patología. Las secuelas de radiodermatitis de esta técnica van a condicionar la técnica reconstructiva a emplear. Como veremos más adelante, la decisión de reconstruir con tejido autólogo o heterólogo va a venir determinada en parte por la asociación de radioterapia o no.

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad muy frecuente que afecta a una población joven que ve alterada su modo de vida de forma importante. Hay un cambio de actitud hacia la enfermedad, haciéndola visible y creándose grupos de opinión y presión para potenciar el estudio y avanzar en su manejo. La reconstrucción de la mama se ha beneficiado de esos cambios y hoy se admite que debe ser una opción para toda mujer a la que se le realiza cirugía como parte del tratamiento.

Los avances en los tratamientos médicos y quirúrgicos, mastectomías más conservadoras y la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela, han disminuido la morbilidad. Los avances en la tecnología de los implantes, los conocimientos anatómicos que permiten una mejor reconstrucción autóloga o el desarrollo de técnicas de ingeniería tisular han permitido realizar reconstrucciones con un mejor resultado estético y una menor morbilidad, sin poner en riesgo la seguridad oncológica

Aún reconociendo los avances en los últimos años tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y la reconstrucción del cáncer de mama, existen problemas sobre los que no hay consenso, como la radioterapia y reconstrucción, la seguridad de las reconstrucciones tras cirugía conservadora o las indicaciones de ciertas mastectomías.

Comités y Unidades de Patología Mamaria

El cáncer de mama es una patología compleja que debe ser abordada de forma transversal. Las autoridades sanitarias y las sociedades científicas recomiendan la creación de unidades de patología mamaria que trabajen como comités clínicos. Es recomendable que estas unidades estén acreditadas y cumplan unos criterios de calidad.

Objetivos de la reconstrucción mamaria

La reconstrucción mamaria intenta recrear la forma y la simetría, corrigiendo el defecto anatómico, a la vez que se preserva la seguridad y la salud de la paciente. La reconstrucción no puede interferir con los tratamientos ni con el diagnóstico de la recurrencia y no puede suponer un incremento inaceptable de la morbi mortalidad de la paciente.

Tiempo de la reconstrucción

La reconstrucción mamaria se puede realizar de forma inmediata, tras la cirugía conservadora o mastectomía, o diferida en el tiempo.

Las indicaciones para realizar la reconstrucción inmediata son los tumores en estadios iniciales que no requieran radioterapia. La reconstrucción diferida, aquella que se realiza en cualquier momento a partir de la curación de la herida de mastectomía o de la cirugía conservadora.

Selección de la paciente candidata a reconstrucción

La toma de decisiones sobre la reconstrucción mamaria estará determinada por factores dependientes del tumor, de la paciente, de los tratamientos y finalmente, del propio cirujano.

La unidad de patología mamaria debe contar con psicólogo que evalúe previamente a la paciente e intente valorar, entre otros factores, si la paciente es buena candidata a la reconstrucción.

Al cirujano se le debe exigir experiencia y capacitación en todas o la mayoría de las técnicas para ofrecer una respuesta a cada caso. El cirujano debe exponer todas las técnicas, incluso las que no domina. Reconstruir una mama no es colocar un expansor y dejar evolucionar como por desgracia a veces se ve en nuestro medio.

Tratamientos del cáncer de mama y su relación con la reconstrucción

El cáncer de mama requiere un abordaje con múltiples armas terapéuticas, todas en mayor o menor medida pueden interferir con la reconstrucción.

Los tratamientos quirúrgicos son las cirugías conservadoras, las mastectomías y los vaciamientos ganglionares axilares. Las cirugías conservadoras pueden ser tumorectomías, extirpación de un tumor con márgenes, cuadrantectomías, extirpación de un cuadrante y mastectomía parcial cuando se extirpa más cantidad. La mastectomía pretende extirpar toda la glándula mamaria y las estructuras que sean necesarias para el control de la enfermedad. .

El tratamiento radioterápico tiene una especial repercusión en la reconstrucción mamaria. En los casos de cirugía conservadora que precisen radioterapia, si es necesaria la reconstrucción, se indica de forma inmediata. En los casos de mastectomías los beneficios de la radioterapia postmastectomía están bien establecidos. La reconstrucción en estos casos está sujeta a debate, no hay consenso en cuanto a la técnica y el tiempo de reconstrucción tras la radioterapia. La opción más habitual es diferir la reconstrucción hasta el año. La literatura ofrece evidencia de que la radioterapia y la reconstrucción inmediata con expansores (no con prótesis) o con colgajos puede ser bien tolerada. La reconstrucción diferida hay que hacerla con tejido autólogo porque la pared torácica radiada tendrá problemas de expansión, dañando las costillas, problemas de curación de las heridas, de contractura capsular, de malposición, extrusión o infección del implante.

Los tratamientos sistémicos forman parte del tratamiento del cáncer de mama y este debe ser realizado teniendo en cuenta el estado hormonal del mismo. Básicamente el tratamiento sistémico se divide en terapias endocrinas, citotóxicas y biológicas. Los estudios han mostrado que aunque la reconstrucción inmediata se asocia con un tiempo de tratamiento quimioterápico más prolongado, esto no tiene repercusión clínica. El tratamiento hormonoterápico y el biológico no contraindican la reconstrucción en ninguna de sus formas aunque se ha discutido el papel tromboembólico del tamoxifeno y los colgajos proponiéndose suspenderlo un mes antes.

Técnicas de reconstrucción mamaria

Existen dos grupos de técnicas según la cirugía oncológica, las postconservadoras, mal denominadas oncoplásticas, y las postmastectomías.

La reconstrucción mamaria tras cirugía conservadora es en sentido estricto reconstrucción mamaria, puesto que utilizamos tejido mamario para reconstruir la mama. Las indicaciones para realizarlas son cuando la escisión local no se puede llevar a cabo sin un riesgo significativo de deformidad. Las técnicas de reconstrucción son autólogas y se dividen en las que “reemplazan” y las que “desplazan” tejidos, más frecuentes. Las secuelas de tumorectomías antiguas en mamas radiadas requieren la resección del tejido mamario radiado para liberar la mama. Las modernas técnicas de “lipofilling”, en general, no pueden disimular los defectos de una mama radiada cuyos tejidos no se expanden. Las complicaciones de todas las técnicas son las mismas que en la reconstrucción autóloga.

En general, cuando hablamos de reconstrucción mamaria nos referimos a la reconstrucción postmastectomía. La reconstrucción mamaria tras mastectomía puede ser heteróloga (prótesis) o autóloga (colgajos), inmediata o diferida, uni o bilateral en un tiempo o sucesivamente. La reconstrucción heteróloga puede ser en un tiempo con prótesis o con expansor permanente o en dos tiempos con expansor y prótesis definitiva.

La reconstrucción con prótesis directa en un tiempo, está indicada para reconstrucción inmediata tras mastectomía conservadora de piel o conservadora de areola y pezón. La paciente ideal es aquella con mamas relativamente pequeñas, no ptósicas y con un índice de masa corporal normal, que no desea cambios sustanciales en el tamaño final. Es condición

indispensable la buena calidad de la piel y el tejido celular subcutáneo, así como la integridad del músculo pectoral. Esta técnica, aparentemente simple, debe ser cuidadosamente indicada a las pacientes ya que a medio y largo plazo tiene una tasa de complicaciones muy elevada.

La reconstrucción en un tiempo con expansor definitivo se realiza con una prótesis bicameral. Una cámara externa de silicona y otra interna con un puerto de llenado de suero salino que permite ajustar el volumen final. Pretende englobar los beneficios de la reconstrucción en un tiempo con los del ajuste final del volumen. Está indicada en reconstrucción inmediata y diferida. Las indicaciones más reconocidas son la reconstrucción en un solo tiempo en pacientes mayores y pacientes con riesgo quirúrgico u oncológico que no puedan ser sometidas a procesos reconstructivos más complejos o más largos, pacientes en el límite de prótesis directa, pero que falta algo de piel.

La reconstrucción en dos tiempos mediante la colocación de un expansor tisular y su recambio por una prótesis definitiva, sigue siendo el procedimiento más usado en la reconstrucción mamaria. La indicación de esta técnica es en reconstrucción inmediata, cuya mama no se haya radiado ni vaya a serlo y en reconstrucción diferida que igualmente no haya sido radiada. Las principales ventajas de la técnica son sus cortos períodos de cirugía, la escasa morbilidad y la posibilidad de ir adaptando la técnica a los deseos de la paciente en cuanto a tamaño. Las desventajas se relacionan con el aspecto poco natural de la mama reconstruida, sobre todo si la comparamos con la reconstrucción autóloga, el debilitamiento del pectoral mayor, insuficiente expansión del polo inferior de la mama o el dolor asociado a la elevación del músculo serrato y en las inserciones del pectoral.

Las matrices dérmicas acelulares comenzaron a usarse en cirugía de la mama en 2005, desde entonces su experiencia se ha incrementado considerablemente. La indicación de la matriz es en reconstrucción mamaria inmediata con materiales heterólogos. Su función es añadir una capa de tejido que se interponga entre la piel y la prótesis, para evitar la contractura.

Las complicaciones de la reconstrucción heteróloga se relacionan con las complicaciones de las prótesis, infección, hematomas o seromas y de los colgajos cutáneos como necrosis o dehiscencias de las heridas. Las complicaciones tardías se relacionan con la contractura capsular,

desplazamiento de las prótesis, vaciado de las prótesis de suero o extrusión por decúbitos y exceden del 30%. Se ha descrito la posible relación entre un linfoma anaplásico de células T grandes y las prótesis.

La reconstrucción mamaria autóloga se realiza con tejidos. Se buscan zonas donantes con suficiente tejido para reconstruir una mama con pocas secuelas como el abdomen, glúteos o flancos.

La reconstrucción basada en abdomen es sin duda el “gold estándar” de la reconstrucción autóloga. Tiene múltiples ventajas tanto para la mama reconstruida como para la zona donante, ya que el colgajo usado es el TRAM (colgajo musculocutáneo transverso de recto anterior del abdomen) en sus distintas variantes, cuya secuela se puede asumir que es una abdominoplastia. El colgajo inicial fue el TRAM pediculado. Los problemas que presenta el TRAM pediculado, han hecho evolucionar la técnica al TRAM libre. La persistencia del problema de debilidad, aunque se sacrifique menos músculo, dio lugar a la siguiente evolución de la técnica TRAM. La toma de una tira de músculo que contenga una de las ramas en que se divide la epigástrica inferior profunda dentro del músculo permite dejar en continuidad la otra parte del músculo. El colgajo de las perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) es la evolución del TRAM “conservador” de músculo y supone el último paso en la evolución del TRAM pediculado. El colgajo de la arteria epigástrica inferior superficial (SIEA) es un colgajo adipocutáneo axial directo basado en dicha arteria, cuyo territorio cutáneo es similar, aunque menor, que el del TRAM libre.

Colgajos glúteos basados en las arterias glútea superior (SGAP) e inferior (IGAP) son usados en los casos en los que está indicada la reconstrucción autóloga pero no se pueda utilizar el tejido abdominal o requiere una reconstrucción bilateral y no se pueda llevar a cabo en un solo tiempo. El colgajo de perforantes del músculo Gracilis (TUG) y el colgajo de perforantes de la arteria femoral profunda (PAP), que toma piel de la cara posterior del muslo, en el pliegue glúteo y sin afectar la musculatura son técnicas alternativas de reconstrucción.

Existe una tercera opción de reconstrucción denominada “reconstrucción combinada con tejidos y prótesis” que se realiza con el colgajo muscular o

músculo-cutáneo de latísimus dorsi (dorsal ancho) pediculado y una prótesis. Las indicaciones son de rescate, cuando falla la reconstrucción con el abdomen y no se puede hacer una reconstrucción protésica, reconstrucciones diferidas en pacientes radiadas o pacientes con factores de riesgo como tabaquismo, diabetes u obesidad.

Técnicas complementarias y de simetrización contralateral

No es infrecuente que la mama reconstruida precise cirugías secundarias. En la reconstrucción autóloga son frecuentes los retoques cicatriciales y la adecuación del tamaño de la mama reconstruida mediante liposucciones de la cola de la mama y “lipofilling” del polo superior y medial. En el caso de las prótesis es frecuente la corrección de la malposición o las contracturas con recambios periódicos de la prótesis.

En la mama contralateral habitualmente hay que realizar una cirugía de simetrización bien reduciendo, aumentando o subiendo la misma. El momento de hacer la simetrización contralateral es variable y depende tanto de la paciente como del cirujano. La simetrización está en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud como una prestación y debe ser ofertada a todas las pacientes que se puedan beneficiar.

Reconstrucción del complejo areola-pezón

El tiempo de reconstrucción suele ser a partir de los tres meses, pero en casos de reconstrucción bilateral autóloga se puede hacer también de forma inmediata. El objetivo es conseguir simetría en la posición, proyección y color del complejo areola pezón en ambas mamas.

Conclusión

En los últimos años la reconstrucción mamaria ha experimentado un desarrollo impresionante. Las múltiples técnicas de cirugía plástica tratan de adaptarse a cada paciente, buscando recrear la simetría y la forma de las mamas. Esto ha supuesto una mejora en la calidad de vida de las pacientes ya que el cáncer de mama se ha convertido en una enfermedad crónica y las pacientes vivirán muchos años mastectomizadas o con las mamas reconstruidas. Pero la reconstrucción mamaria no supone un aumento de la

supervivencia y puede ser un proceso complejo que altere el modo de vida de la paciente por lo que se debe exigir la competencia adecuada al cirujano y una explicación detallada de las ventajas e inconvenientes de cada procedimiento.

EFFECTOS DE LA RADIOTERAPIA SOBRE LA PIEL Y EL PELO EN EL CÁNCER DE MAMA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Elena González-Guerra.

Médico Adjunto de Dermatología. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Profesor Asociado de la Universidad Complutense. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La radioterapia juega un papel esencial y crítico en el tratamiento del cáncer de mama. Se emplea en el cáncer de mama temprano, en el cáncer de mama avanzado, en el cáncer inflamatorio de la mama así como en las regiones ganglionares. Y esto viene siendo así desde hace más de un siglo. Desde sus orígenes hasta la actualidad, la radioterapia ha sufrido muchas modificaciones: se introduce el acelerador lineal, se incorpora el uso de cobalto, en 1980 se suma el uso del TC y se empieza a realizar radioterapia en tres dimensiones que permite concentrar mejor la dosis, y en el siglo XXI surge la radioterapia en cuatro dimensiones que tiene en cuenta los movimientos fisiológicos del organismo como los pulmones durante la respiración.

La radioterapia, al mismo tiempo que elimina células enfermas, puede afectar a los tejidos sanos cercanos al área de tratamiento. La piel es el órgano que primero recibe la radiación. Aunque la piel no es un tejido que limita la dosis, la toxicidad de la misma se asocia con el deterioro de la calidad de vida de los pacientes, causa dolor, malestar y limita las actividades de la vida diaria pudiendo conducir a la interrupción de un tratamiento potencialmente curativo.

CONCEPTO

Radiodermatitis o dermatitis por radiación: son las alteraciones cutáneas debidas a la exposición a la radiación ionizante.

La radiación causa ionizaciones en las moléculas, principalmente en las de agua, liberando radicales libres, moléculas con gran capacidad reactiva que determinan importantes daños en las células, primordialmente en las membranas celulares y en el material genético. Especialmente relevantes son los daños en la cadena de ADN del genoma nuclear, que si son leves pueden ser reparados por la célula, pero que si son más severos pueden determinar la producción de apoptosis. En el peor de los casos, se producen mutaciones, que se transmitirán a las células hijas durante el proceso de división celular, y que pueden determinar la producción de neoplasias malignas.

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN PERSONAL

El 90% de los pacientes sometidos a radioterapia van a presentar radiodermatitis en mayor o menor grado. Los factores que lo determinan son:

- La dosis de radiación total recibida: cuanto mayor es la dosis de radiación, mayor es el riesgo de radiodermatitis.
- Tamaño de la mama: las pacientes con grandes mamas tienen mayor riesgo de radiodermatitis debido a la distribución no homogénea que se produce de la radiación.
- Índice de masa corporal: suele estar unido a un mayor tamaño de las mamas y a un aumento de los pliegues cutáneos que son más susceptibles de presentar lesiones.
- Tabaquismo: el consumo de tabaco predispone a la aparición de radiodermatitis.
- Posición durante el tratamiento (decúbito prono/supino): se ha descrito en algunos trabajos que si la sesión es administrada en decúbito prono, sobretodo en mujeres con grandes mamas, aparece menos radiodermatitis que en decúbito supino.
- Administración de terapias adyuvantes: los datos actuales muestran que el uso de la terapia hormonal está asociada con un aumento de la dermatitis inducida por radiación. Sin embargo en esto no coinciden todos los estudios.
- Radioterapia hipofraccionada/convencional: la radioterapia hipofraccionada consiste en la administración de dosis mayores en un periodo de tiempo más corto (días, semanas). Se observa una disminución de la radiodermatitis en los pacientes que reciben hipofraccionamiento frente a la radioterapia convencional
- Predisposición genética: aquellos pacientes con la variante genética MLH1rs1800734 o aquellos pacientes con alteraciones en la reparación del ADN como el xeroderma pigmentoso tienen más riesgo de radiodermatitis.

- Enfermedades crónicas: como la diabetes méllitus, hipertensión arterial... favorecen la aparición de radiodermatitis.

CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas de la radiodermatitis se clasifican en:

- Radiodermatitis aguda: incluye las manifestaciones cutáneas que ocurren en los noventa días siguientes al inicio de la radiación. Cada vez más estudios demuestran la relación entre la presencia de radiodermatitis aguda y la toxicidad tardía.
- Radiodermatitis crónica: contiene las manifestaciones cutáneas que se presentan a partir de los noventa días del inicio de la radiación. Los cambios tardíos pueden ser también transitorios o permanentes.
- Carcinoma por radiación: se atribuye a la radioterapia un riesgo elevado de tener segundos cánceres, siendo estos más agresivos. Aun así es superior el beneficio de la radioterapia que el riesgo que se corre.
- Dermatitis de evocación, efecto recall o dermatitis radica por rellamada: se manifiesta como un eritema doloroso, vesiculación, descamación y ulceraciones en zonas previamente irradiadas al recibir ciertos agentes promotores como las antraciclina.

TRATAMIENTO

La radiodermatitis sigue siendo uno de los efectos secundarios más comunes de la radioterapia y a pesar de los avances en las técnicas de tratamiento, las reacciones en la piel siguen siendo inevitables. El reto es reducir al mínimo estos efectos secundarios sin perder la eficacia del tratamiento.

Para ello se recomienda:

- Evitar traumatismos en la zona irradiada, prendas apretadas, uso de cadenas, collares, etc.
- Realizar una fotoprotección adecuada, siendo preferible el uso de filtros físicos y con un factor de protección solar 50+.
- Baños o duchas templados y de corta duración empleando jabones con pH ácido (5.5) con aditivos grasos.

- Es controvertido el uso de desodorantes existiendo estudios que los recomiendan.
- Hidratación: son escasos los ingredientes que demuestran de forma contrastada una prevención o disminución de la radiodermatitis (caléndula, alantoína, ácido hialurónico, ácido glicirretínico, antioxidantes y fórmulas reparadoras con sucralfato y sales de cobre y zinc).

Corticoides: algunos estudios apuntan controversias en cuanto a la eficacia del uso de corticoides tópicos en el tratamiento de la radiodermatitis. Sin embargo, la mayoría de los estudios analizados demuestran una reducción clínica de la gravedad de los síntomas, menos daño de la barrera cutánea, y menor presencia de descamación húmeda.

ABORDAJE DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA: VISION DESDE LA ADMINISTRACION.

Victoria Benavides Sierra –

Subdirección General de Información y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid.

La magnitud del problema que genera el Cáncer de Mama, requiere un esfuerzo de igual intensidad por parte de la administración. Ese esfuerzo debe tener en cuenta todas las esferas del paciente y sus familias, tiene que identificar los elementos claves, las vías a seguir y coordinar a todos los profesionales implicados y los distintos niveles asistenciales.

- **Esfuerzo coordinado:**
 - De todos los niveles asistenciales.
 - De todos los profesionales implicados.
- **Impacto en todas las esferas:**
 - Resulta esencial la identificación de elementos clave de la vía clínica oncológica.

- Conocer y atender las necesidades clínicas, psicológicas, sociales y existenciales del Paciente / Familia.

En base a ello, el abordaje centralizado tiene como objetivo fundamental extender la mejor atención integral posible a cada paciente, en función de sus necesidades, poniendo en manos de los profesionales las vías y herramientas adecuadas para poder hacerlo.

Desde el área de información y atención al paciente trabajamos en coordinación con las asociaciones de pacientes y con los profesionales de todos los niveles asistenciales, para aportar el punto de vista de todos en la atención integral de los procesos.

Situación actual.

A grandes rasgos la situación actual del Cáncer de Mama supone:

- Considerando los dos sexos, el cáncer de mama (CaM) es el segundo en frecuencia en el mundo después del cáncer de pulmón.
- Su incidencia aumenta con el nivel económico: más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrollados.
- La incidencia aumenta con el nivel económico, siendo por tanto mayor en países con mayor nivel de desarrollo. En España la incidencia es algo menor que en países como Estados Unidos y Centro Europa, y similar a otros países de la cuenca mediterránea e Irlanda, En nuestro país se diagnostican unos 22.000 casos cada año y esto supone la tercera parte de los tumores en mujeres. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65.

En 2012 se diagnosticaron más de 3000 casos nuevos de CaM, a nivel similar que el CA Colon, Pulmón y próstata. Sin embargo la mortalidad global en el CaM fue menor en comparación con otros tumores de incidencia similar.

Esta disminución de la mortalidad e y la tasa de supervivencia está en relación directa con la extensión del tumor al diagnóstico. La tasa de supervivencia es de un 94 a un 84% en los tumores in situ o localizados al diagnóstico.

Como ya hemos planteado, el objetivo de la CM es establecer una atención integral frente al CAM que contemple desde el cribado poblacional, el diagnóstico precoz, vías ágiles y coordinadas de asistencia, acceso a tratamientos adecuados a cada caso, y el seguimiento posterior. Todo ello a partir de la coordinación de un equipo multidisciplinar en ambos ámbitos asistenciales. Entre 2011 y 2012, y bajo esta premisa se realizó un estudio de situación con propuestas y conclusiones que quedaron recogidos en el documento OncoMadrid.

El reto que supone el abordaje integral del Cáncer hace necesario realizar una valoración global que defina las prioridades y garantice todos los avances realizados hasta ahora.

Esto obliga a establecer nuevos modelos organizativos donde se garantice la equidad en el acceso y la racionalización de estos recursos. Todo ello con una red asistencial coordinada que facilite que todos los pacientes reciban el tratamiento necesario en el entorno apropiado y acorde con las demandas de la persona.

El modelo organizativo propuesto se apoya en tres pilares fundamentales:

La necesidad de un registro global, que nos permita conocer en todo momento la magnitud real del problema y así establecer vías que den respuesta y distribuir los recursos de forma adecuada.

La existencia de una Comisión de Cáncer que establezca las directrices generales, la estrategia global y normalice la asistencia del proceso.

Y la existencia de los equipos multidisciplinarios bien como comité de tumores o como unidades funcionales, según las necesidades de cada hospital, el volumen de casos y la dispersión geográfica de los recursos.

Además los sistemas de información suponen elementos facilitadores en cualquier área y entre ellas el abordaje del Cáncer.

En el marco de la mejora de los sistemas de información se está trabajando en actuaciones focalizadas en distintos aspectos.

RTMAD: Registro de tumores de la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo se basa en conocer la magnitud del cáncer, ayudar en la planificación y gestión oncológica, identificar grupos de alto riesgo y establecer plan de seguimiento, y realizar y colaborar en estudios de investigación.

DEPRECAM: Programa de cribado para la detección precoz de CaM. Programa consolidado, que cuenta con el apoyo institucional, con un reconocimiento público evidente y amplio grado de aceptación tanto de la población como de los profesionales.

Sospecha de Malignidad (SM): Circuito de derivación preferente implantado en toda la Comunidad cuando hay sospecha de un proceso oncológico. El compromiso de atención del especialista supone un máximo de 15 días. Desde su implantación hasta Diciembre de 2014, hay un total 2.362.457 consultas derivadas de Atención Primaria a Atención Especializada, la SM han sido 16.858. El 20% de las SM corresponden a CaM.

PREGECAM: Adecuación del tratamiento. Programa implantado en toda la Comunidad Autónoma. Financiación Pública a cargo del presupuesto de Hospitales. Experiencia pionera con estas características de Gestión Pública. Dirigido a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en Estadios Precoces. Cualquier Oncólogo puede pedir la realización del test siempre que esté indicado. Se ajusta el tratamiento oncológico al riesgo personal.

Plan atención a largos supervivientes: Actualmente el Hospital 12 de Octubre lidera un estudio para la implantación de esta mejora asistencial, con el apoyo de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Se estima que en la región residen más de 94.000 pacientes a los que se diagnosticó un cáncer hace cinco años, por lo que cuando se incluyan los supervivientes a más largo plazo, la cifra global será muy superior. Su objetivo: Detectar recidivas potencialmente curable y segundas neoplasias, Monitorizar las complicaciones del tratamiento (inmediatas y tardías), Prevención y tratamiento del distrés psicológico, Valorar y proporcionar soporte social / laboral, Facilitar la incorporación a la vida normal, Promover hábitos de salud, dieta y ejercicio **Información on line** para pacientes, familias y cuidadores en el Portal Salud de la Consejería de Sanidad.

Nuestra aportación.

Desde el punto de vista Información on line de la información y la formación de nuestros pacientes, el reto al que nos enfrentamos puede concretarse en:

- Concienciar y sensibilizar sobre la necesidad de informar a las pacientes sobre los posibles efectos, su prevención y su tratamiento.

- Tener las herramientas necesarias para facilitar la información sobre cuidados, autocuidado y recursos disponibles.
- Adecuar las vías de acceso a las prestaciones incluidas en la cartera.
- Conocer otra disponibilidad de recursos no incluidas para poder orientar a nuestros pacientes.

¿Cómo?

- Incluyendo como prioridad en las estrategias de las comisiones de tumores la información y la formación.
- Incluyendo en las Comisiones, comités y Unidades Funcionales, profesionales que faciliten el abordaje de aquellos efectos de mayor gravedad e impacto que requieren atención específica (cirugía plástica, dermatología, fisioterapia, etc).
- Teniendo herramientas de apoyo para la información y formación de los pacientes afectados.
- Teniendo un catalogo de prestaciones y otros recursos sociosanitarios disponible para profesionales, pacientes y familiares.

Es fundamental, para conseguirlo, integrar a todos los agentes tanto sanitarios como sociales y de forma imprescindible a las personas afectadas y sus familias, que nos guíen para dar respuesta a sus necesidades.

CURRICULUM VITAE

José Luis López Estebaranz

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Programa / Master Gestión Sanitaria y Liderazgo de ESADE (2013)
- Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. Fundación Universidad Empresa. UNED. Instituto de Salud Carlos III (año 2000).
- Doctor "cum laudem" por unanimidad en Medicina y Cirugía (Universidad Complutense de Madrid, 1994)
- Curso de Epidemiología Clínica y Estadística del Ministerio de Sanidad (Madrid 1993).
- Diploma En "Gestión de Unidades Clínicas" Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, Marzo 1994 (40 horas).
- Diploma en "Gestión de Calidad en los servicios sanitarios". Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, Marzo 1994 (16 horas).
- Diploma en " Metodología de la Investigación Clínica". Servicio de Epidemiología Clínica del Fondo de Investigaciones Sanitarias. Madrid, Enero-Julio 1994. (40 horas).
- Realización de Cursos de postgrado y perfeccionamiento de la Academia Americana de Dermatología y de la Academia Europea (1990-2014).
- Especialista en Dermatología médico quirúrgica y Venereología (formación vía M.I.R., Hospital 12 de Octubre de Madrid, 1989-92).
- Residente invitado en la Unidad de Fotobiología y en la Clínica de tumores cutáneos del St. Thomas' Hospital. Institute of Dermatology. Londres (Jun-Agosto 1991).

2/ EXPERIENCIA PROFESIONAL

2014-Presidente de la Sección Centro de la Academia Española de Dermatología

1997-Actual Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

2008-Actual Profesor Dermatología Universidad Rey Juan Carlos. Facultad Ciencias de la Salud

1997- Actual. Director Médico de la Unidad de Dermatología de DermoMedic. Madrid

1992- 1997. Médico Adjunto de Dermatología del Hospital "12 de Octubre" de Madrid.

1993-2006 Investigador del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad.

1991 Dermatology Resident. St Thomas' Hospital. Londres.U.K.

3/ PUBLICACIONES

- Autor de más de 250 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales y de 30 capítulos de libros sobre la especialidad de Dermatología
- Participación en 15 proyectos de investigación financiados por organismos públicos (FIS, MEC) como investigador principal o coinvestigador (Melanoma, linfomas, esclerodermia, poxvirus)
- Participación en múltiples ensayos clínicos nacionales e internacionales en Dermatología con diversos fármacos en desarrollo (fases II, III y IV)

4/ PREMIOS

- Primer premio de la European Academy of Dermatology and Venereology (Lymphomatoid Papulosis). Atenas, Octubre 1991.
- Primer Premio de la Academia de Dermatología en el concurso " Dermatología y macrofotos". La Coruña, 1992.

- Primer premio de la Academia Europea de Dermatología en su III Congreso (Copenhague, 1993)
- Primer Premio de la Academia Española de Dermatología a la mejor Tesis Doctoral 1994.
- Premios y accésit a mejores comunicaciones de la sección centro de la AEDV , años 2005 - 2015

5/ OTROS MERITOS

- Secretario General Asociación Nacional Clínicas Privadas de Dermatología (2010-actual)
- Delegado Nacional del Colegio Iberoamericano de Dermatología (2013-2016)
- Presidente de la Sección Centro de la Academia Española de Dermatología (2014-18)
- Miembro de la Comisión Nacional de Especialidades (Dermatología) (2014-)
- Profesor Colaborador de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid. Años 1994-97.
- Miembro de la Academia Española de Dermatología.
- Miembro de la International Society of Dermatology.
- Miembro de la Junta Directiva de la Academia Española de Dermatología (Sección Centro 1998-2002 y 2010-2014)
- Miembro de la American Academy of Dermatology 2007
- Miembro de la European Society for Laser Dermatology, 2012
- Miembro de la European Academy of Dermatology 2013
- Miembro del Grupo de Psoriasis de la AEDV
- Coordinador sección centro del Registro Nacional del Melanoma de la AEDV.

CV

Aurora Guerra Tapia

- **Profesora Titular de Dermatología** de la Universidad Complutense
- **Jefa de Sección de Dermatología** del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid,

- **Ex-presidenta** de la Sociedad de Dermatología de la Comunidad Autónoma de Madrid
- **Ex-presidenta** de la Sección Territorial Centro de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).
- **Profesora** de la Universidad Internacional de La Rioja
- **Ex-Miembro de la Comisión Nacional** de Especialidades
- **Evaluadora del la Comisión de Formación Continuada** del Sistema Nacional de Salud.
- **Directora del Departamento Docente** de la Universidad Complutense de Madrid.
- **Miembro** de la Academia de Medicina de Madrid.
- **Miembro** del Colegio Ibero Latino Americano de Dermatología
- **Presidenta** de la Asociación Española de Mujeres Dermatólogas (DAME)
- **Académica de número** de la Academia Española de Dermatología y Venereología
- **Ex-Coordinadora** del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica de la AEDV
- **Coordinadora del GTIPS** (Grupo de Trabajo para Investigación de la Piel Sensible)
- **Miembro del Grupo Español de Tricología** de la Academia Española de Dermatología
- **Miembro del Grupo Español de Estética y Terapéutica** de la Academia Española de Dermatología
- **Miembro del Grupo Español de Dermatología Pediátrica** de la Academia Española de Dermatología
- **Miembro del Grupo de Investigación de las ETS y Sida** de la Academia Española de Dermatología
- **Directora de la Revista Mas Dermatología** (www.masdermatologia.com)

Autora de un total de 85 libros entre los que se encuentran:

- Manual y atlas de las enfermedades cutáneas del pie. Versión electrónica. ISBN: 978-84-7429-629-7. Editorial Glosa, Barcelona 2015. 312 páginas.
- Acné de la mujer adulta. Acné. Un enfoque global. ISBN: 978-987-33-8375-5. Editorial Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología. 2015:84-94.
- Mira lo que adivino. Look what I guess. ISBN: 978-84-606-7738-3. Depósito legal: M-13941-2015. Páginas: 48. Editorial MEDA PHARMA SA, 2015.
- Envejecimiento de la piel y las mucosas. Versión electrónica. ISBN: 978-84-9835-466-9. Editorial Médica Panamericana. 2015. 136 páginas. Manual y atlas de las enfermedades cutáneas del pie. ISBN: 978-84-7429-614-3. Depósito legal B.1080-2015. Editorial Glosa, Barcelona 2015. 312 páginas.
- Manual del Acné. HandBooks serie Dermatología. ISBN-13:978-84-7885-584-1. Depósito legal: M-35002-2014. Editorial aula Médica. 2015.127 páginas.
- Dermatología Prevalente. Guía de consulta en Atención Primaria. ISBN; 978-84-940754-6-9. Editorial Isdin. Barcelona 2014.

- Mira lo que aprendo. Look what I am learning. ISBN: 978-84-697-0215-4. Depósito legal: 12447-2014. Páginas: 48. Editorial MEDA PHARMA SA, 2014.
- Manual Dermocosmético. El rostro. (eBook). EAN: 9788498358780. ISBN: 978-84-9835-878-0 Editorial Médica Panamericana S.A. 130 páginas. España 2014.
- Algoritmos Terapéuticos en Dermatología Básica (eBook). EAN: 9788498354799. ISBN: 978-84-9835-479-9. Editorial Médica Panamericana S.A. 182 páginas. 2013.
- Acne Myths de Aurora Guerra, traducido por Dean Evans.
- Revisora Científica de la traducción al español del libro Soft Tissue Augmentation. Jean Carruthers, Alastair Carruthers, Jeffrey S. Dover, Murad Alam. ISBN 978-1-4557-2782-7. Ebook ISBN 978-1-45557-3777-2. Elsevier 2013. Título en español: Laserterapia. ISBN edición española 978-84-9022-259-1
- Revisora Científica de la traducción al español del libro Botulinum Toxin. Jean Carruthers, Alastair Carruthers, Jeffrey S. Dover, Murad Alam. ISBN 978-1-4557-2781-0. Ebook ISBN 978-1-45557-3776-5. Elsevier 2013. Título en español: Toxina Botulínica. ISBN edición española 978-84-9022-256-0
- Revisora Científica de la traducción al español del libro Lasers and lights. George J Hruza, Mathew M. Avram, Jeffrey S. Dover, Murad Alam. ISBN 978-1-4557-2783-4. Ebook ISBN 978-1-45557-3778-9. Elsevier 2013. Título en español: Aumento de tejidos blandos. ISBN edición española 978-84-9022-255-3
- Algoritmos terapéuticos en Dermatología Básica. ISBN 978-84-9835-596-3. Depósito legal M-6855-2012. Editorial Médica Panamericana S.A. España 2013
- A propósito de la alopecia. ISBN: 978-84-7429-579-5. Editorial GLOSA. Barcelona 2013.
- Actualización en urticaria. Prurito. ISBN: 978-84-7989-734-5. Editorial Luzán5. Madrid, 2012
- Sol fuente de bienestar. ISBN: 978-84-7556-812-6. Depósito legal: B-19851-LV. Editorial Océano SL. Barcelona, 2012
- Atención Farmacéutica en acné. DL. B-36.588-2011. ISDIN 2011.
- **Traducción al alemán: "Convivir con los problemas capilares"** ISBN: 978-84-938355-3-8. Loki Dimas 2011
- **Tengo una Respuesta en Acné.** ISBN: 978-84-938355-3-8. Loki Dimas 2011
- JOURNAL SCAN Tratamiento tópico del acné con la asociación clindamicina/peróxido de benzoílo. ISBN: 978-84-15010-03-6. Drug Farma SL.
- Convivir con los problemas capilares ISBN:978-84-9835-399-0. Editorial Médica Panamericana.2011.
- Formación continuada y actualización en acné para médicos de atención primaria. ISBN: 978-84-938355-0-7 Editorial Loki Dimas. Madrid 2010.
- Tengo una respuesta para usted ISBN:978-84-614-2554-9. Editorial Loki&Dimas. Madrid 2010
- Envejecimiento de la piel y las mucosas ISBN: 978-84-9835-247-4. Editorial Médica Panamericana. 2010.

- Tratamiento del acné en España. Proyecto Foracné
ISBN: 978-84-613-2979-3. Editorial Loki&Dimas. 2010.
- Energía celular y Dermociencias: la cosmética del futuro.
ISBN: 10:978-84-692-8109-3. Editorial Euro RSCG Life Medea 2010.
- Dermatología psiquiátrica: entre la mente y la piel. Volumen III
Editorial Glosa SL. ISBN: 978-84-7429-428-6. Barcelona 2009.
- Tratamiento con Psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos
ISBN: 978-84-692-3665-9. Editorial Taller Editorial CEGE 2009.
- Dermatología psiquiátrica (V-II): de la piel a la mente.
Editorial Glosa S.L: ISBN: 978-84-7429-427-9. Barcelona 2009.
- La alopecia de la mujer.
Editorial Raíz Publicidad S.L: ISBN: 978-84-612-76967. Madrid 2009.
- Dermatología psiquiátrica (V-I): de la mente a la piel..
Editorial Glosa SL. ISBN: 978-84-7429-398-2. Barcelona 2009.
- Mitos en acné. (Libro para descargar)
Ediciones Mayo SA. ISBN: 978-84-9905-002-7. Barcelona 2009.
- Acne.
Editorial McGrawHill Interamericana. ISBN: 007144019-4. Depósito legal M-22959-2008.
- Proyecto Foracné. Resultados preliminares.
Editorial Loki&Dimas. Madrid 2008.
- Acerca del herpes Zóster.
Editorial Elsevier España. ISBN: 978-84-691-5103-7. Madrid 2008
- Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
Unión Editorial SA. ISBN- 978-84-7209-462-8. Madrid 2008.
- Manual y atlas de las enfermedades de los genitales del varón.
Editorial Glosa. ISBN: 9787-84-7429-372-2. Barcelona 2008.
- Calidad de vida en Dermatología.
Editorial SANED. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad. Depósito legal M-50168-2006. Madrid 2007.
- Comunicación en Dermatología.
Editorial ABACO. ISBN: 84-609-9812-6. Madrid 2006.
- Manual y Atlas de las enfermedades de la vulva.
Editorial Glosa. ISBN: 837429-267-0. Barcelona 2006.
- Cuestión de actitud. Guía práctica sobre el envejecimiento.
Ed. Random House Mondadori SA. Barcelona 2005.
- Información, consentimiento y documentación clínica en Dermatología.
Depósito legal M-10264-2005. Editores Médicos SA. (EDIMSA). Madrid 2005.
- Vivir el acné. Impacto psicológico en el paciente con acné.
ISBN: 84-921622-7-9. Editorial Permanyer. Barcelona 2004.
- Dermatosis en atención primaria.
Guía práctica. ISBN: 84-7877-355-X. Editorial Edikamed SL. Barcelona 2004.

- Formas Farmacéuticas en corticoterapia tópica.
ISBN: 84-95076-43-8. Editores Médicos S.A. Madrid 2004.
- Tratamiento de la pitiriasis de cuero cabelludo.
ISBN 84-7867-168-4. Editorial IM&C S.A. Madrid. 2003.
- Lentigo Solar.
ISBN: 84-688-3088-7. Editorial Gramar. Madrid 2003.
- Tratado de Dermatología.
ISBN 84-486-0556-X. Editorial Mac Graw Hill-Interamericana 2004.
- Manejo de la Psoriasis.
ISBN 84-7885-334-0. Editorial Grupo Aula Médica S.L. Madrid 2003.
- Mini-Atlas de Dermatitis atópica.
ISBN 84-95076-21-7. Editores Médicos SA. EDIMSA. Madrid 2003.
- El acné visto por el paciente.
ISBN: 84-7877-340-I. Editorial EDIKAMED. Barcelona. 2003.
- Cosmética en acné.
Editorial Permanyer S.L. ISBN: 84-95035-00-6. (Depósito legal B-8.735-03. Ref. 644BMO21). Barcelona. 2003.
- Tratamiento de las micosis superficiales.
Guía práctica. ISBN: 84-7885-271-9. Depósito legal M-24903-2001. Editorial: Grupo Aula Médica S.A. Madrid. 2001.
- El libro del consentimiento informado en Dermatología.
Editores Médicos S.A. ISBN: 84-87054-90-0. Madrid 2000.
- Guía clínica de las infecciones cutáneas.
Editor: Laboratorios Farmacusi. Dep. legal B-21462-2000. Barcelona 2000.
- Herpes zoster orofacial y genital. Imágenes diagnósticas.
Editorial YOU & US S.A. Centro Empresarial Euronova. Tres Cantos, Madrid.1998.
- Los retinoides tópicos y sus aplicaciones.
Editorial Aula Médica. Madrid 1997.
- Tratado de Dermatología.
ISBN: 84-7989-016-9. Ed. Luzán. Madrid. Febrero 1994.
- Atlas dermatológico. Enfermedades del tejido conectivo.
Ed.: Laboratorio Alonga. Madrid. 1993.
- Manifestaciones cutáneas de las inmunodeficiencias en la infancia.
Ed. Jarpyo Editores. Madrid. 1993.
- **Ganadora** de diversos **premios** de narración y poesía.
- Miembro de la **Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA)** y de la **Asociación Española de Farmacéuticos de Letras y Artes (AEFLA)**

CURRICULUM VITAE

Natalia Rodríguez-spiteri Sagredo

DATOS PROFESIONALES

ORGANISMO O ENTIDAD: Clínica Universidad de Navarra.

CATEGORÍA PROFESIONAL:

Colaborador Clínico del Área de Patología Mamaria desde julio de 2007.

Colaborador Clínico del Área de Flebología desde abril de 2004.

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Asistencial, Docente e Investigadora.

ACTIVIDADES ANTERIORES DE CARÁCTER CIENTÍFICO O PROFESIONAL

1. FECHAS: Abril 1997- Abril 2002.

PUESTO: Residente de Cirugía General y Aparato Digestivo.

INSTITUCIÓN: Clínica Universidad de Navarra.

ACTIVIDAD DESARROLLADA: M.I.R.

FECHAS: Abril 2002- Julio 2007

PUESTO: Colaborador Clínico del Departamento de Cirugía Torácica.

INSTITUCIÓN: Clínica Universidad de Navarra.

ACTIVIDAD DESARROLLADA: Asistencial, Docente e investigadora.

FECHAS: Abril 2004

PUESTO: Colaborador Clínico del Área de Flebología.

INSTITUCIÓN: Clínica Universidad de Navarra.

ACTIVIDAD DESARROLLADA: Asistencial, Docente e investigadora. 4.

FECHAS: Julio 2007-

PUESTO: Colaborador Clínico del Área de Patología Mamaria.

INSTITUCIÓN: Clínica Universidad de Navarra.

ACTIVIDAD DESARROLLADA: Asistencial, Docente e investigadora.

FORMACIÓN ACADÉMICA

DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA: Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo.

CENTRO: Universidad de Navarra. Clínica Universitaria de Navarra.

FECHA: Licenciatura: 1989-1995. Especialidad M.I.R.: 1997-2002.

DOCTORADO: Cursos de Doctorado con un total de 32'5 créditos.

CENTRO: Clínica Universitaria de Navarra.

FECHA: 1997-1999.

DIRECTORES DE TESIS: Dr. Fernando Martínez Regueira y Dr. Mauricio Cambeiro Vázquez

TÍTULO DE LA TESIS: Cirugía conservadora del cáncer de mama precoz con implante intraoperatorio de multicatéteres para irradiación parcial mediante braquiterapia versus radioterapia externa de toda la mama.

AÑO: 2015

PUBLICACIONES:26

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN: 5

CONTRIBUCIONES A CONGRESOS Y CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

NACIONALES E INTERNACIONALES: 88

ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS: 83

EXPERIENCIA DOCENTE

Profesora ayudante en la Facultad de Medicina de la Clínica Universidad de Navarra.

Asignaturas: Cirugía General y Senología y Patología Mamaria. De 1997 a 2015

CV

Francisco Leyva Rodríguez

Cirujano plástico

Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Licenciado en Medicina y Cirugía. Universidad de Granada. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid.

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Carrera profesional desarrollada en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Jefe de Sección de la Unidad de Quemados de dicho Hospital y actualmente Jefe de Servicio del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Actividad Asistencial

Actividad asistencial en diversas unidades clínicas como la de miembro superior, patología mamaria, cirugía bariátrica, melanomas y la de quemados de la que fue jefe de sección.

Comités clínicos

He pertenecido a diversos comités clínicos tanto en el HULP como en el HCSC como los de tumores cutáneos, sarcomas, melanomas, patología mamaria, cabeza y cuello así como al subcomité de tumores cutáneos del H. Infanta Sofía

Docencia Grado

Colaborador clínico docente y Coordinador de la Asignatura de Cirugía plástica en la Universidad Autónoma de Madrid.
Profesor asociado de Cirugía de la Universidad Complutense de Madrid.

Docencia Postgrado

European Project LEONARDO DA VINCI. Initial and Continuing Vocational

Training: BURNS TREATMENT. N.INC 307: 1996-1998

Tutor de residentes del HULP.

Profesor del Master de Medicina Estética. Facultad de Ciencias de la Salud. Univ Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid).

Docente en actividades de formación médica continuada

Director de Actividades de formación continuada de la Agencia Lain Entralgo (Comunidad de Madrid). Edición anual de cursos de microcirugía.

Ponencias y comunicaciones a congresos internacionales y nacionales

Diversas ponencias y cursos especialmente en quemados.

Publicaciones: obra completa, capítulos de libros y revistas

Diversas obras y capítulos de libros.

Actividad investigadora

Ensayos clínicos en el Laboratorio de Terapia Celular del HULP. 16 ensayos clínicos.

Gestión y Calidad

Formación en gestión y calidad

Pertenencia a diversas comisiones clínicas.

Coordinador de calidad del servicio de cirugía plástica del HULP

CV

María Victoria Benavides Sierra

Contacto:

Tfno.: 91 679 56 16 Móvil: 669 76 61 87

Mail: victoria.benavides@salud.madrid.org Otro: manabenavides@gmail.com

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Técnico en la Dirección General de Coordinación de la Atención al ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria desde Mayo 2014.

Apoyo a Asociaciones de Pacientes, acciones de Coordinación Sociosanitaria y Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid.

Médico de Familia en Atención Primaria de 1994 a 2014:

Desde el fin de mi residencia, he ejercido mi labor asistencial como médico de familia en distintos Centros de Salud del SERMAS de forma continuada. Desde 2006, titular de la plaza de CS Arganda –Felicidad, Arganda del Rey, Madrid

Médico de Urgencias de 2008 hasta la actualidad:

De forma compaginada con la labor en Atención Primaria, trabajo como médico de urgencias hospitalarias. Desde su apertura en 2012, trabajo en urgencias del Hospital Rey Juan Carlos.

Directora de Centro de 2007 a 2013.

Siete años como Directora de Centro de Arganda Felicidad, en la DASE. Me hice cargo desde su apertura el 1 de Marzo de 2007 hasta Diciembre de 2013.

Miembro la de Comisión del Programa de Ecografía de Atención Primaria de 2009 a 2013.

Desde su inicio he sido miembro de esta comisión. He tenido la posibilidad de colaborar en el desarrollo de este programa. Desde el desarrollo de la estrategia de implantación, la docencia básica (SEMERGEN 2009-2010), seguimiento del programa desde 2009 y organización de jornadas científicas, desarrollo de aplicaciones relacionadas (Protocolo APM, Espacio Intranet)

Formación académica

1983-1989 Licenciada en medicina y Cirugía
Facultad de Medicina de Cádiz
1992-1994 Formación MIR: MFyC
HGU Gregorio Marañón.

Otras actividades

Tutora de Formación Posgrado en MFyC
Formadora OMIAP/APM Básico /Avanzado/ Residentes
Formadora de Ecografía abdominal básica y avanzada.
Participante de Evaluación EFQM del Área 1 en las dos evaluaciones realizadas.