	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

## GPC CA DE MAMA

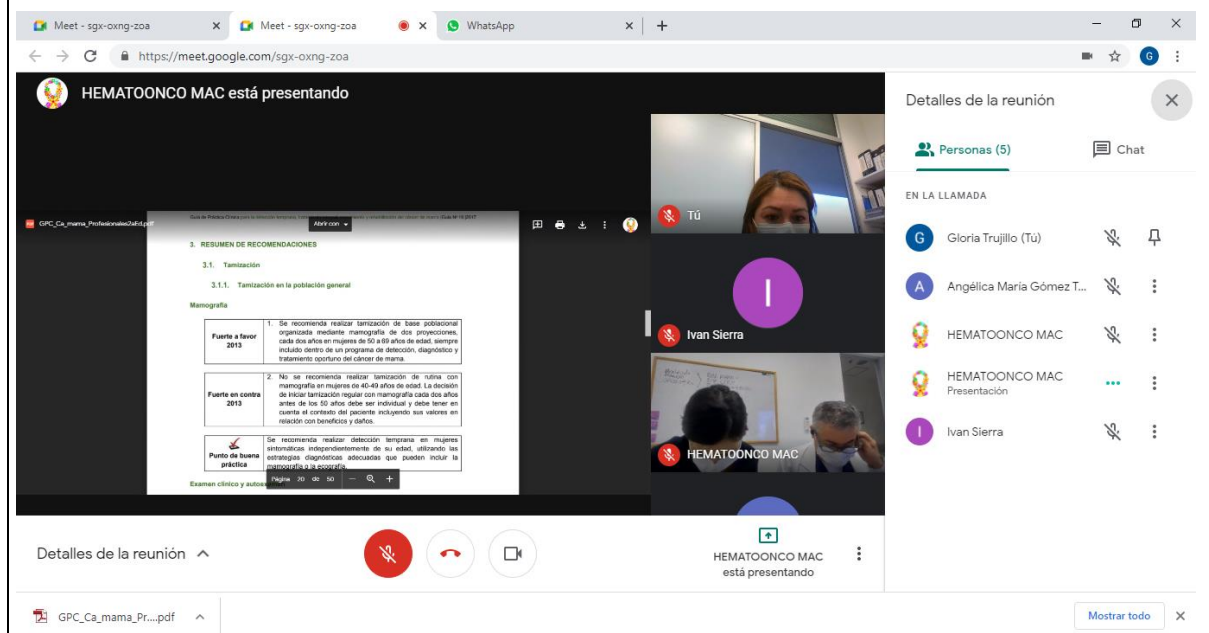
<b>FECHA: Diciembre 14 de 2020, Diciembre 21 de 2020</b>	<b>HORA: 6:00 am</b>	
<b>NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
Angelica María Gómez	Médico general	
Juan Paulo Cardona	Oncólogo	
Diego Garcia	Médico general	
Ana María Cifuentes	Líder oncología	
Iván Sierra	Radioterapeuta	
Carolina Álvarez Tapias	Mastóloga	
Gloria Elena Trujillo Serna	Líder aseguramiento de calidad	

### TEMAS

- Verificación de asistencia
- Lectura de GPC del ministerio

### DESARROLLO DE LA REUNION

Por motivos del aislamiento inteligente debido a la pandemia COVID-19 se realiza por medio virtual plataforma meet.



**RESUMEN DE RECOMENDACIONES**


3.1. Tamización

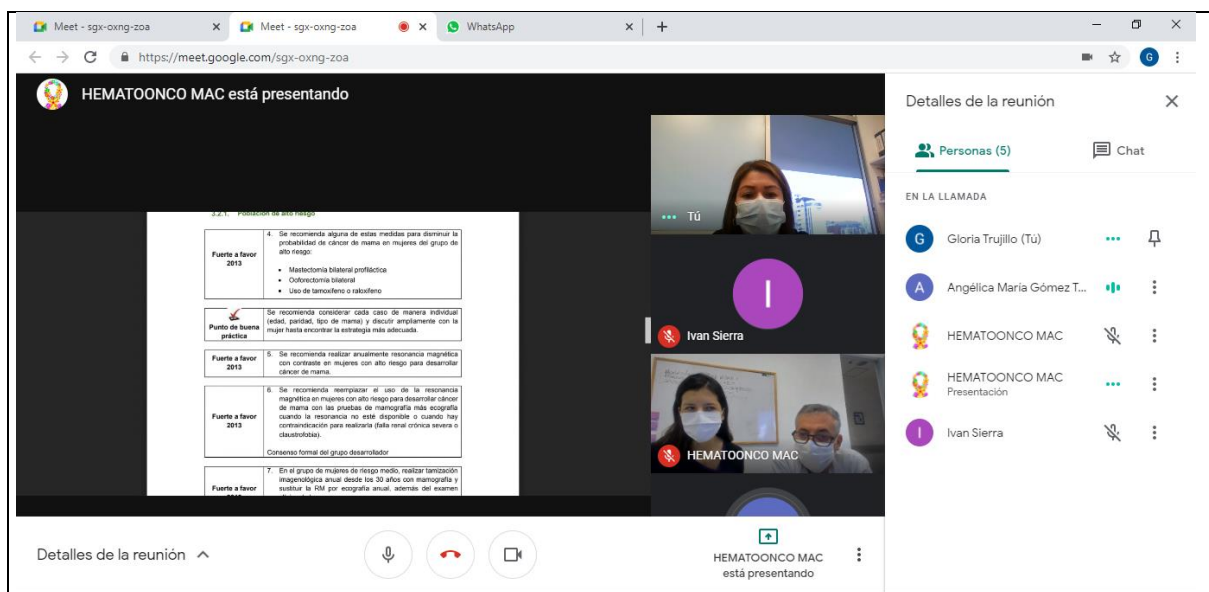
3.1.1. Tamización en la población general

**Mamografía**

<b>Fuerte a favor 2013</b>	1. Se recomienda realizar tamización de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años en mujeres de 50 a 69 años de edad, siempre incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.
<b>Fuerte en contra 2013</b>	2. No se recomienda realizar tamización "de rutina" con mamografía en mujeres de 40-49 años de edad. La decisión de iniciar tamización regular con mamografía cada dos años antes de los 50 años debe ser individual y debe tener en cuenta el contexto del paciente incluyendo sus valores en relación con beneficios y daños.
<b>Punto de Ingreso práctica</b>	Se recomienda realizar detección temprana en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las estrategias diagnósticas apropiadas que pueden incluir la palpación y la ecografía.

Examen clínico y autoexamen

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO <b>02-FT-002</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	VERSIÓN 003



HEMATOONCO MAC está presentando

Detalles de la reunión

Personas (5)

EN LA LLAMADA

- Gloria Trujillo (Tú)
- Angélica María Gómez T...
- HEMATOONCO MAC
- HEMATOONCO MAC Presentación
- Ivan Sierra

Detalles de la reunión

HEMATOONCO MAC está presentando

GPC\_Ca\_mama\_Pr...pdf

Mostrar todo

Diciembre 14 2020

## RESUMEN DE RECOMENDACIONES

### Tamización

#### Tamización en la población general

## Mamografía


- Se recomienda realizar tamización de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años en mujeres de 50 a 69 años de edad, siempre incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.  
**Se adopta.**
- No se recomienda realizar tamización de rutina con mamografía en mujeres de 40-49 años de edad. La decisión de iniciar tamización regular con mamografía cada dos años antes de los 50 años debe ser individual y debe tener en cuenta el contexto del paciente incluyendo sus valores en relación con beneficios y daños.  
**Se adopta.**

### Punto de buena práctica

Se recomienda realizar detección temprana en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las estrategias diagnósticas adecuadas que pueden incluir la mamografía o la ecografía.  
**Se adopta.**

## Examen clínico y autoexamen

- Se recomienda la realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

Se recomienda la implementación de escenarios para la enseñanza del examen clínico de la mama, con el fin de generalizar y estandarizar la técnica.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

No se recomienda la realización del autoexamen de la mama como estrategia de tamización. Se recomienda la enseñanza del autoexamen como estrategia de concientización y autoconocimiento

**Se adopta.**

Estrategias de detección temprana, seguimiento y manejo en población de alto riesgo

**Población de alto riesgo**

4. Se recomienda alguna de estas medidas para disminuir la probabilidad de cáncer de mama en mujeres del grupo de alto riesgo:

- Mastectomía bilateral profiláctica
- Ooforectomía bilateral
- Uso de tamoxifeno o raloxifeno

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

Se recomienda considerar cada caso de manera individual (edad, paridad, tipo de mama) y discutir ampliamente con la mujer hasta encontrar la estrategia más adecuada.

**Se adopta.**

5. Se recomienda realizar anualmente resonancia magnética con contraste en mujeres con alto riesgo para desarrollar cáncer de mama.

**Se adopta.**

6. Se recomienda reemplazar el uso de la resonancia magnética en mujeres con alto riesgo para desarrollar cáncer de mama con las pruebas de mamografía más ecografía cuando la resonancia no esté disponible o cuando hay contraindicación para realizarla (falla renal crónica severa o claustrofobia).


Consenso formal del grupo desarrollador

**Se adopta.**

7. En el grupo de mujeres de riesgo medio, realizar tamización imagenológica anual desde los 30 años con mamografía y sustituir la RM por ecografía anual, además del examen clínico de la mama.

Consenso formal del grupo desarrollador

**Se adopta. (Hacer ECO o RNM debido a la densidad de la mama en mujeres jóvenes)**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

Carcinoma ductal in Situ

### **Estadificación-Resonancia Magnética**

8. No se recomienda el uso rutinario de resonancia magnética en la evaluación preoperatoria de pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal in situ confirmado por biopsia.

**Se adopta.**

9. Se sugiere realizar resonancia magnética en pacientes con CDIS cuando:

- existe discrepancia en la extensión de la enfermedad por examen clínico, evaluación de mamografía y ultrasonografía para planear el tratamiento.
- existe aumento de la densidad mamaria que no permite con los hallazgos de la mamografía descartar enfermedad multicéntrica y enfermedad bilateral.

**Se adopta.**

### **Márgenes quirúrgicos**

10. En las pacientes con carcinoma ductal in situ tratadas con cirugía conservadora de la mama se recomiendan márgenes de resección quirúrgica mínimo de 2mm.

**Se adopta. (Hacer solicitud a Patólogos para que el reporte de patología sea preciso en describir bordes libres con las medidas)**

11. Se debe considerar la re-intervención (ampliación de márgenes) si los márgenes son menores de 2 mm, discutiendo los riesgos y beneficios con la paciente.

**Se adopta. (Hacer solicitud a Patólogos para que el reporte de patología sea preciso en describir bordes libres con las medidas)**

### **Ganglio centinela**

12. No se recomienda la realización de biopsia de ganglio centinela de rutina en pacientes con diagnóstico preoperatorio de carcinoma ductal in situ a quienes se les realiza cirugía conservadora de la mama.

**Se adopta.**

13. Se recomienda realizar biopsia de ganglio centinela a pacientes con carcinoma ductal in situ con alto riesgo de enfermedad invasiva (masa palpable, alto grado nuclear o componente de comedonecrosis).

**Se adopta.**


14. Se recomienda biopsia de ganglio centinela a todas las pacientes con carcinoma ductal in situ llevadas a mastectomía.

**Se adopta.**

### **Radioterapia**

15. Se recomienda radioterapia adyuvante a pacientes con CDIS posterior a la cirugía conservadora de mama (con verificación de bordes libres de tumor) y discutir con las pacientes los potenciales beneficios y riesgos

**Se adopta.**

	NOMBRE <b>ACTA</b>		CÓDIGO <b>02-FT-002</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	VERSIÓN 003

16. Se sugiere discutir los potenciales beneficios y riesgos de la radioterapia en el subgrupo de pacientes con carcinoma ductal in situ con bajo riesgo de recurrencia en quienes la adición de radioterapia tendría poco beneficio (pacientes mayores de 70 años con CDIS menores de 1cm, de bajo grado nuclear, con márgenes amplios libres de tumor, con receptores hormonales positivos).

**Se adopta.**

### **Terapia hormonal**

17. Se recomienda terapia hormonal adyuvante con tamoxifeno por 5 años para pacientes con CDIS receptor hormonal positivo. Las pacientes deben conocer los posibles beneficios y riesgos asociados a la terapia.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

Actualmente no existe evidencia para recomendar el uso de inhibidores de aromatasa en pacientes con CDIS.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

En algunas pacientes (CDIS bajo grado y ancianas) se debe tener en cuenta los eventos adversos asociados a tamoxifeno probablemente con un mínimo beneficio clínico.

**Se adopta.**

Seguimiento de pacientes con CDIS

### **Punto de buena práctica**

En pacientes con CDIS la primera mamografía de seguimiento debe realizarse a los 6 meses de finalizada la radioterapia adyuvante, se sugiere seguimiento clínico cada 6 meses los primeros 3 años y después seguimiento anual. Se debe hacer mamografía bilateral anual.

**Se adopta. (A juicio de los clínicos a pacientes de casos especiales o alto riesgo el control puede ser incluido cada 4 mes)**

Cáncer de mama temprano y localmente avanzado

### **Evaluación axilar - Biopsia de aspiración con aguja fina (BACAF)**

18. Se recomienda evaluación ecográfica axilar previa al tratamiento a todas las pacientes con cáncer de mama temprano y, si hay evidencia de ganglios linfáticos morfológicamente anormales, se recomienda practicar BACAF guiado por ecografía.

**Se adopta. (TINTA CHINA ADICION MASTOLOGA)**


### **Márgenes quirúrgicos en cirugía conservadora de mama**

19. Se sugiere realizar resección completa del tumor con márgenes mayores o iguales a 2mm en cirugía conservadora de la mama.

**Se adopta.**

Si el margen es menor de 2mm se sugiere considerar los siguientes factores si se requiere una rescisión:

1. Edad.

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

2. Histología del tumor (invasión linfovascular, grado histológico, componente intraductal extenso y tipo histológico del tumor, tal como carcinoma lobular).
3. Cuál es el margen más cercano al tumor (márgenes estrechas pueden ser aceptables para márgenes superficiales y profundos).
4. Extensión del cáncer que se aproxima al margen.

**Se adopta.**

### **Indicaciones de vaciamiento axilar de acuerdo con el resultado patológico del ganglio centinela**

20. En las pacientes con ganglio centinela negativo no se sugiere vaciamiento axilar complementario.

**Se adopta.**

21. Se sugiere no ofrecer vaciamiento axilar a pacientes con células tumorales aisladas en la biopsia de ganglio linfático centinela. Estas pacientes deben ser catalogadas como con ganglios negativos.

**Se adopta. (Solicitar a patólogos descripción clara de volumen tumoral en el ganglio)**

22. Se recomienda omitir el vaciamiento ganglionar axilar en pacientes con cáncer de mama temprano que hayan recibido tratamiento quirúrgico del tumor primario más biopsia de ganglio centinela, sin quimioterapia neoadyuvante, cuyo resultado de patología muestre hasta 2 ganglios centinela positivos para micro o macrometástasis sin compromiso de la grasa periganglionar.

Calidad de la evidencia alta □□□□

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica Nuevo**

En las pacientes sometidas a cirugía conservadora con ganglio centinela positivo, en las que se decida omitir el vaciamiento ganglionar, se debe realizar radioterapia adyuvante que incluya un campo tangencial alto.

**Se adopta.**

### **Perfiles de expresión genómica en cáncer de mama infiltrante**


23. Se recomienda solicitar perfiles de expresión genómica en pacientes con cáncer de mama temprano con tumores T1 y T2 (tamaño menor de cinco centímetros), ganglios negativos, receptores hormonales positivos y HER2 negativo.

Calidad de la evidencia moderada □□□○

**Se adopta.**

24. No se recomienda solicitar perfiles de expresión genómica en pacientes con cáncer de mama temprano de bajo riesgo que cumplan todos los siguientes factores pronósticos:

- Tumores T1 (tamaño menor de dos centímetros)
- Ganglios negativos
- Receptores hormonales fuertemente positivos ( $\geq 50\%$ )
- HER2 negativo
- Grado histológico I o tumores bien diferenciados
- Ki67  $\leq 10\%$
- Sin invasión linfovascular

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

Mayores de 35 años  
Calidad de la evidencia moderada   
**Se adopta.**

25. Con la evidencia actual no se sugiere el uso de perfiles genómicos en pacientes con cáncer de mama que tengan ganglios positivos.  
Calidad de la evidencia baja   
**ADICION ESTUDIO ONCOTYPE**

26. Con la evidencia actual no se sugiere el uso de dos pruebas genómicas complementarias en un mismo paciente.  
Calidad de la evidencia muy baja   
**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica Nuevo**

Los resultados de las pruebas genómicas deben estar disponibles en el transcurso de las primeras 16 semanas posterior al tratamiento quirúrgico inicial de la paciente. De no ser así, la conducta terapéutica adyuvante debe ser tomada de acuerdo a criterios clínico – patológicos.  
**Se adopta.**

#### **Radioterapia en cirugía conservadora de la mama**

27. Se recomienda realizar radioterapia adyuvante a todas las pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora de la mama y de las cuales se obtuvieron márgenes negativos.  
Calidad de la evidencia moderada   
**Se adopta.**


28. En pacientes con cáncer de mama estado I que cumplan los siguientes criterios: edad mayor de 65 años, grado histológico I o II, receptores hormonales positivos (mayor del 50%) sin invasión linfovascular, se podría omitir la radioterapia adyuvante, siempre que se garantice su seguimiento.  
Calidad de la evidencia moderada   
**Se adopta. (Se enviará a valoración por radioterapeuta para definir beneficio)**

#### **Reconstrucción inmediata versus diferida**

29. En pacientes candidatas a reconstrucción mamaria utilizando colgajos libres y que además requieran radioterapia postmastectomía, se recomienda diferir la reconstrucción hasta completar la radioterapia.  
**Se adopta.**

30. En pacientes que vayan a recibir radioterapia post-mastectomía se recomienda la reconstrucción mamaria con tejido autólogo. No se recomienda la reconstrucción mamaria con prótesis\*

\* Se debe tener en cuenta que dentro del proceso de evaluación para exclusiones de los servicios no cubiertos por el sistema de salud en Colombia, en agosto de 2017 se llevó a cabo una revisión rápida de la literatura cuyo concepto indica:

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

“El uso de la prótesis es una opción para las pacientes que no se benefician de reconstrucción mamaria inmediata con colgajos únicamente; aunque los estudios muestran que la radioterapia realizada después de la reconstrucción puede afectar el tejido que rodea la prótesis, existen técnicas para evitar esas afectaciones: reconstrucción después de la radioterapia colocando un expansor antes de la radiación o reconstrucción tardía con colgajos o combinando colgajos con la prótesis. Por lo tanto, estas nuevas opciones son eficaces y seguras para la reconstrucción”<sup>1</sup>.

**Se adopta.**

### **Quimioterapia neoadyuvante**

31. En pacientes con tumores operables unifocales muy extensos no aptos para una cirugía conservadora de la mama, se recomienda la terapia sistémica neoadyuvante

**Se adopta.**

32. En pacientes con cáncer de mama temprano y localmente avanzado con indicación de neoadyuvancia se recomienda administrar tratamientos con antraciclinas y taxanos secuenciales o concurrentes.

**Se adopta.**

33. En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado que han recibido quimioterapia neoadyuvante se debe indicar tratamiento local con cirugía (mastectomía y en algunos casos cirugía conservadora de la mama) seguida de radioterapia.

**Se adopta.**

### **Combinación de carboplatino más taxanos en el tratamiento neoadyuvante de pacientes con cáncer de mama triple negativo**

34. No hay suficiente evidencia para recomendar de manera rutinaria la adición de carboplatino al tratamiento con taxanos, como terapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama triple negativo. En caso de considerarse el uso de carboplatino debe discutirse en una junta de oncología médica.

Calidad de la evidencia baja

**Se adopta.**

### **Terapia hormonal neoadyuvante**

35. En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano y localmente avanzado, receptor hormonal positivo con contraindicación para recibir quimioterapia citotóxica se recomienda ofrecer terapia neoadyuvante con inhibidores de aromatasa.

**No se adopta (Cuenta con registro Invima solo para ca metastásico, se usará TAMOXIFENO)**

#### **Punto de buena práctica**

No existe suficiente evidencia para recomendar neoadyuvancia hormonal en pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptor hormonal positivo


**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica**

La evidencia es insuficiente para soportar el uso de análogos LHRH en neoadyuvancia hormonal en mujeres premenopáusicas.

**Se adopta.**

### **Terapias antiHER2 en neoadyuvancia**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

36. En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo con enfermedad temprana y localmente avanzada se recomienda la administración de trastuzumab en neoadyuvancia. Calidad de la evidencia moderada □□□○

**Se adopta.**

37. Se recomienda evaluar la función cardíaca antes de iniciar tratamiento con trastuzumab  
**Se adopta.**

38. No administrar trastuzumab en caso de:

- fracción de eyección del 50% o menos
- historia documentada de falla cardíaca congestiva
- arritmias no controladas
- enfermedad coronaria sintomática
- HTA no controlada
- enfermedad valvular clínicamente significativa.

**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica**

Se debe realizar seguimiento de la fracción de eyección (FEVI) cada 3 meses. Se debe suspender trastuzumab si la FEVI se reduce un 10%o más de la basal o cae por debajo del 50%, aún si la paciente se encuentra asintomática. Se puede reiniciar trastuzumab si se recupera la FEVI.

**Se adopta.**

#### **Terapia sistémica adyuvante**

39. La elección de la terapia sistémica adyuvante en pacientes con cáncer de mama invasivo debe basarse en la sensibilidad hormonal del tumor, la edad de la paciente, el estado de menopausia y las comorbilidades presentes.

**Se adopta.**

#### **Quimioterapia adyuvante**

40. En pacientes con cáncer de mama estados I a III se recomiendan regímenes de quimioterapia basados en antraciclinas asociados o no a taxanos.

**Se adopta.**

41. Se recomienda ofrecer terapia adyuvante con antraciclinas y taxanos a las pacientes con cáncer de mama temprano y localmente avanzado con ganglios positivos.

**Se adopta.**


42. Se recomienda administración de paclitaxel semanal o docetaxel cada 21 días.

**Se adopta.**

43. En pacientes con cáncer de mama y embarazo se puede administrar quimioterapia después del primer trimestre de gestación.

**Se adopta.**

#### **Terapia hormonal adyuvante en mujeres posmenopáusicas**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

44. En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano y localmente avanzado receptor hormonal positivo se recomienda el uso de inhibidor de aromatasa en algún momento del tratamiento adyuvante:

Tamoxifeno 2 a 3 años seguido de inhibidor de aromatasa hasta completar tiempo total de terapia hormonal por 5 años, o Inhibidor de aromatasa por 2 años seguido de tamoxifeno hasta completar 5 años de terapia hormonal.

**Se adopta.**

45. En pacientes posmenopáusicas sin compromiso ganglionar se recomienda la terapia hormonal adyuvante durante 5 años con tamoxifeno, aunque también se puede considerar el uso de inhibidores de aromatasa.

**Se adopta.**

46. En mujeres posmenopáusicas receptor hormonal positivo con ganglios positivos, que han completado 5 años de terapia adyuvante con tamoxifeno se recomienda considerar terapia extendida por otros 5 años con un inhibidor de aromatasa.

**Se adopta.**

#### **Terapia hormonal adyuvante en mujeres premenopáusicas**

47. En pacientes con cáncer de mama infiltrante no metastásico que hayan completado cinco años de adyuvancia con tamoxifeno y que persistan premenopáusicas, se sugiere dar hormonoterapia extendida con tamoxifeno hasta completar 10 años.

Calidad de la evidencia baja

**Se adopta.**

48. En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama infiltrante no metastásico, menores de 35 años, que hayan recibido quimioterapia y que tengan ganglios positivos, se recomienda el uso de análogos de la GnRH mensual combinado con exemestano.

Calidad de la evidencia moderada

**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica Modificado**

Se deben discutir con la paciente los beneficios y efectos secundarios de la supresión ovárica, de los inhibidores de aromatasa y de la terapia extendida con tamoxifeno por 10 años.

**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica Nuevo**


Se debe realizar vigilancia del estado menopáusico en las pacientes premenopáusicas que estén siendo tratadas con análogos de la GnRh y exemestano. De la misma manera se debe hacer evaluación y manejo de los efectos secundarios de los medicamentos.

**Se adopta.**

#### **Terapias antiHER2 en adyuvancia**

49. Se recomienda administración de trastuzumab secuencial a la administración de antraciclinas (doxorubicina) en pacientes con cáncer de mama temprano y localmente avanzado HER2 positivo.

**Se adopta.**

	NOMBRE <b>ACTA</b>		CÓDIGO <b>02-FT-002</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	VERSIÓN 003

50. Se recomienda administrar trastuzumab durante 1 año o hasta la recurrencia de la enfermedad (lo que primero ocurra).

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

No existe contraindicación para la administración de trastuzumab con taxanos, radioterapia u hormonoterapia.

**Se adopta.**

51. Se recomienda evaluar la función cardiaca antes de iniciar tratamiento con trastuzumab. No administrar trastuzumab en caso de:

- Fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 50% o menos.
- Historia documentada de falla cardiaca congestiva.
- Arritmias no controladas.
- Enfermedad coronaria sintomática.
- HTA no controlada.
- Enfermedad valvular clínicamente significativa.

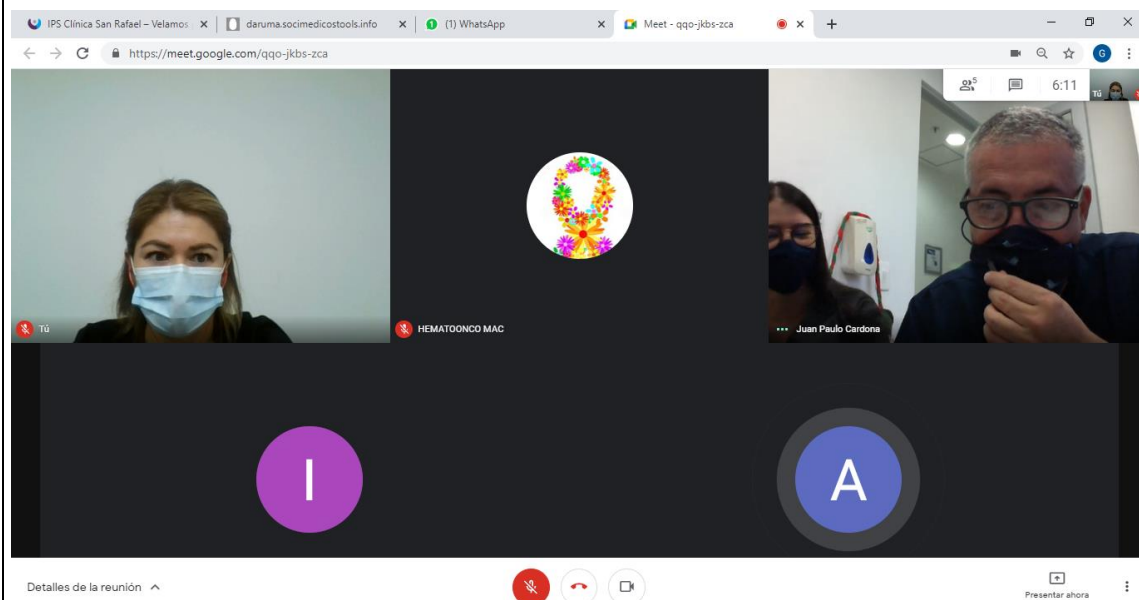
**Se adopta.**


**Punto de buena práctica**

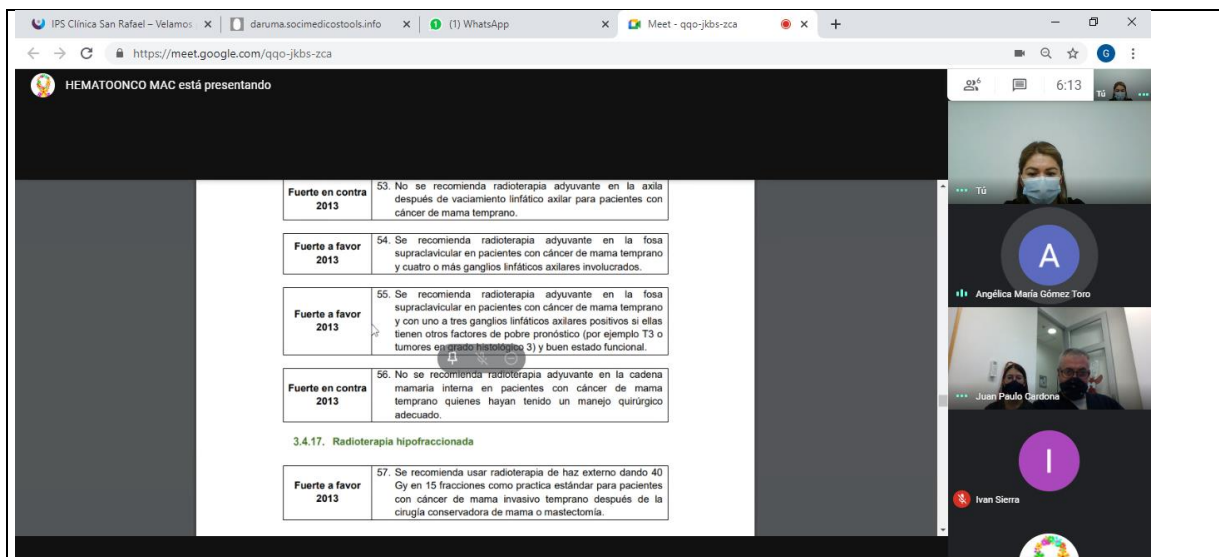
Se debe realizar seguimiento de la fracción de eyección cada 3 meses. Se debe suspender trastuzumab si la FEVI se reduce 10% o más de la basal o cae por debajo del 50%, inclusive si la paciente se encuentra asintomática. Se puede reiniciar trastuzumab si se recupera la FEVI.

**Se adopta.**

Diciembre 21 2020 2 sesión



	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003



The screenshot shows a Google Meet window with a presentation slide. The slide contains several numbered recommendations (52-57) regarding radiotherapy for breast cancer. The recommendations are categorized as 'Fuerte en contra 2013' or 'Fuerte a favor 2013'. The meeting interface includes a video feed of participants and a bottom control bar.

52. No se recomienda radioterapia adyuvante en la axila o fosa supraclavicular a pacientes con cáncer de mama temprano quienes hayan mostrado ser histológicamente negativas para compromiso de ganglios linfáticos.

**Se adopta.**

53. No se recomienda radioterapia adyuvante en la axila después de vaciamiento linfático axilar para pacientes con cáncer de mama temprano.

**Se adopta.**

54. Se recomienda radioterapia adyuvante en la fosa supraclavicular en pacientes con cáncer de mama temprano y cuatro o más ganglios linfáticos axilares involucrados.

**Se adopta.**

55. Se recomienda radioterapia adyuvante en la fosa supraclavicular en pacientes con cáncer de mama temprano y con uno a tres ganglios linfáticos axilares positivos si ellas tienen otros factores de pobre pronóstico (por ejemplo T3 o tumores en grado histológico 3) y buen estado funcional.

**Se adopta.**


56. No se recomienda radioterapia adyuvante en la cadena mamaria interna en pacientes con cáncer de mama temprano quienes hayan tenido un manejo quirúrgico adecuado.

**Se adopta.**

### **Radioterapia hipofraccionada**

57. Se recomienda usar radioterapia de haz externo dando 40 Gy en 15 fracciones como practica estándar para pacientes con cáncer de mama invasivo temprano después de la cirugía conservadora de mama o mastectomía.

### **Radioterapia de refuerzo (boost)**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

58. Se recomienda una sobre impresión de haz externo (boost) al sitio de resección local a pacientes con cáncer de mama invasivo temprano quienes se encuentran en alto riesgo de recurrencia local después de cirugía conservadora de mama con márgenes negativas y radioterapia a la mama completa.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

Se debe informar a la paciente sobre los efectos colaterales asociados a esta estrategia, incluyendo un pobre resultado estético principalmente en mujeres con mamas grandes.

**Se adopta.**

**Cáncer de mama metastásico o recurrente**

**Revaluación de receptores estrogénicos de progesterona y estado del receptor HER2 en recurrencia ó progresión del cáncer de mama**

59. Se recomienda evaluar la expresión de receptor de estrógenos y HER 2 al momento de la recurrencia si no fue evaluado al momento del diagnóstico inicial.

NOTA: incluso si fue evaluado previamente debe realizarse nuevamente.

**Se adopta.**

60. En pacientes con sospecha de recurrencia local o regional se recomienda la toma de la biopsia de la lesión para confirmación de la recaída y la reevaluación de los marcadores.

**Se adopta.**

61. Se recomienda realizar biopsia a las lesiones metastásicas siempre que su comportamiento clínico sea inusual respecto a su tipo biológico y sean de fácil acceso.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

La decisión de realizar biopsia a la lesión metastásica debe estar basada en las condiciones de la paciente y factores relacionados con el tumor. Los clínicos deben considerar cuidadosamente el método, la accesibilidad para la toma de la muestra y el riesgo del procedimiento.

**Se adopta.**

**Terapia sistémica en enfermedad metastásica**


62. Se recomienda ofrecer terapia hormonal como primera línea de tratamiento para pacientes con cáncer de mama metastásico receptor de estrógenos positivo a menos que exista resistencia a la terapia hormonal o enfermedad que requiera respuesta rápida.

**Se adopta.**

63. Se recomienda ofrecer quimioterapia como primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico receptor de estrógenos positivo en quienes la enfermedad es una amenaza inminente para la vida o requieran alivio rápido de los síntomas por compromiso visceral, asegurando que las pacientes entienden y están preparadas para aceptar la toxicidad.

**Se adopta.**

64. Para pacientes con cáncer de mama metastásico receptor de estrógenos positivo que han sido tratadas con quimioterapia como terapia de primera línea, se recomienda administrar terapia hormonal como terapia de mantenimiento después de completar la quimioterapia.

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

**Se adopta.**

### **Poliquimioterapia versus monoquimioterapia**

65. En pacientes con enfermedad metastásica en quienes está indicada la quimioterapia se recomienda el tratamiento secuencial con monoagente.

**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica**

Considere el uso de quimioterapia combinada para pacientes con progresión rápida de la enfermedad, presencia de metástasis viscerales que amenazan la vida, la necesidad de lograr rápido alivio de síntomas y/o control rápido de la enfermedad. Se deben tener en cuenta los factores pronóstico, las preferencias de la paciente, su escala funcional y la capacidad física para tolerar la toxicidad adicional.

**Se adopta.**

66. En cáncer de mama metastásico se recomiendan los regímenes de monoagente con antraciclinas o taxanos en pacientes que no los recibieron como parte de su tratamiento inicial o progresan luego de un año de haberlos finalizado, siempre y cuando la dosis acumulada y el nivel de toxicidad permitan su reintroducción.

**Se adopta.**

67. En pacientes que presentan falla o resistencia a antraciclinas y que no han recibido taxanos se recomienda considerar quimioterapia con taxanos en monoterapia.

**Se adopta.**

68. Si la condición clínica justifica la terapia combinada y si el beneficio supera las consideraciones de toxicidad se recomienda asociar taxano con gemcitabine o capecitabine.

**Se adopta.**

69. Para pacientes con cáncer de mama avanzado quienes no son candidatas para recibir antraciclinas (por contraindicación o porque recibieron esquemas previos como terapia adyuvante o en el escenario metastásico), se recomienda administrar quimioterapia sistémica en la siguiente secuencia:

- primera línea: monoterapia-docetaxel cada 21 días o paclitaxel semanal.
- segunda línea: monoterapia capecitabine o vinorelbine siempre y cuando se considere la sensibilidad a agente que actúe sobre microtúbulos y se quiera menor perfil de toxicidad.
- tercera línea: monoterapia-capecitabine, vinorelbine o ixabepilone (cualquiera que no se haya utilizado en la segunda línea de tratamiento).

**NOTA: (Para la 3 línea se considera que la decisión es individual. Dependiendo del tratamiento previo realizado)**


**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica**

No existe evidencia fuerte sobre la mayor efectividad de una alternativa en tercera línea de tratamiento sobre otras.

**Se adopta.**

**Terapia antiHER2 en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo metastásico o en progresión**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

70. Se recomienda el uso de pertuzumab + trastuzumab + docetaxel\* como primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo que no hayan recibido terapia dirigida anti-HER2 o que la recibieron en el contexto adyuvante, luego de 12 meses de la última dosis. Se recomienda el uso combinado con quimioterapia citotóxica (docetaxel\*) al menos por 6 ciclos, continuando

con pertuzumab + trastuzumab hasta progresión de la enfermedad o toxicidad limitante.

En pacientes que progresen durante el tratamiento adyuvante con trastuzumab o antes de seis meses de haberlo finalizado, se recomienda como primera línea de tratamiento trastuzumab emtansine (TDM1).

Calidad de la evidencia moderada

\* Se sugiere como alternativa el uso de paclitaxel en caso de no poder usar docetaxel.

**Se adopta.**

71. Se sugiere que el beneficio de pertuzumab + trastuzumab sea discutido por una junta de oncología médica, en pacientes que presenten enfermedad metastásica entre los 6 y 12 meses luego de terminar el manejo adyuvante o en quienes la enfermedad metastásica pueda ser controlada de manera quirúrgica o con radiocirugía.

Calidad de la evidencia muy baja

**Se adopta.**

72. Se recomienda trastuzumab emtansine (TDM1) como primera elección para la segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo que hayan recibido terapia dirigida anti-HER2 para enfermedad metastásica.

Calidad de la evidencia moderada

**Se adopta.**

#### **Punto de buena práctica Nuevo**

El uso de TDM1 como primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo que progresen con terapia anti/her2 durante 6 a 12 meses luego de culminar el tratamiento adyuvante, debe ser discutido en una junta de oncología médica


**Se adopta.**

73. En pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo y receptores hormonales positivos, se sugiere el uso de tratamiento hormonal sumado a la terapia antiHER2, si el paciente no es candidato a uso de citotóxicos o como mantenimiento después de terminar la terapia citotóxica.

Calidad de la evidencia baja

**Se adopta.**

74. Se recomienda manejo con trastuzumab emtansine (TDM1) en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo que hayan recibido terapia dirigida anti-HER2 para enfermedad metastásica en tercera línea y que no hayan recibido previamente TDM1.

	NOMBRE <b>ACTA</b>		CÓDIGO <b>02-FT-002</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	VERSIÓN 003

Calidad de la evidencia moderada

**Se adopta.**

75. Se sugiere que en pacientes que ya recibieron trastuzumab emtansine (TDM1) en líneas de tratamiento previas, se considere el uso de los medicamentos utilizados como comparadores en los estudios fase III (p.ej. quimioterapia + trastuzumab, lapatinib/capecitabina, o lapatinib + trastuzumab) como tratamiento de elección.

Calidad de la evidencia muy baja

**Se adopta.**

76. Se sugiere que el tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo con metástasis en sistema nervioso central se discuta en una junta de oncología médica con el propósito de definir la mejor estrategia de manejo.

Calidad de la evidencia muy baja

**Se adopta.**

### **Terapia hormonal en enfermedad metastásica**

77. En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo se recomienda como terapia hormonal de primera línea inhibidores de aromatasa. El tamoxifeno sigue siendo una opción viable en un grupo selecto de pacientes.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

No existe evidencia directa para recomendar un inhibidor de aromatasa de tercera generación sobre otro.

**Se adopta.**

78. Luego de falla a inhibidores de aromatasa se recomienda considerar las opciones disponibles que incluyen otro inhibidor de aromatasa con mecanismo de acción diferente, fulvestrant y acetato de megestrol.

**Se adopta.**

79. En mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas con cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo o receptor desconocido se recomienda la supresión/ablación de la función ovárica en combinación con tamoxifeno como terapia de primera línea cuando no han recibido tratamiento previo con tamoxifeno.

**Se adopta.**

### **Pacientes con cáncer de mama metastásico triple negativo**

80. En las pacientes con cáncer de mama metastásico triple negativo se recomienda quimioterapia citotóxica.


**Se adopta.**

81. Se recomienda el uso de régimen basado en taxanos como primera línea de terapia en pacientes que progresan después de quimioterapia basada en antraciclinas.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

La selección del mejor agente debe ser individualizada.

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

**Se adopta.**

82. Se sugiere la administración de poliquimioterapia en la enfermedad triple negativo debido al mayor compromiso visceral, el curso agresivo y el riesgo de un rápido deterioro de la paciente.

**Se adopta.**

83. En algunos casos sin enfermedad extensa o sin enfermedad que amenaza la vida se recomienda tratamiento con un único agente de quimioterapia.

**Se adopta.**

84. Por falta de información que demuestre la superioridad de un tratamiento se sugiere que la terapia de segunda línea sea definida según las condiciones particulares de cada paciente.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

La duración de cada régimen y el número de regímenes debe ser evaluado en cada paciente.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

No está indicado el uso de dosis altas de quimioterapia.

**Se adopta.**

**Manejo de la enfermedad metastásica ósea**

85. Se recomienda administrar bifosfonatos de manera rutinaria asociado a otras terapias sistémicas en pacientes con cáncer de mama metastásico y compromiso óseo.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

Todas las pacientes deben tener valoración odontológica previa al inicio de tratamiento con bifosfonatos.

**Se adopta.**

86. Se recomienda Denosumab en pacientes que presentan hipersensibilidad a bifosfonatos.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

Hasta el momento el esquema óptimo y la duración del tratamiento con bifosfonatos son desconocidos.


**Se adopta.**

87. En pacientes con metástasis óseas que presentan dolor o metástasis óseas que ponen en peligro a la paciente se recomienda la radioterapia como tratamiento de elección.

**Se adopta.**

88. En pacientes con metástasis óseas se recomienda radioterapia externa en una fracción única de 8Gy. Otras modalidades igualmente efectivas para administración de radioterapia externa son 5x4 Gy o 10x3Gy.

**Se adopta.**

	NOMBRE <b>ACTA</b>		CÓDIGO <b>02-FT-002</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	VERSIÓN 003

### **Punto de buena práctica**

Todas las pacientes con riesgo de fractura de huesos largos deben ser evaluadas por un ortopedista para considerar cirugía profiláctica.

**Se adopta.**

89. Se recomienda administrar suplencia de calcio y vitamina D a todas las pacientes con metástasis óseas.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

En las pacientes con enfermedad metastásica ósea considerar la evaluación por el equipo de rehabilitación para entrenamiento en cuidados óseos y prevención de eventos esqueléticos.

**Se adopta.**

### **Manejo de metástasis cerebrales**

90. Pacientes con metástasis cerebral única o con pocas lesiones potencialmente resecables se sugiere cirugía o radiocirugía.

**Se adopta.**

91. Se sugiere radioterapia holoencefálica cuando no existe opción para la cirugía o la radiocirugía.

**Se adopta.**

### **Manejo integral e interdisciplinario de las mujeres con cáncer de mama**

#### **Rehabilitación en cáncer de mama**

### **Punto de buena práctica**

Antes de dar inicio a los tratamientos todas las pacientes con cáncer de mama deben ser valoradas por el equipo de rehabilitación para el conocimiento del estado basal funcional y definir las características de intervención según los potenciales riesgos funcionales o de discapacidad.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

Se deben definir los objetivos en rehabilitación en conjunto con el grupo de profesionales tratantes, teniendo en cuenta los límites que impone la enfermedad además de las necesidades particulares de la persona con diagnóstico de cáncer de mama según los tratamientos que haya recibido o estén pendientes.


**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

Para el diagnóstico del síndrome de linfedema asociado al cáncer de mama con tratamiento de mastectomía unilateral, cuadrantectomía más vaciamiento ganglionar axilar o ganglio centinela, se deben tomar medidas en diferentes niveles del segmento corporal comprometido obteniendo puntos de referencia anatómicos, se deberá tener como parámetro de comparación el lado contralateral o no afectado. Una diferencia mayor o igual a 2cm en una o más mediciones hace el diagnóstico.

**Se adopta.**

### **Punto de buena práctica**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

Para el diagnóstico del síndrome de linfedema asociado al cáncer de mama con tratamiento de mastectomía bilateral se deben tomar medidas en diferentes niveles del segmento corporal comprometido obteniendo puntos de referencia anatómicos, se deberá tener como parámetro de comparación el lado del cual no se hizo vaciamiento ganglionar. Una diferencia mayor o igual a 2cm en una o más mediciones hace el diagnóstico.

**Se adopta.**

**Punto de buena práctica**

Para el diagnóstico del síndrome de linfedema asociado al cáncer de mama con tratamiento de mastectomía bilateral más vaciamiento ganglionar bilateral, se deben tomar medidas en diferentes niveles del segmento corporal comprometido obteniendo puntos de referencia anatómicos. El parámetro de comparación es la medida previa a la intervención quirúrgica. De no tenerla es importante la valoración de características clínicas, cambios en consistencia de los tejidos y sintomatología referida.

**Se adopta.**

**COMPROMISOS**

No.	Descripción	Responsable	Fecha limite
1	Implementación de escenarios para la enseñanza del examen clínico de la mama, con el fin de generalizar y estandarizar la técnica.	Lider de oncología	Marzo de 2021
2	Hacer solicitud a Patólogos para que el reporte de patología sea preciso en describir bordes libres con las medidas y descripción clara de volumen tumoral en el ganglio	Lider de oncología y líder de aseguramiento de calidad	Febrero de 2021