



Resolución Directoral

Lima, 31 de Agosto de 2021

Visto el Expediente Nº 21-016188-001 conteniendo el Memorando Nº 356-2021-JDEM-HNHU, la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas solicitando la aprobación del proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, mediante acto resolutivo;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud;

Que, las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, para una apropiada y oportuna atención a la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, se aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, el artículo 3º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, señala entre otros, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, con Memorando N° 356-2021-JDEM-HNHU, la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas solicita la aprobación del proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional remitido a través del Memorándum N°050-UOF-HNHU-21-L de la Unidad Oncológica Funcional;

Que, con Nota Informativa N° 453-2021-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe N° 165-2021-KMGM-HNHU en donde informa que el proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, está apto para su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 433-2021-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, de la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 26842, Ley General de Salud y de acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"
M.C. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (E)
CMP N° 27423

LWMM/SCDC

Marlene G.

DISTRIBUCIÓN

- () D. Adjunta
- () Dpto. de Espec. Médicas - Oncología
- () OAJ.
- () Of. Gestión de la Calidad
- () OCI
- () Archivo.



PERU Ministerio de Salud

HOJA DE ENVIO DE TRAMITE GENERAL



06/08/2021 12:38:12
HNHU-OGC-hmoreno
Página 1 de 1

Tipo Documento: MEMORANDUM
N° Documento: 0356-2021-JDEM-HNHU

N° Expediente: 21-016188-001 /
Operador: HNHU-OPE-sanyosa
Fecha Registro: 20/05/2021 09:38

Interesado: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE-DEM-ALBA RODRIGUEZ MARIA ESTHER
Asunto: SOLICITO REACTUALIZACIÓN R.D. N° 541-20210-HNHU-DG. "GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE MAM A INVASOR"

N°	Destinatario (1)	Prio	Ind. (2)	Fecha Registro	Remitente (3)
1	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE-OGC-VARGAS CHUGO SILVIA PAOLA	NORM	2,9	20/05/2021	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE-DEM-ALBA RODRIGUEZ MARIA ESTHER
2	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE-OGC-MIRANDA MOLINA LUIS WILFRED	NORM	2	06/08/2021	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE-OGC-VARGAS CHUGO SILVIA PAOLA
3	O. A. J.		14		
4	Dr. - fundy	26.14	9/8/21		
5	D. General	216,	31/8/21		
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

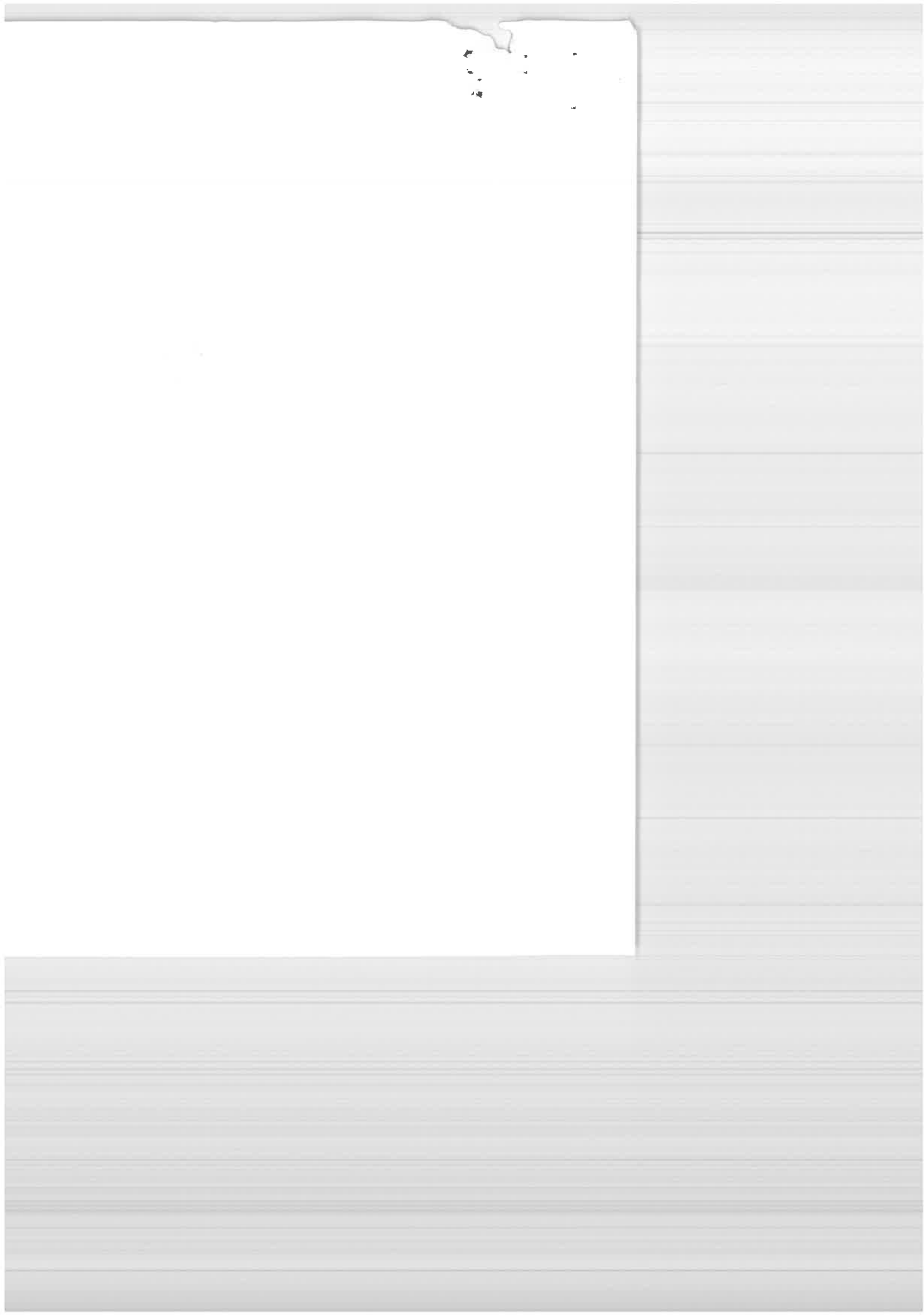
CLAVE INDICACION DEL MOVIMIENTO

01. Aprobación	06. Por Corresponderle	11. Archivar	(B) Baja
02. Atención	07. Para Conversar	12. Acción Inmediata	(I) Inmediato
03. Su Conocimiento	08. Acompañar Antecedente	13. Preparar Contestación	(MB) Muy baja
04. Opinión	09. Según Solicitado	14. Proyecte Resolución	(N) Normal
05. Informe y Devolver	10. Según lo coordinado	15. Ver Observación	(U) Urgente

N°	OBSERVACIONES POR MOVIMIENTO
1	N° 433-2021-07-HNHU (M.R.D.)

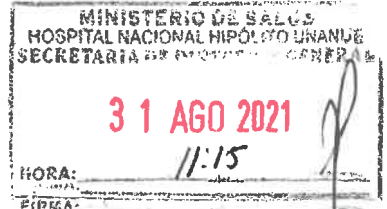
(1) Use Código (2) Use Clave (3) Use Iniciales

IMPORTANTE NO DESGLOSAR ESTA HOJA





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHospital Nacional
"Hipólito Unanue"Oficina de Asesoría
Jurídica**INFORME N° 433 -2021-OAJ/HNHU**

A : **M.C. Luis Miranda Molina**
Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

ASUNTO : Aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional

REF : Expediente N° 21-016188-001

FECHA : El Agustino, 26 de agosto de 2021

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a fin de saludarlo muy cordialmente y con relación al documento de la referencia informar lo siguiente:

I. ANTECEDENTES:

- Con expediente N° 21-016188-001 conteniendo el Memorando N° 356-2021-JDEM-HNHU, la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas solicitando la aprobación del proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, mediante acto resolutivo.

II. ANÁLISIS:

- La Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- Mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud.
- Las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, para una apropiada y oportuna atención a la salud.
- Mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras.
- El artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, señala entre otros, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- Con Memorando N° 356-2021-JDEM-HNHU, la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas solicita la aprobación del proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional remitido a través del Memorandum N°050-UOF-HNHU-21-L de la Unidad Oncológica Funcional.





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Hipólito Unanue"

Oficina de Asesoría
Jurídica

- Con Nota Informativa N° 453-2021-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe N° 165-2021-KMGM-HNHU en donde informa que el proyecto de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, está apto para su aprobación.
- En tal situación, es necesario proceder a la solicitud de aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

III. CONCLUSIÓN:

En tal sentido esta Oficina de Asesoría Jurídica opina que es procedente la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para cuyo efecto adjunto el proyecto correspondiente.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
.....
Mg. SILVIO CESAR DONAYRE CAMPOS
JEFE DE LA OFICINA DE ASESORIA JURIDICA



NOTA INFORMATIVA N° 453-2021-OGC/HNHU

A : Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina
Director General del HNHU

ASUNTO : Aprobación con Resolución Directoral de la Evaluación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de mama de la Unidad de Oncología Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue

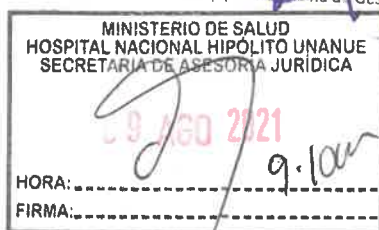
REFERENCIA : INFORME N° 165-2021-KMGM/HNHU
MEMORANDO N° 0356-2021-DEM-HNHU

FECHA : Lima, 06 de agosto de 2021 **T.D:** 21-016188

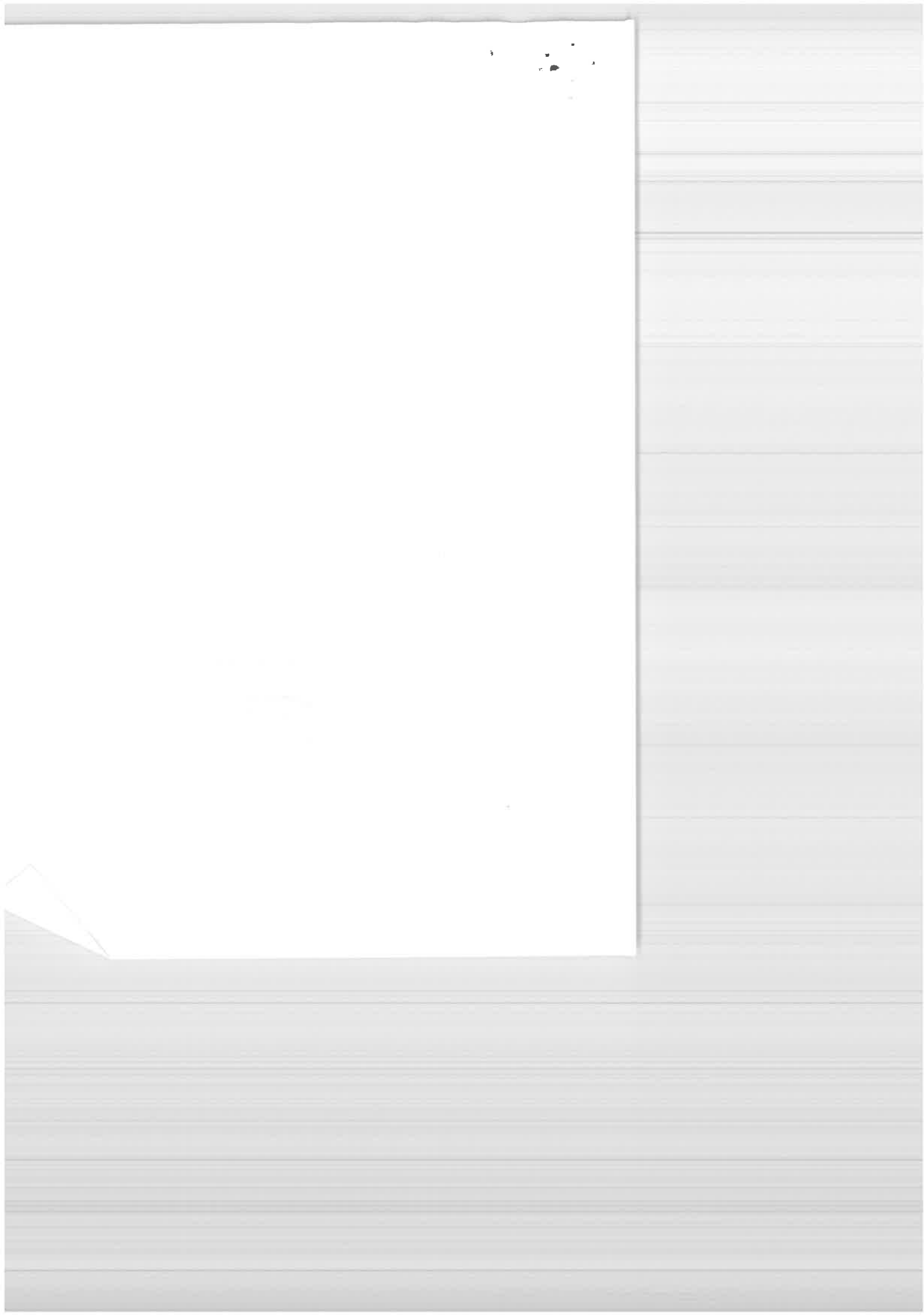
Por medio del presente me dirijo a usted; para hacerle llegar el Informe de la Evaluación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el mismo que al no encontrarse observaciones se le envía para su conocimiento y posterior aprobación con Resolución Directoral.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
.....
M.C. SANTIAGO CAS CHUGO
C.M.F.: 4916 RNA: 4817
Jefa (e) de Oficina de Gestión de la Calidad



SPVCH/rms
C.c. Archivo





INFORME N° 165-2021-KMGM/HNHU

A : M. C. Silvia Vargas Chugo

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

ASUNTO : Evaluación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de cáncer de mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue

FECHA : 06 de agosto del 2021

I. ANTECEDENTES

- Memorando N°356-2021-JDEM-HNHU
- RM N°095-2012/MINSA Guía técnica para la Elaboración de proyectos de Mejora y Aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad: Diagrama de Flujo.
- Norma Técnica de la Metodología de la Elaboración de la Guía de Práctica Clínica, aprobada con RM N°414-2015/MINSA.
- RM N°826-2021/MINSA, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

II. ANÁLISIS

- Se evaluó la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, elaborada por el Servicio de Oncología Médica, en base a la normativa vigente (RM N°414-2015/MINSA).

III. CONCLUSIÓN

- La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue; sigue los lineamientos de la estructura de Guía de Práctica Clínica según normativa vigente, asimismo sin encontrarse más observaciones; se le envía para su revisión y continuar con los tramites respectivos para su posterior aprobación con Resolución Directoral.

IV. RECOMENDACIÓN

- Enviar a la Dirección General, la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue; para su respectiva aprobación con Resolución Directoral.

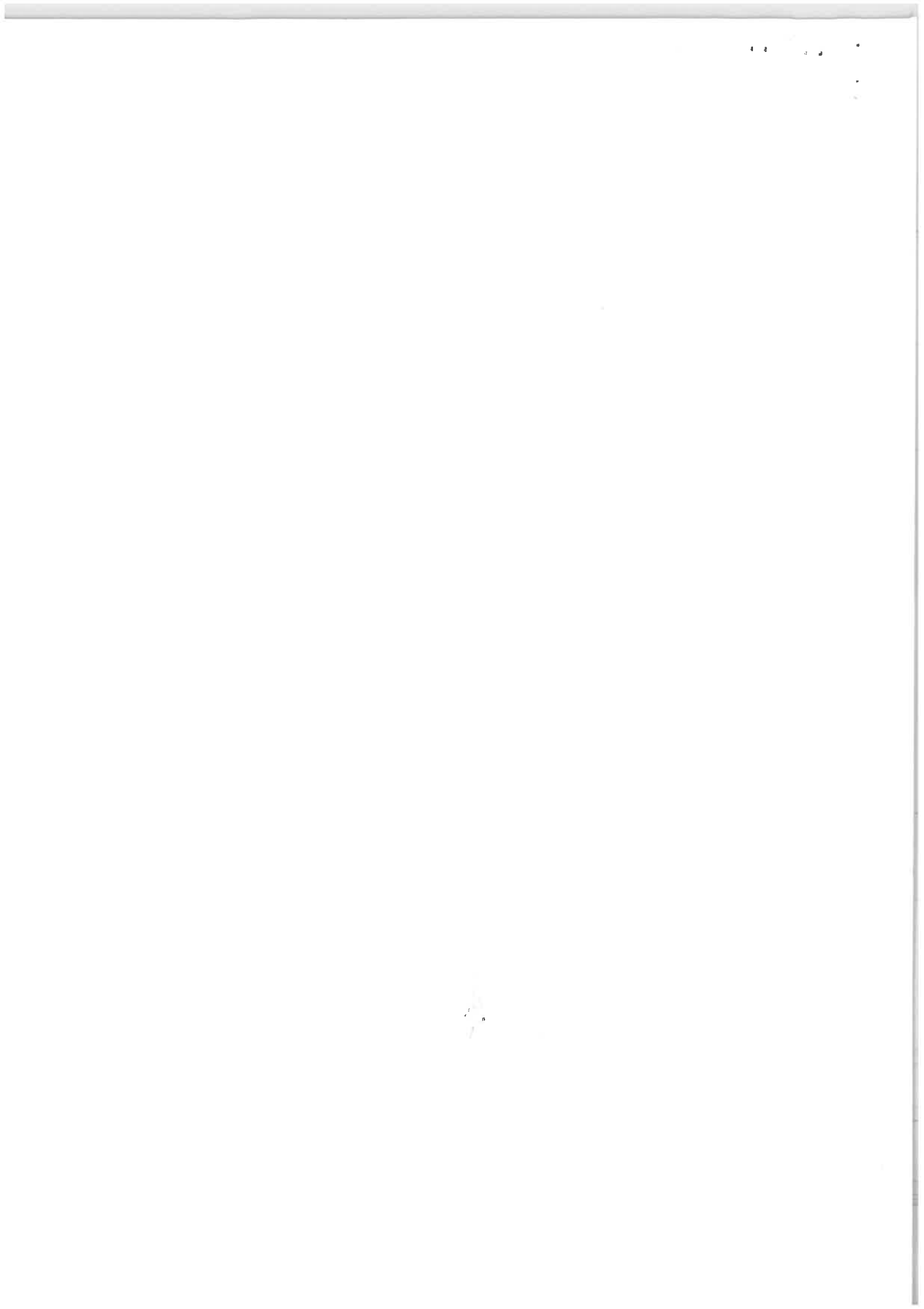
Responsable: Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Plazo : 5 días

Atentamente,

SPVCH/kmgm
Cc. Arch

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
MC. Katterine Guzmán Mancilla
Auditor
Oficina de Gestión de la Calidad
CMP 0008 RNA 04100





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE
ESPECIALIDADES MÉDICAS

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

MEMORANDO Nº 0356 - 2021-JDEM-HNHU

A : Dra. Silvia, VARGAS CHUGO
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

ASUNTO : REACTUALIZACIÓN R.D. Nº541-2010-HNHU-DG.
"Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de
Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital
Nacional Hipólito Unanue"

REF. : MEMORANDUM Nº057-UOF-HNHU-19-L

FECHA : El Agustino, 19 de mayo 2021.

T.D. : 21-016188-001

Me dirijo a usted para expresarle mi cordial saludo, en atención al documento que se indica en la referencia, la jefa (e) de la Unidad de Oncología, remitirle mediante documento adjunto la "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Cáncer de Mama de la Unidad Oncológica Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue", (104 pág), para su actualización respectiva R.D.541-2010-HNHU-DG.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

.....
DRA. MARIA ESTHER ALBA RODRIGUEZ
C.M.P. 22438 R.N.E. 14657
Jefe del Dpto. de Especialidades Médicas

ARME/JDEM
Sabina A.
c.c. Archivo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRIS LIMA ESTE
"HOSPITAL NACIONAL" HIPÓLITO
DEPARTAMENTO DE
ESPECIALIDADES MÉDICAS

UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

CALIDAD

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

MEMORANDUM N° 050 -UOF-HNHU-21-L

A : M.C. MARIA ALBA RODRIGUEZ.
Jefe del Departamento Especialidades Médicas.

REFERENCIA: CARTA N° 006-UOF-21-L

ASUNTO : REACTUALIZACION R.D. N° 541-2010-HNHU-DG

FECHA : 15 de Mayo del 2021.

Previo saludo cordial, me dirijo a usted para informarle la solicitud recibida según documento de la referencia, solicitando reactualización RD N° 541-2010-HNHU-DG sobre la Guía de Practica Clinica de Cáncer de la Mama Invasor en Adultos, que me ha hecho llegar el M.C. Martin Alberto Mircin Morales, así como copia de la Resolución Directoral anterior respectiva, la cual le adjunto.

Agradeciéndole anticipadamente la presente, esperando que lo eleve al Director General, para su validación con nueva Resolución Directoral, me despido.

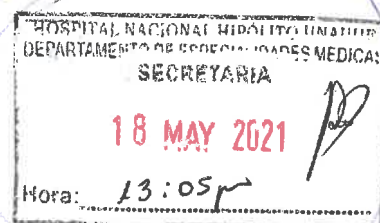
Atentamente

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
KAREN MARILEY LA LUPI SOSA
ONCOLOGIA MEDICA
CUI: 07501 FINE 4-347

Se Adjunta: Copia RD N° 541-2010-HNHU-DG+Carta N° 006-UOF-21-L.

Guía de Practica Clinica Adoptada para Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Mama de la UOF en Adultos

Cc: Archivo







"Año de la Consolidación Económica y Social del Perú"

Resolución Directoral

Lima, 31 de diciembre del 2010.

VISTO:

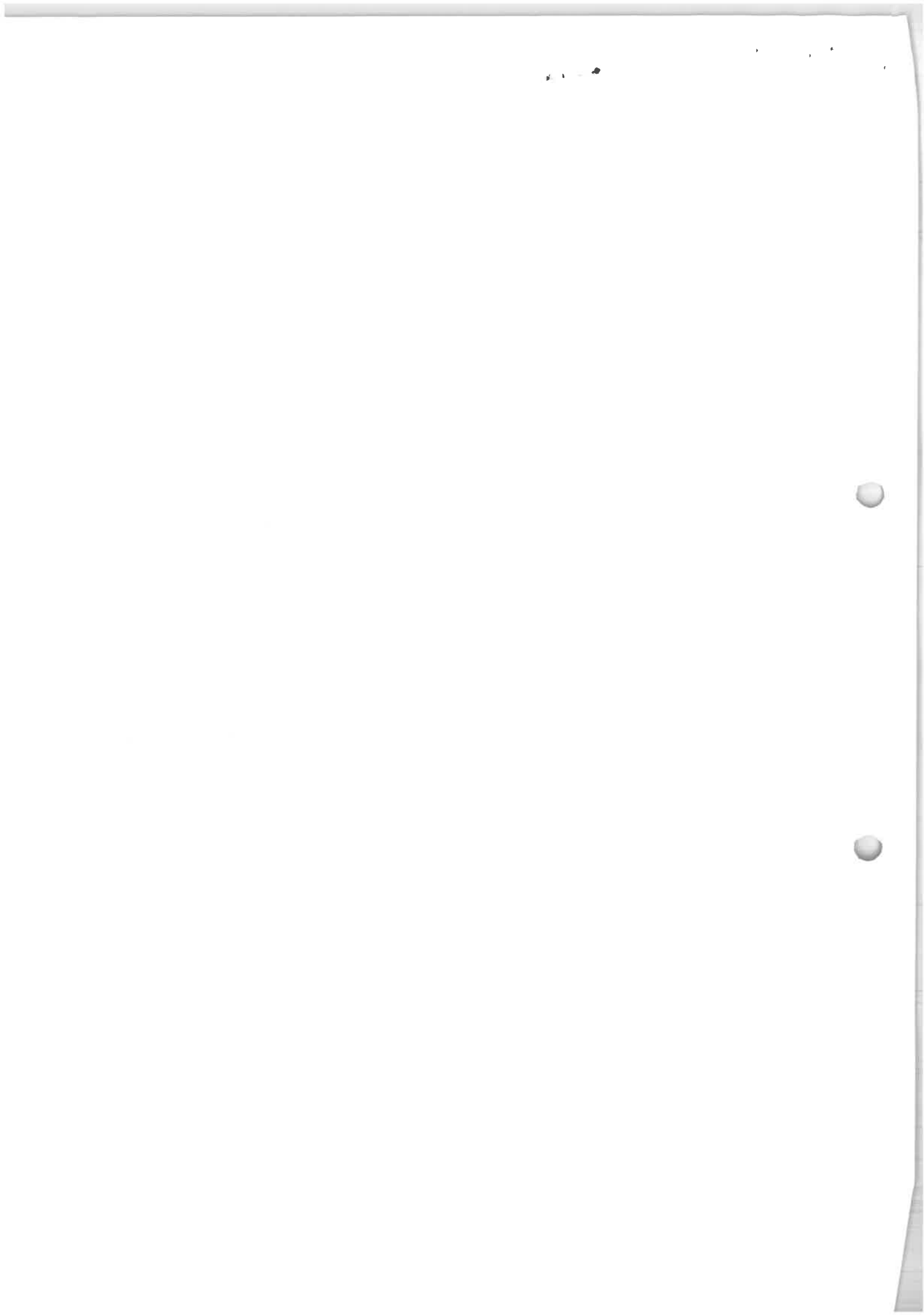
El **INFORME 236-2010-HNHU-OGC**; remitido por la Sra. Directora de la Oficina de Gestión de la Calidad; estando a lo opinado por el Director de la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe **626-2010-OAJ-HNHU**; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante **INFORME 236-2010-HNHU-OGC**; emitido por la Sra. Directora de la Oficina de Gestión de la Calidad, se solicita la aprobación de la **GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CANCER DE MAMA INVASOR**, documento de gestión sanitaria que cuenta con la aprobación de dicha dependencia Institucional.

Que, conforme a lo opinado por el Director de la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe **626-2010-OAJ-HNHU**, la **GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CANCER DE MAMA INVASOR**, materia de Resolución; reúne todos los requisitos establecidos en la **Ley 26842, Ley General de Salud**, en la **Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud** y en la **RESOLUCION DIRECTORAL 422-2005/MINSA**, mediante la cual se aprobó la **NORMA TECNICA 027-ELABORACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA**.





Que, el documento de gestión cuya aprobación se propone, responde a la política sanitaria del sector y de la Institución, teniendo como finalidad principal otorgar un marco legal adecuado, tanto para los señores pacientes como para los señores médicos tratantes; lo que optimizará la atención de los usuarios de los servicios sanitarios que brinda el Hospital; fundamentos por los cuales resulta indispensable, en beneficio de las citados pacientes; proceder a la aprobación solicitada y disponer su inmediata ejecución.

Por estas consideraciones y de conformidad con lo dispuesto en las Leyes 26842, Ley General de Salud, 27657, Ley del Ministerio de Salud; en el Decreto Supremo 013-2006-SA y en la RESOLUCION DIRECTORAL 422-2005/MINSA, mediante la cual se aprobó la NORMA TECNICA 027-ELABORACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA; y con la opinión favorable del Señor Sub-Director;

SE RESUELVE:

- 1.- **APROBAR** la **GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CANCER DE MAMA INVASOR**; la misma que debidamente visada forma parte integrante de la presente Resolución y cuya implementación y ejecución se efectuará a partir de la fecha.
- 2.- Encárguese a la Sub Dirección del HHU, el seguimiento de los logros y beneficios que generará a favor de la Institución, la implementación de la **GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CANCER DE MAMA INVASOR**.
- 3.- Póngase la Guía de Práctica Clínica materia de aprobación; en conocimiento de todas las dependencias de la Institución relacionadas con su ejecución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

GQAB/GFM/rrl

Distribución

- () Direc. General
- () Sub Dirección General
- () Ofic. Gestión de la Calidad
- () Of. Ej. De Administración
- () Oncología

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UGARTE"

Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
CMP 10807





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



**“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200
AÑOS DE INDEPENDENCIA”**



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CANCER
DE MAMA DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA
FUNCIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE**

2021





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



EQUIPO DE GESTION

- **MC. LUIS WILFREDO MIRANDA MOLINA**
Director General
- **MC. YUDY ROLDAN CONCHA**
Director Adjunto
- **Econ. RUTH MORENO GALARRETA**
Director Ejecutivo de Administración
- **MC. SILVIA PAOLA VARGAS CHUGO**
Jefe de la Oficina de Gestion de la Calidad

EQUIPO TECNICO ENCARGADO DE LA ELABORACIÓN DE GUIA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANCER DE MAMA DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL DEL HNHU

- M.C. Martin A. Mircin Morales

EQUIPO MEDICO ASISTENCIAL

- M.C. Karen Lalupu Sosa.
- M.C. Martin A. Mircin Morales
- M.C. William Wolcott Crispin.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



INDICE

	<u>Página</u>
I.- FINALIDAD.....	07
II.- OBJETIVO.....	.07
III.- AMBITO DE APLICACION.....	07
IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	07
4.1 Nombre y Código.....	07
4.2 Proceso Desarrollo de la GPC.....	08
V.- CONSIDERACIONES GENERALES	
5.1 Definición.....	18
5.2 Etiología.....	19
5.3 Fisiopatología.....	19
5.4 Aspectos Epidemiológicos.....	19
5.5 Factores de Riesgo Asociados.....	19
5.5.1 Medio Ambiente.....	20
5.5.2. Estilos de Vida.....	20
5.5.3 Factores Hereditarios.....	20
VI.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	
6.1 Cuadro Clínico.....	21
6.2 Diagnostico.....	21
6.3 Exámenes Auxiliares.....	22
6.4 Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	25
6.5 Complicaciones.....	33
6.6 Criterios de Referencia y Contra referencia.....	34
6.7 Fluxograma/ Algoritmo.....	35
6.8 Plan para la actualización de la GPC.....	37
6.9 Plan para la evaluación y monitoreo.....	37
VII.-ANEXOS.....	38
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



PROFESIONALES ELABORADORES DE LA PRESENTE GUÍA	Médicos de los Departamentos de Especialidades medicas
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	Cáncer de mama
CATEGORÍA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	Tercer nivel de atención
USUARIOS POTENCIALES	Médico Oncólogo, Médico Internista, Médico Cirujano Plástico, Médico Mastologo, Medico de Medicina Física y Rehabilitación, Residentes de los 3 años de las Especialidades comprometidas,
POBLACIÓN BLANCO	Pacientes con Cáncer de Mama.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	La elaboración de la presente Guía de Práctica Clínica no ha recibido financiación alguna.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: La disminución de la Morbilidad y Mortalidad a través del diagnóstico y tratamiento oportuno basado en evidencias, según gravedad de la neoplasia.
METODOLOGÍA	- El proceso de adaptación utilizado en este documento se basó en la metodología ADAPTE sugerido por el MINSA (NT 414_2015), INEN, HNAL BSPOM y de grupo AUNA. - Definición del enfoque de la GPC: - Elaboración de preguntas clínicas pico -Métodos empleados para recolectar y seleccionar evidencia. - Protocolo sistematizado de búsqueda: . Revisión sistemática de la literatura. . Búsquedas de bases de datos electrónicos. . Búsqueda manual de la literatura. - Validación del protocolo de búsqueda por: -Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. -Construcción de la guía para su validación



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



	. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. . Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. . Emisión de evidencias y recomendaciones.
CONFLICTO DE INTERESES:	Los autores realizaron un esfuerzo por asegurarse que la información contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflictos de intereses.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



**PREGUNTAS A RESPONDER CON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA DE LA UNIDAD
ONCOLÓGICA FUNCIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE:**

- ¿Cómo se define el Cáncer de Mama?
- ¿Cuál es el mejor manejo en cáncer in-situ de mama?
- ¿Cuál es el mejor manejo en cáncer invasivo de mama localizado?
- ¿Cuál es el mejor manejo en cáncer invasivo de mama localmente avanzado?
- ¿Cuál es el mejor manejo en cáncer invasivo de mama avanzado?





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



TITULO: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE:

I.- FINALIDAD

La presente guía tiene como finalidad contribuir a establecer un manejo clínico homogéneo y basado en procesos estandarizados y en la mejor evidencia científica del cáncer de mama en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, de manera que se pueda optimizar el tratamiento en el marco de la atención integral de los pacientes con dicho padecimiento, tratando de optimizar la sobrevida y calidad de vida.

II.- OBJETIVOS

Generales:

-Estandarizar los criterios, procedimientos y manejo en general del cáncer de mama en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el marco de la atención integral de salud.

Específicos:

- Realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes adultos, con cáncer de mama según las recomendaciones de la GPC, como estrategia para mejorar la calidad de la atención.
- Servir de guía de apoyo en las tomas de decisiones en salud dentro del marco del manejo multidisciplinario.
- Reducir la variabilidad en el manejo del cáncer de mama.
- Servir de sustento científico para la aprobación de los medicamentos de alto costo.

III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía de práctica clínica es de aplicación obligatoria por la Unidad Funcional de oncología médica del Hospital Nacional Hipólito Unanue y de referencia para los servicios que intervienen de manera indirecta en el manejo de los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de manera que se garantice la atención integral de los pacientes con dicho padecimiento.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1. Neoplasias malignas de mama (CIE-10: C50)

<u>C50.0 areola pezón</u>	<u>C50.1 porción central de la mama</u>
<u>C50.2 CSI de la mama</u>	<u>C50.3 CII de la mama</u>
<u>C50.4 CSE de la mama</u>	<u>C50.5 CIE de la mama</u>
<u>C50.6 porción axilar de la mama</u>	<u>C50.8 lesión sitios contiguos a la mama</u>
<u>8500/3 carcinoma ductal infiltrante</u>	

4.2 PROCESO DEL DESARROLLO DE LA GUÍA





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



El proceso de elaboración de la Guía de Práctica Clínica fue adaptado, de las guías del INEN, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y mediante el desarrollo en consenso con el Comité de Guías de Prácticas Clínicas y el Equipo GPC, el cual se encuentra en el documento de gestión AUNA: "Plan para la elaboración de Guías de Prácticas Clínicas adaptadas".

Se inició el proceso de la guía grupo AUNA con la estrategia de búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica relacionadas al tópico de estudio y la evaluación de la calidad de las mismas se realizó a través del instrumento AGREE II; posteriormente se realizaron reuniones multidisciplinarias con los expertos para la aplicación de la herramienta ADAPTE a las recomendaciones y valoración del GRADE para brindar la fuerza y dirección a las recomendaciones. Todo ello, dio como resultado una versión preliminar de la guía; la cual fue evaluada por un revisor externo internacional conocedor del tema, (fue Dr. Ariel Fariñas Barrios, oncólogo radioterapeuta jefe de Docencia e Radioterapia el Instituto Oncológico Fundación Arturo Lopez Perez de Chile)) quien brindó aportes de mejora con el fin de iniciar la etapa de implementación y/o aplicación de la GPC hasta su publicación final.

- **Estrategia de búsqueda sistemática de GPC:**

Se realizó la búsqueda por pares en bases de datos biomédicos.

1. Se realizó la búsqueda bibliográfica en el metabuscador de datos biomédicos de Tripdatabase.

Se encontraron un total de 00 publicaciones según los siguientes términos de búsqueda y publicado en los últimos 2 años.

"breast cancer" and "clinical practice guideline" filter 2014-2019,

2. Se realizó la búsqueda bibliográfica en la base de datos biomédicos de Pubmed- Medline con los términos MESH.

Se encontraron un total de 71 publicaciones según los siguientes términos de búsqueda y 20 publicados en los últimos 2 años

(((((("breast carcinoma in situ"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "carcinoma"[All Fields] AND "situ"[All Fields]) OR "breast carcinoma in situ"[All Fields]) OR ("breast neoplasms"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "breast neoplasms"[All Fields])) OR ("breast neoplasms, male"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields] AND "male"[All Fields]) OR "male breast neoplasms"[All Fields] OR ("breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields] AND "male"[All Fields]) OR "breast neoplasms, male"[All Fields])) OR ("carcinoma, ductal, breast"[MeSH Terms] OR ("carcinoma"[All Fields] AND "ductal"[All Fields] AND "breast"[All Fields]) OR "breast ductal carcinoma"[All Fields] OR ("carcinoma"[All Fields] AND "ductal"[All Fields] AND "breast"[All Fields]) OR "carcinoma, ductal, breast"[All Fields])) OR ("carcinoma, lobular"[MeSH Terms] OR ("carcinoma"[All Fields] AND "lobular"[All Fields]) OR "lobular carcinoma"[All Fields] OR





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



("carcinoma"[All Fields] AND "lobular"[All Fields]) OR "carcinoma, lobular"[All Fields]) OR ("hereditary breast and ovarian cancer syndrome"[MeSH Terms] OR ("hereditary"[All Fields] AND "breast"[All Fields] AND "ovarian"[All Fields] AND "cancer"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "hereditary breast and ovarian cancer syndrome"[All Fields]) OR ("inflammatory breast neoplasms"[MeSH Terms] OR ("inflammatory"[All Fields] AND "breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "inflammatory breast neoplasms"[All Fields]) OR ("triple negative breast neoplasms"[MeSH Terms] OR ("triple"[All Fields] AND "negative"[All Fields] AND "breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "triple negative breast neoplasms"[All Fields]) OR ("unilateral breast neoplasms"[MeSH Terms] OR ("unilateral"[All Fields] AND "breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "unilateral breast neoplasms"[All Fields]) AND ((Practice Guideline[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp]) AND ("2017/07/13"[PDAT] : "2019/06/19"[PDAT]))

3. Se realizó la búsqueda bibliográfica en la base de datos biomédicos de OVID MEDLINE

Se encontraron un total, de 36 publicación según los siguientes términos de búsqueda y publicado en los últimos 2 años.

"breast cancer" and "clinical practice guideline" last 2 years

4. Se realizó la búsqueda bibliográfica en la base de datos biomédicos de ProQuest Central.

Se encontraron un total de 00 publicaciones según los siguientes términos de búsqueda publicados en los últimos 2 años.

"Guías de práctica clínica" and "(cancer de mama or breast cancer)" filter 2014-2019,

5. Se realizó la búsqueda bibliográfica en la base de datos de la base de datos en el portal regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con los términos:

Se encontraron un total de 92 publicaciones según los siguientes términos de búsqueda y publicado en los últimos 2 años.

"Guías de práctica clínica" and " (cancer de mama or breast cancer)" filter 2014-2019,

6. Se realizó la búsqueda bibliográfica en el metabuscador de datos biomédicos de SciELO - Scientific Electronic Library Online.

Se encontraron un total de 03 publicaciones según los siguientes términos de búsqueda y publicado en los últimos 2 años.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



"Guías de práctica clínica" and "(cancer de mama or breast cancer)" filter 2014-2019,

7. Se realizó la búsqueda bibliográfica en el metabuscador de datos biomédicos de Epistemonikos.

Se encontraron un total de 00 publicaciones según los siguientes términos de búsqueda y publicado en los últimos 2 años.

"breast cancer" and "clinical practice guideline" filter 2014-2019,

8. Además, se realizó la búsqueda en organismos elaboradores y recopiladores de guías con los términos de búsqueda: clinical practice guidelines and breast cáncer.

Organismos elaboradores (OE)	Organismos recopiladores (OR)
American Society of Clinical Oncology (ASCO) https://www.asco.org/ American College of Physicians https://www.acponline.org/clinicalinformation/guidelines Alberta Health Services https://www.albertahealthservices.ca/info/cancerguidelines.aspx Cancer Care Ontario. Program in evidence based care https://www.cancercare.on.ca/ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/ http://www.cenetec.salud.gob.mx/ Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica: Guías para la Práctica Clínica https://www.clinicalguidelines.gov.au/ ESMO Clinical Practice Guideline http://www.esmo.org/Guidelines European Society of Surgical Oncology www.esso-surgeononline.org Haute Autorité de Santé (HAS) http://www.hassante.fr/portail/jcms/nc_124960	Agency for Healthcare Research and Quality/National Guidelines Clearinghouse https://www.ahrq.gov/gam/index.html https://www.guideline.gov/ Base internacional de guías GRADE (OMS/OPS) http://sites.bvsalud.org/biqa/biblio/resource/?id=biblioref.referencesource.968338 Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud http://portal.guiasalud.es/web/quest/home:sessionid=48dc89012f8d952bb2f319c8746a CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines https://www.cma.ca/En/Pages/clinicalpracticeguidelines.aspx Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud http://portal.guiasalud.es/web/quest/guiaspractica-clinica Fisterra http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ Guidelines International Network (GIN) http://www.g-i-n.net/





5/fr/outils-guidesmethodes Health Services/Technology Assessment Texts (HSTAT) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK16710/ IETSI – EsSalud http://www.essalud.gob.pe/ietesi/guias_pract_clini.htm Ministerio de Salud de Colombia http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx National Comprehensive Cancer Network (NCCN), www.nccn.org National Institute for Clinical Excellence (NICE), https://www.nice.org.uk/ London Cancer Alliance (LCA) http://www.londoncanceralliance.nhs.uk/information-for-healthcare-professionals/formsand-guidelines/lca-forms-protocols-andguidance/lca-haemato-oncology-clinicalguidelines/ - Organización Acceso New Zealand Guidelines Group https://www.health.govt.nz/publications?f%5B0%5D=im_field_publication_type%3A26	
The Society of Surgical Oncology http://www.surgonc.org/resources/clinical-guidelines Scottish Intercollegiate Guidelines Network http://www.sign.ac.uk/ http://www.sign.ac.uk/assets WHO http://www.who.int/publications/guidelines/en	

- Criterios de preselección de las GPC

Se consideraron 22 guías preseleccionadas según los siguientes criterios:

1. Año de publicación no mayor a 2 años.
2. Coincidencia con el tópico de estudio.
3. Población objetivo similar.
4. Información sobre la conformación del grupo de autores.
5. Descripción del proceso de desarrollo de la GPC.
6. Búsqueda de información en múltiples bases de datos.
7. Replicabilidad de la búsqueda de la evidencia primaria.
8. Recomendaciones basadas en la evidencia encontrada.

- Evaluación de la calidad metodológica de las GPC: AGREE II

La calidad metodológica de las GPC fue evaluada utilizando el instrumento AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), este proceso de evaluación fue realizado por dos miembros del Equipo GPC. Se consideró a una GPC adecuada para iniciar el proceso de adaptación, cuando obtenía una



PERÚ

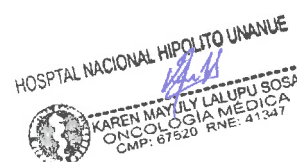
Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

calificación global del 1 al 7 > 4 y un puntaje $\geq 60\%$ en al menos uno de los siguientes dominios del AGREE II: alcance y objetivos, rigor metodológico o aplicabilidad.

Finalmente, 15 GPC actualizadas sobre el Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama (MMCM), alcanzaron una calificación satisfactoria (Tabla N°1), de las cuales se tomaron recomendaciones de manejo y manteniendo el nivel de evidencia utilizado en cada guía.

Tabla N°1: Calificación AGREE II de las GPC

N°	Guía de práctica clínica	Calidad Global (%)	¿La recomendaría para su uso?
1.	Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 2da edición. Guía No 19 [GPC en internet]. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2017.	92	SI
2.	Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. J Clin Oncol 37:423-438. © 2018 by American Society of Clinical Oncology.	83	SI, con modificaciones
3.	Advanced breast cancer: and diagnosis and treatment. Advanced breast cancer: diagnosis and treatment (CG81) Published: 23 February 2009.update NICE 2018.	83	SI, con modificaciones
4.	Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management. NICE guideline Published: 18 July 2018	83	SI, con modificaciones
5.	Management of ductal carcinoma in situ of the breast. Eisen A, Rakovitch E, Walker-Dilks C, reviewers. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2006 Sep 19 [ENDORSED 2018 Jan]. Program in Evidence-based Care Evidence-Based Series No.: 1-10 Version 3 ENDORSED.	83	SI, con modificaciones
6.	Radiation therapy for the whole breast: Executive summary of an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. 31 January 2018.	83	SI, con modificaciones





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- Criterios de inclusión y exclusión de la evidencia

El Grupo de estudio de AUNA, consideró como criterios de inclusión para la selección de la evidencia los ensayos clínicos aleatorizados, ensayos clínicos controlados bien diseñados no aleatorizados, estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, series prospectivas comparativas de gran muestra, revisiones sistemáticas y trabajos comunicados en congresos con impacto en la práctica clínica como la Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO) y la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO).

Los criterios de exclusión fueron múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas y estudios escritos en idiomas distintos del español e inglés.

- Jerarquización de la evidencia

El Grupo de Estudio AUNA, consideró la jerarquización de la evidencia, descritos en cada una de las guías de práctica clínica seleccionadas, según el nivel de evidencia y grado de recomendación planteada en cada GPC a adaptar, los cuales se describen a continuación:

- La National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), desde el año 2009 utiliza el método GRADE (Grading of recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) para evaluar la calidad de la evidencia en tratamiento y procedimientos terapéuticos. Solo difiere de GRADE en dos puntos: integra una revisión de la calidad de los estudios de coste efectividad y no utiliza etiquetas como "resumen global" para la calidad de la evidencia o la fuerza de una recomendación, sino que utiliza la redacción de recomendaciones a fin de reflejar la fuerza de la recomendación (Tabla N° 2). Finalmente cabe señalar, que NICE presenta la información a través de un resumen de la calidad de la evidencia, el que es elaborado tras la aplicación de la evaluación sistemática de la información, utilizando para ello las herramientas ya mencionadas y la ulterior redacción de recomendaciones (3).

Tabla N° 2: Sistema de clasificación de evidencia NICE

Nivel de Evidencia	Interpretación
1 ++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1 +	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1 -	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgos.
2 ++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

7.	Recommendations on Disease Management for Patients With Advanced Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive Breast Cancer and Brain Metastases: ASCO Clinical Practice Guideline Update. Volume 36 • NUMBER 27 • SEPTEMBER 20, 2018.	83	SI, con modificaciones
8.	Role of Patient and Disease Factors in Adjuvant Systemic Therapy Decision Making for Early-Stage, Operable Breast Cancer: Update of the ASCO Endorsement of the Cancer Care Ontario Guideline. J Clin Oncol 37. © 2019 by American Society of Clinical Oncology.	83	SI, con modificaciones
9.	Selection of Optimal Adjuvant Chemotherapy and Targeted Therapy for Early Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. Volume 36 • Number 23 • August 10, 2018.	83	SI, con modificaciones
10.	4th ESO–ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4)	83	SI, con modificaciones
11.	Adjuvant endocrine therapy in premenopausal patients with hormone receptor-positive early breast cancer: Evidence evaluation and GRADE recommendations by the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). S. Gori et al. / European Journal of Cancer 99 (2018)	75	SI, con modificaciones
12.	Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019 Jun 24.	75	SI, con modificaciones
13.	NCCN Evidence Blocks™ Breast Cancer Version 3.2019 — April 26, 2019.	67	SI, con modificaciones
14.	Adjuvant Systemic Therapy for Early Stage (Lymph Node Negative and Lymph Node Positive) Breast Cancer Effective Date: April, 2018.	67	SI, con modificaciones
15.	Postmastectomy Radiotherapy: An American Society of Clinical Oncology, American Society for Radiation Oncology, and the Society of Surgical Oncology Focused Guideline Update. Practical Radiation Oncology (2016)	67	SI, con modificaciones

El flujograma de selección de la actualización de la GPC del Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama (MMCM) se describe en el Anexo N° 3.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**

2 +	Estudios de cohortes o casos control, estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes, casos control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

- La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) utiliza 3 categorías según sea el nivel de evidencia y el consenso de cada uno de sus miembros (Tabla N°3) (3).

Tabla N° 3: Sistema de clasificación de recomendaciones de National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Categoría de Recomendación	Interpretación
1	Alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
2A	Menor nivel de evidencia, pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
2B	Nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
3	Cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.

- Cancer Care Ontario (CCO) utiliza el programa del cuidado basado en evidencia (Program in Evidence - Based Care-PEBC). El objetivo de este programa es mejorar la calidad de los cuidados oncológicos gracias a la aplicación de la mejor evidencia científica a través de una revisión sistemática, adaptación de guías disponibles, fuentes de organizaciones relevantes y un consenso formal. No utilizan de forma rutinaria sistemas de graduación para evaluar la calidad de la evidencia, pero en cambio las características relevantes del estudio (Ejemplo: cegamiento, métodos de randomización, cálculo del tamaño muestral, análisis con intención a tratar, etc) son descritos de forma narrativa para que el lector juzgue la calidad de la evidencia de los estudios incluidos (4).
- La European Society Medical Oncology (ESMO) realiza un consenso a cargo de un panel multidisciplinario. Luego del consenso, se recogieron las preguntas clínicas relevantes y cada grupo era responsable de compilar la evidencia relevante para el desarrollo de la recomendación. No se realizó una búsqueda sistemática de la literatura. El nivel de evidencia y la fuerza de la recomendación se definió según el Sistema de clasificación del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas (Tabla N° 4). Finalmente se realizó un voto para determinar el nivel de consenso entre los panelistas para cada una de las recomendaciones. Se hará mención al nivel de evidencia de sus recomendaciones de esta manera: (Nivel de evidencia II, ESMO), según corresponda.



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

Tabla N° 4: Sistema de clasificación de evidencia según ESMO. Adaptado del Sistema de clasificación del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas.

Niveles de evidencia	
I	Evidencia de al menos un ensayo controlado aleatorizado grande de buena calidad metodológica (bajo potencial de sesgo) o metaanálisis de ensayos aleatorios bien realizados sin heterogeneidad.
II	Estudios pequeños randomizados o grandes estudios randomizados con sospecha de sesgo (nivel de calidad metodológica baja) o metaanálisis de esos estudios o de estudios con heterogeneidad demostrada.
III	Estudios prospectivos tipo cohorte.
IV	Estudios retrospectivos tipo cohorte o estudios caso-control.
V	Estudios sin grupo control, reporte de casos y opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Fuerte evidencia para eficacia con un beneficio clínico sustancial, muy recomendable.
B	Evidencia sólida o moderada de eficacia, pero con un beneficio clínico limitado, generalmente recomendado.
C	Evidencia insuficiente para eficacia o el beneficio no supera el riesgo o las desventajas (eventos adversos, costos, etc.), es opcional.
D	Evidencia moderada contra la eficacia o para resultados adversos, generalmente no se recomienda.
E	Pruebas sólidas contra la eficacia o por resultados adversos, nunca recomendadas.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) desde el año 2009 utiliza el método GRADE (Grading of recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) para evaluar la calidad de la evidencia en tratamiento y procedimientos terapéuticos. Además, para formular recomendaciones utiliza la fuerza y dirección del sistema GRADE. (Tabla N°5).



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- La Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO), desarrolla guías de novo orientadas a la enfermedad, abordando una situación clínica específica, así como orientadas a la aprobación de un fármaco, test diagnóstico o procedimiento. Formula preguntas PICO y luego realiza una revisión sistemática de la literatura médica considerando solo la evidencia relevante en la guía.
- La Sociedad Americana de Radio Oncología (siglas en inglés ASTRO) clasifica la calidad de la evidencia de cada recomendación como alta, moderada o baja, y está definida en relación a la medida del efecto, de la siguiente manera: Alto: Alta seguridad de que el efecto verdadero está cercano al efecto estimado. Moderado: Una confianza moderada en el efecto estimado. El efecto verdadero es muy parecido o cercano al efecto estimado, pero existe la posibilidad de que sean diferentes. Bajo: La confianza en el efecto estimado es limitada: El efecto verdadero puede ser probablemente diferente del efecto estimado.
- Guía de Práctica Clínica, MINSALUD - Colombia, es una guía adaptada. Realiza una búsqueda sistemática y un proceso de selección de la evidencia. Evalúa la calidad de la evidencia con la herramienta SIGN, jerarquizando los niveles de evidencia y grados de recomendación según el "Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN" 50 en su versión anterior, también empleados por la guía NICE.
- La Sociedad Italiana de Medicina Oncológica (siglas en inglés AIOM), desarrolló la Guía de Práctica Clínica Adjuvant endocrine therapy in premenopausal patients with hormone receptor-positive early breast cancer utilizando el método GRADE (Grading of recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) para evaluar la calidad de la evidencia.
- El Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM), desarrolló la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama Metastásico utilizando el método GRADE (Grading of recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) para evaluar la calidad de la evidencia. Además, ha tenido la colaboración metodológica del Centro Cochrane Iberoamericano para su desarrollo.

V.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en la actualidad, y es el cáncer más común en el sexo femenino (20-30% de todas las neoplasias) y el más letal. Es uno de los cánceres donde más desarrollo en investigación se ha tenido y por ende mayores tasas de supervivencia inclusive en estadios metastásicos.

Hoy en día está subdividido en 4 subtipos moleculares, cada uno con tratamiento y pronóstico diferente. Así tenemos:

- Luminal A, el cual es de curso más benigno e idealmente puede ser tratado solo con cirugía y hormonoterapia;





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**Tabla N°5: Sistema de clasificación de evidencia SIGN. Guideline Development Methods.**

Nivel de Evidencia	Interpretación
0	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1 +	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1 -	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgos.
2 ++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 +	Estudios de cohortes o casos control, estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grado de recomendación	
Nota: El grado de recomendación se relaciona con la fuerza de la evidencia, esta no refleja la importancia clínica de la recomendación.	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o estudio randomizado controlado con nivel de evidencia 1 ++ y directamente aplicable a la población objetivo o evidencia con estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población objetivo y demostrando resultados consistentes de sobrevida.
B	Evidencia con estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población objetivo y demostrando resultados consistentes de sobrevida o evidencia extrapolada desde estudio con nivel 1++ ó 1+.
C	Evidencia con estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población objetivo y demostrando resultados consistentes de sobrevida o evidencia extrapolada desde estudios con nivel 2 ++.
D	Evidencia con estudios de nivel 3 ó 4, o evidencia extrapolada desde estudios con nivel 2 ++.
Punto de buena	Recomendación basada en la experiencia clínica del grupo desarrollador de la Guía de Práctica Clínica.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- el Luminal B, el cual es un poco más agresivo, y que requiere después de la cirugía del uso de quimioterapia adyuvante;
- el HER2, el cual puede ser puro, o con expresión positiva de receptores hormonales (Triple positivo). Este tumor se caracteriza por un pronóstico algo adverso, pero posee una terapéutica biológica única y dirigida (Trastuzumab y Pertuzumab) la cual está aprobada para prescribirse en neoadyuvancia, adyuvancia y en el contexto metastásico. Cuando se asocia con expresión hormonal positiva se debe añadir al tratamiento hormonoterapia;
- y finalmente está el subtipo Triple Negativo, el cual tiene el peor pronóstico, y solo responde a quimioterapia. (34)

5.2 ETIOLOGÍA:

No se conoce un agente causal directo, sin embargo, se han planteado factores de riesgo que se mencionarán en el punto 5.5. (34)

5.3 FISIOPATOLOGÍA:

No se conoce un mecanismo fisiopatológico directo. Sin embargo, se sabe para el desarrollo de las células neoplásicas deben de existir al menos dos eventos ("Double hit") falla de genes supresores y oncogenes, estando uno disminuido y el otro aumentado. Sumado a la falla de los genes controladores del ciclo celular, existen mutaciones intrínsecas celulares siendo las principales vías de señalización mutadas la vía del MAPK (RAS/MEK/ERK) y la vía del PI3K/AKT. (34)

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en la actualidad, y es el cáncer más común en el sexo femenino (20-30% de todas las neoplasias) y el más letal. La edad de máxima incidencia está alrededor de los 50 años, aunque hoy en día se diagnostica alrededor de 6% de casos en mujeres menores de 35 años. (36)

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- **Edad:** el riesgo aumenta al aumentar la edad. La mayoría de casos ocurre en mujeres mayores de 60 años.
- **Raza:** más frecuente en mujeres de raza blanca
- **Alcohol:** su consumo excesivo aumenta el riesgo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- **Sobrepeso**
- **Aparición temprana de la primera regla**
- **Menopausia tardía**
- **Historia familiar:** aumenta el riesgo si un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) ha padecido la enfermedad. Si la enfermedad apareció en familiares más lejanos, el riesgo es menor.
- **Antecedentes personales:** una mujer que ha tenido cáncer de mama, tiene más riesgo de padecer otro cáncer en la mama contralateral.
- **Enfermedades previas de la mama:** algunas enfermedades de la mama como la hiperplasia atípica o el carcinoma lobulillar in situ pueden aumentar el riesgo.
- **Primer embarazo tardío**
- **Nuliparidad**
- **Terapia hormonal sustitutiva prolongada:** Durante el tratamiento hormonal sustitutivo existe un mayor riesgo de carcinoma de mama, si bien depende de los tipos de preparados, y vuelve al riesgo habitual una vez que cesa el tratamiento. (36)

5.5.1 Medio Ambiente

El medio ambiente per sé no tiene repercusión en la génesis de esta neoplasia, pues no se han demostrado relación alguna. (36)

5.5.2 Estilos de Vida

Cada vez hay más estudios que vinculan algunos hábitos no saludables con cáncer de mama. Se ha demostrado la relación con el sobrepeso/obesidad tanto en el origen de la neoplasia como en la evolución tórpida en aquellas pacientes que padecen cáncer de mama y tienen peso fuera de rango, a pesar de estar en tratamiento. Otro factor de riesgo asociado al estilo de vida es el tabaquismo y el alcohol. (36)

5.5.3 Factores Hereditarios

Se considera que el porcentaje de pacientes con cáncer de mama de origen hereditario fluctúa entre 5 a 15% de todos los casos. Generalmente los casos se hallan dentro del "Síndrome de Cáncer de Mama y ovario Hereditarios", el cual se vincula con los genes BRCA 1 y 2. Menos del 1% de la población general tiene mutación en estos genes, lo cual les da un 80% de posibilidades de hacer una neoplasia de mama u ovario, a lo largo de su vida. Solo un 10-15% de mujeres con cáncer de mama confirmado presentan mutación de algún gen BRCA, especial grupo de riesgo son las pacientes con Cáncer de Mama Triple Negativo. (36)





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



Los factores que pueden sugerir este síndrome a nivel familiar, pueden ser:

- 1 o más mujeres con diagnóstico de cáncer de mama u ovario a una edad menor de 45 años
- 1 o más mujeres con diagnóstico de cáncer de mama antes de los 50 años con historia familiar de cáncer de próstata, melanoma, o cáncer de páncreas.
- Presencia de cáncer de mama u ovario en múltiples generaciones en un mismo lado familiar.
- Paciente con diagnóstico de un segundo cáncer de mama en la misma mama o en la contralateral, o ha padecido un cáncer de mama y de ovario a la vez.
- Tener un familiar varón con cáncer de mama
- Tener historia de cáncer de mama, ovario y/o páncreas en el mismo grupo familiar. (36)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

- Cambios cutáneos: edema, eritema, piel de naranja y/o inflamación
- Cambios en la morfología de la mama: aparición de nódulos, retracciones.
- Cambios en el pezón: retracción, aplanamiento, inversión del mismo, eritema, secreciones.
- Nódulos únicos, solidos, irregulares, fijos a piel y generalmente No dolorosos. (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)(19)(20)(36)

6.1.2 Interacción Cronológica

Cada caso tiene un tiempo de aparición diferente. Se considera que el tiempo aproximado para pasar de un carcinoma in situ a infiltrante es de alrededor 2 años. (36)

6.1.3 Gráficos, Diagramas y fotografías

- Ver en anexos

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

No existen criterios patognomónicos, sin embargo, nosotros sugerimos el siguiente proceso diagnóstico:



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- HISTORIA CLINICA: Datos ginecológicos (¿uso de MAC, número de hijos, LME?, estado menopáusico, antecedentes familiares)
- Examen físico completo.
- LABORATORIO: hemograma, función hepática y renal, Fosfatasa alcalina, Calcio, M.T. (CEA, CA15.3); estradiol, FSH
- Imágenes: Mamografía bilateral +/- ecografía mamaria y axilar.
- AP: Obtención de biopsia dirigida (Core) por BAG o estereotaxia. Si adenopatías palpables PAAF axilar. Si axila negativa clínica e imagen lógicamente, valorar biopsia selectiva de ganglio centinela.
- Estudio Inmunohistoquímico de la muestra: status de Receptores hormonales (RE, RP, HER2, ki67%). (21)(22)(23)(24)(25)(26)(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34)(35) (36)

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- El diagnóstico diferencial principal de nódulos mamarios es la enfermedad fibroquística, es por dicho motivo que de haber sospecha neoplásica, la realización de una biopsia es mandatorio.
- (36)

6.3. EXÁMENES AUXILIARES (36)

6.3.1 De Patología Clínica (AP)

El cáncer de mama tiene estos principales subtipos histológicos:

o Carcinomas NO invasivos:

- Carcinoma ductal in situ (CDIS)
- Carcinoma lobulillar in situ (CLIS)

o Carcinomas invasivos:

- Carcinoma ductal infiltrante (CDI) 75% de todos los carcinomas invasivos.
- Carcinoma lobulillar infiltrante (5-10%)
- Carcinoma medular (5-7% del total)
- Carcinomas mucinosos y tubulares (en conjunto suman 5%)

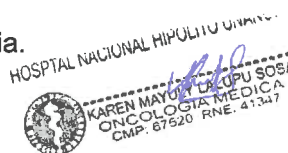
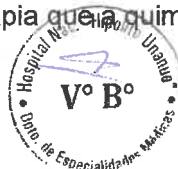
6.3.1.1 FENOTIPOS MOLECULARES

Desde el año 2000, Perou et al planteó una su clasificación molecular del cáncer de mama con implicancias terapéuticas y pronósticas.

Se consideran de forma práctica 4 subtipos:

a) Luminal A:

- Se define como aquel cáncer de mama que expresa RH positivos (RE y/o RP), HER2 negativo, ki67 bajo (<14%)
- Otro modo de definirlo es con RP alto (> 20%)
- Presentan mejor pronóstico en términos de SG y SLP
- Mejor respuesta a Hormonoterapia que a quimioterapia.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



b) Luminal B:

- Se define como aquel cáncer de mama que expresa RH positivos (RE y/o RP), HER2 negativo, ki67 alto (>14%)
- Requieren tratamiento con quimio y hormonoterapia.

c) HER2

- Se define como aquel cáncer de mama que expresa HER2 de forma positiva (3+). Si el resultado es de 2+ se debe confrontar con un estudio de amplificación de FISH.
- Se beneficia de una terapia biológica dirigida: el Trastuzumab.
- Puede presentar RH negativos y/o positivos.

- i. En el caso de RH positivos, se convierte en una entidad particular llamada TRIPLE POSITIVO que se beneficia de tratamiento dirigido con Trastuzumab, hormonoterapia y Quimioterapia. Presenta un pronóstico algo menos favorable que aquel tumor HER2 positivo con RH negativos.

d) Triple negativo:

- Se define como aquel Cáncer de mama que no expresa RH ni HER2.
- Tiene un pronóstico poco favorable, aunque suele responder inicialmente muy bien a quimioterapia.
- El tratamiento se basa en Quimioterapia.

6.3.2.2 Datos en informe anatomopatológico de Cáncer de Mama

Un informe de patología de cáncer de mama, debe consignar al menos los siguientes parámetros:

- Tipo histológico
- Presencia o no de componente in situ, o componente comedo.
- Diámetro tumoral
- Grado histológico (Scarff-Bloom-Richardson: SBR y mSBR)
- Infiltración linfovascular
- Afectación ganglionar en número y rotura capsular u componente microM1.
- IHQ:

1. RH (RE y RP) expresados bajo la técnica de Allred y/o H-



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



Score

- Se consideran positivos si el porcentaje es >1 , sin embargo, de forma práctica y en protocolos de ensayos clínicos el punto de corte es 10%.
- Existen estudios que postulan que a menor presencia de positividad a RH ($<10\%$ y más cercano al 1%) el pronóstico no es tan favorable (comportamiento algo similar a Triple negativo, si es que no expresa de forma conjunta HER2).

2. HER2 status:

- HER2 +: negativo
- HER2 ++: indeterminado, complementar con FISH, si es SISH/FISH amplificado se cataloga como un HER positivo, si no es amplificado, es un resultado negativo.
- HER 2 +++: positivo
- p TNM, estadio patológico.

6.3.2 De Imágenes

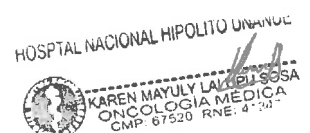
- Mamografía
- ecografía mamaria
- Biopsia con guía ecográfica o esterotaxica

En pacientes con estadio localmente avanzado tributarias de tratamiento quimioterápico neo adyuvante, se debe de realizar previamente:

- TC TAP, en su defecto Rx tórax con ecografía de abdomen completo.
- Gammagrafía ósea
- TC craneal (si clínica neurológica sugestiva).
- Se podría valorar emplear una Resonancia magnética de mama. (34)

6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios

- Tipificación de subtipo molecular por medio de inmunohistoquímica.
- Determinación de: Receptores estrogénicos o Receptores de progesterona, Ki67, HER2
- A modo de estadiaje -especialmente en pacientes con estadio localmente avanzado tributarias de tratamiento quimioterápico neo adyuvante- se debe de realizar previamente:





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

- TC TAP, en su defecto Rx tórax con ecografía de abdomen completo.
- Gammagrafía ósea
- TC craneal (si clínica neurológica sugestiva).
- Resonancia magnética de mama en casos seleccionados

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas Generales y Preventivas

- o Políticas de prevención en la población sugiriendo la auto palpación acompañada de realización de una mamografía anual desde de la edad de 40 años.

6.4.2 Terapéutica ⁽³⁶⁾

6.4.2.1 CARCINOMA IN SITU:

- Confirmación de CDIS (pTis, N0 M0) por AP, con determinación de RH.
 - Si el resultado es de HER2 +++ constatar que no sea del componente invasivo de estar presente.
- Aplicación de score pronóstico de Van Nuys (South Carolina University, 2003) para ver opción terapéutica. Variables a considerar:

ÍNDICE PRONÓSTICO DE VAN NUYS (modificado):

	1	2	3
Tamaño (mm)	≤ 15	16-40	> 40
Márgenes (mm)	≥ 10	1-9	< 1
Histología			
Grado nuclear	1-2	1-2	3
Necrosis	no	sí	sí
Edad	> 60	40-60	< 40

4-6: Excisión
7-9: Excisión + RT
10-12: Mastectomía

- Tratamiento de disminución de riesgo: Uso de tamoxifeno 20mg/d, por 5 años.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



6.4.2.2 CANCER INVASIVO

6.4.2.2.1 Estadio inicial: I, IIA, IIB

- Tumorectomía con estadiaje axilar quirúrgico +/- reconstrucción, seguido de RT +/- boost.
 - Si la axila es clínicamente negativa al diagnóstico se debe realizar un estudio de ganglio centinela.
- Factores de riesgo que sugieren completar tratamiento con QT adyuvante:
 - Ganglios positivos: valorar cuando están de 1 a 3 ganglios afectados, dar siempre cuando hay >4 ganglios.
 - Tamaño tumoral >2cm (pT2)
 - Si RE negativo: diámetro tumoral > 1cm
 - Ki67% >25% (Luminal B)
 - Si ganglios negativos, valorar pT2, alto grado histológico, RH negativos, micro M1.
- Es altamente recomendable que cualquier esfuerzo terapéutico con intención ADYUVANTE sea iniciado entre la 2ª y 6ª semana post cirugía, habiéndose demostrado que la eficacia de estos tratamientos disminuye paulatinamente siendo casi ineficaces si superan las 12 semanas post cirugía.
- Según fenotipo:

a. LUMINAL	
	i. pT1a o micro invasión
	- Sin ganglios: valorar Hormonoterapia (HT).
	- Con micro M1 en ganglios: QT luego HT
	• pT1b +/- N+ - Valorar uso de plataformas genómicas (Oncotype® Recurrente Score) • Bajo riesgo (RS <18): HT • Riesgo intermedio (RS 18-31): valorar QT, brindar HT • Riesgo alto: (RS >31) QT y HT • Ganglios positivos: QT seguido de HT
	** en pacientes pre menopáusicas, de alto riesgo, valorar dar análogo durante la QT neo adyuvante o adyuvante, y en la adyuvancia, adicionar análogo LhRh a terapia endocrina escogida, mínimo por 5 años ** si la paciente es pre menopáusica y desea gestar, se sugiere completar como mínimo 2-3 años de adyuvancia endocrina para luego plantear embarazo.



**b. HER2 con RH+ (Triple positivo)****i. pT1a o micro invasión**

1. Sin ganglios: valorar Hormonoterapia (HT).

2. Con micro M1 en ganglios:

i. HTQT + Trastuzumab seguido de HT

ii. T1c: HT y QT con Trastuzumab

iii. Ganglios positivos: HT y QT con Trastuzumab

c. HER2 con RH –

• pT1a o micro invasión

• Sin ganglios: NO adyuvancia

• Con micro M1 en ganglios: Considerar QT + Trastuzumab

• T1b: considerar QT con Trastuzumab

• T1c: dar QT con Trastuzumab

• iv. Ganglios positivos: QT con Trastuzumab

d. Triple negativo:**i. pT1a o micro invasión**

• Sin ganglios: Neo adyuvancia

• Con micro M1 en ganglios: Valorar QT adyuvante.

ii. T1b: valorar la Quimio.**iii. T1c:**

• Ganglios positivos: dar QT

6.4.2.2.2 LOCALMENTE AVANZADO (IIIA, IIIB, IIIC)

• Realizar un correcto estadiaje para d/c M1

• TC TAP

• Gammagrafía OSEA

• Se recomienda tratamiento con QT neoadyuvante (NY) de acuerdo a cada subtipo molecular. Se pueden resumir las indicaciones a continuación:

• *Tm > 5cm (T3-4)*

• *Tm fijo a pared o con compromiso cutáneo*

• *Adenopatías afectadas: axilares, mamaria interna (N2), infraclavicular (N3).*

• *Carcinoma inflamatorio*

• Valorar colocación de "coils" intralesionales (marcaje de mama y axila) por si se produce respuesta completa patológica (RCp).



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- Si hay respuesta tras Neadyuvancia optar por opción quirúrgica (idealmente conservadora)

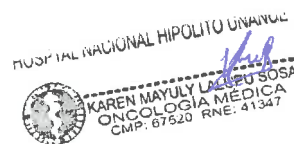
a. Mastectomía total + Disección de ganglios de nivel I-II, seguido de RT (+boost) y de reconstrucción mamaria posterior.

- *Considerar Mastectomía en las siguientes situaciones:*

- *Enfermedad multicéntrica.*
- *Tumor >4cm*
- *Relación desfavorable Tumor/mama*
- *No poder dejar márgenes adecuados (Si márgenes <10mm: ampliarlos)*
- *Micro calcificaciones difusas en Mamografía.*
- *Score de Van Nuys 10-12 en Carcinoma In situ.*
- *Radiación previa.*
- *Deseo expreso de la paciente*
- *No poder realizar RT adyuvante.*

b. Valorar Tumorectomía + Disección ganglionar nivel I-II, seguido de RT.

- Si no acabó QT NY, completar los ciclos faltantes de modo adyuvante y continuar con HT (si RH+) o Trastuzumab por 1 año, si fuera HER2 puro o triple positivo
- En pacientes con cáncer de mama Localmente avanzado HER2 (puro o triple positivo), se puede iniciar trastuzumab y pertuzumab conjuntamente con taxanos, durante la fase neoadyuvante (6 ciclos), para luego completar tratamiento hasta cumplir los 12 meses con Trastuzumab.
- Se sugiere emplear -de forma ideal- la vía subcutánea para el empleo de Trastuzumab en cualquier escenario (neoadyuvante, adyuvante o avanzado), sobre la vía endovenosa.
- Paciente premenopáusicas que recibirán QT neoadyuvante o adyuvante se sugiere bloqueo hormonal con análogos de LhRh.
- Se sugiere en pacientes TN, Luminal B o HER2, valorar empleo de esquemas con dosis densa como AC cada 14 días o Paclitaxel cada 14 días.
- En pacientes mayores de 60 años con fenotipo Luminal A con enfermedad localmente avanzada se puede plantear neoadyuvancia solo con terapia endocrina.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



6.4.2.2.3 ENFERMEDAD AVANZADA (IV) de debut o Recidiva

- Recidiva local: Valorar cirugía y/o RT
- Recidiva loco regional: ganglios afectados, valorar QT neoadyuvante seguida de cirugía de las adenopatías y luego completar con RT.
- Recidiva ósea: (M1 Oseas) añadir Bifosfonatos (Zoledronato) a QT
- Recidiva o debut con CRISIS VISCERAL: quimioterapia

a. RH positivos (LUMINAL):

a. PREMENOPAUSICA:

- Convertir en postmenopausica ya sea por medio de ooforectomía bilateral, RT ovárica o doble bloqueo hormonal (análogo LhRh + inhibidor de aromatasa o Tamoxifeno)
- Si la recidiva ocurrió durante la adyuvancia (tamoxifeno +/- análogo LHRH) y luego del paso (i), se sugiere empleo de inhibidores CDK4/6*
(idealmente Ribociclib por estudio Monaleesa 7) + FULVESTRANT
- Si la recidiva ocurre posterior a la finalización de la adyuvancia, y luego de paso (i), se sugiere un tratamiento con CDK4/6 + LETROZOL.
- Si es paciente metastasica de debut, sin crisis visceral, luego del paso (i) dependiendo del sitio afectado se podría valorar el tratamiento:
 - HUESO: FULVESTRANT o iCDK4/6 + LET
 - VISCERA: iCDK4/6 + LET

b. POSTMENOPAUSIA

- Si la recidiva ocurrió durante la adyuvancia (inhibidor de aromatasa) se sugiere empleo de inhibidores CDK4/6 + FULVESTRANT o FULVESTRANT en monoterapia
- Si la recidiva ocurre posterior a la finalización de la adyuvancia, se sugiere un tratamiento con iCDK4/6 + LETROZOL o FULVESTRANT
- Si es paciente metastasica de debut, sin crisis visceral, dependiendo del sitio afectado se podría valorar el tratamiento:
 - HUESO: FULVESTRANT o iCDK4/6 + LET



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	- VISCERA: iCD4/6 + LET
	• Si la paciente debuta con crisis visceral: Quimioterapia

**inhibidores CDK4/6 aprobados: Palbociclib y Ribociclib*

c. Refractoriedad a HT: QT

• HER2

1ª Línea: Trastuzumab + Pertuzumab + QT (idealmente taxano)

2ª Línea: Trastuzumab con otro agente quimioterápico diferente al previo.

3ª línea: Lapatinib + QT

4ª línea: Trastuzumab + Lapatinib

- Valorar en cualquier línea inclusión en ensayo clínico.
- Si presenta RH positivos: asociar HT.

• TRIPLE NEGATIVO

- Empleo de Líneas QT metastásicas.
- Valorar inclusión en ensayo clínico.

ESQUEMAS TERAPEUTICOS:

A. HORMONOTERAPIA o Terapia endocrina, adyuvante

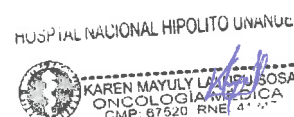
• PREMENOPAUSICAS:

- Tamoxifeno 20mg/día (Inhibidor de RE)
- Generalmente se le asocia supresión ovárica con análogos LHRH (leuporelina, triptorelina, goserelina) por 2-3 años.

• POSTMENOPAUSICAS:

- INHIBIDORES DE AROMATASA (IA)
 - Letrozol 2.5m/d
 - Anastrozol 1mg/d
 - Exemestano 25mg/d

** Al emplear inhibidores de aromatasa se sugiere adicional Calcio y vitamina D*





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



B. QUIMIOTERAPIA

- Dosis densa (dd) AC + Pacli
Adriamicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m²
cada 14d x 4c, seguido de paclitaxel 175mg/m²
c/14d por 4c. (+ Soporte de GM-CSF)
- TC
Docetaxel 75mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m², q21d por
4c (+ soporte de GM-CSF)
- ACx4 – DOCEx4
Adriamicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m²
cada 21d x 4c, seguido de docetaxel 100mg/m² q21d
por 4c.
- AC seguido de Pacli semanal
Adriamicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m²
cada 21d x 4c, seguido de paclitaxel 80mg/m²
semanal por 12 semanas.
- AC seguido de Paclitaxel semanal
Adriamicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m²
cada 14d x 4c, seguido de paclitaxel 80mg/m²
semanal por 12 semanas.
- AC – DOCE + TRASTUZUMAB
Adriamicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m²
cada 14d x 4c, seguido de:
 - Docetaxel 100mg/m² q21d por 4c, con
 - TRASTUZUMAB EV
 - i. 4mg/kg la primera dosis
(sem1)
 - ii. 2mg/kg semanalmente por 11
semanas
 - iii. 6mg/kg c/21d hasta completar
12m de tto *
- Se puede emplear también como dosis de inicio
8mg/kg y 21d después continuar con 6mg/kg y así
sucesivamente c/3sem hasta llegar a 12 meses.
- Luego de culminar la adyuvancia con la
quimioterapia y el trastuzumab por
aproximadamente 6 meses, se debe mantener el
trastuzumab. * En este escenario también es
válido el empleo de la presentación subcutánea
SC (Trastuzumab SC, 1amp 600mg cada 21d en
3-5min)





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



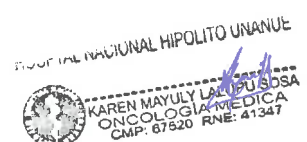
- AC seguido de Pacli + Trastuzumab Adriamicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m² cada 14d x 4c, seguido de paclitaxel 80mg/m² semanal por 12 semanas, y conjuntamente.
- Trastuzumab 8mg/kg como dosis inicial y luego seguir con 6mg/kg hasta completar 1 año.
- Otra alternativa para el mantenimiento con Trastuzumab es el empleo del mismo, pero en presentación SC, 1amp 600mg cada 21d en 3-5min
- PACLI + Trastuzumab
Paclitaxel 80mg/m² semanal por 12 semanas, con Trastuzumab EV 4mg/kg como dosis inicial, y luego 6mg/kg q21d hasta completar el año, o si fuese Trastuzumab SC, 1 amp de 600mg cada 21d por 12meses.
- CARBO+GEM
CBDCA AUC2 + Gemcitabina 1000mg/m², ambos d1-8/21d

C. SOPORTE

- ix. Zolendronato: 1 ampolla de 4mg, EV c/3-4semanas.
• Vigilar función renal - Idealmente asociarlo con Calcio y vitamina D)
- x. Denosumab: 1 ampolla de 120mg, SC cada 4 semanas.
(Idealmente asociarlo con Calcio y vitamina D)

6.4.3. EFECTOS COLATERALES O EFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO

- Dependientes del tipo de tratamiento instaurado:
- Quimioterapia: principalmente alopecia, neutropenia febril, astenia, neuropatías, toxicidad gastrointestinal: emesis, diarreas. - Terapia biológica: astenia, dolor en zona de inyección, neuropatía - Hormonoterapia: astenia, artralgias, alopecia leve.
- Cirugía: infección de herida operatoria, dehiscencia, linfedema.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Paciente sin quimioterapia: Fiebre, signos de mastitis, ictericia, déficit neurológico.
- Paciente con tratamiento oncológico activo: fiebre, o cualquier otro síntoma asociado al tratamiento o a una posible progresión de enfermedad.

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

En todos los estadios, pero sobretudo en los iniciales, luego de una terapia curativa (cirugía +/- terapia adyuvante) se sugiere realizar seguimiento por 5 años como mínimo, el cual debe incluir:

- *Seguimiento conjunto entre Oncoginecología y oncología médica.*
- *Examen físico c/4-6m por 5 años, con analítica sanguínea (función renal, hepática, fosfatasa alcalina, hemograma y MT: CEACa15.3), luego anualmente.*
- *Mamografía anual*
- *Pacientes con TAM, examen ginecológico anual*
- *Valorar TC TA 2 veces al año los 3 primeros años y luego anual.*

6.4.6. PRONÓSTICO

Actualmente el pronóstico de vida aumenta cada día más, gracias a mejores técnicas de diagnóstico y screening, así como mayores opciones terapéuticas (hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia, cirugía, terapia biológica y de mantenimiento). En algunos lugares puede llegar casi al 77% de supervivencia a los 5 años.

6.5 COMPLICACIONES

Las complicaciones del cáncer de mama pueden ser divididas de acuerdo a:

- La propia patología:

Principalmente en los pacientes que progresan al tratamiento, o recidivas, dependiendo del lugar afectado, principalmente:

- Metástasis cerebrales: Clínica neurológica debida a hipertensión endocraneana, etc.
- Metástasis pulmonares / Linfangitis carcinomatosa: Disnea, Insuficiencia respiratoria severa, trombo embolismo pulmonar.
- Metástasis hepáticas: clínica de insuficiencia hepática.
- Metástasis óseas: dolor articular, riesgo de compresión medular si afectación en columna cérvico-dorsal, fracturas patológicas.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- Secundarias al tratamiento:

1. De acuerdo al tratamiento recibido, siendo las complicaciones más comunes las producidas luego de quimioterapia, sin embargo, la mayoría de estas cursan de forma leve. Entre otras:

- Toxicidad hematológica: pancitopenia, neutropenia Febril.
- Alopecia
- Neuropatías periféricas.
- Emesis

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.6.1 Referencia:

- Se realizará una referencia temporal para realización de algunos exámenes auxiliares comprendidos en lo referente al estadiaje oncológico, como por ejemplo Tomografías (TEMs), Gammagrafías óseas, Resonancia magnética, o algún otro examen necesario en este tipo de pacientes como por ejemplo ecografía doppler o algunas pruebas de uro dinamia.
- Se realizará una referencia temporal (sólo de las muestras de patología) en caso que exista alguna duda con el diagnóstico anatómo-patológico de nuestro centro, o se requiera de algún estudio complementario en esta área, como por ejemplo inmunohistoquímica.
- Se referirá a un centro especializado en radioterapia a aquellos pacientes que requieran su tratamiento exclusivo, concurrente o secuencial.
- Pacientes que presenten progresión tumoral a pesar de múltiples líneas de tratamiento deberán ser referidos, si conservan buen estado funcional, a un establecimiento de mayor complejidad para valorar su inclusión en protocolos de investigación (estudios clínicos aleatorizados fases 1, 2, 3).
- Pacientes jóvenes (<40 años) con diagnóstico de cáncer de mama, especialmente del subtipo triple negativo, deberían ser derivadas a una UNIDAD DE CONSEJO GENETICO de un centro de mayor complejidad, debido al riesgo de tener un síndrome de cancer de mama y ovario hereditarios.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

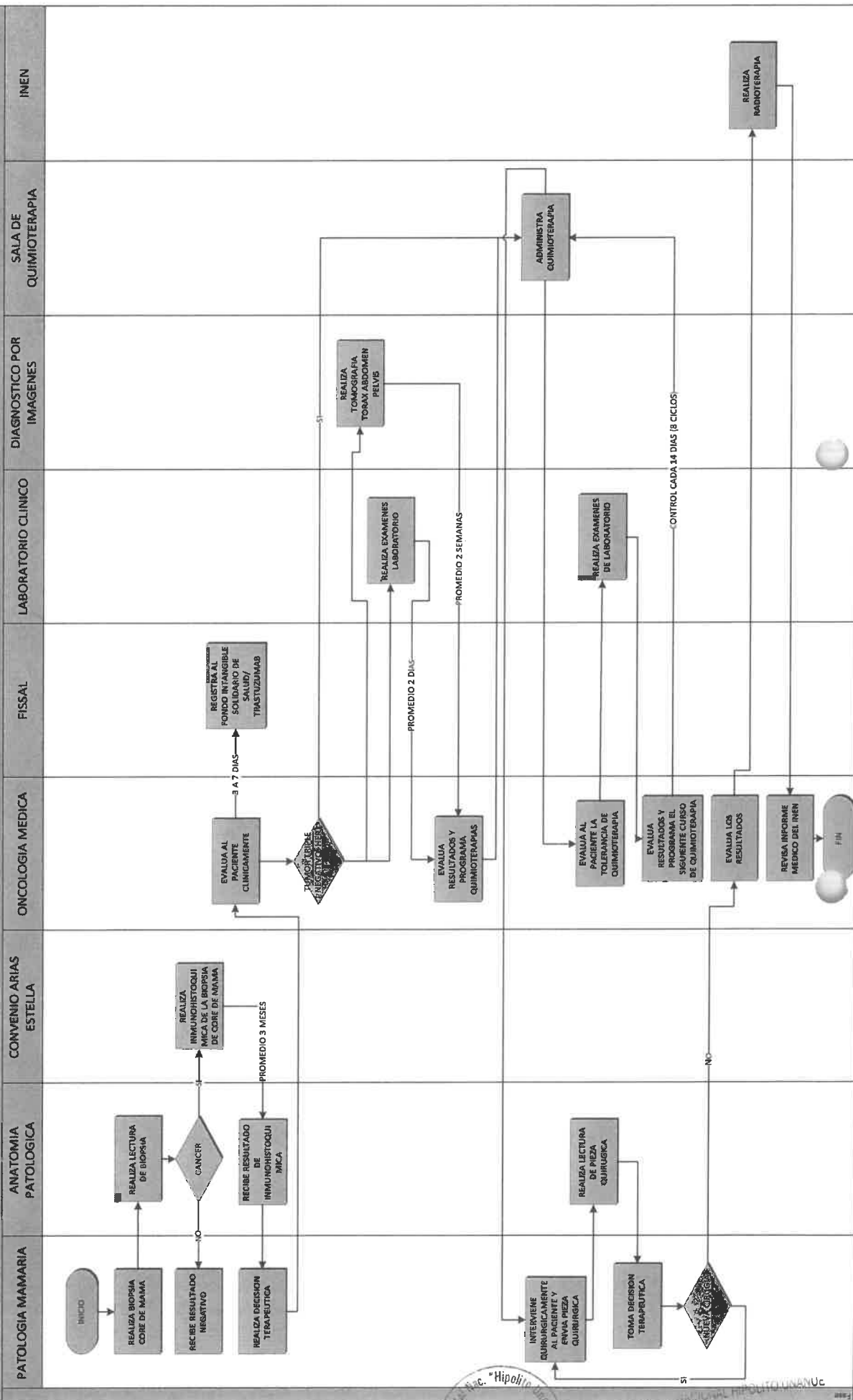


6.6.2 Contra referencia:

Los pacientes deben de ser contra referidos de los centros para continuar con el manejo de los pacientes a los cuales se les ha instaurado el plan terapéutico, el criterio básico de contra referencia es haber concluido la intervención motivo de referencia.

6.7 FLUXOGRAMA

ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMAS





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



6.8 PLAN PARA LA ACTUALIZACION DE LA GPC:

La presente GPC se actualizará cada 3 años o en un periodo menor si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Nuevas intervenciones diagnosticas y/o manejo avalada por guías internacionales.
- Reciente aprobación de drogas por la agencia regulatoria Nacional DIGEMID o agencias regulatorias internacionales de alta vigilancia como la FDA y/o EMA.

El proceso inicia con la monitorización de nueva evidencia por el grupo de estudio oncológico y grupo de interés (médicos de staff, médicos en formación académica entre otros). El grupo de estudio, ampliara los periodos de búsqueda en base a las preguntas, para obtener evidencia actualizada y de hallarse nueva evidencia continuara el proceso de elaboración ya descrito.

6.9. PLAN PARA LA EVALUACION Y MONITOREO DE LA GPC

La adherencia a la GPC, estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad y difusión por la Oficina de Comunicaciones. La evaluación y monitoreo de la implementación de las recomendaciones estará a cargo de la Unidad Oncológica Funcional el cual será realizado con una frecuencia anual en base de indicadores de proceso. (Anexo N° 7)





PERÚ

Ministerio
de Salud

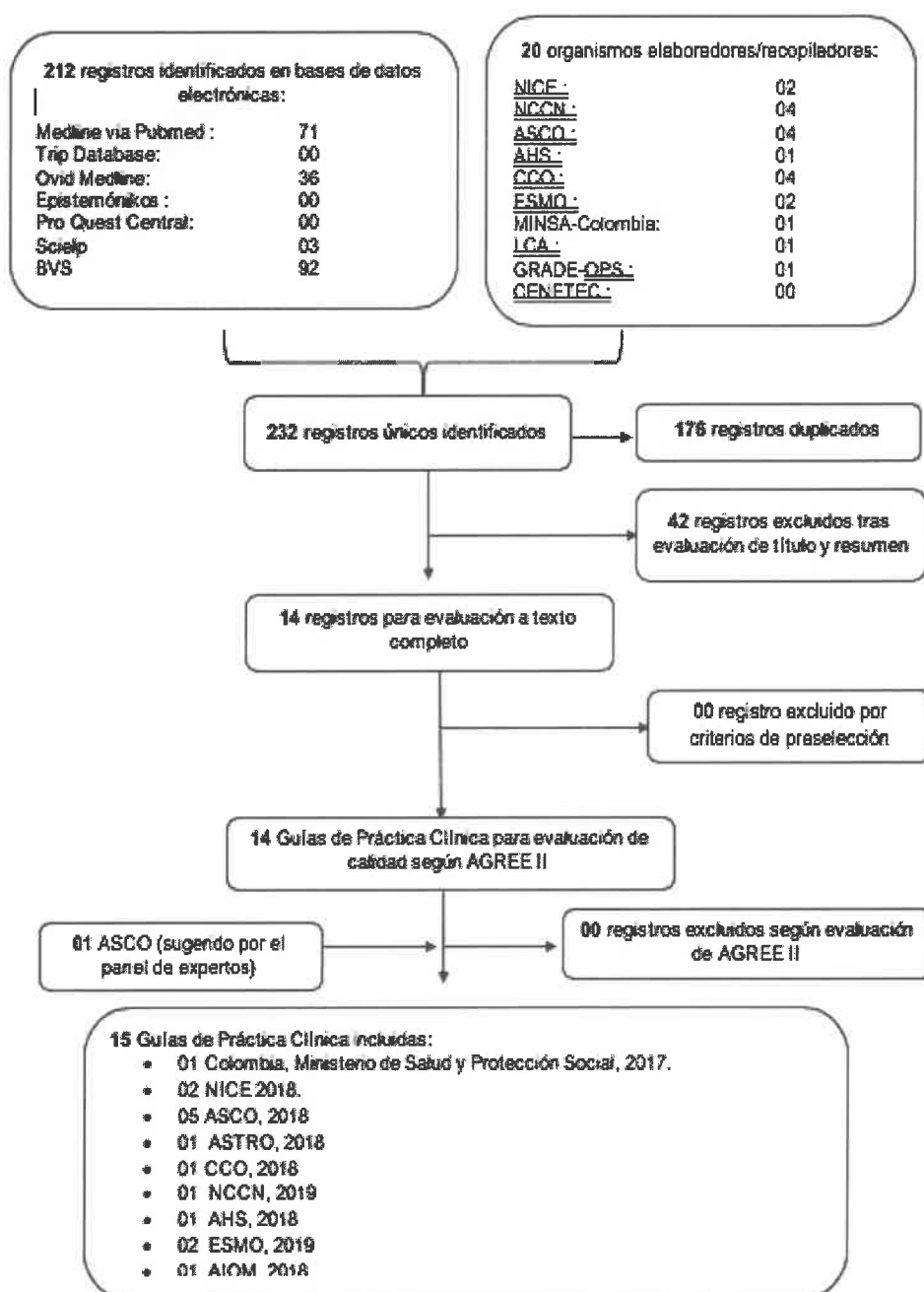
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



VII. ANEXOS

ANEXO N°1: Flujograma de selección de Guía de Práctica Clínica para el Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE CÁNCER DE MAMA





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**ANEXO2: SISTEMA DE ESTADIAJE DE CANCER AJCC-TNM (8ta edición)**

En la actualidad para el estadiaje de cáncer de mama, empleamos la 8ª edición del sistema TNM elaborada por la **American Joint Committee on Cancer (AJCC)**.

Tumor primario (T)	
Tx	No se puede evaluar el tumor primario
T0	No existe evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
Tis (CDIs)	Carcinoma ductal in situ
Tis (Paget)	Enfermedad de Paget del pezón que no esté asociada con el carcinoma invasivo o carcinoma in situ (CDIs o CLIs) en el parénquima mamario subyacente. Los carcinomas del parénquima mamario asociados con la enfermedad de Paget se clasifican según el tamaño y las características de la enfermedad parenquimal subyacente anotando la presencia de la enfermedad de Paget.
T1	El tumor mide ≤ 20 mm en su mayor dimensión.
T1mi	El tumor mide ≤ 1 mm en su mayor dimensión.
T1a	El tumor mide > 1 mm, pero ≤ 5 mm en su mayor dimensión. (cualquier tamaño entre 1 a 1.9 debe redondearse a 2 mm)
T1b	El tumor mide > 5 mm, pero ≤ 10 mm en su mayor dimensión.
T1c	El tumor mide > 10 mm, pero ≤ 20 mm en su mayor dimensión.
T2	El tumor mide > 20 mm, pero ≤ 50 mm en su mayor dimensión.
T3	El tumor mide > 50 mm en su mayor dimensión.
T4	El tumor es de cualquier tamaño con extensión directa a la pared pectoral o a la piel (ulceración o nódulos cutáneos).*
T4a	Extensión a la pared torácica que no solo incluye adherencia o invasión al músculo pectoral.
T4b	Ulceración y/o nódulos satélites ipsilaterales y/o edema (incluyendo la piel de naranja), que no cumple el criterio de carcinoma inflamatorio.
T4c	Ambos, T4a y T4b



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

T4d	Carcinoma inflamatorio: - Eritema que ocupa al menos un tercio de la mama. - Edema y/o piel de de naranja y/o calor local en la mama con o sin una masa palpable. - Inicio rápido de los síntomas - Tiempo de enfermedad $\leq$ 3 meses.
Ganglios Linfáticos – Clínico (N)	
Nx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (Ejm. Previamente resecados o no hay documentacion del examen físico de la axila)
N0	No metástasis en los ganglios linfáticos.
N1	Metástasis móviles en el nivel axilar ipsilateral I y II.
N2	Metástasis clínicamente fijas o induradas en el nivel axilar ipsilateral I y II o metástasis en los ganglios de la cadena mamaria interna detectado clínicamente en la ausencia de metástasis ganglionar axilar clínicamente evidente**.
N2a	Metástasis clínicamente fijas o induradas en el nivel axilar ipsilateral I y II.
N2b	Metástasis en los ganglios de la cadena mamaria interna detectado clínicamente, en la ausencia de metástasis ganglionar axilar clínicamente evidente**.
N3	Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares ipsilaterales (Nivel axilar III) con o sin metástasis en el nivel axilar I - II o metástasis en cadena mamaria interna clínicamente detectada con metástasis clínicamente evidente en nivel I y II o metástasis ganglionar supraclavicular con o sin compromiso de la cadena mamaria interna.
N3a	Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares ipsilaterales.
N3b	Metástasis en ganglios linfáticos de cadena mamaria interna y ganglios linfáticos axilares ipsilaterales.
N3c	Metástasis en ganglios linfáticos supraclavicular ipsilateral.
Patológico (pN)	
pNX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (Ejemplo, extirpación previa o no se extirpó para un estudio patológico)
pN0	No se identificó metástasis en ganglios linfáticos regionales por histología
pN0(i-)	No hay metástasis ganglionar regional por histología ni IHC.





pN0(i+)	Células malignas en ganglio(s) linfático(s) regional(es) $\leq 0,2$ mm (detectado mediante H&E o IHC, incluyendo CTA)
pN0(mol-)	No hay metástasis ganglionar regional por histología ni IHC ni por hallazgos moleculares (RT-PCR).
pN0(mol+)	Hallazgos moleculares positivos (RT-PCR), pero no se detectó metástasis a ganglio linfático regional mediante histología o IHC
pN1	Micrometástasis; o metástasis en 1-3 ganglios linfáticos axilares; y/o metástasis en cadena mamaria interna con detección mediante biopsia de ganglio linfático centinela, pero sin detección clínica.
pN1mi	Micrometástasis (> 0.2 mm y/o > 200 células pero no > 2 mm)
pN1a	Metástasis en 1-3 ganglios linfáticos axilares, al menos una metástasis > 2 mm
pN1b	Metástasis en cadena mamaria interna con micrometástasis o macrometástasis detectado mediante biopsia de ganglio centinela, pero no detectado clínicamente.
pN1c	Metástasis en 1-3 ganglios linfáticos axilares y en cadena mamaria interna con micrometástasis o macrometástasis detectado con biopsia de ganglio centinela, pero no detectado clínicamente.
pN2	Metástasis en 4-9 ganglios linfáticos axilares; o metástasis en cadena mamaria interna detectado clínicamente en ausencia de metástasis ganglionar axilar.
pN2a	Metástasis en 4-9 ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral > 2 mm)
pN2b	Metástasis en cadena mamaria interna detectado clínicamente en ausencia de metástasis ganglionar axilar.
pN3	Metástasis en ≥ 10 ganglios linfáticos axilares; o metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares (nivel III axilar); o metástasis en cadena mamaria interna ipsilateral en presencia de ≥ 1 ganglios linfáticos axilares positivos en el nivel I, II; o metástasis en > 3 ganglios linfáticos axilares y en cadena mamaria interna con micrometástasis o
	macrometástasis detectado mediante biopsia de ganglio centinela, pero no clínicamente; o metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales.
pN3a	Metástasis en ≥ 10 ganglios linfáticos axilares (por lo menos un depósito tumoral > 2 mm); o metástasis en los ganglios linfáticos infraclaviculares (nivel axilar III)
pN3b	Metástasis en cadena mamaria interna detectada clínicamente y en ≥ 1 ganglio linfático axilar positivo; o metástasis en > 3 ganglios linfáticos axilares y cadena mamaria interna con micrometástasis o macrometástasis detectado por biopsia de ganglio centinela, pero no clínicamente.
pN3c	Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales supraclaviculares



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

Metástasis (M)	
M0	No hay evidencia clínica o radiográfica de metástasis a distancia
cM0(i+)	No hay prueba clínica o radiográfica de metástasis a distancia, pero sí detección de depósitos de células tumorales moleculares o microscópicas en la sangre circulante, médula ósea u otros tejidos ganglionares no regionales, que tienen $\leq 0,2$ mm en pacientes sin signos o síntomas de metástasis.
M1***	Hay metástasis a distancia según signos clásicos clínicos o radiográficos y/o confirmado por histología $> 0,2$ mm

*La invasión de la dermis no califica por sí solo para catalogarlo como T4.
 **Clínicamente detectado se define como detectado con estudios de imagen (excluyendo linfocintigrafía) o por examen clínico y teniendo características altamente sospechosas de malignidad o patología sospechosa de macrometástasis por aspiración con aguja fina.
 *** No se debe usar pM0, los casos son cM0 o cM1, y si la enfermedad cM1 se confirma mediante una biopsia, se debe usar pM1
 H&E: Hematoxilina y Eosina, IHC: Inmunohistoquímica, CTA: Células tumorales aisladas, RT - PCR: Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa o reversa.
 Si el paciente ha recibido tratamiento neoadyuvante se debe de colocar antes del T o N el prefijo "y" ya sea clínica o patológico. Ejemplo: ypT, ycT, ypN, ycN. Si el paciente logra respuesta completa patológica descrito como ypT0 ypN0cM0, no se asigna ningún estadio clínico.
 El sufijo sn se utiliza cuando se realiza sólo la técnica del ganglio centinela sin disección ganglionar axilar subsecuente. Ejemplo: pN0 (sn)

Estadificación Anatómica del Cáncer de Mama, AJCC 8avo reporte			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1*	N0	M0
Estadio IB	T0	N1mi	M0
	T1*	N1mi	M0
Estadio IIA	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNZUÉ
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

Estadio IIIB	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Estadio IIIC	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

* T1 incluye T1mi
 ** Tumores T0 y T1 sólo con micrometástasis ganglionar son excluidos de los Estadios IIA y son clasificados como Estadio IB

Estadificación según el Pronóstico Clínico del Cáncer de Mama, AJCC 8 ^{avo} reporte					
TNM	Grado	HER2	RE	RP	Estadio
Tis N0 M0	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera	0
T1* N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
		Negativo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IB
T1* N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
		Negativo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IB



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

T1* N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
		Negativo	Positivo	Positivo	IA

				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IB
T0 N1° M0 T1* N1° M0 T2 N0 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
T0 N1° M0 T1* N1° M0 T2 N0 M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
T0 N1° M0 T1* N1° M0 T2 N0 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IB

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
KAREN MAYULY LÓPEZ SOSA
ONCOLOGÍA MÉDICA
FEB 17/21 PM 11:11



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

T2 N1 ^a M0 T3 N0 M0	Grado 1	Positivo		Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
			Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
		Negativo	Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIB
			Positivo	Positivo	IIA
				Negativo	IIB
T2 N1 ^a M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIB

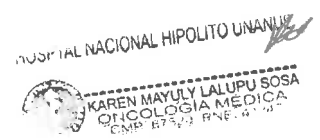
T3 N0 M0				Negativo	IIA
				Positivo	IIA
			Negativo	Negativo	IIB
				Positivo	IIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IIA
				Negativo	IIB
			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIB
T2 N1 ^a M0 T3 N0 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIA
				Negativo	IIB
			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIB
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IIA
				Negativo	IIIA



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

T3 N1ª M0 T3 N2 M0		Negativo	Negativo	Positivo	IIIA	
				Negativo	IIIA	
			Negativo	Positivo	Positivo	IIA
					Negativo	IIIA
				Negativo	Positivo	IIIA
					Negativo	IIIB
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1ª M0 T3 N2 M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IIA	
T1* N2 M0				Negativo	IIIA	
T2 N2 M0				Negativo	Positivo	IIIA
T3 N1º M0			Negativo		IIIA	
T3 N3 M0			Negativo	Positivo	Positivo	IIA
					Negativo	IIIA
		Negativo		Positivo	IIIA	
				Negativo	IIIB	
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1ª M0 T3 N2 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IIB	
T1* N2 M0				Negativo	IIIA	
T2 N2 M0			Negativo	Positivo	IIIA	
T3 N1º M0				Negativo	IIIA	
T3 N3 M0				Negativo	Positivo	Positivo
			Negativo			IIIB
			Negativo		Positivo	IIIB
					Negativo	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1ª M0 T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IIIA	
				Negativo	IIIB	
			Negativo	Positivo	IIIB	
				Negativo	IIIB	





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

		Negativo	Positivo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1 ^a M0 T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1 ^a M0 T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIC
			Negativo	Positivo	IIIC
				Negativo	IIIC
Cualquier T Cualquier N M0	Cualquier	Cualquier	Cualquier	Cualquier	IV

* T1 incluye T1mi
° N1 no incluye N1mi. T1N1miM0 y T0N1miM0 son incluidos en T1N0M0 según el estado pronóstico clínico ° N1 incluye N1mi. T2, T3 y T4 y N1mi son incluidos en T2N1, T3N1 y T4N1 respectivamente según el estado pronóstico clínico

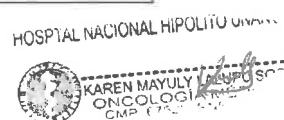
Estadificación según el Pronóstico Patológico del Cáncer de Mama, AJCC 8 ^{avo} reporte					
TNM	Grado	HER2	RE	RP	Estadio
Tis N0 M0	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera	0
T1* N0 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IA



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

T0 N1mi M0 T1* N1mi M0		Negativo		Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
T1* N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
		Negativo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IB
T1* N0 M0 T0 N1mi M0 T1* N1mi M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IA
		Negativo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IA
			Negativo	Positivo	IA
				Negativo	IB
T0 N1° M0 T1* N1° M0 T2 N0 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IB
			Negativo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IB





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

T0 N1° M0 T1* N1° M0 T2 N0 M0	Grado 2	Positivo	Negativo	Positivo	IB
			Positivo	Negativo	IIA
				Positivo	IA
				Negativo	IB
		Negativo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
				Positivo	IA
				Negativo	IIA
T0 N1° M0 T1* N1° M0 T2 N0 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IIA
			Negativo	Positivo	IIA
				Negativo	IIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIA
				Positivo	IIA
				Negativo	IIA
T2 N1° M0 T3 N0 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IIB
			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IA
				Negativo	IIB
				Positivo	IIB
				Negativo	IIB
T2 N1° M0 T3 N0 M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIB



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IB

				Negativo	IIB
			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIB
T2 N1 ^a M0 T3 N0 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIB
			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIA
				Negativo	IIB
			Negativo	Positivo	IIB
				Negativo	IIIA
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 ^a M0 T3 N2 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIIA
			Negativo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIA
		Negativo	Positivo	Positivo	IB
				Negativo	IIIA
			Negativo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIA
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 ^a M0 T3 N2 M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IB
T1* N2 M0				Negativo	IIIA
T2 N2 M0			Negativo	Positivo	IIIA
T3 N1 ^o M0				Negativo	IIIA
T3 N3 M0		Negativo	Positivo	Positivo	IB





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

				Negativo	IIIA
			Negativo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIB
T0 N2 M0 T1* N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 ^a M0 T3 N2 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IIA
T1* N2 M0				Negativo	IIIA
T2 N2 M0			Negativo	Positivo	IIIA
T3 N1 ^o M0				Negativo	IIIA
T3 N3 M0		Negativo	Positivo	Positivo	IIB

				Negativo	IIIA
			Negativo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1 ^a M0 T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0	Grado 1	Positivo	Positivo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
T4 N0 M0 T4 N1 ^a M0 T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0	Grado 2	Positivo	Positivo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIIA
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UÑANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

				Negativo	IIIC
T4 N0 M0 T4 N1 ^a M0 T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0	Grado 3	Positivo	Positivo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
			Negativo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIB
		Negativo	Positivo	Positivo	IIIB
				Negativo	IIIC
			Negativo	Positivo	IIIC
				Negativo	IIIC
Cualquier T Cualquier N M0	Cualquier	Cualquier	Cualquier	Cualquier	IV
Perfil genómico para la Estadificación según el Pronóstico Patológico					
Cuando el score de Oncotype es menor a 11					
TNM	Grado	HER2	RE	RP	Estadio
T1 N0 M0 T2 N0 M	Cualquier	Negativo	Positivo	Cualquier	IA
* T1 incluye T1mi ° N1 no incluye N1mi. T1N1miM0 y T0N1miM0 son incluidos en T1N0M0 según el estado pronóstico clínico ^a N1 incluye N1mi. T2, T3 y T4 y N1mi son incluidos en T2N1, T3N1 y T4N1 respectivamente según el estado pronóstico clínico					





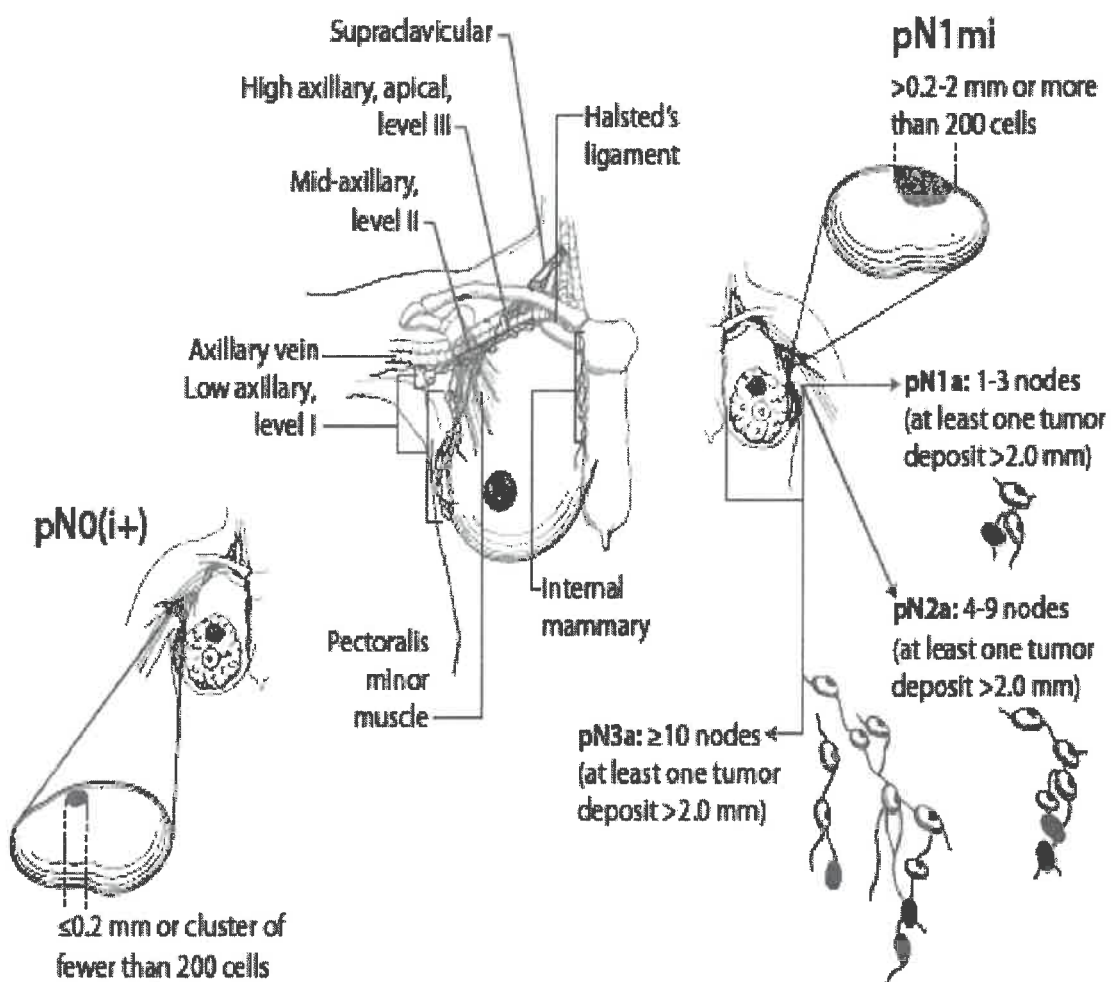
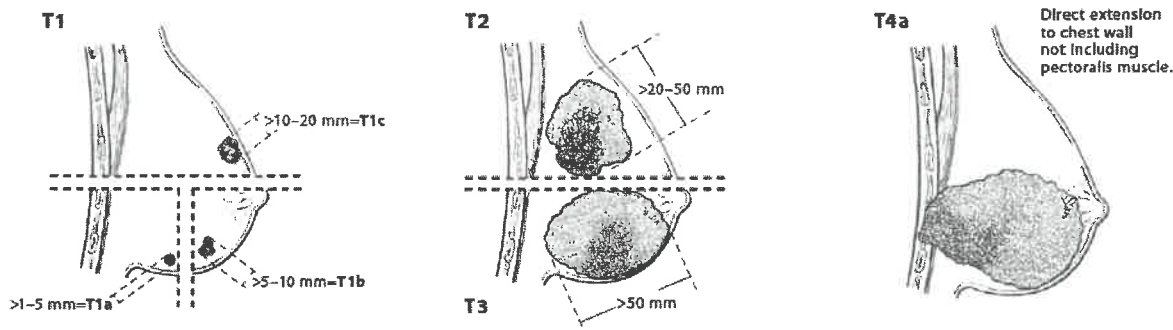
PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



N: GANGLIOS LINFÁTICOS (34)





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**ANEXO 3: RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO ONCOLÓGICO
DEL CÁNCER DE MAMA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOCIEDAD
PERUANA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SPOM)**M.C. Guillermo Valencia Mesías¹, Dra. María del Pilar Benites Benites², Dra. Silvia FalcónLizaraso³, M.C. Karin Veliz Inga⁴, M.C. Mike Maldonado Meléndez⁵, Dr. David Morón Escobar⁶,Dr. Rodrigo Auqui Flores⁷, Dra. Silvia Neciosup Delgado^{1,8}, Dr. Henry Gómez Moreno^{1,8}**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

- Recomendaciones actuales**

La pandemia de COVID-19 se considera en la actualidad un desafío adicional en el manejo de los pacientes con cáncer de mama (BC). Se ha demostrado que el paciente oncológico tiene más susceptibilidad a infectarse por SARS-CoV-2, así como mayor probabilidad de sufrir complicaciones adicionales (por múltiples factores como: inmunosupresión debido a algunos tratamientos, estado funcional y nutricional del paciente, extensión de enfermedad, etc.) que pueden incrementar la mortalidad. Definir aquellos pacientes con BC que requieren tratamiento más urgente que otros (incluso hasta después de la pandemia) en la coyuntura actual es fundamental (1,2). Las principales sociedades científicas internacionales involucradas en el manejo del cáncer han emitido algunas recomendaciones para todos los escenarios del BC, las cuales pueden tener modificaciones o actualizaciones continuas (3-5).

Las recomendaciones en el presente documento se basan y adaptan en las recomendaciones vertidas en el manejo de BC a la fecha, por las siguientes guías de práctica clínica (GPC) disponibles: National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (3), European Society for Medical Oncology (ESMO) (4) y el Grupo Español de Investigación del Cáncer de Mama (GEICAM) (5). Estas recomendaciones están divididas principalmente por el estadio (temprano, avanzado), subtipo (luminal, HER2, triple negativo), tipo de tratamiento (quirúrgico, radioterapia, médico) y escenario (neoadyuvancia, adyuvancia, metastásico) (Tabla N° 1).

Tabla N° 1: Guías de práctica clínica utilizadas para la elaboración de recomendaciones

Guía de práctica clínica	Nombre
NCCN	Recommendations for Priorization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic.
ESMO	ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast Cancer.
GEICAM	Documento GEICAM sobre el manejo del paciente con cáncer de mama en la situación de pandemia de COVID-19 en España.





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

- **Consideraciones específicas**

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) utiliza niveles de prioridad (A, B, C) en base a opinión de expertos de todas las especialidades involucradas en el manejo del BC (**Tabla N° 2**). Adicionalmente, se emiten recomendaciones para cada uno de los escenarios.

Tabla N° 2: Niveles de prioridad de NCCN guidelines

Niveles de prioridad	Definición
A	Las condiciones del paciente amenazan su vida o se encuentra clínicamente inestable o sintomático, requiere tratamiento urgente para preservar su vida o controlar la progresión de la enfermedad o aliviar los síntomas (incluso diferir el tratamiento en un periodo corto puede alterar el pronóstico). Asumiendo un tratamiento eficaz, estos pacientes reciben la máxima prioridad incluso si los recursos son escasos.
B	Las condiciones del paciente no ponen en peligro su vida de inmediato, requieren tratamiento antes que finalice la pandemia (no debe retrasarse indefinidamente). La mayoría de los pacientes con BC se categorizan bajo la prioridad B. Si las condiciones en un lugar geográfico sólo permiten que los pacientes con prioridad A reciban tratamiento, entonces el tratamiento de los pacientes con prioridad B se puede retrasar por un periodo de tiempo definido durante la pandemia. Un breve retraso (por ejemplo: 6 - 12 semanas) no afectaría el resultado global para estos pacientes. Los retrasos más largos podrían afectar los resultados y el triaje puede ser necesario para justificar que pacientes deben someterse a tratamiento vs. retraso. Los pacientes dentro de la prioridad B son sub-estratificados de la siguiente manera: • B1: prioridad más alta. • B2: prioridad de nivel medio. • B3: prioridad más baja.
C	El paciente tiene condiciones que pueden ser diferidas de manera segura hasta que la pandemia finalice. Ciertos tratamientos o servicios pueden diferirse indefinidamente sin afectar negativamente los resultados.

Fuente: NCCN Guidelines. Recommendations for Priorization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic, 2020

- European Society for Medical Oncology (ESMO) utiliza niveles de prioridad (alta, media, baja) de acuerdo al tipo de manejo (tratamiento ambulatorio, cirugía, imágenes, radioterapia, tratamiento médico) (**Tabla N° 3**).



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



Tabla N° 3: Niveles de prioridad según ESMO guidelines

Niveles de prioridad	Definición
Alta	La condición del paciente es inmediatamente mortal, clínicamente inestable, y/o la magnitud del beneficio califica la intervención como de alta prioridad [por ejemplo: una mejoría significativa de sobrevida global (OS) y/o mejora sustancial en la calidad de vida (QoL)].
Media	La situación del paciente no es crítica, pero un retraso de más de 6 semanas podría afectar los resultados generales y/o la magnitud del beneficio califica para prioridad intermedia.
Baja	La condición del paciente es lo suficientemente estable como para que los servicios se puedan retrasar durante la pandemia de COVID-19 y/o la intervención no sea prioritaria en función de la magnitud del beneficio (por ejemplo: no ganancia de supervivencia ni reducción de la calidad de vida).

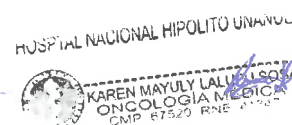
Fuente: ESMO Guidelines. Cancer patient management during the COVID-19 pandemic. 2020

- La Sociedad Peruana de Oncología Médica (SPOM), adapta las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) sobre manejo de BC enfocadas en el tratamiento médico oncológico de acuerdo a la realidad nacional, con un nivel de prioridad (**Tabla N° 4**).

Tabla N° 4: Niveles de prioridad adaptados por la Sociedad Peruana de Oncología Médica (SPOM)

Niveles de prioridad	Definición
Alta	La condición del paciente es inmediatamente mortal, clínicamente inestable, y/o la magnitud del beneficio califica la intervención como de alta prioridad [por ejemplo: una mejoría significativa de sobrevida global (OS) y/o mejora sustancial en la calidad de vida (QoL)].
Media	La situación del paciente no es crítica, pero un retraso de más de 6 - 8 semanas podría afectar los resultados generales y/o la magnitud del beneficio califica para prioridad intermedia.
Baja	La condición del paciente es lo suficientemente estable como para que los servicios se puedan retrasar durante la pandemia de COVID-19 y/o la intervención no sea prioritaria en función de la magnitud del beneficio (por ejemplo: no ganancia de supervivencia ni reducción de la calidad de vida).

Fuente: ESMO Guidelines. Cancer patient management during the COVID-19 pandemic. 2020





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

• VOTACIÓN POR EL PANEL DE EXPERTOS

• METODOLOGÍA

- El panel realizó un consenso el día viernes 19/06/20 de forma virtual, dirigido por un moderador quien registró la votación.
- Se desarrollaron y revisaron las recomendaciones de manejo sobre el cáncer de mama (BC) ante la pandemia de COVID-19 entre los panelistas por adelantado, con la finalidad de reducir el debate y resolver controversias con respecto a algunas recomendaciones.
- Se solicitó a los panelistas que emitieran su voto usando 3 posibles respuestas (sí/no/abstención) según la complejidad de cada recomendación. Adicionalmente, se coloca en la parte inferior la opción de algún comentario adicional.
- “Abstención” se usa en casos de data insuficiente, falta de experiencia personal sobre el tema en cuestión, o algún conflicto de interés de un panelista determinado.

• RESULTADOS DE LA VOTACIÓN

- Después de cada votación, las respuestas se resumieron en porcentajes. En este manuscrito, se resume la votación original, colocando al lado de cada recomendación los porcentajes resultantes de la votación realizada por consenso en la ciudad de Lima, Perú el día viernes 19/06/20 a las 17:00 horas de manera virtual (reunión multidisciplinaria vía web).

• ABREVIATURAS

ASCO	American Society of Clinical Oncology
BC	Cáncer de mama
BIRADS	Breast Imaging Reporting and Data System
CM	Ciclofosfamida-Metrotexato
COVID-19	Coronavirus disease 2019
EBC	Cáncer de mama temprano
ESMO	European Society of Medical Oncology
EV	Endovenoso
GEICAM	Grupo Español de Investigación del Cáncer de Mama
G-CSF	Factor estimulante de colonias granulocito
GPC	Guía de práctica clínica
HR (+)	Receptor hormonal positivo
iCDK 4/6	Inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas 4/6
LABC	Cáncer de mama localmente avanzado
LHRH	Hormona liberadora de la hormona luteinizante
MBC	Cáncer de mama metastásico
MRI	Imagen de resonancia magnética
mTOR	Mammalian target of rapamycin
mTNBC	Cáncer de mama triple negativo metastásico
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
OS	Sobrevida global
PCR	Reacción en cadena de la Polimerasa



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

pCR	Respuesta patológica completa
PD-L1	Programmed death ligand 1
Q2W/Q3W	Cada 2 semanas/cada 3 semanas
QoL	Calidad de vida
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SC	Subcutáneo
SPOM	Sociedad Peruana de Oncología Médica
RT	Radioterapia
T-DM1	Ado-trastuzumab emtansina
TNBC	Cáncer de mama triple negativo
UCI	Unidad de cuidados intensivos
VO	Vía oral

• RECOMENDACIONES SPOM CÁNCER DE MAMA

RECOMENDACIONES SPOM CÁNCER DE MAMA		
N°	RECOMENDACIONES	Prioridad SPOM
1. Recomendaciones generales ante la pandemia COVID-19	- Se recomienda elegir regímenes y secuencias terapéuticas que sean las más acordes a la situación actual, con la finalidad de reducir el riesgo de infección por COVID-19 en los pacientes y el personal de salud, y sin comprometer el pronóstico de los pacientes (Sí: 100%, No: 0%). - Se recomienda que en todos los centros oncológicos se puede adaptar un lugar de tamizaje (triaje diferenciado) en la entrada del centro, donde los pacientes y familiares son interrogados acerca de sus síntomas, antecedentes de contactos de riesgo, así como el registro de temperatura corporal. En caso de sospecha de infección por COVID-19, los pacientes y/o acompañantes no deben tener contacto con otros pacientes y/o personal de salud, y ser manejados de acuerdo a los protocolos de cada institución (Sí: 100%, No: 0%). - Se recomienda dejar un registro en la historia clínica (incluyendo consentimiento informado) acerca de la discusión con el paciente sobre el riesgo/beneficio de los tratamientos, así como la decisión terapéutica y las alternativas disponibles ante la pandemia por COVID-19 (Sí: 78%, No: 22%). - Individualizar la necesidad de transfusión de hemoderivados cuando sea estrictamente necesario (Sí: 89%, No: 11%).	Alta
Comentarios: - Esta recomendación se adaptarán de acuerdo con la realidad de cada institución oncológica. - Las decisiones tomadas sobre el tratamiento son en base a protocolos (internacionales/locales) sobre manejo de COVID-19.		





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

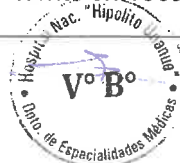
- En el registro en la historia clínica, se debe incluir la firma del consentimiento informado o donde se especifique explícitamente sobre los riesgos/beneficios de los tratamientos disponibles. - Se recomienda estimular reuniones multidisciplinarias vía web para decidir prioridades de tratamiento y garantizar el mejor resultado de manejo para los pacientes.		
2. Prioridades de consultas ambulatorias de manera presencial	2.1. Requieren evaluación presencial urgente: - Pacientes postoperados inestables (por ejemplo: hematoma, infección) (Sí: 100%, No: 0%). - Pacientes con emergencias oncológicas (neutropenia febril, dolor no controlado, metástasis cerebral sintomática, etc.) (Sí: 100%, No: 0%). - Diagnóstico de cáncer de mama asociado a la gestación (Sí: 100%, No: 0%). - Paciente con cáncer de mama localmente avanzado (LABC) recientemente diagnosticado de fenotipo agresivo (HER2, TNBC) (Sí: 78%, No: 22%).	Alta
	2.2. Evaluación presencial por al menos 1 miembro del equipo multidisciplinario (o Telemedicina según sea el caso), en los siguientes casos: Cáncer de mama (BC) invasivo de reciente diagnóstico (será prioritario la biología tumoral y el estadio clínico en	
	la evaluación multidisciplinaria) (Sí: 89%, No: 11%). Pacientes que presentan interurrencias durante el tratamiento: nuevos síntomas, hallazgos palpables al examen físico, eventos adversos (según gravedad de síntomas, efectos secundarios, carga tumoral en la progresión de enfermedad, etc.) (Sí: 100%, No: 0%).	Media
	- Pacientes con quimioterapia endovenosa (EV) (Sí: 78%, No: 22%). - Pacientes postoperados sin complicaciones (evaluación de rutina) (Sí: 100%, No: 0%).	
Comentarios		
En los pacientes que requieren evaluación presencial urgente, valorar Telemedicina para el seguimiento de acuerdo a evolución.		
3. Prioridades de consultas ambulatorias por Telemedicina	- Durante la pandemia, la mayoría de pacientes pueden ser evaluados con Telemedicina (si es factible) (Sí: 100%, No: 0%). - Ejemplos de pacientes con BC que pueden evaluarse con Telemedicina: - Pacientes que completaron quimioterapia neoadyuvante y están preparándose para la cirugía (Sí: 89%, No: 11%).	Media



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	• Pacientes candidatos a radioterapia (RT), primera consulta (Sí: 89%, Abs: 11%). • Monitoreo de aquellos pacientes con BC que reciben quimioterapia oral o terapia endocrina + agentes biológicos (Sí: 78%, No: 22%).	
	• Ejemplos de pacientes que pueden evaluarse con Telemedicina (e incluso presencialmente luego de la pandemia): - Evaluación de rutina en pacientes que se encuentran en controles periódicos sin tratamiento (etapa de observación) o en terapia hormonal primaria (Sí: 78%, No: 22%). • Visitas de seguimiento en pacientes supervivientes (Sí: 100%, No: 0%). • Seguimiento y/o screening para pacientes de "alto riesgo" para BC (por ejemplo: portadoras BRCA) o pacientes con alto riesgo de recurrencia (Sí: 67%, No: 22%, Abs: 11%). • Visitas de soporte con Psicología (Sí: 100%, No: 0%). • Diagnóstico de BC no invasivo (Sí: 100%, No: 0%).	Baja
Comentarios:		
• En el seguimiento de	los pacientes con alto riesgo de recurrencia, se puede valorar visita presencial	
• En algunas	de acuerdo a evolución si es necesario instituciones oncológicas, se puede valorar de manera presencial el tratamiento por vía oral en pacientes continuadores incluyendo aquellos con terapia adyuvante.	
4. Prioridades para diagnóstico clínico, por imágenes y patológico.	4.1. Diagnóstico clínico • Diagnóstico de masas en mama (mediante el autoexamen) u otros síntomas sugestivos de malignidad (Sí: 100%, No: 0%). • Evidencia clínica de recaída locorregional (Sí: 100%, No: 0%). 4.2. Diagnóstico por imágenes • Situaciones urgentes que requieren imágenes (por ejemplo: emergencias oncológicas, complicaciones postoperatorias graves, etc.) (Sí: 100%, No: 0%). • Realizar imágenes adicionales ante un resultado de mamografía anormal o con signos/síntomas de sospecha de BC (Sí: 89%, Abs: 11%). • Imágenes de estadiaje para pacientes con BC temprano (EBC) con sospecha de metástasis (según el estadio clínico y características biológicas del tumor) (Sí: 100%, No: 0%). • Imágenes para cáncer de mama en recaída (Sí: 100%, No: 0%).	Alta





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	4.3. Diagnóstico patológico	
	Evaluación patológica (citopatología o histopatología) para mamografías anormales o síntomas mamarios o recaída metastásica sintomática (Sí: 100%, No: 0%).	
	4.4. Diagnóstico por imágenes - Realizar imágenes adicionales de mamografía con resultado anormal en pacientes asintomáticos (Sí: 100%, No: 0%). - Ecocardiogramas (cada 6 meses, dentro de lo posible) en pacientes con BC invasivo temprano que requieren indicación de tratamiento con antraciclinas o terapia anti-HER2 y con factores de riesgo cardiovascular (Sí: 78%, No: 22%).	
	4.5. Diagnóstico patológico - Biopsias para lesiones BIRADS 4 o 5 (Sí: 100%, No: 0%). - Biopsia guiada por imágenes (o clínicamente) para determinar una recaída metastásica (nota: recaídas metastásicas no deberían ser 100 % biopsias) (Sí: 100%, No: 0%).	Media
	4.6. Screening - Todos los exámenes de screening con mamografías o imágenes para pacientes asintomáticos [por ejemplo: ecografía o resonancia magnética (MRI)] (Sí: 100%, No: 0%). - Las portadoras de mutación BRCA < 40 años pueden considerarse para screening si se esperan retrasos de más de 6 meses (6,7). - Pacientes con hallazgos anormales en mamografía de screening (BIRADS 3). Puede repetirse una mamografía y/o una ecografía + examen de rutina de las mamas en un intervalo de 6 meses (Sí: 100%, No: 0%).	
	4.7. Seguimiento - En pacientes con BC temprano (EBC), las imágenes de seguimiento, estudios de reevaluación, ecocardiogramas y exámenes de densidad ósea pueden retrasarse si se encuentran clínicamente asintomáticos (Sí: 100%, No: 0%). - En pacientes con BC metastásico (MBC), se recomienda seguimiento orientado a los síntomas. Las imágenes, estudios de reevaluación, ecocardiogramas pueden retrasarse o realizarse a intervalos prolongados (usar Telemedicina, si es factible) (Sí: 100%, No: 0%).	Baja



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

5. Prioridades para tratamiento médico en enfermedad temprana (EBC)	5.1. Consideraciones generales • Todos los subtipos de BC deben completar sus regímenes ya iniciados. Se puede considerar esquemas abreviados o regímenes de dosis modificada (Sí: 100%, No: 0%). • Pacientes con EC I y EC II (incluyendo N1), y aquellos con grado intermedio/bajo, perfil genético de "bajo riesgo", o catalogados como "luminal A" no se benefician de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante. Estos pacientes pueden recibir terapia endocrina sola (9,10) (Sí: 100%, No: 0%). 5.2. EBC triple negativo (TNBC) • Se recomienda quimioterapia (neo)adyuvante para TNBC (Sí: 100%, No: 0%). • La terapia secuencial con 1 solo agente puede reducir las complicaciones relacionadas a tratamiento sin comprometer la eficacia (11) (Sí: 100%, No: 0%).	Alta
	• Se recomienda Capecitabina adyuvante para enfermedad residual post neoadyuvancia (Sí: 100%, No: 0%). 5.3. EBC HER2 (+) • Se recomienda quimioterapia (neo)adyuvante + terapia dirigida para EBC HER2 (+) (Sí: 100%, No: 0%). • Completar la quimioterapia neoadyuvante (con o sin terapia anti-HER2) en los pacientes que ya iniciaron tratamiento (Sí: 100%, No: 0%). • La terapia adyuvante basada en Trastuzumab puede ser reducida de 12 meses a 6 meses sin afectar los resultados en pacientes de bajo riesgo (de acuerdo con la data de estudios prospectivos randomizados) (12,13) (Sí: 100%, No: 0%). • Se puede considerar el uso de Ado-trastuzumab emtansina (T-DM1) (+/- Pertuzumab), con una eficacia comparable a regímenes basados en quimioterapia + Trastuzumab, en el escenario (neo)adyuvante (para minimizar la neutropenia, admisión hospitalaria, y uso de corticoides) en base a los resultados de los estudios KRISTINE y KAITLIN (14-16) (Sí: 67%, No: 22%, Abs: 11%). • Continuar con T-DM1 en los pacientes HER2 (+) como adyuvancia para enfermedad residual post neoadyuvancia (17,18) (Sí: 100%, No: 0%). 5.4. EBC luminal [HR (+)] • Se recomienda terapia endocrina (neo)adyuvante +/- quimioterapia para BC HR	



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	(+) /HER2 (-) según lo recomendado en las guías de práctica clínica (GPC) actuales (Sí: 100%, No: 0%). - Continuar la terapia endocrina adyuvante estándar en pacientes pre y postmenopáusicas (usar Telemedicina para el manejo de potenciales toxicidades reportadas por los pacientes) (Sí: 100%, No: 0%). - La terapia endocrina neoadyuvante es una opción para los pacientes con BC HR (+) /HER2 (-); permite diferir la cirugía entre 6 - 12 meses en los BC EC I o II (Sí: 100%, No: 0%).	
	5.5. EBC HER2 (+) Se puede reiniciar terapia anti-HER2 luego de remitir la infección por SARS CoV-2, previa discusión por equipo multidisciplinario (Sí: 78%, No: 22%). 5.6. EBC luminal [HR (+)]	
	- En pacientes postmenopáusicas EC I, con tumores de grado bajo/intermedio o BC lobulillar, la terapia endocrina puede ser iniciada cuando se difiere la cirugía (Sí: 100%, No: 0%). - Para pacientes con score/firmas genómicas de bajo riesgo, se debe iniciar terapia endocrina sola (Sí: 89%, No: 11%).	Media
Comentarios - En pacientes que se encuentren con infección activa, se recomienda suspender tratamiento. - En pacientes con EBC HER2 (+), se puede reiniciar Trastuzumab hasta 6 meses luego de suspender tratamiento. - Terapia antihormonal: la terapia endocrina (Tamoxifeno, inhibidores de aromatasas, agonistas LHRH) es segura (no tiene efecto sobre la función inmune) y puede ser continuada durante la pandemia de COVID-19. Los agonistas LHRH pueden ser administrados cada 3 meses (la administración mensual domiciliar de análogos de LHRH es la recomendación preferida); sin embargo, Fulvestrant requiere aplicación intramuscular mensualmente (19). - Quimioterapia: los horarios de quimioterapia pueden ser modificados para reducir admisiones hospitalarias (se puede usar dosis de cada 2 o 3 semanas en lugar de una dosis semanal con agentes seleccionados). Considerar el uso de G-CSF concomitante (de preferencia pelfilgastrim por la administración de dosis única) (20). - Los agentes modificadores óseos (Denosumab o bifosfonatos EV) pueden ser diferidos o administrados cada 3 meses (sin hipercalcemia), tanto como para terapia adyuvante o en tratamientos de larga duración		
6. Prioridades para tratamiento médico neoadyuvante	6.1. Recomendaciones generales En los pacientes con BC que van a iniciar tratamiento o estén en curso de tratamiento (neo)adyuvante con quimioterapia y presenten síntomas sospechosos de infección o historia de contacto con un afectado, se recomienda realizar prueba PCR antes de iniciarla. En caso de ser positivo, se retrasará	Alta



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



el tratamiento hasta confirmación de resultado negativo con una nueva prueba (PCR) (que se debería realizar en las 2 - 3 semanas siguientes) y con previa evaluación por Infectología (Sí: 67%, No: 33%).

6.2. Tratamiento neoadyuvante según subtipo

- Los pacientes con BC invasivo deben ser evaluados por el equipo multidisciplinario (en forma virtual) para la decisión de inicio de terapia neoadyuvante durante la pandemia (Sí: 100%, No: 0%).
- Se recomienda tratamiento neoadyuvante en los BC de "alto riesgo": TNBC, HER2 (+), luminales B de alto riesgo (Sí: 100%, No: 0%).
 - La terapia neoadyuvante es el tratamiento inicial en los subtipos HER2 (+) y triple negativo (TNBC) (por sus altas tasas de respuesta clínica y respuesta patológica previo a la cirugía diferida) (21,22).
- En los pacientes con BC HR (+) la terapia endocrina neoadyuvante permite diferir la cirugía definitiva (estudios que evaluaron Tamoxifeno +/- cirugía dentro de los 3 primeros años demostraron que diferir la cirugía con terapia endocrina no impacta en la sobrevida específica por BC) (23-25) (Sí: 100%, No: 0%).

6.3. TNBC

- Se recomienda quimioterapia neoadyuvante estándar durante la pandemia, aunque pueden aceptarse regímenes que reducen más la exposición (quimioterapia de menor duración, con menor riesgo de inmunosupresión y con un intervalo de cada 3 semanas) (Sí: 100%, No: 0%).
- Considerar el uso de factor estimulante de colonias (GCSF) (de preferencia pelfilgastrim por la administración en dosis única) junto con la quimioterapia. No parece aceptable la reducción de dosis de quimioterapia para reducir el riesgo de mielosupresión (Sí: 89%, No: 11%).
- En los pacientes adultos mayores > 70 años (grupo con mayores complicaciones graves en caso de infección por COVID-19), debe discutirse el riesgo/beneficio de la quimioterapia neoadyuvante. La cirugía inicial (mientras sea disponible) es una opción, en espera de que en 4 - 5 semanas mejore la situación para iniciar la quimioterapia. No debería posponerse más de ese periodo de tiempo (Sí: 89%, Abs: 11%).



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
KAREN MAYULY LALUPU SOSA
ONCOLOGÍA MÉDICA
CHLO 67620 P.O. 1111



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	En las pacientes < 70 años que rechacen tajantemente la quimioterapia neoadyuvante por miedo a la COVID-19, la cirugía inicial puede ser una opción (si está disponible) (Sí: 89%, Abs: 11%).	
	6.4. HER2 (+) - La quimioterapia asociada a anticuerpos monoclonales anti-HER2 es crucial en este subtipo. Por lo tanto, se recomienda su uso (las recomendaciones son similares al subtipo TNBC) (Sí: 100%, No: 0%). - Se puede considerar usar un régimen neoadyuvante con bloqueo dual anti-HER2 por 6 cursos sin antraciclinas (estudio TRAIN-2) (26) (Sí: 67%, No: 11%, Abs: 22%). 6.5. Luminal [(HR (+)] - La mayoría de tumores luminales tienen bajo riesgo de recurrencia, por lo que la cirugía es la terapia inicial de elección. En aquellos pacientes que no deseen cirugía, se considera el uso de terapia endocrina neoadyuvante para retrasar la cirugía hasta que pase la pandemia, particularmente en pacientes > 70 años, tumores con alta expresión de receptores hormonales (HR) y ki67 bajo (Sí: 100%, No: 0%). - En los tumores luminales, el beneficio de añadir quimioterapia (neo)adyuvante a la terapia endocrina puede estimarse mediante factores clínico-patológicos: los tumores con grado histológico 3, ki67 elevado o compromiso axilar se benefician más de la quimioterapia. Las plataformas genómicas (Oncotype, Mammprint, Prosigna, Endopredict) y herramientas online como ePrognosis aportan un valor adicional para establecer el pronóstico y la necesidad de quimioterapia (Sí: 100%, No: 0%). - En tumores luminales de alto riesgo, la quimioterapia neoadyuvante puede aportar beneficios (como el aumento de tasa de cirugía conservadora) pero no un aumento de supervivencia. Se debe analizar esto con el riesgo de infección por SARS CoV-2 y la disponibilidad de cirugía (Sí: 100%, No: 0%). - Las recomendaciones sobre uso de quimioterapia neoadyuvante son las mismas descritas para los tumores TNBC (Sí: 100%, No: 0%).	
7. Prioridades para tratamiento médico adyuvante	7.1. Recomendaciones generales En general, las consideraciones discutidas en el escenario neoadyuvante son similares a la terapia adyuvante (Sí: 100%, No: 0%).	Alta



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



	- En pacientes > 70 años, debe evaluarse el estado funcional para estimar la expectativa de vida y el riesgo/beneficio de la quimioterapia. Herramientas online (como ePrognosis) y las plataformas genómicas pueden ser de utilidad (Sí: 100%, No: 0%). - Se puede retrasar el inicio de quimioterapia adyuvante inmunosupresora hasta que disminuya la crisis de la pandemia, aunque la decisión debe individualizarse según el riesgo del paciente y subtipo tumoral (Sí: 100%, No: 0%). 7.2. TNBC - La quimioterapia adyuvante es una parte fundamental del tratamiento del TNBC y debe ser administrada de la manera más eficaz dentro de la coyuntura actual (Sí: 100%, No: 0%). - Se recomienda iniciar la quimioterapia adyuvante no más de 2 meses luego de la cirugía (Sí: 100%, No: 0%). - En los pacientes de edad avanzada, debe valorarse los riesgos/beneficios de usar quimioterapia adyuvante, considerando esquemas de baja toxicidad hematológica	
	y baja admisión hospitalaria. Considerar el uso concomitante de G-CSF (desde el primer ciclo) para reducir el riesgo de neutropenia (Sí: 89%, No: 11%). - En los pacientes jóvenes, se debe valorar individualmente el tipo de régimen a utilizar, y se puede considerar añadir G-CSF para reducir el riesgo de infecciones (Sí: 89 %, No: 11 %). - Se recomienda continuar la terapia adyuvante con Capecitabina durante 6 - 8 meses en pacientes con ausencia de respuesta patológica completa (pCR) luego de quimioterapia neoadyuvante. Asimismo, se recomienda el control de la toxicidad presencial o por Telemedicina (según el caso) (Sí: 100%, No: 0%). 7.3. HER2 (+) - Se recomienda quimioterapia adyuvante asociada a anticuerpos monoclonales anti-HER2 (Sí: 100%, No: 0%). - Se recomienda el uso de Trastuzumab subcutáneo (SC) para reducir el tiempo de permanencia hospitalaria (Sí: 100%, No: 0%). - En pacientes seleccionados (bajo riesgo, estadios I-II, con pCR luego de quimioterapia neoadyuvante), se puede valorar una duración menor de tratamiento con Trastuzumab	





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	adyuvante (6 meses) para reducir el número de visitas hospitalarias (Sí: 100%, No: 0%). - En caso de haber completado quimioterapia neoadyuvante asociado a anticuerpos anti-HER2, es factible continuar la terapia anti-HER2 hasta la cirugía (Sí: 89%, No: 11%). - Se recomienda el uso de T-DM1 en pacientes que no hayan alcanzado pCR luego de quimioterapia neoadyuvante. Se puede demorar su uso tras la cirugía (Sí: 100%, No: 0%). 7.4. Luminal - En pacientes luminales de alto riesgo se recomienda valorar el riesgo clínico y/o uso de plataformas genómicas (incluyendo tumores con afectación ganglionar) para limitar el uso de quimioterapia adyuvante, de acuerdo a guías/prácticas institucionales (Sí: 100%, No: 0%). - Valorar riesgo clínico con herramientas útiles online (como Predict) para estimar el riesgo de recidiva y el beneficio de la quimioterapia adyuvante (Sí: 100%, No: 0%). - En el caso de que la evaluación de riesgo/beneficio determine el uso de quimioterapia adyuvante, se puede retrasar su inicio hasta un máximo de 3 meses tras la cirugía (sin disminuir su eficacia) (Sí: 89%, Abs: 11%).	
Comentarios: - El retraso de la quimio terapia adyuvante en TNBC se asocia con un incremento del riesgo de recaída y muerte. - Para limitar el uso de quimioterapia adyuvante, en BC luminal se debe valorar el riesgo clínico y/o genómico.		
8. Prioridades para tratamiento médico en enfermedad metastásica (MBC)	8.1. Consideraciones generales - El tratamiento de la enfermedad metastásica tiene un objetivo paliativo: mejoría de la calidad de vida (QoL) y prolongar la supervivencia (Sí: 100%, No: 0%). - En ausencia de sospecha clínica de infección por SARS-CoV-2 no hay una recomendación específica para usar	Media
	un test a los pacientes que iniciarán tratamiento. La excepción sería un paciente con contactos con personas infectadas por la COVID-19 y/o sospecha clínica (Sí: 89%, Abs: 11%). - Se puede modificar la dosis y el intervalo de los tratamientos sistémicos para disminuir las visitas hospitalarias, análisis de laboratorio y efectos adversos (Sí: 100%, No: 0%). - Quimioterapia:	



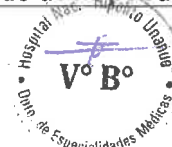
PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



	• Dentro de los agentes de quimioterapia, a pesar que las antraciclinas y taxanos tienen las más altas tasas de respuesta, en la coyuntura actual se debe valorar el uso de quimioterapias menos tóxicas, como la terapia oral [por ejemplo: Capecitabina, CM (Ciclofosfamida-Metrotexato)] con el fin de reducir visitas hospitalarias (Sí: 100%, No: 0%). • Si se utiliza un taxano, una antraciclina o Eribulina, considerar el uso de G-CSF de acuerdo a las características del paciente (Sí: 89%, No: 11%). • Inhibidores CDK 4/6 (iCDK 4/6) • Los iCDK4/6 en primera y segunda línea de tratamiento ofrecen una ventaja clínica, por lo que se debe considerar terapia endocrina con inhibidores de CDK4/6 en MBC HR (+) /HER2 (-), de acuerdo con los recursos disponibles y las prácticas institucionales (27) (Sí: 100%, No: 0%). • Se puede diferir la incorporación de iCDK 4/6 en pacientes seleccionados, si se tiene una probabilidad alta de controlar la enfermedad con terapia endocrina sola [por ejemplo: en pacientes de "bajo riesgo" (enfermedad metastásica de novo con baja carga tumoral, sin tratamiento endocrino previo y sin enfermedad visceral -sólo metástasis ósea-) en primera línea se puede posponer iCDK4/6] (Sí: 100%, No: 0%). • La reducción de dosis de Palbociclib no disminuye la eficacia (28,29) (Sí: 100%, No: 0%). • En los pacientes sin evidencia de progresión de enfermedad se puede diferir las imágenes de reevaluación (de rutina) (Sí: 100%, No: 0%). 8.2. Crisis visceral • Se recomienda tratamiento sistémico inmediato en sospecha de crisis visceral (Sí: 100%, No: 0%). • En una crisis visceral, las GPC recomiendan la quimioterapia como el tratamiento de elección; sin embargo, este concepto está en revisión desde la incorporación de los iCDK 4/6 a la práctica clínica, por lo que se podría iniciar tratamiento con estos agentes en casos seleccionados (Sí: 100%, No: 0%). 8.3. MBC luminal [HR (+)] • Debe valorarse los beneficios del uso de terapia dirigida (por ejemplo: iCDK 4/6 vs. el riesgo de eventos adversos. La reducción de dosis puede	
--	--	--





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	minimizar las toxicidades relacionadas al tratamiento (Sí: 100%, No: 0%). • Premenopáusicas - En las pacientes premenopáusicas, se tiene evidencia suficiente que la supresión ovárica + terapia endocrina estándar mejora la supervivencia. Se recomienda inducir la supresión ovárica con análogos de LHRH mensualmente o en casos seleccionados	
	trimestralmente para reducir las visitas hospitalarias (Sí: 100%, No: 0%).	
	• Primera línea de tratamiento hormonal - A la fecha, no se tiene evidencia suficiente para desaconsejar el tratamiento con iCDK 4/6 en pacientes con MBC HR (+). Se debe valorar riesgo/beneficio de iCDK 4/6 (Sí: 100%, No: 0%). • El tratamiento con iCDK 4/6 se asocia con neutropenia > 3 en un alto porcentaje de pacientes (> 60%) y linfopenia grado 3 (aprox. en 6%). • La neutropenia se puede asociar a sobreinfección bacteriana, mientras que la linfopenia se asocia con una evolución desfavorable en infección por SARS-CoV-2. o En caso de linfopenia, se puede valorar la suspensión transitoria de iCDK 4/6 (manteniendo la terapia endocrina) hasta que pase la pandemia.	
	• Segunda línea de tratamiento hormonal - Tras la progresión de iCDK 4/6, se recomienda valorar una segunda línea endocrina. Dependiendo de la terapia previa, considerar rotar a otra terapia antihormonal (por ejemplo: inhibidor de aromatasa (AI) /Fulvestrant) (Sí: 100%, No: 0%). - o El uso de Everolimus puede producir complicaciones (como neumonitis, inmunosupresión) que complican y confunden el curso de una infección por SARS-CoV-2.	
	• Otras terapias dirigidas en enfermedad luminal - Como segunda línea, Considerar evitar o diferir la adición de inhibidores de mTOR (Everolimus induce inmunosupresión y mucositis) o inhibidores PIK3CA (Alpelisib induce hiperglicemia y riesgo de diabetes) a la terapia endocrina adyuvante, principalmente en pacientes adultos	



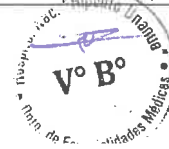
PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



	mayores y/o con comorbilidades (Sí: 100%, No: 0%).	
	8.4. MBC HER2 (+)	
	Se recomienda el uso de terapia con Pertuzumab/Trastuzumab/quimioterapia en MBC HER2 (+) (Sí: 100%, No: 0%).	Alta
	- En pacientes con MBC HER2 (+) con más de 2 años de duración de control de enfermedad y mínima carga tumoral con regímenes basados en Trastuzumab, se puede considerar interrumpir la terapia de mantenimiento (30) (Sí: 100%, No: 0%). - HR (+) /HER2 (+) - Se pueden presentar 2 situaciones (las opciones de tratamiento pueden utilizarse en primera línea o líneas subsecuentes): - Pacientes que inician terapia de primera línea: se plantean 2 opciones (según la edad): - En pacientes < 70 años, se puede plantear Paclitaxel cada 3 semanas + doble bloqueo anti-HER2 como una opción de tratamiento. Si se utiliza Docetaxel, considerar el uso de G-CSF desde el primer ciclo (Sí: 89%, No: 11%). - En pacientes > 70 años, se puede valorar regímenes de quimioterapia menos - mielosupresores (como Capecitabina) + terapia anti-HER2. La opción de usar hormonoterapia asociada a terapia antiHER2 es una opción si tiene una carga tumoral baja (Sí: 100%, No: 0%). - Pacientes en tratamiento con quimioterapia y terapia anti-HER2 con enfermedad controlada: se puede plantear suspender la quimioterapia e iniciar terapia endocrina oral con inhibidores de aromatasa (AI) +/- análogos LHRH (en pacientes premenopáusicas) como mantenimiento al bloqueo anti-HER2 (Sí: 100%, No: 0%). - HR (-) /HER2 (+) - En primera línea de tratamiento (donde se espera una sobrevida global > 5 años), si son pacientes < 70 años y están sintomáticas, se debe valorar el inicio de quimioterapia con taxanos cada 3 semanas y/o Vinorelbina o Capecitabina asociado a	Media



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
KAREN MAYULY LALUPO SOSA
ONCOLOGÍA MÉDICA
CNP 67520 RNE



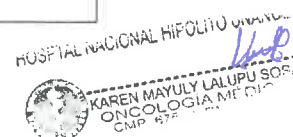
	bloqueo antiHER2 (Pertuzumab +/- Trastuzumab). En caso de usar regímenes mielosupresores, considerar G-CSF para minimizar el riesgo de neutropenia (Sí: 89%, No: 11%). - En el caso que la enfermedad esté en respuesta con 1 línea de quimioterapia + terapia anti-HER2, en los "grupos de riesgo para COVID-19" [por ejemplo: > 65 - 70 años y/o comorbilidad (diabetes, hipertensión arterial, etc.)] valorar mantener únicamente la terapia anti-HER2 como mantenimiento (Sí: 89%, No: 11%). - En segunda línea y líneas subsecuentes, valorar tratamiento con T-DM1 y/o otras terapias disponibles, manteniendo siempre el bloqueo anti-HER2 (Sí: 78%, No: 22%). 8.5. Triple negativo (mTNBC) - Para el tratamiento con quimioterapia, se recomienda: - Utilizar esquemas con menos frecuencia de administración y menor toxicidad (por ejemplo: en lugar de Docetaxel Q3W, utilizar Paclitaxel Q2W) (Sí: 78%, No: 22%). - Considerar G-CSF para minimizar el riesgo de neutropenia y reducir el uso de corticoides (Sí: 89%, No: 11%). - Preferir los esquemas de quimioterapia oral (como Capecitabina) como alternativa a la vía EV (si es posible) (Sí: 100%, No: 0%). - Valorar esquemas con menos mielosupresión (y menor riesgo de neutropenia febril), con preferencia de los esquemas en monoterapia en lugar de combinaciones (Sí: 100%, No: 0%). - Para el tratamiento con terapias dirigidas, se recomienda: - Inmunoterapia: considerar Atezolizumab + quimioterapia en pacientes con mTNBC PD-L1 (+) (Sí: 100%, No: 0%). - El riesgo asociado de la inmunoterapia y COVID19 no se ha descrito claramente. Se recomienda una estrecha monitorización de síntomas específicos, neumonitis o infección, para retirar el tratamiento de inmediato.	
	Inhibidores PARP (Olaparib, Talazoparib): considerar riesgo/beneficio (por la mielotoxicidad) e interacciones medicamentosas (Sí: 100%, No: 0%). 8.6. Segunda línea y subsecuentes	



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	• Ofrecer segunda línea, tercera línea o líneas subsecuentes de tratamiento cuando la terapia puede otorgar beneficio clínico y un impacto en los resultados (Sí: 100%, No: 0%). • Se puede retrasar alguna dosis para minimizar el riesgo durante la pandemia por COVID-19 (Sí: 100%, No: 0%). • En MBC, después de una reunión multidisciplinaria y de acuerdo con las preferencias del paciente, se puede hablar de términos como “reposo terapéutico”, terapia paliativa o regímenes de mantenimiento con reducción de dosis, de acuerdo al caso (Sí: 89%, No: 11%).	
	8.7. Terapia antiresortiva en MBC • La terapia antiresortiva ósea (Denosumab, ácido zoledrónico) no se necesita con urgencia (excepto en casos de hipercalcemia). Se puede administrar cada 3 meses. Los agentes óseos para pacientes con metástasis ósea deben ser diferidos para evitar acceso al hospital (Sí: 100%, No: 0%).	Baja
9. Criterios de admisión a UCI en pacientes con BC	• Las pacientes con BC son un grupo vulnerable ante la COVID-19. La palabra cáncer se sigue asociando con “mal pronóstico” o “muerte próxima” (incluso dentro de la comunidad médica) (Sí: 100%, No: 0%). • La decisión sobre la admisión de una paciente con BC a UCI se beneficia con la evaluación de su oncólogo tratante (quien conoce la historia natural de la patología y a su paciente en detalle, incluyendo su pronóstico y esperanza de vida) (Sí: 100%, No: 0%). • Se considera que las pacientes con BC pueden beneficiarse de cuidados intensivos (UCI) en el momento que la evolución de la neumonía u otra complicación por COVID-19 lo amerite. Las decisiones deben tomarse basados en el pronóstico. Algunos ejemplos son (Sí: 100%, No: 0%): • Pacientes con diagnóstico previo de BC, tratadas y actualmente libre de enfermedad. • Pacientes con BC en tratamiento con terapia (neo)adyuvante (manejo con intención curativa). • Pacientes con BC y metástasis únicas intervenidas, o en tratamiento “adyuvante” (el pronóstico de sobrevida es favorable en estas pacientes).	Alta





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	• Pacientes con MBC en tratamiento con terapias dirigidas que se encuentran en respuesta (se espera una sobrevida > 5 años dependiendo del subtipo). • Pacientes con otra situación diferente a las planteadas previamente, en respuesta, en los que se asume una sobrevida prolongada (evaluado previamente por Oncología Médica).	
--	---	--

ANEXO 4:

Recomendaciones Clave y Nivel de evidencia
Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama
(MMCM) GUIAS GRUPO AUNA

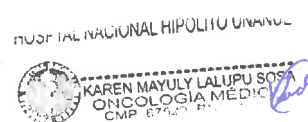
Nº	Recomendaciones Clave GPC/Nivel de evidencia	Fuerza y Dirección de la Recomendación
A. Carcinoma de mama no invasivo (in situ) o estadio clínico (EC) 0		
i. Carcinoma ductal in situ (CDIs)		
1	En pacientes con carcinoma ductal in situ, se recomienda cirugía conservadora seguida de radioterapia total adyuvante con o sin boost como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación CCO) (Recomendación SIGN) (Recomendación GPC Colombia) (Recomendación AUGÉ)	Fuerte a favor
2	En pacientes con carcinoma ductal in situ, se recomienda cirugía conservadora seguida de radioterapia parcial a la mama (APBI) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASTRO)	Fuerte a favor
3.	En pacientes > 50 años con carcinoma ductal in situ, se recomienda cirugía conservadora y radioterapia intraoperatoria a la mama como técnica de APBI, si cumple los siguientes criterios: detectado por tamizaje, grado histológico bajo o intermedio, tamaño ≤ 2 cm, márgenes negativos > 3mm. (Recomendación ASTRO)	Fuerte a Favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

4.	En pacientes con carcinoma ductal in situ sometidas a cirugía conservadora y radioterapia intraoperatoria a la mama como técnica de APBI, se recomienda radioterapia externa complementaria, si cumple los siguientes criterios: no detectado por tamizaje, grado histológico alto, tamaño > 2 cm, márgenes negativos < 3 mm. (Recomendación ASTRO)	Fuerte a favor
5.	En pacientes con carcinoma ductal in situ sometidas a cirugía conservadora, se recomienda márgenes de resección quirúrgica mínimo de 2 mm. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
6.	En pacientes con carcinoma ductal in situ, se recomienda mastectomía con o sin biopsia de ganglio centinela como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO) (Recomendación GPC-Colombia) (Recomendación ESMO)	Fuerte a favor
7.	En pacientes con carcinoma ductal in situ con receptores hormonales positivos operadas, se recomienda Tamoxifeno por 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GPC-Colombia)	Fuerte a favor
8.	En pacientes con carcinoma ductal in situ con receptores hormonales positivos operadas (posmenopáusicas < 60 años y/o riesgo de tromboembolismo), se recomienda Inhibidor de aromatasa como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
B. Cáncer de mama temprano (EC I, EC II y T3N1M0)		
i. Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama temprano		
9	En pacientes con cáncer de mama temprano, se recomienda mastectomía o cirugía conservadora con estadíaje axilar quirúrgico. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación CCO)	Fuerte a favor
10	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora, se recomienda márgenes de resección quirúrgica "no ink on tumor" tanto en componente infiltrante como en componente in situ asociado al infiltrante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASCO) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
11	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa, se recomienda biopsia del ganglio centinela para la estadificación ganglionar axilar. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación SIGN) (Recomendación ESMO)	Fuerte a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

12	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa y biopsia de ganglio centinela negativo, no se recomienda disección radical de axila. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO - ASTRO - SSO) (Recomendación ESMO) (Recomendación GPCColombia)	Fuerte en contra
13	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa y biopsia de ganglio centinela positivo solo con micrometástasis o ≤ 2 ganglios centinela sin extensión extranodal, no se recomienda disección radical de axila y se decidirá manejo en reunión multidisciplinaria. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte en contra
14	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa que tiene planificado cirugía conservadora seguido de radioterapia a toda la mama y que cumplan todos los siguientes criterios: Tumor $\leq T2$, ≤ 2 ganglios centinelas positivos, no exposición previa a quimioterapia neoadyuvante, no se recomienda disección radical de axila grupos I/II. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASCO)	Fuerte en contra
ii. Tratamiento quirúrgico Oncoplástico en cáncer de mama temprano		
15	En pacientes con cáncer de mama temprano que tienen planificado mastectomía con cirugía reconstructiva, se recomienda el uso de implantes, tejido autólogo o ambos. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación CCO) (Recomendación, ESMO)	Fuerte a favor
16	En pacientes con cáncer de mama temprano expuestas a radioterapia, que tienen planificado mastectomía con cirugía reconstructiva diferida, se sugiere el uso de implantes, tejido autólogo o ambos. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación GPC-Colombia)	Débil a favor
17	En pacientes con cáncer de mama temprano que tienen planificado mastectomía con cirugía reconstructiva con tejido autólogo, se recomienda radioterapia antes o después de la cirugía reconstructiva. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ESMO)	Fuerte a favor
18	En pacientes con cáncer de mama inflamatorio, no se recomienda la reconstrucción inmediata. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ESMO)	Fuerte en contra
19	En pacientes con cáncer de mama temprano con tumor periférico que se encuentre >2 cm del pezón, grado histológico 1 ó 2, ganglios negativos, HER2 negativo y ausencia de invasión linfovascular, se sugiere la conservación del complejo areola-pezón. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
iii. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama temprano		



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

20	En pacientes con cáncer de mama temprano HER2 positivo ($\geq$ cT2 y/o $\geq$ cN1), se recomienda tratamiento neoadyuvante con bloqueo dual anti	Fuerte a favor
----	--	-----------------------

	HER2 con Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel/Carboplatino. (Categoría 2A, NCCN)	
--	--	--

iv. Tratamiento adyuvante en cáncer de mama temprano

a. Radioterapia en cáncer de mama temprano

21	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora sin compromiso ganglionar, se recomienda radioterapia total a la mama. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, SIGN) (Recomendación, ESMO) (Recomendación, ASTRO)	Fuerte a favor
22	En pacientes > de 50 años con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora sin compromiso ganglionar, se recomienda radioterapia parcial a la mama con radioterapia intraoperatoria si cumplen los siguientes criterios: márgenes negativos > 2 mm, tamaño < 2 cm, histología ductal, no DCIS extenso, luminal A. (Recomendación ASTRO)	Fuerte a favor
23	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora con o sin compromiso ganglionar, se recomienda radioterapia intraoperatoria como modalidad de boost, seguido de radioterapia externa complementaria si cumplen los siguientes criterios: tamaño $\geq$ 2 cm, márgenes negativos, histología ductal o lobulillar, luminal B, HER2 sobreexpresado, triple negativo. (Recomendación ASTRO)	Fuerte a favor
24	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidos a mastectomía con estadiaje axilar quirúrgico y tumor > 2 y $\leq$ 5 cm, ganglios axilares negativos, márgenes < 1 mm, invasión linfovascular y estado premenopáusico, se recomienda radioterapia a parrilla costal. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
25	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a mastectomía con estadiaje axilar quirúrgico y tumor $\leq$ 5 cm, RE positivos, sin infiltración linfovascular, ni perineural, ganglios axilares negativos y márgenes $\geq$ 1 mm, no se recomienda radioterapia (Categoría 1, NCCN) (Recomendación AUGÉ) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte en contra
26	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a mastectomía con estadiaje axilar quirúrgico y tumor > 5 cm, ganglios axilares negativos y márgenes positivos, se recomienda radioterapia a parrilla costal con o sin irradiación axilar, infraclavicular, supraclavicular y considerar irradiar la mamaria interna. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE)	Fuerte a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

27	En pacientes con cáncer de mama temprano operadas con ganglios positivos (1 - 3 ganglios) por biopsia de ganglio centinela, se recomienda radioterapia a toda la mama, lecho axilar de riesgo y supraclavicular y considerar irradiar la cadena mamaria interna en tumores ≥ 2 cm ubicados en cuadrantes internos. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación ASCO - ASTRO - SSO) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
28	En pacientes con cáncer de mama temprano operadas con ganglios positivos (≥ 4 ganglios), se recomienda radioterapia a toda la mama, región infraclavicular, supraclavicular, lecho axilar de riesgo y considerar irradiar la cadena mamaria interna en tumores ≥ 2 cm ubicados en cuadrantes internos. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, SIGN) (Recomendación ESMO) (Recomendación, GPC-Colombia)	Fuerte a favor
29	En pacientes con cáncer de mama temprano operadas, se recomienda radioterapia a toda la mama a dosis de 46 - 50 Gy en 23 - 25 fracciones o hipofraccionamiento a dosis de 40 - 42.5 Gy en 15 - 16 fracciones y boost	Fuerte a favor

adicional (10 a 16 Gy en 4 a 8 fracciones) en ambos casos. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASTRO) (Recomendación GPC-Colombia)

b. Tratamiento sistémico adyuvante en cáncer de mama temprano

- Tratamiento sistémico adyuvante en Cáncer de mama temprano HER2 positivo

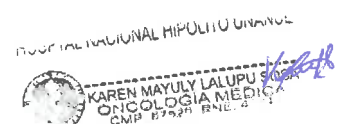
30	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operadas con tumor ≤ 0.5 cm y pN1mi, se recomienda quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab. (Categoría 2A, NCCN) Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
31	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operadas con tumor de 0.6 a 1 cm, se recomienda quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
32	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operada con tumor > 1 cm o cualquier tumor con al menos pN1, se recomienda quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO) (Recomendación Alberta)	Fuerte a favor
33	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo $\geq$ pN1 operada, se recomienda quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab con o sin Pertuzumab. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, ESMO)	Fuerte a favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

34	En pacientes con cáncer de mama con HER2 positivo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel o Docetaxel/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
35	En pacientes con cáncer de mama con HER2 positivo operadas se recomienda tratamiento adyuvante con Docetaxel/Carboplatino/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
36	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operadas EC I o II y contraindicación a quimioterapia con antraciclinas, se recomienda Docetaxel/Ciclofosfamida/Trastuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
37	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operadas pT1,N0, se recomienda quimioterapia adyuvante con Paclitaxel/Trastuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
- Tratamiento sistémico adyuvante en cáncer de mama temprano HER2 negativo		
38	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo operadas con tumor ≤ 0.5 cm y pN0, no se recomienda quimioterapia adyuvante. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte en contra
39	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo operadas con tumor de 0.6 a 1 cm o con tumor ≤ 0.5 cm y pN1mi, se recomienda quimioterapia adyuvante. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
40	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo operadas con tumor > 1 cm o cualquier tumor con al menos pN1, se recomienda quimioterapia adyuvante. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
41	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel o Docetaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación ASCO) (Recomendación GPCColombia)	Fuerte a favor
42	En pacientes menores de 50 años en buen estado funcional con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel a dosis densa como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, ESMO)	Fuerte a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

43	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Docetaxel/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
44	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Docetaxel/Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
45	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se sugiere tratamiento adyuvante con Ciclofosfamida/Metotrexate/5-Fluorouracilo como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
46	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se sugiere tratamiento adyuvante con Epirubicina/Ciclofosfamida como una opción de tratamiento de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
- Tratamiento sistémico adyuvante en cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo		
47	En pacientes con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor ≤ 0.5 cm, pN0, se recomienda terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2B, NCCN)	Fuerte a favor
48	En pacientes con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 que no cuenten con una plataforma genética, se recomienda quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
49	En pacientes menores de 50 años con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 con un score de recurrencia < 16 según OncotypeDx, se recomienda únicamente terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
50	En pacientes menores de 50 años con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 con un score de recurrencia 16 - 25 según OncotypeDx, se recomienda quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
51	En pacientes mayores de 50 años con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 con un score de recurrencia < 26 según OncotypeDx, se recomienda únicamente terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
52	En pacientes mayores de 50 años con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5	Débil a favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

	cm y pN0 con un score de recurrencia 26 - 30 según OncotypeDx, se sugiere terapia endocrina adyuvante o quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO)	
53	En pacientes con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 o pN1mi con un score de recurrencia (≥ 31) según OncotypeDx, se recomienda quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
54	En paciente con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativos se recomienda quimioterapia asociada a análogos de GnRH. (Recomendación ESMO)	Fuerte a favor
55	En pacientes con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con compromiso ganglionar $\geq$ pN1 se recomienda quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
56	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación SIGN) (Recomendación ESMO) (Recomendación GPC-Colombia) (Recomendación AIOM)	Fuerte a favor
57	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno o Inhibidor de aromataasa, más supresión ovárica (análogos GnRH o LHRH) o ablación ovárica (quirúrgica) por 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación ASCO) (Recomendación ESMO) (Recomendación GPCColombia) (Recomendación AIOM)	Fuerte a favor
58	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno hasta completar 10 años (terapia endocrina extendida) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación SIGN) (Recomendación ESMO) (Recomendación AUGÉ) (Recomendación AIOM)	Fuerte a favor
59	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas que no toleren terapia endocrina, se sugiere supresión ovárica quirúrgica o agonistas LHRH como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO)	Débil a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

60	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Inhibidor de aromatasa por 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación SIGN) (Recomendación ESMO) (Recomendación GPC-Colombia) (Recomendación Alberta)	Fuerte a favor
61	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Inhibidor de aromatasa hasta completar 10 años (terapia endocrina extendida) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ESMO)	Fuerte a favor
62	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Inhibidor de aromatasa por 2 a 3 años y continuar Tamoxifeno hasta completar 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación SIGN) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
63	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 2 a 3 años y continuar Inhibidor de aromatasa hasta completar 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación CCO) (Recomendación ESMO) (Recomendación GPC-Colombia) (Recomendación Alberta)	Fuerte a favor
64	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 4.5 ó 6 años y continuar Inhibidor de aromatasa por 5 años más (terapia endocrina extendida) como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación ASCO) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
65	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 4.5 ó 6 años y continuar Tamoxifeno por 5 años más (terapia endocrina extendida) como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación Alberta)	Fuerte a favor
66	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con rechazo o intolerancia a Inhibidor de aromatasa, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

67	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con rechazo o intolerancia a Inhibidor de aromatasa, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 10 años (terapia endocrina extendida) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a Favor
C. Cáncer de mama localmente avanzado (EC IIIB, EC IIIC y algunos EC IIIA)		
i. Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama localmente avanzado		
68	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado $\leq T3$ y $N1$, expuestos a quimioterapia neoadyuvante que logren respuesta clínica y radiológica completa se recomienda disección selectiva de axila o biopsia de ganglio centinela con resección de >3 ganglios. (Recomendación ESMO)	Fuerte a favor
69	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado ($>T3$ y/o $N>1$) expuestos a quimioterapia neoadyuvante que logren respuesta clínica y radiológica parcial o completa, se recomienda mastectomía total o cirugía conservadora con disección axilar en el nivel I y II. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
70	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado y compromiso axilar clínico o radiológico ($cN+$) previo al tratamiento neoadyuvante, se recomienda disección radical de axila independiente de la respuesta alcanzada post quimioterapia neoadyuvante. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
71	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado con biopsia de ganglio centinela positivo posterior a la neoadyuvancia ($ypN+$) y células aisladas, se recomienda disección radical de axila. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
ii. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado		
a. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo		
72	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado ($> cT2$ y/o $\geq cN1$) HER2 positivo, se recomienda tratamiento neoadyuvante basado en el bloqueo dual anti HER2 con Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel/Carboplatino como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor
73	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se recomienda tratamiento neoadyuvante con Paclitaxel/Carboplatino/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

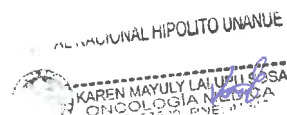
74	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se recomienda tratamiento neoadyuvante con Docetaxel/Carboplatino/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
75	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Doxorubicina/Ciclofosfamida seguido de Docetaxel o Paclitaxel/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
76	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Docetaxel/Ciclofosfamida/Trastuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
77	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo no candidatos a dosis intensas de Antraciclinas o Docetaxel o adultos mayores con mal estado funcional, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Paclitaxel/Trastuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
78	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, que alcancen respuesta patológica completa posterior al tratamiento neoadyuvante se recomienda completar un año de Trastuzumab. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
79	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, que alcancen respuesta patológica completa posterior al tratamiento neoadyuvante con Trastuzumab/Pertuzumab se recomienda completar un año de Trastuzumab/Pertuzumab. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASCO)	Fuerte a favor
80	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, con enfermedad residual posterior al tratamiento neoadyuvante se recomienda completar 14 ciclos con Ado-trastuzumab emtansine (T-DM1). (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
81	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales positivos HER2 positivo con enfermedad residual posterior a neoadyuvancia se recomienda continuar tratamiento extendido con	Fuerte a favor
	Neratinib, luego de Trastuzumab. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASCO)	
b. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo		



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

82	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se recomienda tratamiento neoadyuvante Doxorubicina/Ciclofosfamida seguido de Docetaxel o Paclitaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
83	En pacientes menores de 50 años en buen estado funcional con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se recomienda tratamiento neoadyuvante con Doxorubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel a dosis densa como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a Favor
84	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Docetaxel/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
85	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Doxorubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
86	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Epirubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
87	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Docetaxel/Doxorubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
88	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales negativos HER2 negativo con enfermedad residual posterior al tratamiento neoadyuvante se recomienda Capecitabina por 8 cursos luego de la cirugía. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación ASCO) (Recomendación Alberta)	Fuerte a favor
c. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales positivos HER2 negativo		
89	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales positivos HER2 negativo con rechazo o contraindicación a quimioterapia, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Inhibidores de aromatasa como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
iii. Tratamiento adyuvante en cáncer de mama localmente avanzado		
a. Radioterapia en cáncer de mama localmente avanzado		





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

90	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado expuestos a quimioterapia neoadyuvante seguido de mastectomía total con disección radical de axila, se recomienda radioterapia a la pared torácica, región infraclavicular, supraclavicular, cadena mamaria interna y regiones de riesgo en el lecho axilar. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO) (Recomendación ASCO-ASTRO-SSO)	Fuerte a favor
91	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado expuestos a quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía conservadora con disección	Fuerte a favor

	radical de axila, se recomienda radioterapia a toda la mama, región infraclavicular, supraclavicular, cadena mamaria interna y regiones de riesgo en el lecho con o sin boost. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	
92	En pacientes con cáncer de mama cT2N0 expuestos a quimioterapia neoadyuvante seguido de mastectomía con pT3 y/o pN+, se recomienda radioterapia. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor

D. Cáncer de mama metastásico o recurrente

i. Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama metastásico o recurrente

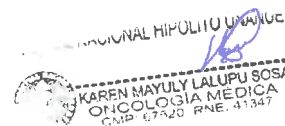
93	En pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local y compromiso axilar clínico o radiológico positivo (cN+), se recomienda mastectomía total o cirugía conservadora y disección radical de axila. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
94	En pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local, se recomienda mastectomía con reestadije axilar. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
95	En pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local, se sugiere cirugía conservadora con reestadije axilar. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
96	En pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local y compromiso axilar clínico o radiológico negativo (cN-), se recomienda cirugía con biopsia de ganglio centinela con o sin disección radical de axila. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
97	En pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía (mastectomía o cirugía conservadora) y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia regional, se recomienda disección radical de axila o exéresis de recurrencia con o sin radioterapia. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

98	En pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía con disección radical de axila y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local, se recomienda resección quirúrgica de ser técnicamente posible o terapia sistémica para lograr una respuesta local y luego evaluar la posibilidad de resección. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
99	En pacientes con cáncer de mama con enfermedad oligometastásica, se sugiere manejo local de las metástasis con cirugía o radiocirugía. (Recomendación ASCO) (Recomendación GEICAM)	Débil a favor
100	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente con respuesta al tratamiento o enfermedad estable, se sugiere resección del tumor primario. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
ii. Tratamiento sistémico en cáncer de mama metastásico o recurrente		
a. Tratamiento sistémico en cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo		
101	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo no expuestos a Pertuzumab, se recomienda Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
102	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo no expuestos a Pertuzumab, se recomienda Pertuzumab/Trastuzumab/Paclitaxel semanal como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
103	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo, se sugiere Ado-Trastuzumab emtansine (T-DM1) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Débil a favor
104	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo que requieran una respuesta a corto plazo, se sugiere Trastuzumab/Paclitaxel/Carboplatino como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	Débil a favor
105	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo, se sugiere Trastuzumab/Paclitaxel o Docetaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GEICAM)	Débil a favor
106	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo, se sugiere Trastuzumab/Vinorelbine como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

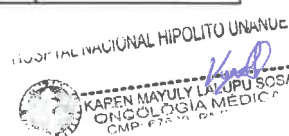
107	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo expuestos a Trastuzumab, se recomienda Lapatinib/Capecitabina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
108	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo expuestos a Trastuzumab, se recomienda Ado-Trastuzumab emtansine (TDM1) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
109	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo expuestos a Trastuzumab, se sugiere Trastuzumab/Capecitabina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
110	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo expuestos a Trastuzumab, se recomienda Trastuzumab/Lapatinib como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
b. Tratamiento sistémico en cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo		
111	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Antraciclinas (Doxorrubicina, Doxorrubicina liposomal) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Débil a favor
112	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda el uso de Taxanos (Paclitaxel, Docetaxel o Nab-paclitaxel) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
113	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Capecitabina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
114	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Gemcitabina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GEICAM)	Débil a favor
115	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere sales de Platinos (Carboplatino o Cisplatino) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM)	Débil a favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

116	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Inhibidores de microtúbulos (Vinorelbine o Ixabepilone) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
117	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
118	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Ciclofosfamida/Epirubicina/Fluorouracilo como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
119	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Ciclofosfamida/Doxorrubicina/Fluorouracilo como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
120	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Epirubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
121	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Ciclofosfamida/Metotrexato/Fluorouracilo como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
122	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Capecitabina/Docetaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor
123	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Gemcitabina/Paclitaxel o Docetaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación GPC-Colombia)	Débil a favor
124	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Gemcitabina/Carboplatino como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
125	En paciente con cáncer de mama metastásico o recurrente receptores hormonales negativos HER2 negativo y PD-L1 positivo (ventana SP142), se recomienda primera línea de tratamiento con Atezolizumab/Nab-paclitaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
126	En paciente con cáncer de mama metastásico o recurrente receptores hormonales negativos HER2 negativo y BRCA 1/2 mutado, se recomienda segunda o tercera línea de tratamiento con Olaparib como una opción de manejo (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**c. Tratamiento sistémico del cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo**

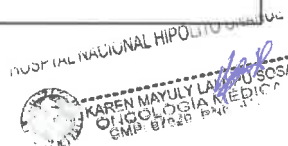
127	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo, se	Fuerte a favor
	recomienda ablación o supresión ovárica más terapia endocrina como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación AUGE)	
128	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo no expuestas a terapia endocrina, que no deseen o no toleren supresión ovárica, se recomienda Tamoxifeno como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación AUGE)	Fuerte a favor
129	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo no expuestas o con más de 1 año sin exposición a terapia endocrina, se recomienda supresión ovárica con Ribociclib/Tamoxifeno o Inhibidor Aromatasa como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor
130	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo no expuestas a terapia endocrina, se recomienda Inhibidores de aromatasa (Anastrozol, Letrozol o Exemestano) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación NICE) (Recomendación CCO) (Recomendación ASCO) (Recomendación GEICAM) (Recomendación GPCColombia)	Fuerte a favor (Preferido)
131	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo sin crisis visceral y no expuesta a terapia endocrina, se recomienda Fulvestrant como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, ASCO) (Recomendación GPC-Colombia)	Fuerte a favor (Preferido)
132	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo sin crisis visceral y no expuesta a terapia endocrina, se recomienda primera línea de tratamiento con Ribociclib/Fulvestrant como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
133	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo no expuestas a terapia endocrina, se recomienda Palbociclib o Ribociclib/Letrozol como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor (Preferido)



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

134	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a terapia endocrina, se recomienda Inhibidores de aromatasa (Anastrozol, Letrozol o Exemestano) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM)	Fuerte a favor
135	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo que han progresado a un Inhibidor de aromatasa, se sugiere Tamoxifeno como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación GPC-Colombia)	Débil a favor
136	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a terapia endocrina, se recomienda Palbociclib/Fulvestrant como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor (Preferido)
137	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos HER2 negativo y refractario a Letrozol o Anastrozol, se recomienda Everolimus/Exemestano como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE) (Recomendación ASCO) (Recomendación, GEICAM) (Fuerte a favor)	Fuerte a favor
138	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a terapia endocrina con un Inhibidor de aromatasa, se sugiere Everolimus/Tamoxifeno como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
139	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a terapia endocrina y resistencia a Anastrozol o Letrozol, se sugiere Everolimus/Fulvestrant como una opción de manejo. (Categoría 2B, NCCN) (Recomendación ESMO)	Débil a favor
140	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo no resistentes a la terapia endocrina y que alcancen máxima respuesta, se sugiere continuar con terapia endocrina hasta la progresión como una opción de manejo. (Recomendación, GEICAM)	Punto de buena práctica
141	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a múltiples líneas de terapia endocrina, se sugiere acetato de megestrol o etinilestradiol como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
d. Tratamiento sistémico en Cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo		





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

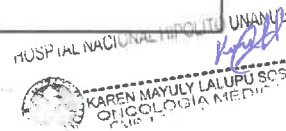
142	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se sugiere Pertuzumab/Trastuzumab/Inhibidor de aromatasa como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Débil a favor
143	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se sugiere Trastuzumab/Anastrozol como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, GEICAM)	Débil a favor
144	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se sugiere Lapatinib/Letrozol como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, GEICAM)	Débil a favor
145	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se recomienda Lapatinib/Trastuzumab/Inhibidor de aromatasa como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
146	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se sugiere Fulvestrant/Trastuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
iii. Radioterapia en cáncer de mama metastásico o recurrente		
147	En pacientes con cáncer de mama operadas no expuestas a radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local o ganglionar aislada (axilar, supraclavicular, infraclavicular o cadena mamaria interna), se recomienda radioterapia posterior a resección quirúrgica como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**Anexo N° 5: Recomendaciones eliminadas en Actualización de la GPC Manejo
Multidisciplinario del Cáncer de Mama**

N°	Recomendación eliminada	Justificación
A. Carcinoma de mama no invasivo (in situ) o estadio clínico (EC) 0		
5.	En pacientes con carcinoma lobulillar in situ de tipo clásico, no se recomienda escisión quirúrgica.	El carcinoma lobulillar es una patología no considerada como carcinoma de mama no invasivo o estadio clínico 0. Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019.
6.	En pacientes con carcinoma lobulillar in situ de tipo pleomórfico o con imagen radiológica no concordante, se recomienda escisión quirúrgica.	El carcinoma lobulillar es una patología no considerada como carcinoma de mama no invasivo o estadio clínico 0. Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019.
B. Cáncer de mama temprano (EC I, EC II y T3N1M0)		
13.	En pacientes con cáncer de mama temprano, se sugiere cirugía oncoplástica como una opción para prevenir y corregir secuelas del tratamiento quirúrgico.	La recomendación era "muy general" y el concepto de la cirugía oncoplástica ya era mencionado en el desarrollo de la evidencia de las otras recomendaciones que se mantuvieron.
14.	En pacientes con cáncer de mama temprano portadoras de la mutación BRCA 1/2, se recomienda mastectomía bilateral y/o la salpingooforectomía bilateral como cirugía de reducción de riesgo.	Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019, se consideró en la GPC Breast Cancer Risk Reduction - NCCN V.1 2019 la cual no fue seleccionada para la adaptación de la misma.
30.	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operadas con tumor ≤ 0.5 cm incluso los T1mi y pN0, se sugiere quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab.	Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019, por falta de evidencia científica
41.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se sugiere tratamiento adyuvante únicamente con Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo.	Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019.
55.	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 2 a 3 años y continuar Inhibidor de aromatasa por 5 años más (terapia endocrina extendida) como una opción de manejo.	Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



B. Cáncer de mama localmente avanzado (EC IIIB, EC IIIC y algunos EC IIIA)

73.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con 5-Fluorouracilo/Epirubicina/Ciclofosfamida seguido de Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel o Paclitaxel como una opción de manejo.	Esquema de tratamiento no incluido en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019 en la adaptación de la misma.
107	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Doxorubicina/Docetaxel/Ciclofosfamida como una opción de manejo.	Esquema de tratamiento no incluido en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019 en la adaptación de la misma.
127	En pacientes posmenopáusica con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a múltiples líneas de terapia endocrina, se sugiere Andrógenos como una opción de manejo.	Los andrógenos ya no se utilizan como parte del manejo del cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos. Recomendación no incluida en GPC Breast Cancer - NCCN V.3 2019.



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL**Anexo N° 6: Recomendaciones añadidas en la Actualización de la GPC Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama**

N°	Recomendación añadida	Nivel de evidencia/GPC
B. Carcinoma de mama no invasivo (in situ) o estadio clínico (EC) 0		
2.	En pacientes con carcinoma ductal in situ, se recomienda cirugía conservadora seguida de radioterapia parcial a la mama (APBI) como una opción de manejo.	Categoría 2A, NCCN Recomendación ASTRO
3.	En pacientes > 50 años con carcinoma ductal in situ, se recomienda cirugía conservadora y radioterapia intraoperatoria a la mama como técnica de APBI, si cumple los siguientes criterios: detectado por tamizaje, grado histológico bajo o intermedio, tamaño ≤ 2 cm, márgenes negativos > 3mm.	Recomendación ASTRO
4.	En pacientes con carcinoma ductal in situ sometidas a cirugía conservadora y radioterapia intraoperatoria a la mama como técnica de APBI, se recomienda radioterapia externa complementaria, si cumple los siguientes criterios: no detectado por tamizaje, grado histológico alto, tamaño > 2 cm, márgenes negativos < 3 mm.	Recomendación ASTRO
5.	En pacientes con carcinoma ductal in situ sometidas a cirugía conservadora, se recomienda márgenes de resección quirúrgica mínimo de 2 mm.	Categoría 2A, NCCN Recomendación ASCO Recomendación GPC-Colombia
B. Cáncer de mama temprano (EC I, EC II y T3N1M0)		
10.	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora, se recomienda márgenes de resección quirúrgica "no ink on tumor" tanto en componente infiltrante como en componente in situ asociado al infiltrante.	Categoría 2A, NCCN Recomendación ASCO Recomendación GPC-Colombia
22.	En pacientes > de 50 años con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora sin compromiso ganglionar, se recomienda radioterapia parcial a la mama con radioterapia intraoperatoria si cumplen los siguientes criterios: márgenes negativos > 2 mm, tamaño < 2 cm, histología ductal, no DCIS extenso, luminal A.	Recomendación ASTRO

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
KAREN MAYULY LALUPU SOSA
ONCOLOGÍA MÉDICA
CATA 01/2019 RNE 41187



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

23.	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora con o sin compromiso ganglionar, se recomienda radioterapia intraoperatoria como modalidad de Boost, seguido de radioterapia externa complementaria si cumplen los siguientes criterios: tamaño ≥ 2 cm, márgenes negativos, histología ductal o lobulillar, luminal B, HER2 sobreexpresado, triple negativo.	Recomendación ASTRO
27.	En pacientes con cáncer de mama temprano operadas con ganglios positivos (1 - 3 ganglios) por biopsia de ganglio centinela, se recomienda radioterapia a toda la mama, lecho axilar de riesgo y supraclavicular y considerar irradiar la cadena mamaria interna en tumores ≥ 2 cm ubicados en cuadrantes internos.	Categoría 1, NCCN Recomendación NICE Recomendación ASCO - ASTRO - SSO Recomendación GPC-Colombia
42.	En pacientes menores de 50 años en buen estado funcional con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Doxorubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel a dosis densa como una opción de manejo.	Categoría 2A, NCCN Recomendación, CCO Recomendación, ESMO
50.	En pacientes menores de 50 años con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 con un score de recurrencia 16 - 25 según OncotypeDx, se recomienda quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante.	Categoría 2A, NCCN Recomendación CCO Recomendación ASCO
51.	En pacientes mayores de 50 años con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 con un score de recurrencia < 26 según OncotypeDx, se recomienda únicamente terapia endocrina adyuvante.	Categoría 2A, NCCN Recomendación CCO Recomendación ASCO
54.	En paciente con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativos se recomienda quimioterapia asociada a análogos de GnRH.	Recomendación, ESMO
C. Cáncer de mama localmente avanzado (EC IIIB, EC IIIC y algunos EC IIIA)		
78.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, que alcancen respuesta patológica completa posterior al tratamiento neoadyuvante se recomienda completar un año de Trastuzumab.	Categoría 1, NCCN



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL

79.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, que alcancen respuesta patológica completa posterior al tratamiento neoadyuvante con Trastuzumab/Pertuzumab se recomienda completar un año de Trastuzumab/Pertuzumab.	Categoría 2A, NCCN Recomendación ASCO
80.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, con enfermedad residual posterior al tratamiento neoadyuvante se recomienda completar 14 ciclos con Ado-trastuzumab emtansine (T-DM1).	Categoría 1, NCCN
81.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales positivos HER2 positivo con enfermedad residual posterior a neoadyuvancia se recomienda continuar tratamiento extendido con Neratinib, luego de Trastuzumab.	Categoría 2A, NCCN Recomendación ASCO
82.	En pacientes menores de 50 años en buen estado funcional con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se recomienda tratamiento neoadyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel a dosis densa como una opción de manejo.	Categoría 2A, NCCN
88.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales negativos HER2 negativo con enfermedad residual posterior al tratamiento neoadyuvante se recomienda Capecitabina por 8 cursos luego de la cirugía.	Categoría 2A, NCCN Recomendación ASCO Recomendación Alberta
D. Cáncer de mama metastásico o recurrente		
97	En pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía (mastectomía o cirugía conservadora) y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia regional, se recomienda disección radical de axila o exéresis de recurrencia con o sin radioterapia. (Categoría 2A, NCCN)	Categoría 2A, NCCN
98	En pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía con disección radical de axila y radioterapia adyuvante que presenten recurrencia local, se recomienda resección quirúrgica de ser técnicamente posible o terapia sistémica para lograr una respuesta local y luego evaluar la posibilidad de resección. (Categoría 2A, NCCN)	Categoría 2A, NCCN
125	En paciente con cáncer de mama metastásico o recurrente receptores hormonales negativos HER2 negativo y PD-L1 positivo (ventana SP142), se recomienda primera línea de tratamiento con Atezolizumab/Nab-paclitaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Categoría 2A, NCCN





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



126	En paciente con cáncer de mama metastásico o recurrente receptores hormonales negativos HER2 negativo y BRCA 1/2 mutado, se recomienda segunda o tercera línea de tratamiento con Olaparib como una opción de manejo (Categoría 1, NCCN)	Categoría 1, NCCN
132	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo sin enfermedad visceral y no expuesta a terapia endocrina, se recomienda primera línea de tratamiento con Ribociclib/Fulvestrant como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Categoría 2A, NCCN
136	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a terapia endocrina, se recomienda Palbociclib/Fulvestrant como una opción de manejo.	Categoría 1, NCCN Recomendación NICE Recomendación ASCO
139	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo expuestas a terapia endocrina y resistencia a Anastrozol o Letrozol, se sugiere Everolimus/Fulvestrant como una opción de manejo.	Categoría 2B, NCCN Recomendación ESMO
145	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se recomienda Lapatinib/Trastuzumab/Inhibidor de aromatasa como una opción de manejo.	Categoría 2A, NCCN
146	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se sugiere Fulvestrant/Trastuzumab como una opción de manejo.	Categoría 2A, NCCN



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



ANEXO N° 7 : INDICADOR PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA GUIA

Nombre del Indicador	Proporcion de Pacientes con Trastuzumab
Tipo de Indicador	Proceso
Calculo	X Formula: Numerador/Denominador Numerador: Total de pacientes con HER 2 + metastasico en tratamiento con Trastuzumab Denominador: Total de pacientes con Her 2 +
Fuentes de datos	Historia Clinica
Criterios de Implementacion	Consignar en la HC, la indicación e implementación de Trastuzumab según la GPC y verificar el sello de administración en el área de Sala de Quimioterapia Ambulatoria.



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
KAREN MAYULY LALUPU SOSA
ONCOLOGIA MEDICA
CIMP 475.0 PNE. 47.47



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UÑANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



VIII.-) BIBLIOGRAFÍA

1.-) Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol 2020; 21(3): 335-337. Disponible en: doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6

2.-) Documento técnico: Manejo de pacientes oncológicos en la pandemia por COVID-19. Resolución Ministerial N° 262-2020-MINSA. 8 de mayo del 2020. Disponien: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo_te%CC%81cnico_de_pacientes_oncolo%CC%81gicos_durante_COVID-19.PDF HYPERLINK "https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo_te%CC%81cnico_de_pacientes_oncolo%CC%81gicos_durante_COVID-19.PDF" HYPERLINK "https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo_te%CC%81cnico_de_pacientes_oncolo%CC%81gicos_durante_COVID-19.PDF"

3.-) NCCN Guidelines. Recommendations for Priorization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic. The COVID-19 Pandemic Breast

Cancer Consortium. Disponible en: https://www.nccn.org/covid-19/pdf/The_COVID-19_Pandemic_Breast_Cancer_Consortium_Recommendations.pdf

4.-) ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast cancer. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/breast-cancer-in-the-covid-19-era> HYPERLINK "https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/breast-cancer-in-the-covid-19-era" HYPERLINK "https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/breast-cancer-in-the-covid-19-era"

5.-) Documento GEICAM sobre el manejo del paciente con cáncer de mama en la situación de pandemia de COVID-19 en España. 2 de abril de 2020. Disponible en: https://seom.org/images/GEICAM_Recomendaciones_COVID_19_Cancer_de_Mama.pdf HYPERLINK "https://seom.org/images/GEICAM_Recomendaciones_COVID_19_Cancer_de_Mama.pdf" HYPERLINK "https://seom.org/images/GEICAM_Recomendaciones_COVID_19_Cancer_de_Mama.pdf"

6.-) Armes JE, Egan AJ, Southey MC, et al. The histologic phenotypes of breast carcinoma occurring before age 40 years in women with and without BRCA1 or BRCA2 germline mutations: a population-based study. Cancer. 1998; 83(11): 2335-2345.

7.-) Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, et al. Breast Cancer Screening in Women at HigherThan-Average Risk: Recommendations From the ACR. Journal of the American College of Radiology: JACR. 2018; 15(3 Pt A): 408-414.

8.-) Sanford RA, Lei X, Barcenas CH, et al. Impact of Time from Completion of Neoadjuvant Chemotherapy to Surgery on Survival Outcomes in Breast Cancer Patients. Annals of surgical oncology. 2016; 23(5): 1515-1521.

9.-) Nitz U, Gluz O, Christgen M, et al. Reducing chemotherapy use in clinically high-risk, genomically low-risk pN0 and pN1 early breast cancer patients: five-year data from the prospective, randomised phase 3 West German Study Group (WSG) PlanB trial. Breast Cancer Res Treat. 2017; 165(3): 573-583.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



10.-) Sparano JA, Gray RJ, Makower DF, et al. Adjuvant Chemotherapy Guided by a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2018; 379(2): 111-121.

11.-) Citron ML, Berry DA, Cirincione C, et al. Randomized trial of dose-dense versus conventionally scheduled and sequential versus concurrent combination chemotherapy as postoperative adjuvant treatment of node-positive primary breast cancer: first report of Intergroup Trial C9741/Cancer and Leukemia Group B Trial 9741. *J Clin Oncol*. 2003; 21(8): 1431-1439.

12.-) Earl HM, Hiller L, Vallier AL, et al. 6 versus 12 months of adjuvant trastuzumab for HER2positive early breast cancer (PERSEPHONE): 4-year disease-free survival results of a randomised phase 3 non-inferiority trial. *Lancet*. 2019; 393(10191): 2599-2612.

13.-) Pivot X, Romieu G, Debled M, et al. 6 months versus 12 months of adjuvant trastuzumab in early breast cancer (PHARE): final analysis of a multicentre, open-label, phase 3 randomised trial. *Lancet*. 2019; 393(10191): 2591-2598.

14.-) Hurvitz SA, Martin M, Fraser W, et al. Neoadjuvant trastuzumab, pertuzumab and chemotherapy versus trastuzumab emtansine plus pertuzumab in patients with HER2positive breast cancer (KRISTINE): a randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2017, 19(1), 115-126.

15.-) ClinicalTrials.gov. A Study of Trastuzumab Emtansine (Kadcyla) Plus Pertuzumab (Perjeta) Following Anthracyclines in Comparison with Trastuzumab (Herceptin) Plus Pertuzumab and a Taxane Following Anthracyclines as Adjuvant Therapy in Participants with Operable HER2-Positive Primary Breast Cancer. Trial ID: NCT01966471.

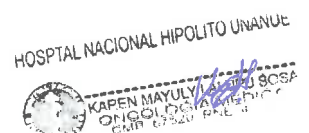
16.-) Cowen L. Switching taxane–trastuzumab to T-DM1 shows no benefit in KAITLIN trial. ASCO 2020 Annual Meeting; 29-31 May. *Medicine Matters Oncology*.

17.-) Hurvitz SA, Martin M, Jung KH, et al. Neoadjuvant Trastuzumab Emtansine and Pertuzumab in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Breast Cancer: Three-Year Outcomes from the Phase III KRISTINE Study. *J Clin Oncol*. 2019; 37(25): 2206-2216.

18.-) Tolaney SM, Trippa L, Barry W, et al. Abstract GS1-05: TBCRC 033: A randomized phase II study of adjuvant trastuzumab emtansine (T-DM1) vs paclitaxel (T) in combination with trastuzumab (H) for stage I HER2-positive breast cancer (BC) (ATEMPT). *Cancer Research*. 2020; 80(4 Supplement):GS1-05-GS01-05.

19.-) Masuda N, Iwata H, Rai Y, et al. Monthly versus 3-monthly goserelin acetate treatment in pre-menopausal patients with estrogen receptor-positive early breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2011; 126(2): 443-451.

20.-) NCCN Hematopoietic Growth Factors. Short-Term Recommendations Specific to Issues with COVID-19 (SRS-CoV-2). Disponible en:
https://www.nccn.org/covid19/pdf/HGF_COVID-19.pdf.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



- 21.-) Sikov WM, Berry DA, Perou CM, et al. Impact of the addition of carboplatin and/or bevacizumab to neoadjuvant once-per-week paclitaxel followed by dose-dense doxorubicin and cyclophosphamide on pathologic complete response rates in stage II to III triple-negative breast cancer: CALGB 40603 (Alliance). *J Clin Oncol.* 2015; 33(1): 1321.
- 22.-) Von Minckwitz G, Huang CS, Mano MS, et al. Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2019; 380(7): 617-628.
- 23.-) Fennessy M, Bates T, MacRae K, et al. Late follow-up of a randomized trial of surgery plus tamoxifen versus tamoxifen alone in women aged over 70 years with operable breast cancer. *Br J Surg.* 2004; 91(6): 699-704.
- 24.-) Mustacchi G, Ceccherini R, Milani S, et al. Tamoxifen alone versus adjuvant tamoxifen for operable breast cancer of the elderly: long-term results of the phase III randomized controlled multicenter GRETA trial. *Ann Oncol.* 2003; 14(3): 414-420.
- 25.-) Mustacchi G, Milani S, Pluchinotta A, et al. Tamoxifen or surgery plus tamoxifen as primary treatment for elderly patients with operable breast cancer: The G.R.E.T.A. Trial. Group for Research on Endocrine Therapy in the Elderly. *Anticancer Res.* 1994; 14(5B): 2197-2200.
- 26.-) Van Ramshorst M, Van Der Voort A, Van Werkhoven E, et al. Neoadjuvant chemotherapy with or without anthracyclines in the presence of dual HER2 blockade for HER2-positive breast cancer (TRAIN-2): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *The Lancet Oncol* 2018, 19 (1); 1630-1640.
- 27.-) Spring LM, Wander SA, Andre F, et al. Cyclin-dependent kinase 4 and 6 inhibitors for hormone receptor-positive breast cancer: past, present, and future. *Lancet.* 2020; 395(10226): 817-827.
- 28.-) Parulekar W, Joy A, Gelmon K, et al. Abstract PD1-10: Randomized phase II study comparing two different schedules of palbociclib plus second line endocrine therapy in women with estrogen receptor positive, HER2 negative advanced/metastatic breast cancer: CCTG MA38 (NCT02630693). *Cancer Research.* 2019; 79(4 Supplement): PD110-PD11-10.
- 29.-) Zheng J, Yu Y, Durairaj C, et al. Abstract P5-21-21: Palbociclib exposure-response analyses in the treatment of hormone-receptor positive (HR+), human epidermal growth factor receptor 2 negative (HER2-) advanced breast cancer (ABC). *Cancer Research.* 2018; 78(4 Supplement): P5-21-21-P25-21-21.
- 30.-) Moilanen T, Mustanoja S, Karihtala P, et al. Retrospective analysis of HER2 therapy interruption in patients responding to the treatment in metastatic HER2+ breast cancer. *ESMO Open.* 2017; 2(3): e000202.
- 31.-) NCCN clinical practice guidelines in Oncology. BREAST CANCER v2.2018.
- 32.-) Senkus et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 24 (Supplement 6): vi7-vi23, 2013.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD ONCOLÓGICA FUNCIONAL



33.-) Cardoso F. et al. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 23 (Supplement 7): vii11–vii19, 2012

34.-) Aliaga R, Samamé JC. Atlas y guía breve de Cáncer de Mama - Edición 2014. Laboratorio Gynopharm (Perú) – junio 2014.

35.-) Gómez Henry Guia de practica Clinica de cáncer de Mama Grupo AUNA 2019.

36.-) Guia de Practica Clinica INEN 2013

