

Guía de Práctica Clínica

Resumen

Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama (MMCM)

Con preferencias institucionales

La presente Guía Resumen es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red AUNA y su aplicación seguirá el respectivo programa oncológico (Oncoplus, Onco clásico pro y Onco Clásico) contratado por el paciente.

Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a ONCOSALUD como institución con su logotipo adecuadamente.

La guía resumen tiene como objetivo proporcionar al usuario las recomendaciones clave de la **Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama (MMCM)** basado en evidencia científica, preferencias institucionales y categorizadas según la fuerza y dirección de los colaboradores expertos de Oncosalud – AUNA.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa en el portal AUNA – Documentos AUNA.

Debe ser citado como: Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama (MMCM). Guía Resumen, Perú: AUNA; 2018.

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE MAMA (MMCM)		
NOMBRE COMPLETO	DISCIPLINA / ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. Henry Gómez M.	Médico Oncólogo	Colaborador experto
Dra. Silvia Neciosup D.	Médico Oncólogo	Colaborador experto
Dra. Natalia Valdivieso L.	Médico Oncólogo	Colaborador experto
Dr. Fernando Salas S.	Médico Oncólogo	Colaborador experto
Dr. Carlos Castañeda A.	Médico Oncólogo	Colaborador experto
Dr. Carlos Vigil R.	Cirujano Oncólogo de Mamas	Colaborador experto
Dr. Jaime Ponce LT.	Cirujano Oncólogo de Mamas	Colaborador experto
Dr. Martín Falla J.	Cirujano Oncólogo de Mamas	Colaborador experto
Dr. Marco Velarde M.	Cirujano Oncólogo de Mamas	Colaborador experto
Dra. Gabriela Calderón V.	Cirujano Oncólogo de Mamas	Colaborador experto
Dr. Jesús López Argote	Cirujano Oncoplástico	Colaborador experto
Dr. Gustavo Sarria B.	Radioncólogo	Colaborador experto
Dr. Bernardo Vizcarra LDG.	Radioncólogo	Colaborador experto
Dr. Christian Rau V.	Radioncólogo	Colaborador experto
Dr. David Martínez P.	Radioncólogo	Colaborador experto
Dra. Cilia Faria M.	Radiólogo	Colaborador experto
Dr. Jorge L. Guerrero G.	Radiólogo	Colaborador experto
Dra. Pamela Mora A.	Médico Genetista	Colaborador experto
Dr. Manuel Villarán I.	Epidemiólogo	Colaborador experto
Claudio Flores F.	Estadístico	Consultor estadístico
Dra. Karina Aliaga LI.	Oncología Médica y Consultoría metodológica	Coordinadora Equipo GPC. Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.
Dra. Mariana Serrano C.	Oncología Médica y Consultoría metodológica.	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.
Dra. Cindy Alcarraz M.	Oncología Médica y Consultoría metodológica	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.

REVISORES EXPERTOS DE LA GUIA PRACTICA CLINICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE MAMA (MMCM)	
Dr. Ariel Fariñas Barrios	Oncólogo-Radioterapeuta Jefe de Docencia en Radioterapia Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Chile

Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia
Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Mama (MMCM)

N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de la Recomendación (GRADE)
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 seguido de radioterapia adyuvante como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GPC-Colombia) (Recomendación, AUGÉ) (Recomendación, SIGN)	Fuerte a favor
2.	En pacientes con carcinoma ductal in situ, se recomienda mastectomía con o sin biopsia ganglio centinela como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GPC-Colombia)	Fuerte a favor
3.	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, CCO) (Recomendación, GPC-Colombia)	Fuerte a favor
4.	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
ii. Carcinoma lobulillar in situ (CLIs)		
5.	En pacientes con carcinoma lobulillar in situ de tipo clásico, no se recomienda escisión quirúrgica. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte en contra
6.	En pacientes con carcinoma lobulillar in situ de tipo pleomórfico o con imagen radiológica no concordante, se recomienda escisión quirúrgica. (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		
7.	En pacientes con cáncer de mama temprano, se recomienda mastectomía o cirugía conservadora seguido de radioterapia. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
8.	En pacientes con cáncer de mama temprano y axila clínicamente positiva, se recomienda confirmación patológica con biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ecografía o biopsia core. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, GPC-Colombia)	Fuerte a favor
9.	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente	Fuerte a favor

	negativa, se recomienda la biopsia del ganglio centinela para la estadificación ganglionar axilar. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, SIGN)	
10.	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, GPC-Colombia)	Fuerte en contra
11.	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa y biopsia de ganglio centinela positivo solo con micrometástasis, no se recomienda disección radical de axila. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte en contra
12.	En pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa pero con ganglio centinela positivo que no cumplan todos los siguientes criterios: Tumor T1 ó T2, 1 ó 2 ganglios centinelas positivos, no exposición a quimioterapia neoadyuvante, y que tienen planificado cirugía conservadora seguido de radioterapia a toda la mama, se recomienda disección radical de axila grupos I/II. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
13.	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. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
14.	En pacientes con cáncer de mama temprano, se sugiere cirugía oncoplastica como una opción para prevenir y corregir secuelas del tratamiento quirúrgico. (Categoría 2B, NCCN) (Recomendación, CCO)	Débil a favor
15.	En pacientes con cáncer de mama temprano que tienen planificado mastectomía con cirugía reconstructiva, se recomienda uso de expansores, implantes, tejido autólogo o ambos. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	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 tejido autólogo (preferido), implantes o expansores. (Categoría 2A, NCCN)	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)	Fuerte a favor
18.	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
19.	En pacientes con cáncer de mama inflamatorio, no se recomienda la reconstrucción inmediata. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	Fuerte en contra
ii. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama temprano		

20.	En pacientes con cáncer de mama temprano HER2 positivo (\geq cT2 y/o \geq cN1), se recomienda tratamiento neoadyuvante con bloqueo dual anti HER2 con Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel/Carboplatino. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
iii. 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. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, SIGN)	Fuerte a favor
22.	En pacientes seleccionadas con cáncer de mama temprano sometidas a cirugía conservadora, se recomienda radioterapia parcial a la mama. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
23.	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a mastectomía con estadiaje axilar quirúrgico y tumor < 5 cm, ganglios axilares negativos y márgenes negativos, pero ≤ 1 mm, se recomienda radioterapia. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
24.	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidos a mastectomía con estadiaje axilar quirúrgico con tumor > 2 cm, ganglios axilares negativos, márgenes cercanos, invasión linfovascular y estado premenopáusico, se recomienda radioterapia. (Categoría 2A)	Fuerte a favor
25.	En pacientes con cáncer de mama temprano sometidas a mastectomía con estadiaje axilar quirúrgico y tumor ≤ 5 cm, RE positivos, sin infiltración linfovascular, ni perineural, ganglios axilares negativos y márgenes ≥ 1 mm, no se recomienda radioterapia. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, AUGE)	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 mamaria interna. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
27.	En pacientes con cáncer de mama temprano operadas con ganglios positivos (1 - 3 ganglios), se sugiere radioterapia a toda la mama, región infraclavicular, supraclavicular, lecho axilar de riesgo y considerar irradiar la cadena mamaria interna en tumores ubicados en cuadrantes internos. (Categoría 2A, NCCN)	Débil 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 ubicados en cuadrantes internos. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, SIGN)	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 adicional (10 a 16 Gy en 4 a 8 fracciones) en ambos casos. (Categoría 2B, NCCN) (Recomendación, GPC-Colombia)	Fuerte a favor

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 incluso los T1mi y pN0, se sugiere quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab. (Categoría 2B, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Débil a favor
31.	En pacientes con cáncer de mama HER2 positivo operadas con tumor ≤ 0.5 cm incluso los T1mi y pN1mi, se recomienda quimioterapia adyuvante asociada a Trastuzumab. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
32.	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, ASCO)	Fuerte a favor
33.	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 1, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
34.	En pacientes con cáncer de mama con HER2 positivo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Paclitaxel o Docetaxel/Trastuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
35.	En pacientes con cáncer de mama con HER2 positivo operadas se recomienda tratamiento adyuvante con Docetaxel/Carboplatino/Trastuzumab 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 > 0.5 cm o cualquier tumor con al menos pN1, se recomienda quimioterapia adyuvante. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
40.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Docetaxel o Paclitaxel como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
41.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se sugiere tratamiento adyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una	Débil a favor

	opción de manejo. (Categoría 2B, NCCN) (Recomendación, ASCO)	
42.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Docetaxel/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
43.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se recomienda tratamiento adyuvante con Docetaxel/Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
44.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se sugiere tratamiento adyuvante con Ciclofosfamida/Metotrexate/5-Fluorouracilo como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Débil a favor
45.	En pacientes con cáncer de mama HER2 negativo, se sugiere tratamiento adyuvante con Epirubicina/Ciclofosfamida como una opción de tratamiento de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Débil a favor
- Tratamiento sistémico adyuvante en cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo		
46.	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
47.	En pacientes con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con tumor > 0.5 cm y pN0 o pN1mi que no cuente con una plataforma genética, se recomienda terapia endocrina adyuvante o quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 1, 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 o pN1mi con un score de recurrencia bajo (<18) según OncotypeDx, se recomienda terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
49.	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 intermedio (18 - 30) según OncotypeDx, se sugiere terapia endocrina adyuvante o quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
50.	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 alto (≥ 30) según OncotypeDx, se recomienda quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
51.	En pacientes con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas con compromiso ganglionar \geq pN1, se sugiere quimioterapia seguida de terapia endocrina adyuvante. (Categoría 1, NCCN)	Débil a favor
52.	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se	Fuerte a favor

	recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno por 5 años como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, SIGN) (Recomendación, GPC-Colombia)	
53.	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se recomienda tratamiento adyuvante con Tamoxifeno o Inhibidor de aromatasa por 5 años más supresión ovárica (análogos GnRH o LHRH) o ablación ovárica (quirúrgica) como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, AUGE)	Fuerte a favor
54.	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, AUGE)	Fuerte a favor
55.	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
56.	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, SIGN)	Fuerte a favor
57.	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)	Fuerte a favor
58.	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
59.	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, GPC-Colombia) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
60.	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. (Categoría 2B, NCCN)	Fuerte a favor
61.	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano receptores hormonales positivos HER2 negativo operadas, se	Fuerte a favor

	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, GPC-Colombia)	
62.	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)	Fuerte a favor
63.	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)	Fuerte a favor
64.	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		
65.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado (> cT3 y/o N>1) expuestos a quimioterapia neoadyuvante que logren respuesta clínico - 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)	Fuerte a favor
66.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado sin evidencia clínica o radiológica de compromiso ganglionar previo al tratamiento neoadyuvante o en aquellas pacientes con biopsia negativa de alguna lesión axilar sospechosa, se recomienda realizar biopsia de al menos 2 ganglio centinela posterior al tratamiento neoadyuvante. (Categoría 3, NCCN) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
67.	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
68.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado con biopsia de ganglio centinela positivo posterior a la neoadyuvancia (ypN+), se recomienda disección radical de axila. (Categoría 1, 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		
69.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado (> cT2 y/o ≥ cN1) HER2 positivo, se recomienda tratamiento neoadyuvante basado	Fuerte a favor

	en el bloqueo dual anti HER2 con Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel/Carboplatino como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	
70.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Paclitaxel/Carboplatino/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
71.	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
72.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Docetaxel o Paclitaxel/Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
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. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
74.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 positivo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Docetaxel/Ciclofosfamida seguido de Trastuzumab con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
75.	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 con o sin Pertuzumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
b. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo		
76.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante Doxorrubicina/Ciclofosfamida seguido de Docetaxel o Paclitaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
77.	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
78.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
79.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Epirubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2B, NCCN)	Débil a favor

80.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado HER2 negativo, se sugiere tratamiento neoadyuvante con Docetaxel/Doxorrubicina/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
c. Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado receptores hormonales positivos HER2 negativo		
81.	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 2B, NCCN) (Recomendación, SIGN) (Recomendación, GPC-Colombia)	Débil a favor
iii. Tratamiento adyuvante en cáncer de mama localmente avanzado		
a. Radioterapia en cáncer de mama localmente avanzado		
82.	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 a dosis de 50 Gy en 25 fracciones. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
83.	En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado expuestos a quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía conservadora con disección 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)	Fuerte a favor
84.	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, CCO)	Fuerte a favor
D. Cáncer de mama metastásico o recurrente		
i. Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama metastásico o recurrente		
85.	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
86.	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
87.	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	Fuerte a favor

	local y luego evaluar la posibilidad de resección. (Categoría 2A, NCCN)	
88.	En pacientes con cáncer de mama con enfermedad oligometastásica, se sugiere manejo local de las metástasis con cirugía o radiocirugía. (Recomendación, GEICAM)	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		
89.	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)	Fuerte a favor (Preferido)
90.	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
91.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo, se sugiere T-DM1 (Ado-trastuzumab emtansine) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
92.	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
93.	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, GEICAM) (Recomendación, CCO)	Débil a favor
94.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo, se sugiere Trastuzumab/Vinorelbina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
95.	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)	Fuerte a favor (Preferido)
96.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo expuestos a Trastuzumab, se recomienda T-DM1 (Ado-trastuzumab emtansine) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, GEICAM)	Fuerte a favor (Preferido)
97.	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
98.	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)	Fuerte a favor (Preferido)

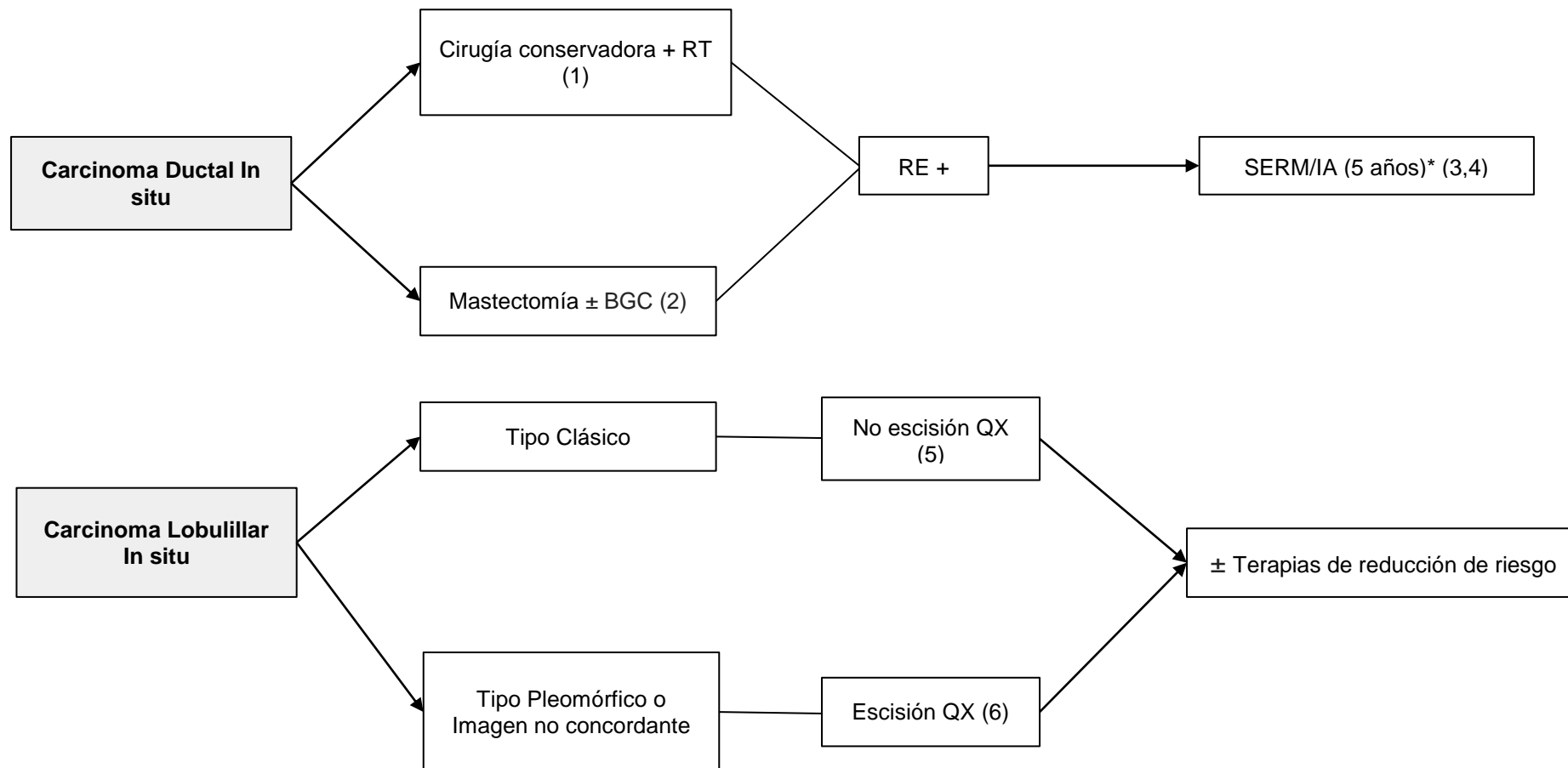
b. Tratamiento sistémico en cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo		
99.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Antraciclinas (Doxorrubicina, Doxorrubicina liposomal o Epirubicina) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, GEICAM)	Débil a favor
100.	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, CCO) (Recomendación, GEICAM)	Fuerte a favor
101.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Capecitabina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM)	Fuerte a favor (Preferido)
102.	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
103.	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
104.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente triple negativo, se recomienda los Inhibidores de microtúbulos (Vinorelbina o Ixabepilone (Preferido)) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor (Preferido)
105.	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
106.	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
107.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se sugiere Doxorrubicina/Docetaxel/Ciclofosfamida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
108.	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
109.	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
110.	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
111.	En pacientes con cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 negativo, se recomienda Capecitabina/Docetaxel como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor

112.	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)	Débil a favor
113.	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
c. Tratamiento sistémico del cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo		
114.	En pacientes premenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo, se recomienda ablación o supresión ovárica más terapia endocrina como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación, ASCO) (Recomendación, AUGE)	Fuerte a favor
115.	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
116.	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 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor
117.	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, GEICAM) (Recomendación, CCO) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor (Preferido)
118.	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 Fulvestrant como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, CCO) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor (Preferido)
119.	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo no expuestas a terapia endocrina, se recomienda Palbociclib (Preferido) o Ribociclib y un Inhibidor de aromatasa como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (recomendación, NICE) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor (Preferido)
120.	En pacientes posmenopáusica 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
121.	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 negativo que	Débil a favor

	han progresado a un Inhibidor de aromatasa, se sugiere Tamoxifeno como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM)	
122.	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)
123.	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 recomienda Everolimus/Exemestano como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación, NICE) (Recomendación, ASCO)	Fuerte a favor
124.	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
125.	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 progestinas como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
126.	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 estrógenos como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
127.	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 andrógenos como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
128.	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
d. Tratamiento sistémico en Cáncer de mama metastásico o recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo		
129.	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
130.	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, GEICAM) (Recomendación, ASCO)	Débil a favor
131.	En pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico o	Débil a favor

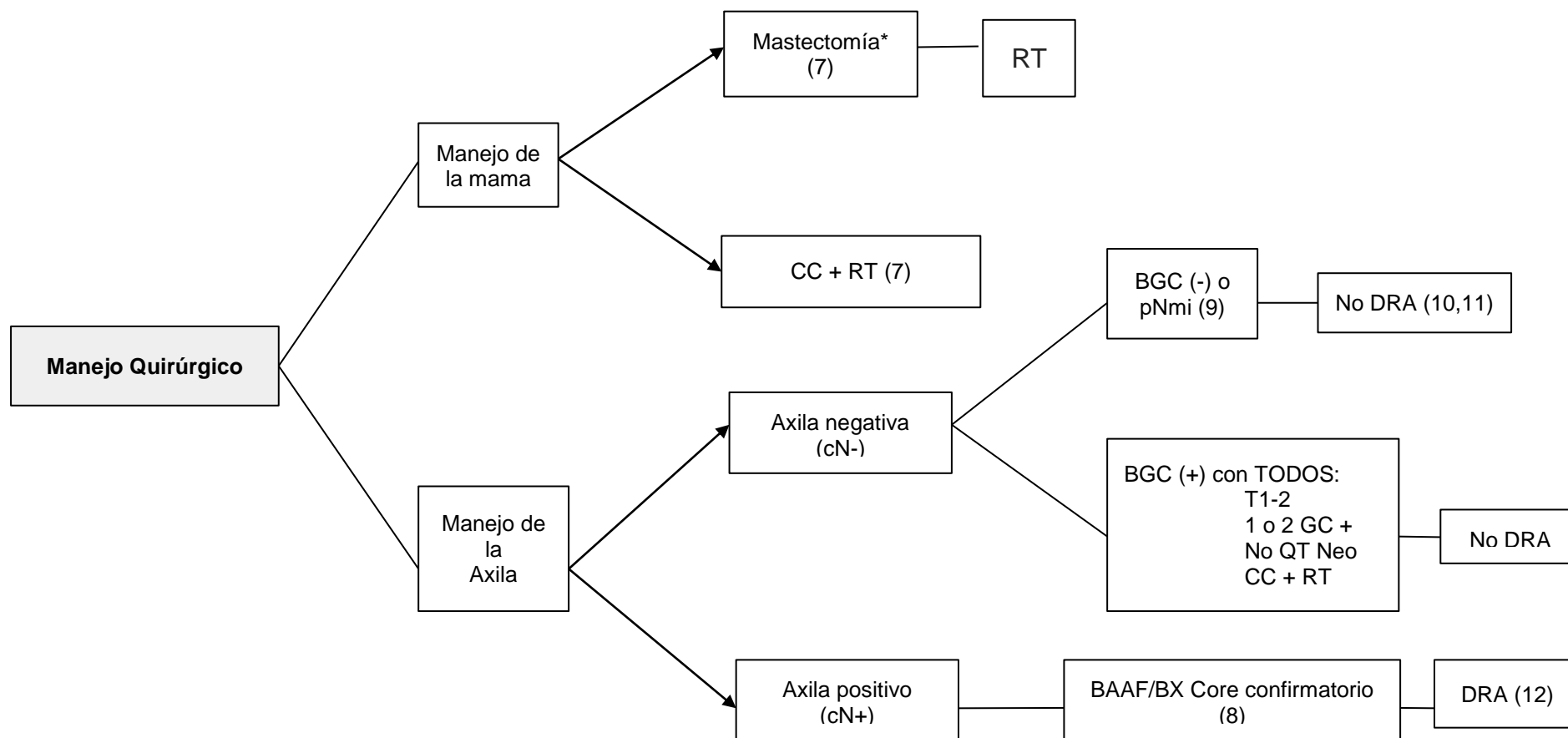
	recurrente con receptores hormonales positivos HER2 positivo, se sugiere Lapatinib/Letrozol como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, GEICAM) (Recomendación, ASCO)	
iii. Radioterapia en cáncer de mama metastásico o recurrente		
132.	En pacientes con cáncer de mama operadas no expuestas 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

Flujograma N° 1: Carcinoma de mama no invasivo (in situ) o estadio clínico (EC) 0



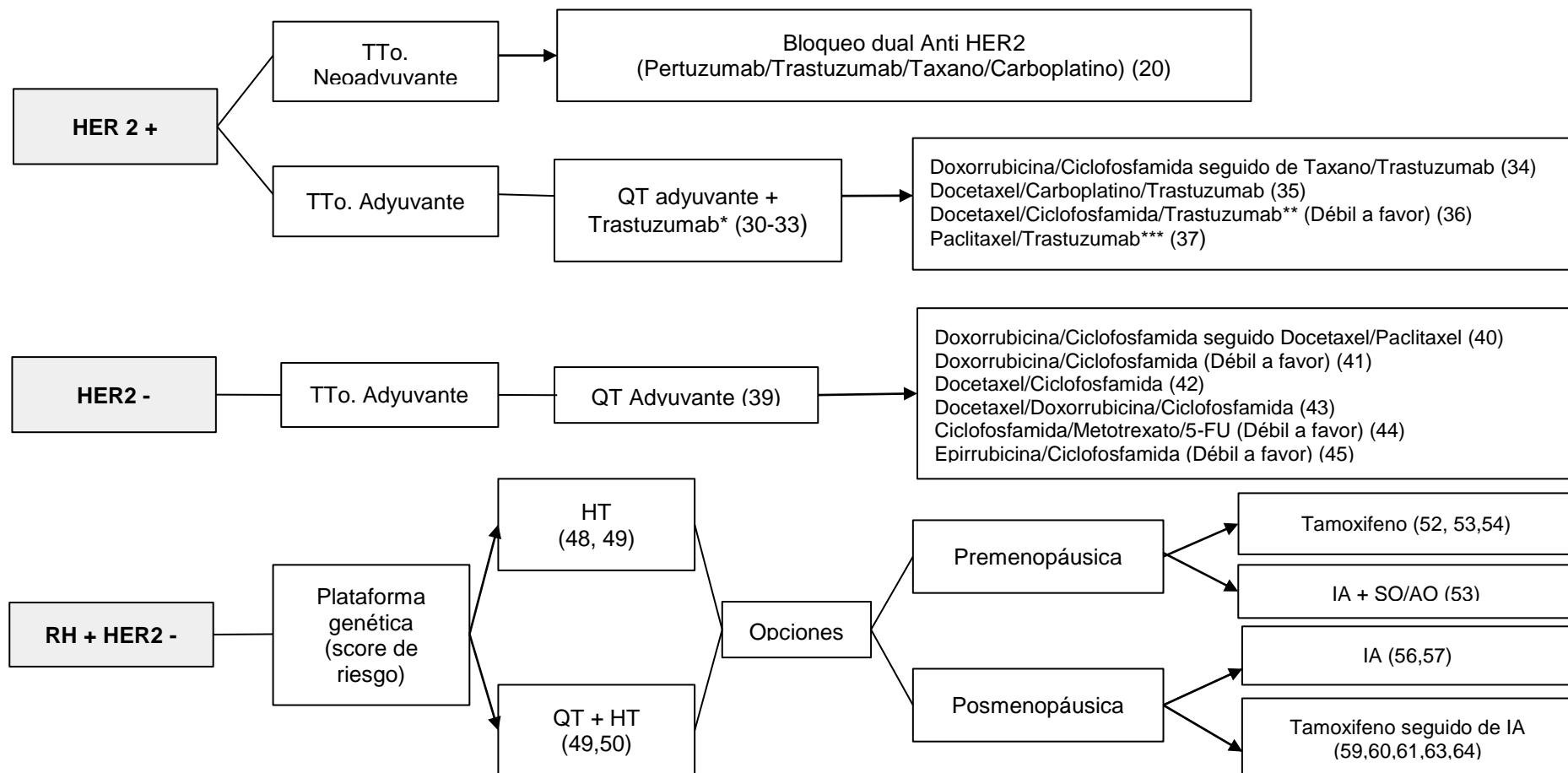
RT: Radioterapia, BGC: Biopsia de ganglio centinela, RE: Receptor de estrógeno, Qx: Quirúrgico. *En pacientes posmenopáusicas < 60 años y/o riesgo de tromboembolismo se recomienda inhibidor de aromatasa. Terapias de reducción de riesgo incluye hormonoterapia. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección A, páginas 40-43.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**.

Flujograma N° 2: Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama temprano (EC I, EC II y T3N1M0)



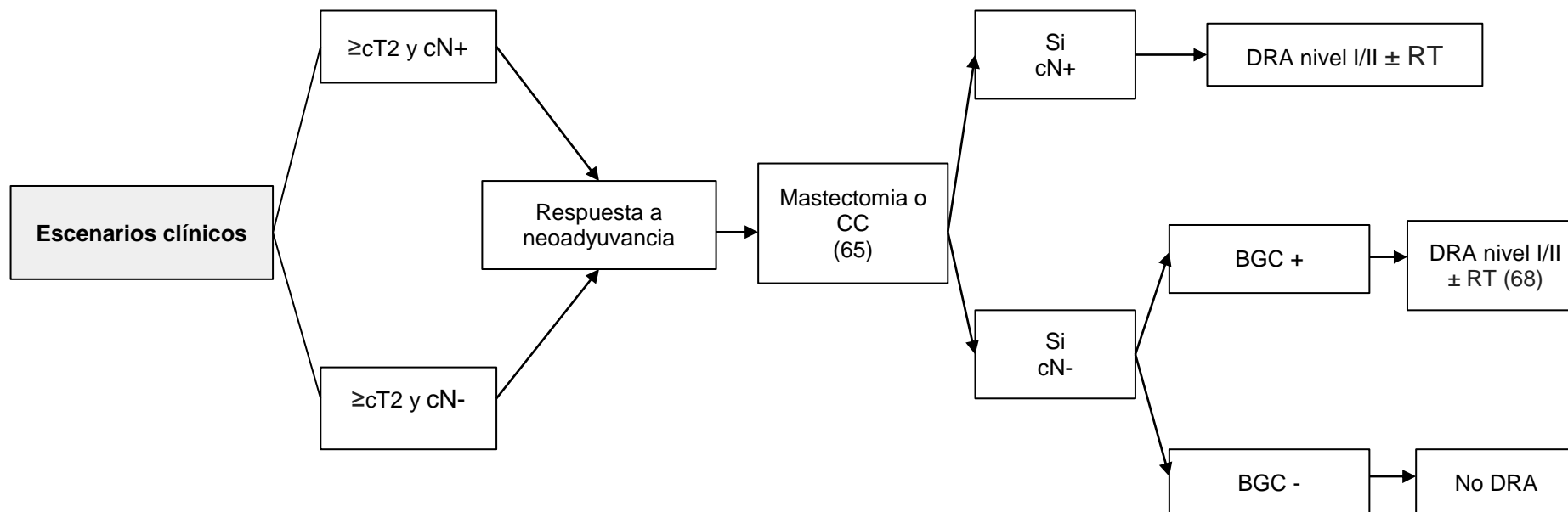
RT: Radioterapia, BG: Biopsia de ganglio centinela, QX: Quirúrgico, GC: Ganglio centinela, QT neo: Quimioterapia neoadyuvante, CC: cirugía conservadora, DRA: Disección radical de axila, pNmi: Compromiso ganglionar microscópico. T 1-2: Tamaño tumoral, según AJCC. *En pacientes con mutación BRCA 1 / 2 se recomienda mastectomía bilateral y/o salpingooforectomía bilateral como cirugía de reducción de riesgo. La cirugía reconstructiva se recomienda el uso de expansores, implantes o tejido autólogo. En algunos EC II o T3N1M0: considerar QT neoadyuvante. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección B, páginas 43-46.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido** En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves v Nivel de Evidencia**

Flujograma N° 3: Tratamiento sistémico en cáncer de mama temprano



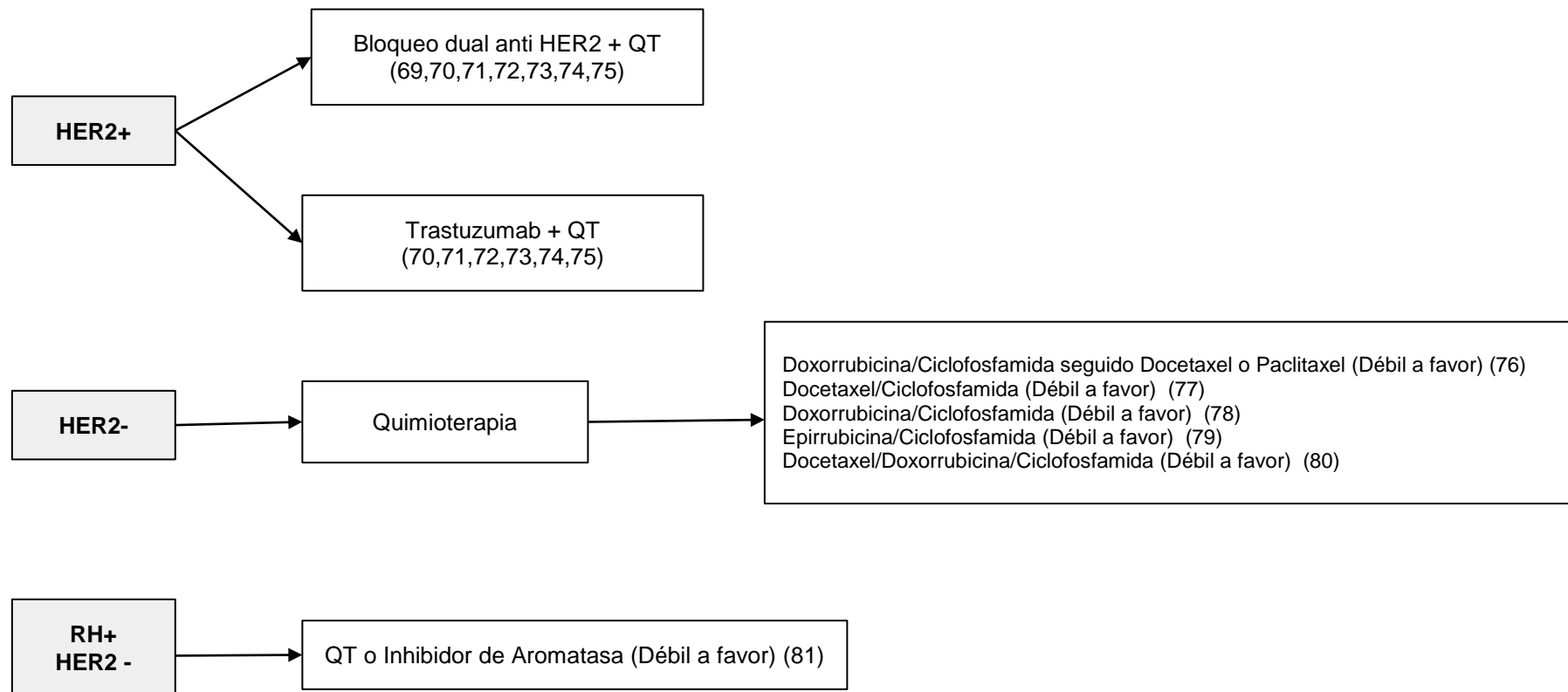
QT: Quimioterapia, HT: hormonoterapia, IA: Inhibidor de aromatasa, SO: Supresión ovárica, AO: Ablación Ovárica, T: Tamaño tumoral según AJCC, TTTo: Tratamiento, 5-FU: 5 fluorouracilo. *En pacientes con T≤0.5 cm incluso T1mi y pN0 la fuerza de recomendación disminuye. **Recomendado en pacientes con contraindicación de Antraciclina. ***Recomendado en pacientes con tumores pT1 N0. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección B, páginas 49,53-68.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

Flujograma N° 4: Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama localmente avanzado (EC IIIB, EC IIIC y algunos IIIA)



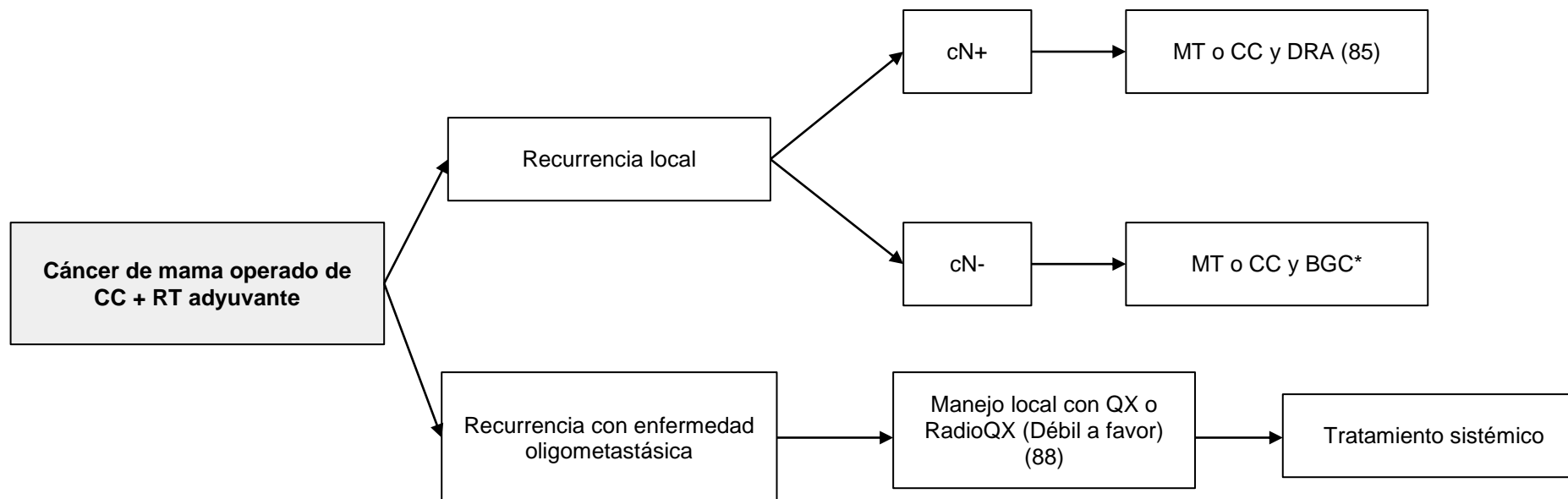
BGC: Biopsia de ganglio centinela, DRA: Disección radical de axila, CC: Cirugía conservadora. El planeamiento quirúrgico posterior a la neoadyuvancia es con el estadiaje al diagnóstico. BGC debe ser realizado en al menos 2 GC. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección C, páginas 68-71.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**.

Flujograma N° 5: Tratamiento sistémico neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado



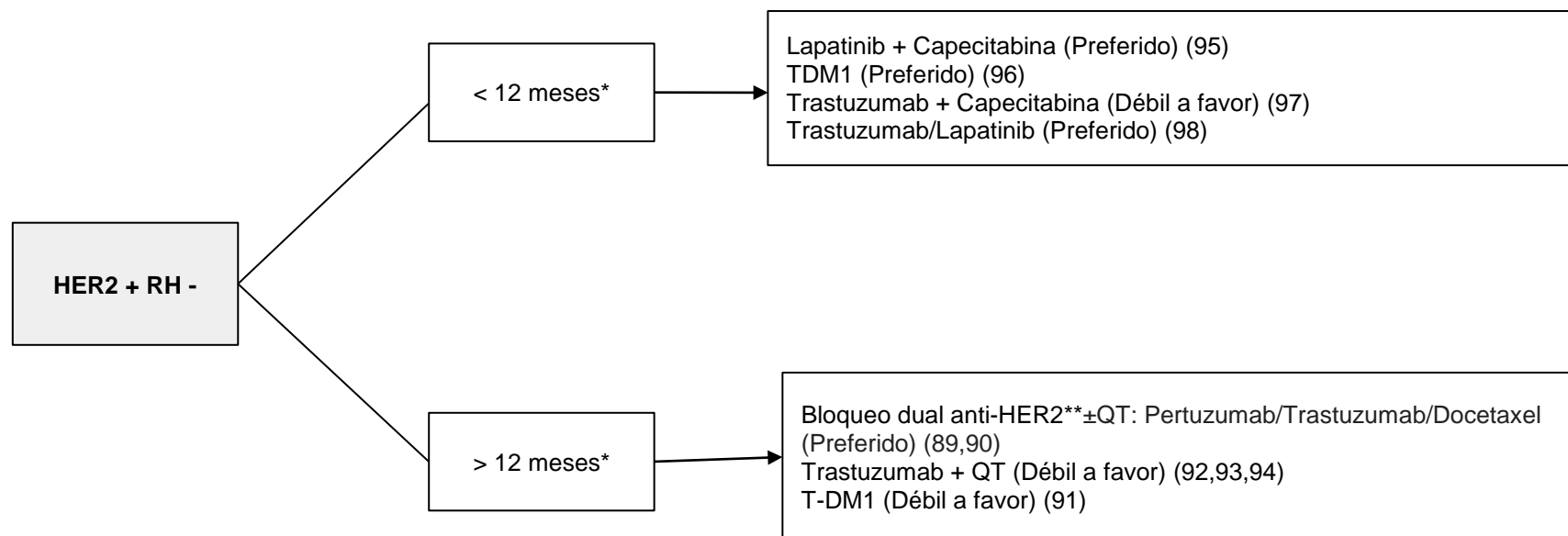
QT: Quimioterapia. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección C, páginas 71-76** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido** En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

Flujograma N° 6: Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama metastásico o recurrente



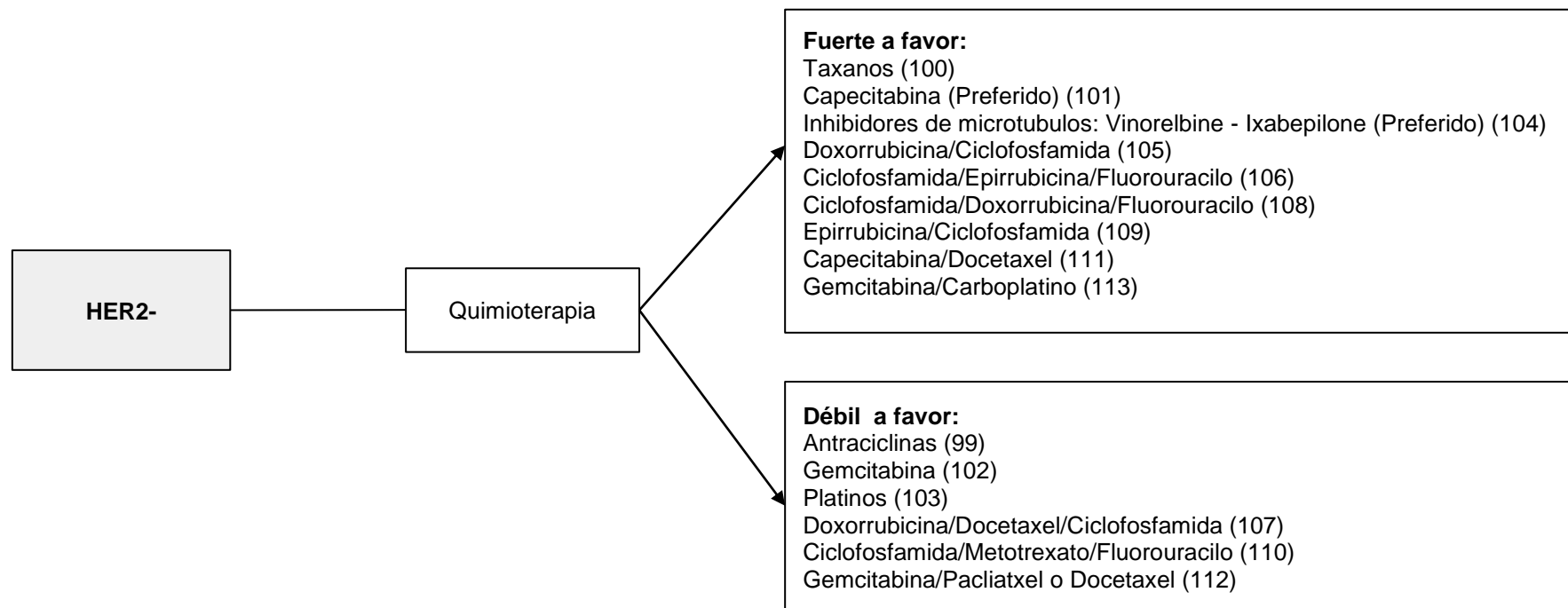
QX; cirugía, MT: Mastectomía total, CC: cirugía conservadora, DRA; disección radical de axila, BGC: biopsia de ganglio centinela, RadioQX: radiocirugía. *Si BGC (+) proceder a DRA. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección D, páginas 77- 79.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves v Nivel de Evidencia**

Flujograma N° 7: Tratamiento sistémico en cáncer de mama metastásico o recurrente HER2 positivo RH negativos



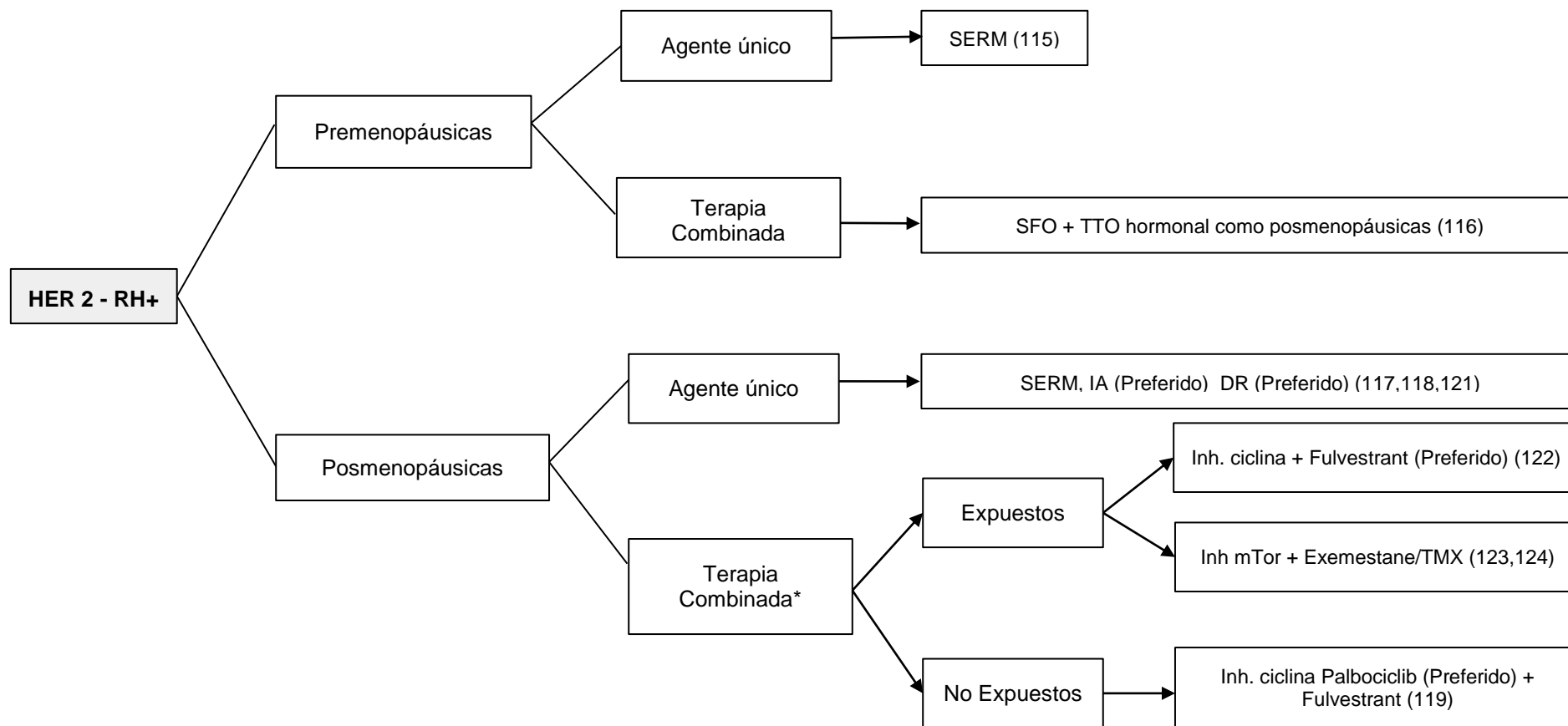
QT: quimioterapia *tiempo desde el término del tratamiento sistémico adyuvante a la recurrencia. **es preferido en pacientes sin exposición previa a trastuzumab. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección D, páginas 79-82.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves v Nivel de Evidencia**

Flujograma N° 8: Tratamiento sistémico en cáncer de mama HER2 negativo



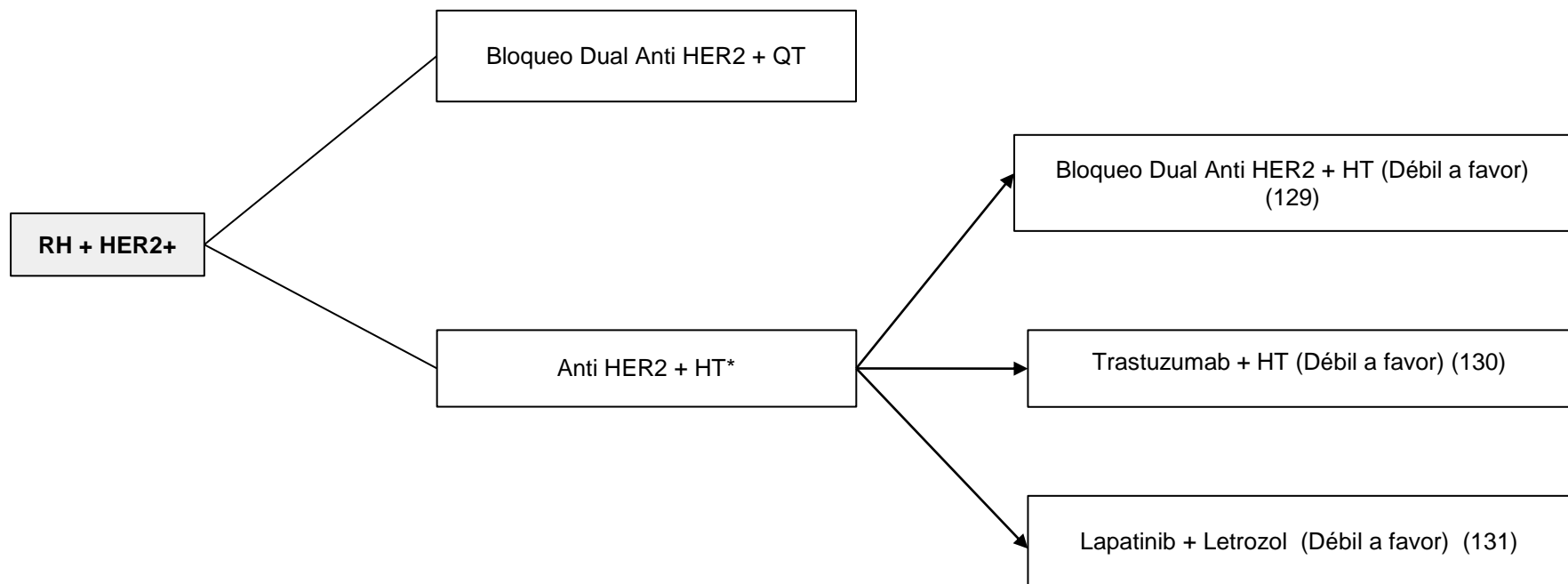
Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección D, páginas 82-88. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**.

Flujograma N° 9: Tratamiento sistémico cáncer de mama metastásico o recurrente Receptores hormonales positivos HER2 negativo



SERM: moduladores selectivo del receptor de estrógeno, SFO: supresión de la función ovárica, IA: Inhibidor de aromatasa, DR: “Down regulator” del receptor de estrógeno, Inh. Ciclina: Inhibidores de ciclina, TMX: tamoxifeno. Terapia combinada= IA+Inhibidor de ciclina CDK4/6. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección D, páginas 88-93.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido** En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

Flujograma N° 10: Tratamiento del cáncer de mama metastásico o recurrente Receptores hormonales positivos HER2 positivo



QT: Quimioterapia, HT: hormonoterapia, Anti HER2: terapia Anti receptor HER2. *considerar en pacientes sin crisis visceral. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.2, sección D, páginas 94-95.** Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido** En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**