

PLANES DE MEJORA PARA LOS **NO HACER** EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

Claves para mejorar
la atención a los pacientes

Avalado por:



Con la colaboración de:



ÍNDICE

04	Autores
08	Introducción
12	Objetivo
13	Metodología
	• Conferencia de consenso
	• Elaboración de las fichas para los planes de mejora
16	Resultados
32	Reflexiones finales
36	Bibliografía
38	Anexo



AUTORES



COMITÉ CIENTÍFICO

Anna Belén Rodríguez

Enfermera.
Hospital Clínic de Barcelona.

Gloria Campos

Enfermera.
Institut Català d'Oncologia.
L'Hospitalet de Llobregat.
Barcelona.

Isabel Gallegos

Especialista de Oncología Médica.
Hospital General de Segovia.

M^a Ángeles García

Directora Gerente.
Hospital U. Virgen de las Nieves.
Granada.

Vega Iranzo

Especialista de Oncología Médica.
Hospital General Universitario de
Valencia.

Susana Lorenzo

Jefe del Área de Calidad y Gestión
de Pacientes.
Hospital Universitario Fundación
Alcorcón. Madrid.

Fernando Moreno

Especialista en Oncología Médica.
Hospital Clínico San Carlos.
Madrid.

Begoña Vieites

Especialista en Anatomía
Patológica.
H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

REVISORES

Josep Borrás

Director del Plan Oncológico en
Cataluña.

Josep Isern

Especialista en Oncología
Radioterapia.
Hospital de la Santa Creu i Sant
Pau. Barcelona.

Christian Sisó

Especialista en Cirugía de Mama.
Hospital Universitari Vall
d'Hebron. Barcelona.

COORDINADORES SECA

Emilio Ignacio García

Responsable Equipo de proyectos
SECA.

Inmaculada Mediavilla Herrera

Presidenta SECA.

José Joaquín Mira Solves

UMH. Responsable Equipo de
proyectos SECA.

Manel Santiña Vila

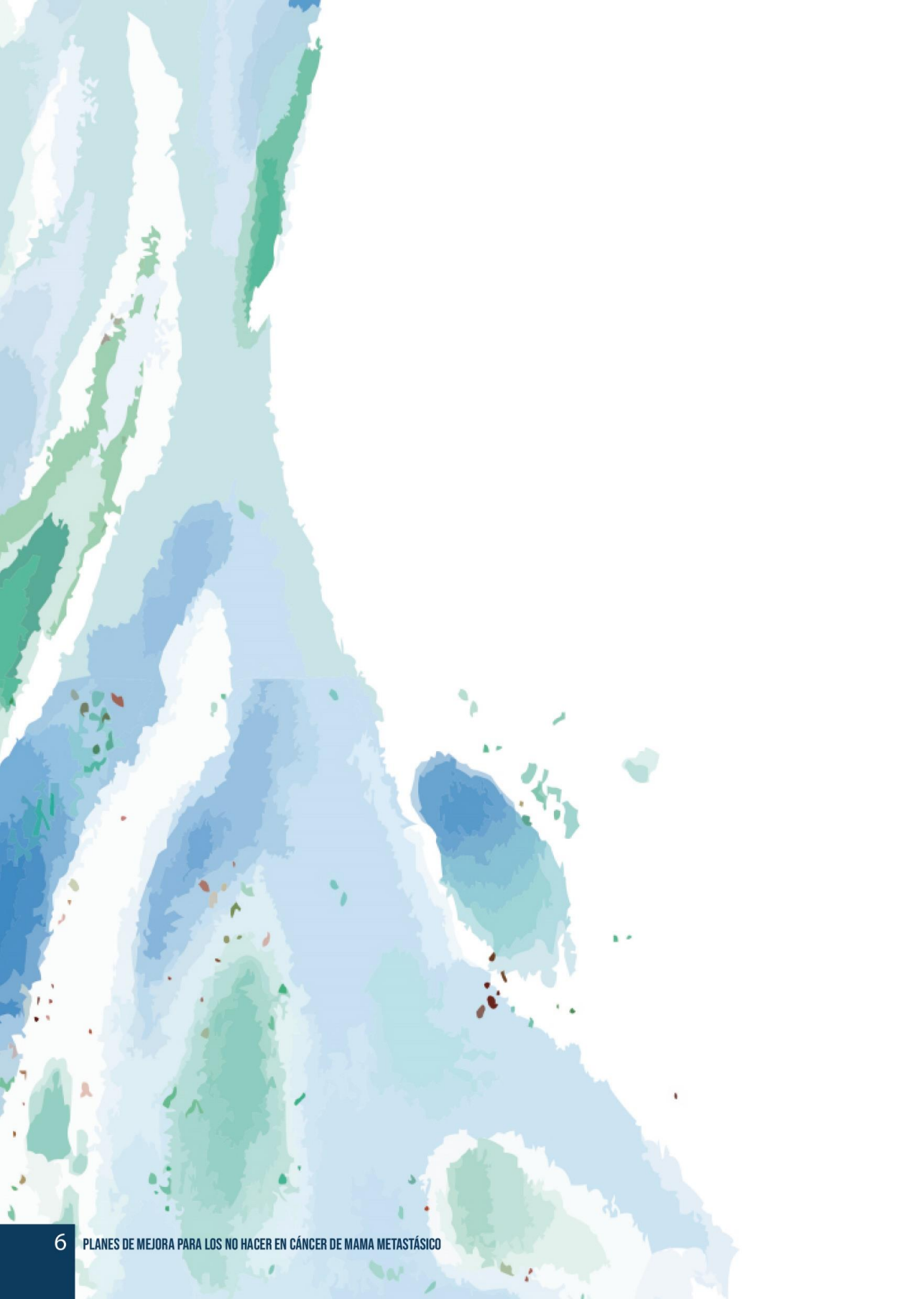
Responsable Equipo de proyectos
SECA.

Pura Ballester Navarro

Colaboradora proyectos SECA.

Eva Gil Hernández

Colaboradora proyectos SECA.

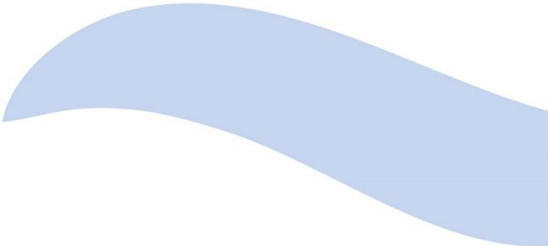


Agradecimientos

Queremos agradecer a la Alianza **Daiichi Sankyo | AstraZeneca** su colaboración, ya que juntos podemos dar mejores respuestas a las necesidades de pacientes y profesionales sanitarios y además, nos están ayudando a superar los desafíos que presenta actualmente el abordaje de esta patología.



INTRODUCCIÓN



En 2022, **el cáncer de mama (CM) representó el 12% de todos los cánceres diagnosticados en España**¹. En el momento del diagnóstico, un 5-6% presenta ya metástasis (estadio IV de novo) y, aproximadamente un 30% de los pacientes diagnosticados en un estadio temprano de cáncer de mama experimentarán una recaída metastásica a lo largo de su evolución².

Desde las sociedades médicas y el sector sanitario en su conjunto, cada vez se trabaja más en proyectos dirigidos a la mejora de la calidad asistencial de los pacientes y a reducir las prácticas de bajo valor que además suponen un elevado gasto en atención sanitaria^{3,4}. Desde la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), se ha desarrollado una “Guía para la implementación de proyectos de atención sanitaria basada en el valor” en la que abordan cómo desimplementar prácticas de poco valor paso a paso⁵. AQUAS propone incidir en aspectos como el sobrediagnóstico y sobretratamiento, entre otros, donde sugieren que cambios en ellos afectan de forma directa la posibilidad de mejorar aspectos de la calidad asistencial⁶. Las **prácticas de bajo valor** suponen que los riesgos superan a los beneficios en esa intervención⁷ o representan una amenaza para la seguridad del paciente y para la sostenibilidad del sistema sanitario⁸. Todas estas cuestiones ya se ponen de manifiesto en el informe “Evidencia sobre la personalización del cribado poblacional del cáncer de mama” donde el sobrediagnóstico permanece como una variable sin analizar en los modelos de cribado individualizados⁹.

En la literatura no se identifican con facilidad recomendaciones No Hacer (NH) que afecten a pacientes con cáncer de mama metastásico (*Do Not Do in Metastatic Breast Cancer, DND MBC*). Dada la elevada incidencia del cáncer de mama, y del riesgo de desarrollar metástasis, desde la **Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)** y con la colaboración de la **Alianza Daiichi Sankyo I AstraZeneca**, en 2022 se inició el estudio “No Hacer en Cáncer de Mama Metastásico”¹⁰. Se identificaron recomendaciones No Hacer relevantes y relacionadas con el proceso asistencial de pacientes con cáncer de mama metastásico, tras una revisión narrativa y la participación de un grupo de expertos que debatieron sobre potenciales recomendaciones No Hacer en base a su experiencia y criterio¹⁰. **Se consensuaron 12 recomendaciones No Hacer**, y se realizó un estudio observacional retrospectivo, utilizando metodología propia de calidad asistencial¹¹, como el muestreo de historias clínicas electrónicas (HCE) por lotes de cuatro centros médicos españoles para determinar la frecuencia de incumplimiento de estos No Hacer y contrastar su idoneidad como recomendaciones para incrementar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes¹⁰.

Las recomendaciones finales se alcanzaron a través de una **conferencia de consenso multidisciplinar** que involucró dos reuniones presenciales y dos reuniones online, en las que los miembros del panel de expertos puntuaron la relevancia de las recomendaciones, así como aportaron bibliografía reciente y relevante sobre la recomendación en concreto, la cual se adjunta como Anexo I del presente trabajo y que respalda las 12 recomendaciones. Fueron presentadas en el XXXVIII Congreso SECA realizado en octubre de 2022 en Zaragoza y en un seminario online en marzo 2023 en el que participaron 62 asistentes.

En vista de los resultados obtenidos tras el estudio previo¹⁰, donde el rango de incumplimiento de las recomendaciones se situó entre un 1.3% y un 28.1%, se ha considerado conveniente ampliar el proyecto y diseñar planes de mejora para cada una de las recomendaciones No Hacer obtenidas.

OBJETIVO

El objetivo de este proyecto fue **confeccionar planes de mejora para las recomendaciones No Hacer** identificadas para reducir prácticas de bajo valor en la atención a los pacientes con cáncer de mama metastásico.

METODOLOGÍA

La elaboración de planes de mejora en las unidades asistenciales es un paso necesario y responsable, acorde con el compromiso con la calidad asistencial que subyace al quehacer del personal sanitario. Para ello se contó con tres especialistas en Oncología Médica, un especialista en Anatomía Patológica y una Gerente de hospital que se reunieron el pasado mes de septiembre de 2023. Además, revisaron y complementaron el documento consenso del grupo que se reunió el Director del Plan Oncológico en Cataluña, una experta en Calidad Asistencial y dos enfermeras, un especialista en Oncología Radioterápica y un cirujano de mama.

Se empleó **investigación cualitativa**, dado que el uso de estas técnicas permite una exploración más profunda de los aspectos en cuestión y resultan especialmente útiles y apropiadas para recoger ideas que ayuden a mejorar la calidad asistencial¹². En particular, en este proyecto se empleó la **conferencia de consenso** que se destaca como uno de los métodos más extendidos para la elaboración de recomendaciones y guías médicas¹³ al combinar perspectivas profesionales y de otros agentes como representantes de pacientes, evidencia, fuentes de datos primarias, para concluir cómo establecer un procedimiento, mejorar uno existente o tomar decisiones respecto de prácticas clínicas.

Conferencia de consenso.







La conferencia de consenso tiene como finalidad abordar una cuestión con definición acotada, en este caso relacionada con un procedimiento médico, con el objetivo de mejorar la práctica clínica¹⁴. Su estructura está inspirada en una reunión científica con un enfoque similar al parlamentario. Es crucial que el tema a tratar esté bien definido para permitir a los participantes presentar sus propuestas y participar en un debate abierto en el que se comparen distintos puntos de vista y experiencias. Los participantes deben contar con información sólida que respalde las recomendaciones que formulen¹⁵.

La sesión se llevó a cabo en formato híbrido (presencial y online) en Madrid el 25 de septiembre de 2023. En ella se estableció un debate dirigido con el fin de capturar información acerca de las propuestas de mejora para los 12 No Hacer en la atención a pacientes con cáncer de mama metastásico. Se añadieron dos No Hacer más a raíz de la propuesta de la anatomopatóloga y unanimidad del grupo, que fueron asignados con los números 13 y 14 pero situados entre los primeros por responder a la etapa de diagnóstico.

Elaboración de las fichas para los planes de mejora.

Con la información recabada, se procedió a estructurarla y completar las fichas tipo (Tabla 1) para cada uno de los 14 No Hacer.

Tabla 1. Ficha tipo para cada uno de los No Hacer.

¿Cuál es el problema?		Definir el problema.
¿Por qué ocurre?		Causas que lo motivan percibidas por los expertos.
¿Por qué abordarlo?		Valoración de las consecuencias del problema.
¿Cómo lo solucionamos?		Estrategias y actividades para abordarlo.
¿Quién y cuándo lo hará?		Perfil del profesional implicado.
¿Qué resultados nos proponemos obtener?		Metas y estándares.

Una vez obtenido el primer borrador, fue revisado en tres ocasiones por los expertos, hasta obtener la presente versión definitiva.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los fundamentos para que en los centros se pueda realizar una evaluación sobre el estado de las prácticas de bajo valor y, en base a ello, **elaborar sus propios planes de mejora.**

La numeración de las recomendaciones **no es consecutiva**, esto es debido a que:

- 1.- Se ha mantenido el orden original del manuscrito fruto del primer trabajo de revisión.
- 2.- Las recomendaciones se han agrupado en base a su función dentro del proceso clínico del cáncer de mama metastásico.

NO HACER - 01

No iniciar tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico sin diagnóstico histopatológico completo y aquellos biomarcadores necesarios para guiar una decisión terapéutica correcta.

¿Cuál es el problema?



En ocasiones se inicia el tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico sin tener un **diagnóstico histopatológico completo**.

¿Por qué ocurre?



Puede ocurrir debido a tres situaciones: **a)** hay centros que no disponen de la capacidad para realizar todas las pruebas necesarias; **b)** la necesidad de iniciar tratamiento de forma urgente cuando el diagnóstico completo tarda tiempo en realizarse; o **c)** que los propios pacientes presionen para iniciar el tratamiento de forma inminente.

¿Por qué abordarlo?



Si se inicia tratamiento sin el diagnóstico histopatológico completo puede haber un error en la **categorización** del tipo de cáncer diagnosticado, por lo que no se garantiza que el tratamiento sea el adecuado.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Disponer de un servicio de anatomía patológica con una cartera de servicios afín con el protocolo de mama del centro. Caso de no disponer de las técnicas, derivar al paciente a un centro de referencia donde pueda ser diagnosticado de forma correcta.
2. Tener una respuesta de anatomía patológica con inmunohistoquímica en un plazo máximo de **una semana**.
3. Crear circuitos específicos de derivación a centros de referencia cuando hay dificultad de biopsia.
4. Evaluar los pacientes metastásicos por el comité de tumores.
5. Revisar la historia clínica e informes de anatomía patológica que se presentan en comité.
6. Facilitar **información** oportuna y completa al paciente para mitigar la presión.

¿Quién y cuándo lo hará?



Los encargados de llevar a cabo estas acciones serán radiólogos, patólogos, enfermeras de práctica avanzada o gestoras de casos y oncólogos.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Que todos los pacientes puedan disponer de un diagnóstico histopatológico en un tiempo de unos 10-20 días laborables. Indicadores:

1. **>90%** de los pacientes metastásicos con biopsia realizada y diagnóstico histopatológico Básico (histológico e inmunohistoquímico -receptores hormonales, HER2, Ki67-) entre **10 días** laborables.
2. El resultado de AP tras biopsia tiene que ser **<7 días** laborables.
3. **>90%** de los pacientes metastásicos con estudio de biomarcadores adicionales (PDL1, PI3K, ESR1...), a demanda de Oncología médica, en **<30 días** laborables.

NO HACER - 03

No confiar exclusivamente en el valor de los marcadores tumorales en sangre para dictar cambios terapéuticos, sin evidencia de progresión clínica y radiológica.

¿Cuál es el problema?



Tomar decisiones de cambio de tratamiento teniendo en cuenta exclusivamente el valor de los marcadores tumorales.

¿Por qué ocurre?



Criterio clínico, evolución tórpida, presión asistencial.

¿Por qué abordarlo?



Uso inapropiado utilizando una línea terapéutica. Los marcadores tumorales aportan información como guía para evaluar la **respuesta al tratamiento** en pacientes con una enfermedad metastásica no medible de otra forma.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Poner en marcha un circuito para coordinar la disponibilidad de la prueba radiológica.
2. Acceso rápido a la prueba radiológica si se sospecha recaída o progresión.
3. Informar a los médicos de que los marcadores tumorales no tienen valor en el diagnóstico precoz del cáncer de mama.
4. Integrar la información de los **marcadores tumorales** en el contexto de la situación clínica y de las pruebas de imagen en la valoración por el comité de tumores.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos médicos de referencia del paciente. Comité de cáncer de mama.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?









Reducir el número de casos que hayan experimentado cambios terapéuticos basados exclusivamente en el valor de los marcadores tumorales. Pacientes a los que se les realiza cambios terapéuticos basados exclusivamente en el valor de los marcadores tumorales / total de pacientes.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 13

No utilizar anticuerpos ni plataformas moleculares sin validación clínica para el correcto diagnóstico patológico del cáncer de mama metastásico.

¿Cuál es el problema?		Se emplean anticuerpos de IHQ o plataformas sin validación clínica para realizar el diagnóstico patológico del cáncer de mama metastásico.
¿Por qué ocurre?		En ocasiones no se dispone de otro material, por problemas de coste o falta de equipamientos adecuados.
¿Por qué abordarlo?		El paciente puede no estar correctamente identificado en su diagnóstico patológico .
¿Cómo lo solucionamos?		<ol style="list-style-type: none">1. Formar a patólogos/biólogos moleculares en las nuevas tecnologías disponibles para el diagnóstico patológico.2. Fomentar la comunicación oncólogo-patólogo.3. Promover el cumplimiento de la Norma ISO (UNE-EN ISO 15189).
¿Quién y cuándo lo hará?		Patólogos / Biólogos moleculares.
¿Qué resultados nos proponemos obtener?		Asegurar que todo el material utilizado cuente con validación clínica para asegurar unos resultados de calidad . Indicadores: <ol style="list-style-type: none">1. 100% de los Anticuerpos de IHQ y/o sondas de hibridación <i>in situ</i>, utilizados en el diagnóstico de cáncer de mama metastásico, con validación clínica (marcaje CE-IVD).2. 90% de los paneles de secuenciación o sondas para PCR, utilizados en el diagnóstico de cáncer de mama metastásico, con validación clínica (marcaje CE-IVD).

NO HACER - 14

No tratar a pacientes con cáncer de mama metastásico en base al diagnóstico del tumor primario en aquellos casos en que se cuente con confirmación histológica de la enfermedad metastásica.

¿Cuál es el problema?



Se trata a pacientes con cáncer de mama metastásico en base al diagnóstico del tumor primario habiendo confirmación histológica de la **enfermedad metastásica**.

¿Por qué ocurre?



No se emplea la información que tenemos de una muestra más reciente.
Porque no se completa el estudio de biomarcadores en la muestra metastásica, al contar ya con la del tumor primario. Por **diagnóstico incompleto** en última muestra para disminuir gasto o por defecto de organización en el servicio de Anatomía Patológica.

¿Por qué abordarlo?



Es importante que se actualicen las muestras del tumor para que el tratamiento se adecúe.
Porque existe evidencia del cambio de inmunofenotipo en algunos tumores tras tratamientos previos.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Concienciar al equipo de Oncología médica de que puede haber algún biomarcador de la enfermedad metastásica que no se tenía previamente.
2. Establecer los criterios apropiados basados en la evidencia en el **protocolo** del comité multidisciplinar.
3. Insistir al equipo de Oncología de la importancia de la **biopsia repetida**.
4. Formar a los patólogos para reevaluación sistemática de biomarcadores en las biopsias de metástasis de cáncer de mama.
5. **>90%** de los pacientes metastásicos con diagnóstico histopatológico Básico (histológico e inmunohistoquímico -receptores hormonales, HER2, Ki67-) completo, en la muestra de lesión metastásica.
6. **>90%** de los pacientes metastásicos con estudio de biomarcadores adicionales (PDL1, PI3K, ESR1...), a demanda de Oncología, en la muestra de lesión metastásica.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos y patólogos de referencia del paciente, comité de cáncer de mama.



¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Maximizar el número de pacientes tratados acorde al fenotipo más reciente de la metástasis. Número de pacientes tratados acorde al fenotipo más reciente de la metástasis / total de pacientes.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 02

<p>¿Cuál es el problema?</p> 	<p>Se recomienda no administrar tratamiento quimioterápico a dosis altas o densas, ya que no se ha observado mejoría en la supervivencia de los pacientes y produce un aumento considerable de la toxicidad.</p>
<p>¿Por qué ocurre?</p> 	<p>Se extrapolan los beneficios de las dosis densas de quimioterapia obtenidas en cáncer de mama precoz a la enfermedad avanzada donde no han demostrado un beneficio en supervivencia. Además, el paciente con enfermedad metastásica percibe esta fase de la enfermedad como el momento para hacer un tratamiento muy intensivo para evitar que la enfermedad avance.</p>
<p>¿Por qué abordarlo?</p> 	<p>Al hacer esto, se generan complicaciones y más efectos secundarios en el paciente, además de que no tiene beneficios. Existen ideas equivocadas sobre cuanta más dosis de tratamiento administramos, más efectiva es.</p>
<p>¿Cómo lo solucionamos?</p> 	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar formación continuada a los oncólogos médicos con ayuda del departamento de formación del hospital.2. Protocolos específicos y actualizados de tratamiento para el Comité de cáncer de mama y, específicamente, para oncología médica, de enfermedad precoz y metastásica, ya que de esta forma no habría posibilidad de prescribirlo.3. Instaurar sistemas de alerta en el momento de la prescripción si la historia clínica detecta que es un paciente metastásico.4. Coordinar el servicio de oncología médica con farmacia sobredosis máxima.5. Implantar una visita de educación terapéutica. Todo paciente que inicie una nueva línea de tratamiento debe tener una visita de educación terapéutica con la enfermera responsable sobre los nuevos fármacos que iniciará y realizar una valoración integral del paciente previa al tratamiento.
<p>¿Quién y cuándo lo hará?</p> 	<p>Oncólogos médicos, farmacéuticos hospitalarios, enfermeras de práctica avanzada y enfermeras de casos. Comité de cáncer de mama.</p>
<p>¿Qué resultados nos proponemos obtener?</p> 	<p>Pacientes que sufren eventos adversos por administración de tratamiento quimioterápico a dosis altas / total de pacientes. Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.</p>

NO HACER - 04

¿Cuál es el problema?



No utilizar quimioterapia citotóxica combinada (múltiples fármacos) en pacientes con cáncer de mama metastásico a menos que el paciente necesite una respuesta rápida para aliviar los síntomas relacionados con el tumor o prevenir un fallo orgánico inminente.

Actualmente se utiliza quimioterapia citotóxica combinada en pacientes con cáncer de mama metastásico sin que necesite una respuesta rápida.

¿Por qué ocurre?



Por falta de **criterio unánime** a la hora de definir enfermedad agresiva entre oncólogos.

¿Por qué abordarlo?



No se ha demostrado que el utilizar varios fármacos de quimioterapia a la vez o combinados aporte beneficio.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Sesiones formativas sobre actualización en quimioterapia.
2. Potenciar sesiones de cierre de historias y de **exitus** para ver qué se ha hecho bien y qué puede mejorarse en la práctica clínica.
3. Definir protocolos para que, en el momento de prescribir una doble terapia de quimioterapia, aparezca una alerta para confirmar que se trata de **enfermedad agresiva** (recomendaciones de la SEOM).
4. Realizar visita de seguimiento con la enfermera de práctica avanzada o la gestora de casos para abordar expectativas, situación vital y ayudar a manifestar deseos del paciente y su familia/cuidadores.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos médicos.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Adecuar el tratamiento a la necesidad clínica del paciente, evitando un uso innecesario. Pacientes en los que se administra quimioterapia citotóxica combinada en pacientes que no necesitan una respuesta rápida / total de pacientes. Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 05

No utilizar vías periféricas cuando el paciente con cáncer de mama metastásico es portador de vía central.

¿Cuál es el problema?



Se usan vías periféricas cuando existe una vía central.

¿Por qué ocurre?



Implica principalmente a enfermería. El personal de enfermería no asignado a los Servicios de Oncología puede tener dificultad, desconocimiento o falta de experiencia para trabajar con port-acath.

¿Por qué abordarlo?



Se realiza un pinchazo innecesario y, además, hay un riesgo de infección. El acceso venoso periférico del paciente metastásico es escaso por los poli-tratamientos recibidos. Estos pinchazos innecesarios **merman la calidad de vida** y confort de estos pacientes, con el consiguiente riesgo de infección.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Realizar formación a enfermería, principalmente en servicios no oncológicos (Urgencias, centros de salud...).
2. Unificar los procedimientos de enfermería dentro de un mismo centro.
3. Promover la implicación e información al paciente. Informar de las consecuencias que tiene el procedimiento para que puedan exigir que pinchen por la vía central para evitar infecciones.
4. Implantar **protocolo** de indicaciones y uso de catéteres centrales en cáncer metastásico.
5. Facilitar el material necesario para realizar una extracción por vía central en todos los servicios del hospital en los que se vaya a utilizar una vía periférica, también en los centros de atención primaria.

¿Quién y cuándo lo hará?



Enfermeras de práctica avanzada, enfermeras de casos, enfermeras de atención primaria y de ámbito hospitalario.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



1. Pacientes en los que se utiliza la vía central / total de pacientes.
2. Número de flebitis en vena periférica en pacientes con vía central / total de pacientes.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 06

No realizar sistemáticamente mastectomía en pacientes con cáncer de mama metastásico, sino adaptar la cirugía a su estadio loco-regional, optando por cirugía conservadora si es factible.

¿Cuál es el problema?



En el paciente metastásico en que se opta por cirugía, se realiza sistemáticamente una mastectomía radical, y no cirugía acorde a su estadio loco-regional.

¿Por qué ocurre?



Muchas veces se opta por mastectomía radical sin haber considerado otras alternativas por la **falsa percepción** del médico de que al tratarse de un paciente metastásico debe existir mucha carga de enfermedad en la región del tumor primario. Además, los propios pacientes son los que, en ocasiones, demandan la mastectomía radical por la falsa asociación de radicalidad quirúrgica con mejoría del pronóstico oncológico.

¿Por qué abordarlo?



En pacientes con cáncer de mama metastásico, la mastectomía supone una intervención mutilante sin evidencia de beneficio en **supervivencia**.
Pacientes con baja carga de enfermedad a distancia, con buena respuesta al tratamiento y con una expectativa vital larga, se merecen el mismo tratamiento quirúrgico que cualquier otro paciente con cáncer de mama no metastásico.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Realizar revisión de la decisión del comité. Se trata de casos en los que hay que individualizar el enfoque terapéutico a la situación clínica y preferencias de cada paciente.
2. Actualizar sobre el manejo de la cirugía de tumor primario y el papel del tratamiento loco-regional en la enfermedad metastásica a cirujanos, oncólogos y radioterapeutas.
3. **Informar y empoderar** al paciente para la toma de decisiones compartidas. Se debe discutir con los pacientes las ventajas e inconvenientes de realizar o no la mastectomía completa y qué aporta cada decisión.

¿Quién y cuándo lo hará?



Cirujanos de cáncer de mama. Comité de cáncer de mama. Oncólogos médicos de referencia de la paciente. Oncólogos radioterápicos.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Obtener una reducción del número de mastectomías realizadas cuando existen otras opciones más conservadoras disponibles en pacientes metastásicos candidatos a valorar cirugía del tumor primario. N.º de mastectomías radicales / total de pacientes con cáncer de mama metastásico.
Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 07

<p>¿Cuál es el problema?</p>		<p>No realizar tratamiento loco-regional del tumor primario, excepto en pacientes con enfermedad sistémica estable que requieran control local de la progresión y en aquellos pacientes con enfermedad estable y características de largos supervivientes.</p>
<p>¿Por qué ocurre?</p>		<p>Tendencia a ofrecer tratamientos radicales como en la enfermedad precoz sin tener en cuenta el pronóstico de su enfermedad a distancia.</p>
<p>¿Por qué abordarlo?</p>		<p>Porque no existe evidencia de que el tratamiento loco-regional a pacientes con cáncer de mama metastásico aporte un claro beneficio a su pronóstico, sumado a que el tratamiento loco-regional no está exento de complicaciones y secuelas.</p>
<p>¿Cómo lo solucionamos?</p>		<ol style="list-style-type: none">1. Formar y actualizar al cirujano en los avances de la enfermedad.2. Valorar individualmente el caso en el comité de tumores. Revisión de la evolución clínica de los pacientes con cáncer de mama metastásico que han recibido tratamiento loco-regional.3. Desarrollar protocolos específicos para cáncer de mama metastásico, evitando el hábito de centrar los protocolos exclusivamente en cáncer de mama precoz.
<p>¿Quién y cuándo lo hará?</p>		<p>Oncólogos médicos de referencia del paciente. Comité de cáncer de mama. Cirujanos de mama y oncólogos radioterápicos.</p>
<p>¿Qué resultados nos proponemos obtener?</p>		<p>Promover la realización del tratamiento adecuado a la situación clínica del paciente y evitar el innecesario número de pacientes con tratamiento metastásico del tumor primario / total de pacientes con cáncer de mama metastásico (salvo las excepciones señaladas).</p> <p>Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.</p>

NO HACER - 08

En ausencia de metástasis óseas, no se recomienda iniciar tratamiento antirresortivo óseo para prevenir su aparición en pacientes con cáncer de mama metastásico.

¿Cuál es el problema?



Se inicia tratamiento antirresortivo óseo sin que haya metástasis óseas.

¿Por qué ocurre?



Planteamiento erróneo de utilizar los **bifosfonatos** para prevenir las metástasis óseas.

¿Por qué abordarlo?



Porque no existe beneficio demostrado en la prevención de estas, los bifosfonatos sólo sirven para tratarlas.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Implantar alertas en la prescripción para confirmar que el paciente tiene metástasis ósea. Solo debería saltar en oncología porque también se utiliza en osteoporosis.
2. **Revisar historias clínicas** por parte de los farmacéuticos.
3. Formar y actualizar en el uso de los bifosfonatos.
4. Incluir en la guía clínica específica cuándo utilizar estos medicamentos, aunque actualmente se está revisando y no hay consenso.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos de referencia para el paciente. Comité de cáncer de mama. Farmacéuticos hospitalarios.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?









Evitar dar un tratamiento inadecuado y evitar efectos secundarios.

Número de pacientes sin metástasis óseas en los que se inicia tratamiento antirresortivo / total de pacientes sin metástasis óseas.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 09

¿Cuál es el problema?		<p>No considerar rutinariamente esquemas de radioterapia de fraccionamiento largos para el tratamiento paliativo de metástasis óseas en pacientes con cáncer de mama metastásico optando por esquemas de menos o igual a 5 sesiones.</p> <p>Facilitar esquemas de fraccionamiento largos para el tratamiento paliativo de metástasis óseas en pacientes con cáncer de mama metastásico.</p>
¿Por qué ocurre?		<p>Se trata de una decisión del oncólogo radioterápico, que es quien planifica el tratamiento. Se puede discutir la indicación, pero el fraccionamiento depende del oncólogo radioterápico. Puede deberse al desconocimiento de los protocolos actualizados.</p>
¿Por qué abordarlo?		<p>Las consecuencias de realizar tratamientos más largos son principalmente para el paciente. Tiene que ir más al hospital, se prolonga el tratamiento de forma innecesaria durante más días.</p> <p>Tratamientos más cortos permiten con igualdad de eficacia, extraer o conseguir mayor rendimiento a las unidades de tratamiento.</p>
¿Cómo lo solucionamos?		<ol style="list-style-type: none">1. Fomentar la discusión y comunicación activa dentro de los equipos para poder sugerir ciclos cortos.2. Formar y actualizar al propio especialista.3. Revisar y actualizar protocolos de radioterapia para facilitar al paciente la menor frecuentación hospitalaria y la demora en un tratamiento sistémico.
¿Quién y cuándo lo hará?		<p>Oncólogos radioterápicos.</p>
¿Qué resultados nos proponemos obtener?		<p>Reducir a 5 o menos sesiones los tratamientos paliativos.</p>

NO HACER - 10

No realizar radioterapia holocraneal de forma rutinaria en presencia de metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de mama metastásico.

¿Cuál es el problema?



Se realiza radioterapia holocraneal de forma rutinaria en presencia de metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de mama metastásico.

¿Por qué ocurre?



La tendencia antes era realizar radioterapia holocraneal si había metástasis cerebrales independientemente del número de metástasis.

¿Por qué abordarlo?



La radioterapia holocraneal produce mucha más toxicidad sobre el paciente, y aunque tenga metástasis cerebrales puede ser que se pueda realizar un tratamiento radical. Valorar técnicas de SBRT.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Formar y actualizar a los oncólogos radioterápicos sobre las técnicas disponibles.
2. Crear circuitos para agilizar la derivación a centros donde se pueda realizar otras técnicas. Muchas veces el problema es de **accesibilidad**, porque no muchos centros tienen acceso a una radioterapia más potente, y la derivación ocasiona retrasar el tratamiento.
3. Crear un comité específico de especialistas en metástasis cerebrales o dentro del comité de Tm neurológicos.
4. Presentar todos los pacientes con metástasis cerebrales en el comité. Son pacientes en los que hay que individualizar y debatir mucho cada caso.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos radioterápicos.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Reducir la toxicidad de la radioterapia cuando se realiza la irradiación holocraneal de forma rutinaria. Pacientes a los que se realiza radioterapia holocraneal de forma rutinaria en presencia de metástasis cerebrales / total pacientes con cáncer metastásico.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 11

No prolongar el esfuerzo terapéutico en aquellos pacientes con cáncer de mama metastásico en los que no se observe o no sea previsible un beneficio clínico, previo consenso con el paciente.

¿Cuál es el problema?



Se prolonga el esfuerzo terapéutico en aquellos pacientes en los que no se observa o no es previsible un beneficio clínico.

¿Por qué ocurre?



Los propios clínicos no quieren abandonar las terapias supuestamente activas e insisten en seguir tratando. El tiempo para acordar no tratar con intención radical es mucho menor que el que se debe dedicar a discutir con el paciente la ausencia de beneficio clínico del tratamiento activo.

¿Por qué abordarlo?



Se produce un malestar innecesario del paciente, además de suponer un **alto riesgo** de efectos adversos sin beneficio clínico y altos costes.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Revisar los resultados del servicio.
2. Confeccionar protocolos conjuntos con el servicio de paliativos.
3. Mayor accesibilidad de los equipos de soporte de atención domiciliaria.
4. Mayor comunicación con los pacientes y familias e información sobre el acceso a los cuidados paliativos.
5. Fomentar las decisiones compartidas con los pacientes y familiares.
6. Evaluar la situación del paciente y ayudar a la toma de decisiones mediante cuestionarios de calidad de vida.
7. Promover la realización del **testamento vital**.
8. Incrementar el tiempo en la consulta. Es más fácil poner un tratamiento nuevo que explicar que tal vez sea el momento de parar.
9. Revisar el estado del paciente y sus preferencias con el psicólogo para decidir la mejor estrategia personalizada.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos de referencia del paciente. Comité de cáncer de mama.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Reducir costes personales y económicos asociados a un esfuerzo terapéutico inadecuado. Número de pacientes con cáncer de mama metastásico en los que se prolonga el esfuerzo terapéutico sin que se observa o sea previsible un beneficio clínico / total de pacientes.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.

NO HACER - 12

No iniciar tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de mama metastásico de novo u oligometastásico en estadio IV sin pasar por el comité de tumores.

¿Cuál es el problema?



Se inicia el tratamiento oncológico en pacientes con cáncer metastásico de novo u oligometastásico en estadio IV sin pasar por el comité de tumores.

¿Por qué ocurre?



Premura por iniciar los tratamientos.

¿Por qué abordarlo?



Para que la decisión sea tomada de forma multidisciplinar en un comité de tumores, de forma que se planteen todas las opciones de tratamiento **tanto sistémicas como locales** que puedan beneficiar al paciente.

¿Cómo lo solucionamos?



1. Potenciar las decisiones multidisciplinarias a nivel de comité de tumores en el manejo de estos pacientes.
2. No iniciar el tratamiento en pacientes con cáncer metastásico de novo u oligometastásico en estadio IV hasta tener una recomendación del comité de tumores.

¿Quién y cuándo lo hará?



Oncólogos de referencia del paciente. Comité de cáncer de mama.

¿Qué resultados nos proponemos obtener?



Los pacientes con cáncer de mama metastásico deben ser evaluados por el comité de tumores de forma individualizada. Número de pacientes con cáncer metastásico de novo u oligometastásico en estadio IV que inicia el tratamiento oncológico sin pasar por el comité de tumores / total de pacientes.

Se recomienda medir la situación basal y plantearse % de mejoras en función de las posibilidades del servicio.





REFLEXIONES FINALES

En este trabajo se aborda la importancia de poner el foco en las prácticas de bajo valor en la atención a los pacientes con cáncer de mama metastásico ya que estos suelen ser difíciles de identificar. Como complemento a esta identificación se han confeccionado **planes de mejora específicos** para cada uno de los hitos identificados.

Estas propuestas de mejora incluyen la explicación del problema, por qué ocurre, una pequeña explicación de cómo abordarlo, propuestas para solucionarlo, responsables de llevarlos a cabo y una batería de indicadores que permitan medir el progreso en las mejoras.



A manera de síntesis el grupo de trabajo considera que:

- Los pacientes con cáncer de mama metastásico deben ser **valorados en un Comité Multidisciplinar**, especialmente aquellos con enfermedad oligometastásica y aquellos en los que se plantea un manejo loco-regional del tumor primario.
- En los pacientes con cáncer de mama en recaída metastásica, debe de tomarse la **decisión de tratamiento** en base a la información histopatológica de la metástasis siempre que sea factible.
- Se debe realizar un **diagnóstico histopatológico completo** de la enfermedad metastásica, sobre la muestra tumoral metastásica más reciente y en un tiempo óptimo (<7 días diagnóstico básico, <30 días biomarcadores moleculares).
- El estudio de biomarcadores en cáncer de mama debe realizarse con **tecnologías** (reactivos y equipamientos) que cuenten con **validación clínica** (marcaje CE-IVD).
- No está recomendado el empleo de **quimioterapia** (QT) a altas dosis, ni de QT en combinación con varios fármacos de forma estándar.
- Existe una **posible excepción de tratamiento loco-regional** (TLR) en paciente con cáncer de mama metastásico, que sería el caso de los largos supervivientes, que de manera frecuente suelen corresponder a pacientes oligometastásicos con estabilidad/regresión de la enfermedad de forma mantenida en el tiempo con tratamiento sistémico/radioterápico. En esta situación, tras estricta discusión por comité multidisciplinar, se puede valorar la indicación de TLR del tumor primario ajustado al estadio loco-regional, sin necesidad de ser más radical en el tratamiento.



- Hoy en día no podemos recomendar un **indicador global** de porcentaje de pacientes con cáncer de mama metastásico que deben someterse a TLR o a qué tipo de tratamiento (cirugía conservadora vs. no conservadora), dado a un claro sesgo de selección de pacientes.
- Existe evidencia muy limitada de **mejora en supervivencia** con el TLR del tumor primario en pacientes con cáncer de mama metastásico de novo, lo cual implica una individualización en cada uno de los casos en los que se tome esta decisión de tratamiento.
- El uso del **TLR** del tumor primario con tal de disminuir las complicaciones locales y mejorar el control local de la enfermedad, no se ha traducido en una mejora en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama metastásico.
- **El potencial impacto en supervivencia** del TLR de las lesiones metastásicas, todavía por definir, podría en un futuro empujar a revalorar el papel del TLR del tumor primario.

En definitiva, **colaboraciones público-privadas** como ésta, que ha posibilitado el desarrollo de este trabajo, **nos permiten avanzar en la mejora de la calidad asistencial de las personas con cáncer de mama metastásico.**



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sociedad Española de Oncología Médica. *Las Cifras Del Cáncer En España 2023*; 2023.
- 2.- Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. *Guía GEICAM de Práctica Clínica El Diagnóstico y Tratamiento Cáncer de Mama Metastásico*; 2015.
- 3.- Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501-1509. doi:10.1001/JAMA.2019.13978.
- 4.- Dossett LA, Wang T, Baskin AS. Deimplementation of the Choosing Wisely Recommendations for Low-Value Breast Cancer Surgery: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2020;155(8):759-770. doi:10.1001/JAMASURG.2020.0322
- 5.- Almazán C, Moharra M, Caro Mendivelso J, et al. *Guía Para La Implementación de Proyectos de Atención Sanitaria Basada En El Valor*; 2021.
- 6.- Armstrong N. Overdiagnosis and overtreatment as a quality problem: insights from healthcare improvement research. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(7):571-575. doi:10.1136/BMJQS-2017-007571.
- 7.- Bandovas JP, Leal B, Reis-de-Carvalho C, et al. Broadening risk factor or disease definition as a driver for overdiagnosis: A narrative review. *J Intern Med*. 2022;291(4):426-437. doi:10.1111/JOIM.13465.
- 8.- Cheikh-Moussa K, Caro Mendivelso J, Carrillo I, et al. Frequency and estimated costs of ten low-value practices in the Spanish primary care: a retrospective study. *Expert Opin Drug Saf*. 2022;21(7):995-1003. doi:10.1080/14740338.2022.2026924.
- 9.- Sala Serra M, Castells Oliveres X, Posso Rivera MC, et al. *Evidencia Sobre La Personalización Del Cribado Poblacional Del Cáncer de Mama*; 2019.
- 10.- Iranzo González-Cruz V, García Rescalvo MA, Moreno F, et al. Do Not Do Recommendations for Metastatic Breast Cancer. *J Cancer Res Ther*. [Under review].
- 11.- Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Mira Solves JJ, Vitaller Burillo J, eds. *La Gestión Sanitaria Orientada Hacia La Calidad y Seguridad de Los Pacientes*. 2a ed. Fundación Mapfre; 2017.
- 12.- Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria*. 2004;34(4):161-166. doi:10.1016/S0212-6567(04)78902-7.
- 13.- Mira Solves JJ, Las Heras Mosteiro J, Aranaz Andrés JM (dir.). La investigación cualitativa en planificación sanitaria. En: *La Gestión Sanitaria Orientada Hacia La Calidad y Seguridad de Los Pacientes*. 2a ed. Fundación Mapfre; 2017:81-90.
- 14.- Matillon Y, Ardila E, Durieux P, Pasquier J. Las conferencias de consenso. Un análisis crítico. *Acta Médica Colombiana*. 1994;19(2):97-103.
- 15.- Peiró Moreno S, Portella Argelaguet E. No todo es acuerdo en el consenso: limitaciones de los métodos de consenso en los Servicios de Salud. *Gac Sanit*. 1993;7(39):294-301. doi:10.1016/S0213-9111(93)71165-6

ANEXO



No iniciar el tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico sin un diagnóstico histopatológico completo y biomarcadores moleculares que permitan una correcta evaluación y decisión terapéutica.

Amir E, Miller N, Geddie W, et al. Prospective study evaluating the impact of tissue confirmation of metastatic disease in patients with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(6):587.

Amir E, Clemons M, Purdie CA, et al. Tissue confirmation of disease recurrence in breast cancer patients: pooled analysis of multi-centre, multi-disciplinary prospective studies. *Cancer Treat Rev.* 2012;38(6):708-714.

Colozza M, De Azambuja E, Personeni N, Lebrun F, Piccart MJ, Cardoso F. Achievements in systemic therapies in the pregenomic era in metastatic breast cancer. *The oncologist.* 2007;12(3):253-270.

Cardoso F, Senkus E, Costa A, et al. 4th ESO–ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 4). *Ann Oncol.* 2018;29(8):1634-1657.

Chacón López-Muñiz J, de la Cruz Merino L, Gavilá Gregori J, et al. SEOM clinical guidelines in advanced and recurrent breast cancer (2018). *Clin Transl Oncol.* 2019;21(1):31-45.

De Dueñas EM, Hernández AL, Zotano ÁG, et al. Prospective evaluation of the conversion rate in the receptor status between primary breast cancer and metastasis: results from the GEICAM 2009-03 ConvertHER study. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;143(3):507-515.

Dieci MV, Barbieri E, Piacentini F, et al. Discordance in receptor status between primary and recurrent breast cancer has a prognostic impact: a single-institution analysis. *Ann Oncol.* 2013;24(1):101-108.

Hammond MEH, Hayes DF, Dowsett M, et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer (unabridged version). *Arch Pathol Lab Med.* 2010;134(7):e48-e72.

Foukakis T, Åström G, Lindström L, Hatschek T, Bergh J. When to order a biopsy to characterise a metastatic relapse in breast cancer. *Ann Oncol.* 2012;23:x349-x353.

Gennari A, André F, Barrios C, et al. ESMO Clinical Practice Guideline for the diagnosis, staging and treatment of patients with metastatic breast cancer. *Ann Oncol.* 2021;32(12):1475-1495.

Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama metastásico. Madr Esp GEICAM. Published online 2015. Torres CS, Acevedo BJC, Aguirre DB, et al. Estado del arte el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2013;24(4):588-609.

No confiar únicamente en los marcadores sanguíneos tumorales para los cambios terapéuticos sin evidencia clínica de progresión y/o en pruebas de imagen.

Du_y MJ. Serum tumor markers in breast cancer: are they of clinical value? *Clin Chem.* 2006;52(3):345-351.

García-Alegría J, Del Pozo SVF, Salcedo-Fernández F, et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Rev Clínica Esp.* 2017;217(4):212-221.

Harris L, Fritsche H, Menzel R, et al. American Society of Clinical Oncology 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. *J Clin Oncol.* 2007;25(33):5287-5312.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology. [Httpwww Nccn OrgprofessionalsphysicianglsPDFocult Pdf.](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ocult.pdf) Published online 2008.

Van Rossum HH, Meng QH, Ramanathan LV, Holdenrieder S. A word of caution on using tumor biomarker reference change values to guide medical decisions and the need for alternatives. *Clin Chem Lab Med CCLM.* 2022;60(4):553-555.

No administrar quimioterapia de dosis altas o densas a pacientes con cáncer de mama metastásico, ya que no se ha observado ninguna mejora en su supervivencia y aumenta significativamente la toxicidad.

Chacón López-Muñiz J, de la Cruz Merino L, Gavilá Gregori J, et al. SEOM clinical guidelines in advanced and recurrent breast cancer (2018). Clin Transl Oncol. 2019;21(1):31-45.

Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama metastásico. Madr Esp GEICAM. Published online 2015.

No utilizar quimioterapia citotóxica combinada (varios agentes) en pacientes con cáncer de mama metastásico a menos que el paciente requiera una respuesta rápida para aliviar los síntomas relacionados con el tumor o para prevenir un fallo orgánico inminente.

Chacón López-Muñiz J, de la Cruz Merino L, Gavilá Gregori J, et al. SEOM clinical guidelines in advanced and recurrent breast cancer (2018). Clin Transl Oncol. 2019;21(1):31-45.

Dear RF, McGeechan K, Jenkins MC, Barratt A, Tattersall MH, Wilcken N. Combination versus sequential single agent chemotherapy for metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(12).

Gennari A, André F, Barrios C, et al. ESMO Clinical Practice Guideline for the diagnosis, staging and treatment of patients with metastatic breast cancer. Ann Oncol. 2021;32(12):1475-1495.

No colocar vías periféricas en pacientes con cáncer de mama metastásico y una vía central.

Ortiz del Río CA, Pérez de la Blanca EB, Buzón Barrera ML, et al. Guía de práctica clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos. In: Guía de Práctica Clínica Sobre Terapia Intravenosa Con Dispositivos No Permanentes En Adultos; 2014.

No realizar sistemáticamente una mastectomía en pacientes con metástasis, sino adaptar la intervención a su estadiaje locorregional, optando por la cirugía conservadora si es posible.

Galper S, Blood E, Gelman R, et al. Prognosis after local recurrence after conservative surgery and radiation for early-stage breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005;61(2):348-357.

Halverson KJ, Perez CA, Kuske RR, Garcia DM, Simpson JR, Fineberg B. Survival following locoregional recurrence of breast cancer: univariate and multivariate analysis. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1992;23(2):285-291.

Konkin DE, Tyldesley S, Kennecke H, Speers CH, Olivotto IA, Davis N. Management and outcomes of isolated axillary node recurrence in breast cancer. Arch Surg. 2006;141(9):867-874.

Petrelli F, Barni S. Surgery of primary tumors in stage IV breast cancer: an updated meta-analysis of published studies with meta-regression. Med Oncol. 2012;29(5):3282-3290.

Poodt IG, Vugts G, Maaskant-Braat AJ, Schipper RJ, Voogd AC, Nieuwenhuijzen GA. Risk of regional recurrence after negative repeat sentinel lymph node biopsy in patients with ipsilateral breast tumor recurrence. Ann Surg Oncol. 2018;25(5):1312-1321.

Pfannschmidt J, Geisbüsch P, Muley T, Hoemann H, Dienemann H. Surgical resection of secondary chest wall tumors. Thorac Cardiovasc Surg. 2005;53(04):234-239.

Skinner HD, Strom EA, Motwani SB, et al. Radiation dose escalation for loco-regional recurrence of breast cancer after mastectomy. Radiat Oncol. 2013;8(1):1-9.

No iniciar el tratamiento locorregional del tumor primario en pacientes con cáncer de mama metastásico, excepto en aquellos con enfermedad sistémica estable que requieran manejo local de la progresión de la enfermedad y en aquellos con enfermedad estable y características de supervivencia a largo plazo (edad joven, tumores hormonosensibles y enfermedad ósea limitada).

Badwe R, Hawaldar R, Nair N, et al. Locoregional treatment versus no treatment of the primary tumour in metastatic breast cancer: an open-label randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2015;16(13):1380-1388.

Gutiérrez A. Tratamiento del dolor: técnicas locorregionales. Bloqueos. *Oncol Barc.* 2005;28(3):38-40.

Harris E, Barry M, Kell MR. Meta-analysis to determine if surgical resection of the primary tumour in the setting of stage IV breast cancer impacts on survival. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(9):2828-2834.

Khan SA, Zhao F, Solin LJ, et al. A randomized phase III trial of systemic therapy plus early local therapy versus systemic therapy alone in women with de novo stage IV breast cancer: a trial of the ECOG-ACRIN Research Group (E2108). Published online 2020.

Khan SA, Zhao F, Goldstein LJ, et al. Early local therapy for the primary site in de novo stage IV breast cancer: Results of a randomized clinical trial (EA2108). *J Clin Oncol.* 2022;40(9):978-987.

Perez-Fidalgo J, Caballero A, Lluch A. Integrating radical local treatment of the primary in the management of stage IV breast cancer. When is the best moment for the resection of the primary tumor? *Eur J Surg Oncol.* 2012;38(8):643-644.

Rao R, Feng L, Kuerer HM, et al. Timing of surgical intervention for the intact primary in stage IV breast cancer patients. *Ann Surg Oncol.* 2008;15(6):1696-1702.

Ruiterkamp J, Voogd AC, Tjan-Heijnen VC, et al. SUBMIT: Systemic therapy with or without up front surgery of the primary tumor in breast cancer patients with distant metastases at initial presentation. *BMC Surg.* 2012;12(1):1-8.

Soran A, Ozmen V, Ozbas S, et al. Randomized trial comparing resection of primary tumor with no surgery in stage IV breast cancer at presentation: protocol MF07-01. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(11):3141-3149.

No utilizar radioterapia holocraneal de forma rutinaria con metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de mama metastásico.

Brown PD, Jaeckle K, Ballman KV, et al. Effect of radiosurgery alone vs radiosurgery with whole brain radiation therapy on cognitive function in patients with 1 to 3 brain metastases: a randomized clinical trial. *Jama.* 2016;316(4):401-409.

Brown PD, Ballman KV, Cerhan JH, et al. Postoperative stereotactic radiosurgery compared with whole brain radiotherapy for resected metastatic brain disease (NCCTG N107C/CEC-3): a multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2017;18(8):1049-1060.

Gil-Gil M, Martínez-García M, Sierra A, et al. Breast cancer brain metastases: a review of the literature and a current multidisciplinary management guideline. *Clin Transl Oncol.* 2014;16(5):436-446.

Kaal EC, Niël CG, Vecht CJ. Therapeutic management of brain metastasis. *Lancet Neurol.* 2005;4(5):289-298.

Subbiah IM, Lei X, Weinberg JS, et al. Validation and development of a modified breast graded prognostic assessment as a tool for survival in patients with breast cancer and brain metastases. *J Clin Oncol.* 2015;33(20):2239.

Tsao MN, Xu W, Wong RK, et al. Whole brain radiotherapy for the treatment of newly diagnosed multiple brain metastases. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(1).

No considerar rutinariamente esquemas de radioterapia de fraccionamiento largos para el cuidado paliativo de metástasis óseas en pacientes con cáncer de mama metastásico, en su lugar considerar esquemas iguales o inferiores a cinco sesiones.

Fujino M, Suzuki K, Nishio M, Nishiyama N, Osaka Y. Strategy of radiation therapy for bone metastases and MSCR in breast cancer patients. *Breast Cancer*. 2011;18(4):238-243.

Lutz S, Balboni T, Jones J, et al. Palliative radiation therapy for bone metastases: Update of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol*. 2017;7(1):4-12.

Maranzano E, Bellavita R, Rossi R, et al. Short-course versus split-course radiotherapy in metastatic spinal cord compression: results of a phase III, randomized, multicenter trial. *J Clin Oncol*. 2005;23(15):3358-3365.

Shin JY, Mathis NJ, Wijetunga NA, et al. Clinical Outcomes of Dose-Escalated Hypofractionated External Beam Radiation Therapy (5 Gy x 5 Fractions) for Spine Metastasis. *Adv Radiat Oncol*. 2022;7(4):100906.

No iniciar tratamiento óseo antirresortivo en pacientes con cáncer de mama metastásico sin metástasis óseas como estrategia de prevención.

Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama metastásico. *Madr Esp GEICAM*. Published online 2015.

Wong MH, Stockler MR, Pavlakis N. Bisphosphonates and other bone agents for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2).

No prolongar el esfuerzo terapéutico en pacientes con cáncer de mama metastásico sin un beneficio clínico observado o esperado, discutiéndolo previamente con el paciente.

Cardoso F, Paluch-Shimon S, Senkus E, et al. 5th ESO-ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 5). *Ann Oncol*. 2020;31(12):1623-1649.

Gennari A, Stockler M, Puntoni M, et al. Duration of chemotherapy for metastatic breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Database Abstr Rev E_ DARE Qual-Assess Rev Internet*. Published online 2011.

No iniciar tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de mama metastásico de novo o enfermedad oligometastásica en estadio IV sin la consideración del comité de tumores.

Chacón López-Muñiz J, de la Cruz Merino L, Gavilá Gregori J, et al. SEOM clinical guidelines in advanced and recurrent breast cancer (2018). *Clin Transl Oncol*. 2019;21(1):31-45.

Gennari A, André F, Barrios C, et al. ESMO Clinical Practice Guideline for the diagnosis, staging and treatment of patients with metastatic breast cancer. *Ann Oncol*. 2021;32(12):1475-1495.

Malmgren JA, Mayer M, Atwood MK, Kaplan HG. Differential presentation and survival of de novo and recurrent metastatic breast cancer over time: 1990–2010. *Breast Cancer Res Treat*. 2018;167(2):579-590.





Fundación Española
de Calidad Asistencial

Con la colaboración de:

