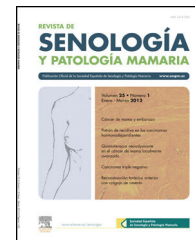


Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



ARTÍCULO ESPECIAL

Consenso de seguimiento de pacientes con cáncer de mama de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria



Manuel Algara López*, Francisco Vicente García, Encarna Adrover Cebrian, Miquel Prats de Puig, Milagros González Bejar y María Dolores Sabadell Mercadal

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Recibido el 13 de enero de 2014; aceptado el 21 de julio de 2014
Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Consenso;
Seguimiento

Resumen A pesar del aumento en la prevalencia del cáncer de mama, el seguimiento de estas pacientes no está totalmente estandarizado. La Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria propuso la elaboración de un documento de consenso sobre el seguimiento que debería proponerse a las pacientes afectas de lesiones de mama in situ e infiltrantes en estadios I-III, tratadas con intención curativa, una vez finalizados los tratamientos iniciales. En su realización han colaborado profesionales de toda España de distintas especialidades y ámbitos de actuación. Fue presentado en el Primer Congreso Español de la Mama, que se celebró en octubre de 2013 en Madrid, para su refrendo por parte de la Sociedad, y se recogieron las aportaciones de los asistentes a la sala. El objetivo principal del seguimiento es la detección precoz de recurrencias locorregionales y a distancia, de nuevos primarios, y valorar los efectos secundarios de los tratamientos aplicados. Debe también cubrir las necesidades de soporte psicológico, así como la rehabilitación y reinserción sociolaboral posterior y la educación para la salud, corrigiendo hábitos de vida no saludables. No se han descrito diferencias significativas entre el seguimiento minimalista y el intensivo, respecto al índice de recurrencia, la supervivencia global y la calidad de vida. El tipo y los años de seguimiento deberían ser distintos para cada paciente según su riesgo de recidiva y la clasificación molecular de su lesión. Este consenso ha tenido el apoyo de otras sociedades científicas relacionadas con la enfermedad mamaria, asistentes al Primer Congreso Español de la Mama.

© 2014 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malgara@parcdosalutmar.cat (M. Algara López).

KEYWORDS

Breast cancer;
Consensus;
Follow-up

Consensus document of the Spanish Society of Senology and Breast Disease on the follow-up of patients with breast cancer

Abstract Despite the increasing prevalence of breast cancer, there is no standardized protocol for the follow-up of breast cancer survivors. The Spanish Society of Senology and Breast Disease has supported a consensus document on the follow-up of breast cancer survivors, aimed at patients diagnosed with stage I to III disease and with invasive and intraepithelial (in situ) lesions, and treated with curative intent, after completion of the initial treatment. Practitioners from all over Spain, with different specialities and areas of activity, participated in the drafting in the document. It was presented at the First Spanish Breast Congress (*Primer Congreso Español de la Mama*), which took place in October 2013, for the Society's approval. Input from the audience was considered. The main aim of follow-up is the early detection of local and distant recurrences, of new primaries, and evaluation of the adverse effects of the therapies applied. Follow-up should also include psychological support, education on healthy habits, rehabilitation, and social and work reintegration. No significant differences between minimalist and intensive follow-up have been reported regarding recurrence, overall survival, and quality of life. The length, intervals, and intensity of follow-up should be tailored according to each patient's individual risk of relapse and molecular subtype. This consensus document has the support and endorsement of other scientific societies related to breast disease and present at the congress.

© 2014 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer; experimentó un incremento entre los años 1980 y 1990, que se cree atribuible a la creciente esperanza de vida, al uso del tratamiento hormonal sustitutivo y a los programas de cribado poblacional, aunque a pesar de ello las tasas de mortalidad se han reducido en un 25% en los países desarrollados. Según el último informe de GLOBOCAN, de 2012 (<http://globocan.iarc.fr>), se estima una disminución de la mortalidad en España del 13% entre 1990 y 2011, y una predicción de prevalencia a los 5 años del 40,8%.

El seguimiento de estas mujeres no está correctamente estandarizado y utiliza múltiples recursos sanitarios, de coste variable, pudiendo ir desde una actitud minimalista hasta un seguimiento intensivo. Puede definirse un seguimiento estándar, que constaría de historia y exploración clínica, mamografía y pruebas clínicamente indicadas por sintomatología; y otro intensivo, que incluiría, de forma rutinaria, alguna o todas las siguientes: radiografía de tórax, ecografía abdominal, analítica, marcadores tumorales, gammagrafía ósea, etc. Lo mismo ocurre con la frecuencia de los controles clínicos, que pueden ser desde trimestrales hasta anuales. Un metaanálisis¹ sobre programas de seguimiento comparando el examen físico regular y la mamografía anual frente a un seguimiento intensivo no demuestra diferencia alguna en términos de diagnóstico precoz de la recidiva, supervivencia global (SG) o calidad de vida.

Ante la falta de protocolos para realizar el seguimiento aceptados de forma mayoritaria por las sociedades científicas, la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria se propuso la elaboración de un documento de consenso sobre el seguimiento que debe proponerse a las pacientes afectas de lesiones de mama *in situ* e infiltrantes en estadios I-III, tratadas con intención curativa, una vez finalizadas las terapias locoregionales y la quimioterapia,

si estaba indicada. Por lo tanto, el periodo de tratamiento hormonal o con medicación anti-HER2 quedará incluido en este periodo. Este consenso tiene el apoyo de otras sociedades científicas: Sociedad Española de Oncología Radioterápica, Grupo Español de Oncología Radioterápica de Mama, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sección de Mama de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Para aumentar la operatividad se establecieron 4 preguntas básicas:

1. ¿Cuál es el motivo de hacer seguimiento?
2. ¿Se debe seguir a todas las pacientes de la misma forma?
3. ¿Cómo y quién debe realizar el seguimiento?
4. ¿Qué necesidades tiene el médico de asistencia primaria para asumir el seguimiento?

Los participantes fueron distribuidos en grupos para responder a las 4 preguntas (ver [anexo 1](#)). Se nombró un coordinador por grupo, encargado de moderar las discusiones virtuales, y se redactaron los 4 documentos borradores; posteriormente se unificaron en uno, que se consensó con todos los participantes. Este documento fue presentado en el Primer Congreso Español de la Mama, que se celebró en octubre de 2013 en Madrid, para su refrendo por parte de la sociedad, y el documento definitivo, recogiendo las aportaciones de la sala, es el que se expone a continuación.

¿Cuál es el motivo de hacer el seguimiento?

El objetivo principal del seguimiento es la detección precoz de enfermedad potencialmente curable, como recaídas locales y nuevos tumores primarios homolaterales o contralaterales. El seguimiento debe cubrir todas las necesidades derivadas de los riesgos relacionados con los tratamientos

aplicados y soporte psicológico, así como la rehabilitación y reinserción sociolaboral posterior y la educación para la salud.

La incidencia de recidiva local es relativamente baja. No existen estudios aleatorizados respecto al impacto de la detección precoz de recidiva local en la supervivencia, pero estudios observacionales sobre vigilancia con mamografía después del tratamiento² y un estudio caso-control³, realizados en mujeres mayores de 65 años al diagnóstico, evidencian que esta mejora la SG. Tres revisiones sistemáticas⁴⁻⁶ de estudios observacionales no han demostrado que el seguimiento periódico con mamografías aumente la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama. Con respecto a la recidiva a distancia, existen estudios retrospectivos que muestran que en el estadio IV la resección del tumor mamario y/o de las metástasis, cuando son pocas y localizadas, podría aumentar la supervivencia libre de progresión, aunque esta situación no parece justificar un seguimiento exhaustivo, ya que no se observa un aumento de la SG^{7,8}. Es importante valorar los efectos secundarios de cualquiera de los tratamientos aplicados para optimizar la calidad de vida de la paciente, y replantear o individualizar sus protocolos de tratamiento. Las revisiones basadas en historia, exploración clínica y mamografía, en ausencia de sintomatología acompañante, parecen ser suficientes para el control de las pacientes.

El seguimiento es considerado por las pacientes como un aspecto muy importante en el devenir de su enfermedad, siendo el miedo a la recaída la principal demanda de soporte psicológico. En un estudio⁹ en que se preguntaba a pacientes, oncólogos y médicos de atención primaria (AP) sobre sus expectativas en cuanto al seguimiento de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, existía una franca discrepancia entre los grupos, por tanto, es necesario establecer unas pautas sobre cuáles son las necesidades, y cuáles sus posibles soluciones.

En la educación en materia de salud global, para corregir hábitos de vida no saludables debe colaborar todo el equipo multidisciplinar desde el mismo momento del diagnóstico inicial. Existen estudios¹⁰ que demuestran un beneficio en la supervivencia en las pacientes que realizan ejercicio físico; otros¹¹ evidencian lo mismo con la pérdida de peso, pero la ingesta de alcohol se ha relacionado en varios estudios^{12,13} con una menor supervivencia.

La asunción de las responsabilidades del seguimiento por parte del equipo multidisciplinar que incluye médicos del hospital y de AP, y en algunos aspectos por Enfermería, es deseable y debe servir para evitar duplicidades de visitas y exploraciones, que incomodan a la paciente y encarecen el proceso.

¿Se debe seguir a todas las pacientes de la misma forma?

Actualmente se realiza el mismo tipo de seguimiento a todas las mujeres, independientemente del estadio de la enfermedad o del tratamiento recibido, por lo que es posible que sea excesivo en algunos casos y escaso en otros. Es importante observar que en un momento en que se intenta individualizar el proceso de diagnóstico y tratamiento, no exista también una individualización en el seguimiento. No

hay evidencia que avale seguir a todas las pacientes de cáncer de mama de forma reglada, si bien la frecuencia del seguimiento se debe ajustar a las necesidades individuales de cada paciente¹⁴. Para intentar individualizar el seguimiento podemos clasificar a las pacientes según el riesgo de recaída, el subtipo molecular, y otras situaciones propias de cada individuo. Esta clasificación afectará fundamentalmente a la frecuencia del seguimiento durante los primeros años, como muestra a modo de resumen la [tabla 1](#).

Según el riesgo de recaída. Nivel de evidencia: IIb/III

Las guías de práctica clínica no recomiendan un seguimiento específico en función de factores de riesgo de recidiva, ya que no hay evidencia de su repercusión en la supervivencia. La revisión Cochrane concluye que el seguimiento con exploración física y mamografía anual es tan eficaz como los controles más intensivos en la detección de recidiva, la SG y la calidad de vida. Sin embargo, hay evidencia de que la edad inferior a 40 años implica un peor pronóstico. En estos casos podría estar justificado un protocolo de seguimiento específico, con una periodicidad de las revisiones cada 3-4 meses durante los 2-3 primeros años, cada 6 meses hasta el quinto año y, posteriormente, anual; debería considerarse ecografía/resonancia magnética complementarias si se trata de una mama de alto riesgo (densidad mamográfica alta, antecedentes de irradiación de pared torácica en preadolescencia, etc.).

Otro grupo de alto riesgo sería el de las pacientes con mutaciones BRCA que desarrollan un primer cáncer de mama y no optan por una mastectomía bilateral; a estas debería aplicárseles el protocolo de seguimiento intensivo anteriormente descrito.

Teniendo en cuenta las necesidades individuales de las pacientes, el impacto psicológico y social, el efecto de las terapias hormonales, el linfedema, etc., se realizarán otras evaluaciones adicionales. La American Society of Clinical Oncology¹⁵ además incide en la autoexploración de las mamas y en la educación de las pacientes en reconocer síntomas de recurrencia.

Las diferentes sociedades recomiendan un primer control mamográfico tras cirugía conservadora no antes de los 6 meses posteriores a la radioterapia, siendo lo más recomendable al año. El tiempo medio de seguimiento en las unidades de Patología Mamaria recomendado por las guías clínicas es de 5 años, con seguimientos posteriores por AP y, en algunos casos (Reino Unido), vuelta de nuevo al programa de cribado poblacional con mamografías cada 2 años.

Según la clasificación molecular. Nivel de evidencia: IIb/III

La nueva clasificación molecular del cáncer invasivo de mama determina un cambio en el manejo y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama¹⁶⁻²³. Las pacientes con un mayor riesgo de recaída, especialmente con cánceres triple negativo, podrían beneficiarse de un seguimiento más intensivo que incluiría la resonancia magnética durante los primeros 5 años, que ya ha demostrado un valor predictivo positivo mayor en este subtipo tumoral.

Tabla 1 Personalización del seguimiento clínico

Grupo de riesgo	Periodicidad
Bajo	
Luminal A Triple negativo y pacientes HER2 positivas que hayan experimentado una remisión completa al tratamiento sistémico primario	Semestral durante los 2-3 primeros años, y posteriormente, anual
Intermedio	
Luminal B de bajo riesgo Triple negativo y pacientes HER2 positivas, con tumores mayores de 2 cm, ganglios negativos	Semestral durante los primeros 5 años, y posteriormente, anual
Alto	
Luminal B de alto riesgo Enfermedad residual tras tratamiento sistémico primario Tumor mayor de 2 cm o ganglios positivos	Trimestral durante los 3 primeros años, semestral los 2 siguientes, y posteriormente, anual

Las pacientes con tumores luminales A muestran el perfil más favorable²⁴⁻²⁷, por lo que podría plantearse un seguimiento anual a partir del segundo año. El mal pronóstico del subtipo HER2 positivo se ha visto modificado sustancialmente en los últimos años por la aplicación, en adyuvancia y en neoadyuvancia, de trastuzumab. Las mujeres que alcanzan respuestas ypT0N0/ypTisN0 se consideran curadas si transcurridos 3 años no ha habido recaída de la enfermedad^{28,29}. Los tumores luminales B son un grupo heterogéneo, con comportamientos biológicos y presentación clinicorradiológica diferentes; es el más desconocido y, por ello, hacer recomendaciones es difícil, por lo que sería útil aplicar los criterios clínicos (edad, TNM, densidad mamográfica, presencia de carcinoma *in situ*, invasión linfovascular marcada, etc.) para catalogar los casos en riesgo bajo/medio/alto y aplicar el seguimiento que proceda.

Otras situaciones

Pacientes incluidas en ensayos clínicos: el seguimiento viene establecido y usualmente se prolonga a 10-15 años. Debe realizarse en las unidades de Patología Mamaria.

Las pacientes tratadas siguiendo los criterios del ensayo ACOSOG Z0011³⁰ no parecen precisar de ningún seguimiento especial de la axila por el bajo índice de recaídas locales, por tanto, y a falta de nuevos estudios, el seguimiento de estas pacientes debe ser similar a los casos con GC negativo.

El seguimiento de las pacientes con carcinoma ductal *in situ* debe ser igual que el de las lesiones invasivas de bajo riesgo: historia clínica y exploración física cada 6-12 meses, mamografía anual tras finalizar la radioterapia.

En el caso del carcinoma lobulillar *in situ*, que se considera un marcador de riesgo de cáncer en la misma mama y en la contralateral, y debido a su escasa expresión mamográfica, se recomienda valorar mamografía asociada a resonancia magnética y/o ecografía (según criterio del radiólogo), y examen clínico anual.

Las hiperplasias ductales o lobulillares atípicas y la atipia de epitelio plano precisan una extirpación quirúrgica y, al menos, una primera valoración clínica y mamográfica a los 6 meses, y posteriormente, controles anuales. Debe valorarse

el momento de pasar a controles habituales establecidos según la edad.

¿Cómo y quién debe hacer el seguimiento?

Dado que en el tratamiento del cáncer de mama interviene un equipo multidisciplinar, una vez la paciente ha finalizado la etapa terapéutica es crucial coordinar el papel de todos los especialistas, se debe llegar a un grado de acuerdo o compromiso y no duplicar ni omitir actos que se considere adecuado realizar.

En líneas generales se puede hablar de una primera etapa con un seguimiento más intenso, y una segunda, con un seguimiento más laxo. La primera etapa corresponderá a los 5 primeros años después de los tratamientos, siendo las revisiones más frecuentes, porque la mayor parte de las recaídas se producen en este periodo; el intervalo entre revisiones oscila entre 3-6 meses durante los 2-3 primeros años, y 6-12 meses hasta el quinto. Durante la segunda etapa, de 5 años en adelante, se recomienda un control anual sin límite de edad, tal como proponen diversas sociedades, como la American Society of Clinical Oncology¹⁵, la European Society for Medical Oncology^{31,32}, o la European Society of Breast Cancer Specialists³³. Las recomendaciones del N Institute for Health and Care Excellence³⁴ son algo diferentes: las revisiones después de los 3 años se realizan en AP. Existen otras guías internacionales, todas relativamente parecidas^{35,36}, con evaluación anual; para la European Society for Medical Oncology^{31,32}, control anual y mamografía de control 6 meses después de radioterapia; finalmente, la European Society of Breast Cancer Specialists³³ no tiene consenso sobre la frecuencia y duración de la exploración física (nivel de evidencia I).

La definición de la frecuencia y las pruebas a realizar es responsabilidad de la Unidad de Mama, y cada una de ellas adaptará sus recursos humanos y materiales de la manera más conveniente. De acuerdo con las recomendaciones de las guías internacionales, la coordinación del seguimiento de la paciente asintomática tratada de un cáncer de mama la podrá realizar cualquiera de los siguientes especialistas: cirujano/ginecólogo, oncólogo médico o radioterápico y médico de familia. Existen diversos trabajos que no

Tabla 2 Frecuencias y pruebas a realizar

Intervención	Periodicidad
<i>Diagnóstico de la recidiva, cáncer contralateral o segundo primario ipsilateral</i>	
Historia clínica y exploración física completa	Cada 3-6 meses durante los 2 primeros años, según riesgo. Cada 6-12 meses durante los siguientes 3 años, según riesgo. Opcionalmente anual hasta 10 años, en todos los casos
Mamografía bilateral (tratamiento conservador) o contralateral (mastectomía)	Anual
Ecografía mamaria o RM pueden estar indicadas en mujeres con mamas densas o con alto riesgo de recidiva local	Anual
<i>Diagnóstico y evaluación de complicaciones secundarias a los tratamientos</i>	
Inspección y evaluación del linfedema	En cada revisión
Revisión ginecológica en pacientes en tratamiento hormonal con tamoxifeno	Anual
Densitometría ósea en pacientes con menopausia precoz (< 45 años y mujeres en tratamiento con inhibidores de aromataza y un T-score basal < -1 DE	Bienal

demuestran ventajas, en cuanto a supervivencia³⁷⁻⁴¹, si dichos controles se realizan en otros ámbitos. Es preciso conocer que en España, el Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia, establece que las revisiones de un paciente que haya recibido radioterapia debe efectuarlas un oncólogo radioterápico. A modo de resumen se presentan las pruebas recomendadas y su frecuencia en la [tabla 2](#).

Existe bastante evidencia^{42,43} de que el seguimiento por AP, e incluso por enfermeras especializadas, proporciona los mismos resultados que el seguimiento por especialistas, no observándose diferencias significativas en términos de supervivencia y satisfacción de las pacientes. La American Society of Clinical Oncology¹⁵ contempla la posibilidad de transferir a AP a las pacientes con tumores de menos de 5 cm y menos de 4 ganglios positivos, al año del diagnóstico, con la conformidad de la paciente. Los inconvenientes de esta transferencia serían: la sensación de «abandono» sufrida por parte de la paciente y la pérdida de la satisfacción de no poder ver la evolución de las mismas por el equipo multidisciplinar hospitalario. A nivel de auditoría interna de la unidad, se hace más difícil elaborar los datos de supervivencia y recaída local a largo plazo. Existe la vía intermedia de realizar el seguimiento dentro de la unidad, dejándolo a cargo de una enfermera especializada. Se considera de gran importancia el papel de Enfermería en ámbitos como la información y consejo sobre estilos de vida, animar y fortalecer la adherencia al tratamiento adyuvante, el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida. Transferir parcialmente el seguimiento a Enfermería no parece impactar en la supervivencia ni en la satisfacción de las pacientes⁴⁴. El inconveniente es que la unidad debe disponer de suficientes recursos humanos y económicos para afrontar esta carga de trabajo adicional. Se han publicado estudios de coste-eficacia⁴¹ que demuestran que el seguimiento por una enfermera/médico de AP, o incluso de manera telefónica, es factible, e igualmente eficaz cuando se cumplen las condiciones adecuadas.

¿Qué necesidades tiene el médico de asistencia primaria para asumir el seguimiento?

El médico de AP es la puerta de acceso y el que da continuidad a todo el circuito asistencial, por ello, y dada la alta prevalencia del cáncer de mama, debe estar implicado en el seguimiento de estas pacientes. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que pasar el seguimiento del hospital a AP puede originar 2 efectos: por una parte, ejercer un notable «beneficio» al desligarse del servicio oncológico, y por otra, un efecto de «desamparo» por desligarse de los especialistas con los que ha pasado varias revisiones. Además de este efecto en las pacientes, que implica que sea imprescindible mantener el apoyo psicológico⁴⁵ en el momento del alta hospitalaria, también debe tenerse en cuenta que actualmente, los médicos de AP no están familiarizados con el seguimiento de las mujeres tratadas por cáncer de mama, ya que no lo han hecho de forma reglada, por lo que mejorar su formación oncológica es fundamental, tanto en diagnóstico como en tratamiento del cáncer de mama. Igualmente, sería muy deseable la rotación de los MIR de Medicina de Familia por las unidades de Mama y por los diferentes servicios que tratan cáncer de mama, para familiarizarse con los protocolos de seguimiento establecidos.

Otro punto importante es la integración de los médicos de AP en las unidades de Mama, incluso puede ser interesante crear la figura del médico de AP responsable de la enfermedad mamaria que acuda a la Unidad de Mama del hospital de referencia y transmita la información al resto de los profesionales. En algunas comunidades autónomas los especialistas en AP, tanto ginecólogos como cirujanos generales, podrían asumir mejor el papel de enlace con la Unidad; esta integración ayudaría a establecer un circuito de derivación unidades de Patología Mamaria/AP, que debería ser bidireccional y bien definido y consensuado por ambas partes. Así, deben habilitarse los mecanismos para que desde AP se disponga de consulta rápida de las dudas, sobre todo al inicio

Tabla 3 Valoración funcional del cáncer de mama

Grado	Situación clínica	Capacidad laboral
0	Tumores curados o en remisión completa, sin secuelas. No hay signos ni síntomas; la exploración y pruebas complementarias están dentro de la normalidad y no sigue tratamiento	No condiciona ningún tipo de incapacidad laboral
1	Tumores curados o en remisión completa, con secuelas leves secundarias al tratamiento. Síntomas leves, esporádicos o compensados con tratamiento; exploración y pruebas complementarias levemente alteradas	Limitación ligera, solo para actividades de muy altos requerimientos físicos o energéticos o circunstancias específicas de condiciones de trabajo que deben individualizarse (en relación con el proceso concreto y tipo de secuelas, y análisis de tareas a realizar por el trabajador)
2	Tumores curados o en remisión completa, pero con secuelas secundarias al tratamiento de carácter moderado. Síntomas frecuentes que se compensan con tratamiento; exploración y pruebas complementarias suelen estar alteradas	Limitación para actividades con requerimientos físicos de mediana y gran intensidad (no obstante, para cada paciente deberán individualizarse las deficiencias orgánicas y funcionales específicas derivadas del tumor o secuelas del tratamiento, y en función de las mismas si existiera limitación para actividades de requerimientos sensoriales, mentales o biomecánicos de mediana y gran intensidad)
3	Tumores curados o en remisión, pero que presentan secuelas graves derivadas del tratamiento, así como tumores en remisión incompleta o ya curados con recidivas y afectación del estado general. Síntomas constantes y paciente sometido a control sanitario y en tratamiento habitual que no compensa la clínica; exploración y pruebas complementarias claramente patológicas	Limitación para realizar tareas con requerimientos físicos de baja intensidad. Capacidad laboral residual en función de la servidumbre terapéutica y el estado general
4	Tumores curados o en remisión completa que presentan secuelas muy severas derivadas del tratamiento; y tumores no curados, en remisión incompleta o metastásicos, con deterioro del estado general muy evidente	Gran limitación en el ámbito laboral; en las formas muy severas se valorará la independencia para las actividades de la vida diaria (índice de Barthel)

Fuente: Vicente-Herrero et al.⁴⁷.

del seguimiento, y facilitar la vuelta de pacientes a la unidad hospitalaria de forma rápida en caso de necesidad. Es fundamental el establecimiento de la historia clínica electrónica única, junto con un apartado de historia clínica laboral en la que se deberían reflejar las actividades laborales que ha tenido la paciente y los riesgos a los que ha estado o está expuesta.

La recuperación de la vida en todos los aspectos es lo más beneficioso para el estado de ánimo y el afrontamiento de la situación. En muchas ocasiones esta reincorporación no puede realizarse al finalizar el tratamiento, ya que la paciente puede necesitar un tiempo de recuperación prolongado debido a los efectos secundarios, y a pesar de que la gran mayoría de las pacientes tienen voluntad de reincorporación laboral, el 65% no lo hacen. El equipo médico debería conocer las tareas a realizar por las pacientes en su trabajo, para minimizar el impacto laboral. Para el especialista en Medicina del Trabajo o de AP es fundamental conocer los tiempos estimados del tratamiento y de seguridad en los que se podría considerar que la paciente puede incorporarse a su trabajo, y los efectos secundarios habituales de los tratamientos de administración prolongada (hormonoterapia, trastuzumab); para ello, es importante realizar una

anamnesis laboral ante el diagnóstico de cáncer de mama, lo que orientará sobre la necesidad o no de incapacidad laboral temporal (IT) y los tiempos necesarios.

Durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, lo habitual es que la paciente permanezca en situación de IT, y se pueden establecer varios grupos en relación con la duración de esta, según los tratamientos recibidos. En procesos clínicos graves, el tiempo estándar de incapacidad correspondería al tiempo necesario de estudio, confirmación y valoración de respuesta al tratamiento, antes de plantear una posible incapacidad permanente. La valoración definitiva de los pacientes oncológicos se debe realizar una vez finalizadas las acciones terapéuticas; en el caso del cáncer de mama, los tiempos estándar oscilan entre 90 y 240 días. Estos tiempos están publicados y actualizados en las guías emitidas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social⁴⁶. En las [tablas 3 y 4](#) se muestran los criterios de incapacidad laboral para el cáncer de mama establecidos por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria⁴⁷.

Para individualizar el periodo de IT es necesario conocer las condiciones laborales y los riesgos asociados del trabajo de la paciente y su compatibilidad con el grado de funcionalidad postratamiento; también debe tenerse en cuenta

Tabla 4 Valoración de la limitación funcional del miembro superior como secuela del cáncer de mama

Grado	Situación clínica	Capacidad laboral
0	Dolor ausente o intermitente y poco significativo. Antecedentes de cáncer de mama que ha curado sin secuelas en extremidades superiores y que no precisa tratamiento continuado ni control asistencial. Exploración física: balance articular completo, balance muscular 5/5, fuerza y sensibilidad normales. No linfedema	Hallazgos compatibles con la involución propia del ser humano. Sin limitaciones laborales ni temporales ni permanentes
1	Dolor crónico leve compensado o crisis álgicas con buena respuesta al tratamiento. Balance articular completo que puede ser doloroso en algunos grados (arco doloroso en el hombro) o pérdida de movilidad en rangos poco útiles (en general, pérdida de los últimos grados de los distintos rangos de movimiento), balance muscular bueno (4/5), sin atrofiás musculares. Linfedema grado I	Susceptible de periodos de IT. Limitación para tareas que supongan requerimientos muy intensos para el brazo afecto: levantamiento de objetos muy pesados, deportes de competición
2	Dolor moderado, que no interfiere con el descanso. Tratamiento necesario para compensar la clínica. Balance articular disminuido globalmente, aunque conserva más del 50% de movilidad, balance muscular aceptable. Linfedema grado II	Limitación para requerimientos intensos: empujar grandes pesos, manejo habitual de cargas, mantener posturas incómodas de forma reiterada y por largos periodos, utilización de martillos neumáticos, actividades con cercanía a fuentes de calor o utilización de equipos de protección individual con compresión del miembro, etc.
3	Dolor intenso que puede interferir con el descanso nocturno. Balance articular limitado, conservando menos del 50% de movilidad y con compromiso evidente de los arcos útiles articulares, balance muscular malo (3+/5). Linfedema grado III	Limitación para tareas que requieran elevación del brazo por encima de la horizontal, fuerza o destreza manual, movimientos repetitivos, acarreo y porteo de pesos, tareas con cercanía a fuentes de calor o que causen compresión del brazo, etc.
4	Dolor muy intenso e incapacitante. Afectación severa en ambos miembros superiores. Gran limitación de la movilidad bilateral. Linfedema grado IV en el miembro dominante. Pruebas complementarias muy alteradas	Gran limitación en el ámbito laboral, e incluso en las formas muy severas se valorará la independencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel)

Fuente: Vicente-Herrero et al.⁴⁷.

el turno horario por la posible vinculación del riesgo de cáncer de mama con la alteración del ritmo circadiano en trabajadoras nocturnas, en relación con las modificaciones en la secreción de melatonina, que ya ha sido reconocido como indemnizable en algunos países^{48,49}. En los casos en los que el trabajador se incorpore a su puesto de trabajo después de periodos largos de IT, o incluso de incapacidad permanente, debe conocerse la necesidad de realización de un reconocimiento específico de vigilancia de la salud (reconocimiento médico de retorno), que es una obligación legal para el empresario. El médico de AP debería tener conocimientos suficientes en estos temas, ya que es el encargado de extender el correspondiente parte de baja, acto médico que lo que hace es certificar que la paciente está sometida a tratamiento médico e imposibilitada para su actividad laboral (artículo 128 de la LGSS).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Participantes

Coordinadores: Manuel Algara López. Oncología Radioterápica. Parc de Salut Mar. Barcelona
Dolores Sabadell Mercadal. Ginecología. Parc de Salut Mar. Barcelona

¿Cuál es el motivo de hacer el seguimiento?

Coordinador: Francisco Vicente García. Cirugía General. Complejo Hospitalario de Navarra
Encarna Adrover Cebrián. Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Luis Apesteuguía Ciriza. Radiología. Complejo Hospitalario. Pamplona

Eloisa Bayo Lozano. Oncología Radioterápica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Meritxell Bellet. Oncología Médica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Maximo Izquierdo Sanz. Ginecología. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona.

María Victoria Garrido Manzano. Médico Inspector en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Castellón.

Milagros González Béjar. Servicio Madrileño de Salud. Madrid

Antonio Mariscal Martínez. Radiodiagnóstico. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

Mar Vernet Tomás. Ginecología. Parc de Salut Mar. Barcelona

¿Se debe seguir a todas las pacientes de la misma forma?

Coordinador: Encarna Adrover Cebrián. Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Mercè Abizanda González. Médico de familia. Barcelona

Eloisa Bayo Lozano. Oncología Radioterápica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Carmen Cereijo Garea. Enfermera del Área de Xestión Integrada A Coruña

Araceli López-Guillen García. Médico Inspector en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia

Antonio Mariscal Martínez. Radiodiagnóstico. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

Belen Merck Navarro. Cirugía. Universidad Cardenal Herrera. Valencia

Rafael Molina Porto. Diagnóstico Biomédico. Hospital Clínic. Barcelona

Ángel Montero Luis. Oncología Radioterápica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Luis Pina Insausti. Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Carmen Cereijo Garea. Enfermera del Área de Xestión Integrada A Coruña

Sònia Servitja Tormo. Oncología Médica. Parc de Salut Mar. Barcelona

Mar Vernet Tomás. Ginecología. Parc de Salut Mar. Barcelona

Sergi Vidal Sicart. Medicina Nuclear. Hospital Clínic. Barcelona

¿Cómo y quién debe realizar el seguimiento?

Coordinador: Miquel Prats de Puig. Ginecología. Clínica Planas. Barcelona

Mercè Abizanda González. Médico de familia. Barcelona

Carmen Cereijo Garea. Enfermera del Área de Xestión Integrada A Coruña

Ezequiel González Patiño. Oncología Radioterápica. Hospital Clínic. Santiago de Compostela

Araceli López-Guillen. Médico Inspector en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia

Rafael Molina Porto. Diagnóstico Biomédico. Hospital Clínic. Barcelona

Ángel Montero Luis. Oncología Radioterápica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Montse Muñoz Mateu. Oncología Médica. Hospital Clínic. Barcelona

Luis Pina Insausti. Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Maribel Pons Pallas. Ginecología. Barcelona

Sònia Servitja Tormo. Oncología Médica. Parc de Salut Mar. Barcelona

Sergi Vidal Sicart. Medicina Nuclear. Hospital Clínic. Barcelona

Francisco Vicente García. Cirugía General. Complejo Hospitalario de Navarra

¿Qué necesidades tiene el médico de asistencia primaria para asumir el seguimiento?

Coordinador: Milagros González Béjar. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Luis Apesteuguía Ciriza. Radiología. Complejo Hospitalario. Pamplona

María Victoria Garrido Manzano. Médico Inspector en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Castellón.

Ezequiel González Patiño. Oncología Radioterápica. Hospital Clínic. Santiago de Compostela

Araceli López-Guillen García. Médico Inspector en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia

Belén Merck Navarro. Cirugía. Universidad Cardenal Herrera. Valencia

Maribel Pons Pallas. Ginecología. Barcelona

Bibliografía

1. Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R, et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;4:CD001768.
2. Lash TL, Fox MP, Buist DS, Wei F, Field TS, Frost FJ, et al. Mammography surveillance and mortality in older breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2007;25:3001-6.
3. Schootman M, Jeffe DB, Lian M, Aft R, Gillanders WE. Surveillance mammography and the risk of death among elderly breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;111:489-96.
4. McGahan L, Noorani HZ. Surveillance mammography after treatment for primary breast cancer. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2000.
5. Temple LK, Wang EE, McLeod RS. Preventive health care, 1999 update: 3. Follow-up after breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 1999;161:1001-8.
6. Grunfeld E, Noorani H, McGahan L, Paszat L, Coyle D, van Walraven C, et al. Surveillance mammography after treatment of primary breast cancer: A systematic review. *Breast.* 2002;11:228-35.
7. Yoshimoto M, Tada K, Nishimura S, Makita M, Iwase T, Kasumi F, et al. Favourable long-term results alter surgical removal of lung metastases of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;110:485-91.
8. Pagani O, Senkus E, Wood W, Colleoni M, Cufer T, Kyriakides S, et al. International guidelines for management of metastatic breast cancer: Can metastatic breast cancer be cured? *J Natl Cancer Inst.* 2010;102:456-63.
9. Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, Cook EF, Earle CC. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. *J Clin Oncol.* 2009;27:2489-95.
10. Friedenreich CM, Gregory J, Kopciuk KA, Mackey JR, Courneya KS. Prospective cohort study of lifetime physical activity and breast cancer survival. *Int J Cancer.* 2009;124:1954-62.
11. Chlebowski RT. Obesity and breast cancer outcome: Adding to the evidence. *J Clin Oncol.* 2012;30:126-8.
12. Kwan ML, Kushi LH, Weltzien E, Tam EK, Castillo A, Sweeney C, et al. Alcohol consumption and breast cancer recurrence and

- survival among women with early-stage breast cancer: The life after cancer epidemiology study. *J Clin Oncol.* 2010;28:4410–6.
13. Weaver AM, McCann SE, Nie J, Edge SB, Nochajski TH, Russell M, et al. Alcohol intake over the life course and breast cancer survival in Western New York exposures and breast cancer (WEB) study: Quantity and intensity of intake. *Breast Cancer Res Treat.* 2013;139:245–53.
 14. Grunfeld E, Dhesy-Thind S, Levine M, Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: Follow-up after treatment for breast cancer (summary of the 2005 update). *CMAJ.* 2005;172:1319–20.
 15. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al., American Society of Clinical Oncology. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31:961–5.
 16. Perou CM, Sørlie T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA, et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature.* 2000;406:747–52.
 17. Sørlie T, Perou CM, Tibshirani R, Aas T, Geisler S, Johnsen H, et al. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2001;98:10869–74.
 18. Sørlie T, Tibshirani R, Parker J, Hastie T, Marron JS, Nobel A, et al. Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003;100:8418–23.
 19. Hu Z, Fan C, Oh DS, Marron JS, He X, Qaqish BF, et al. The molecular portraits of breast tumors are conserved across microarray platforms. *BMC Genomics.* 2006;7:96.
 20. Parker JS, Mullins M, Cheang MC, Leung S, Voduc D, Vickery T, et al. Supervised risk predictor of breast cancer based on intrinsic subtypes. *J Clin Oncol.* 2009;27:1160–7.
 21. Prat A, Parker JS, Fan C, Perou CM. PAM50 assay and the three-gene model for identifying the major and clinically relevant molecular subtypes of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;135:301–6.
 22. Cheang MC, Chia SK, Voduc D, Gao D, Leung S, Snider J, et al. Ki67 index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101:736–50.
 23. Chang CY, McDonnell DP. Molecular pathways: The metabolic regulator estrogen-related receptor a as a therapeutic target in cancer. *Clin Cancer Res.* 2012;18:6089–95.
 24. Voduc KD, Cheang MC, Tyldesley S, Gelmon K, Nielsen TO, Kennecke H. Breast cancer subtypes and the risk of local and regional relapse. *J Clin Oncol.* 2010;28:1684–91.
 25. Kyndi M, Sørensen FB, Knudsen H, Overgaard M, Nielsen HM, Overgaard J, Danish Breast Cancer Cooperative Group. Estrogen receptor, progesterone receptor, HER-2, and response to postmastectomy radiotherapy in high-risk breast cancer: The Danish Breast Cancer Cooperative Group. *J Clin Oncol.* 2008;26:1419–26.
 26. Crabb SJ, Cheang MC, Leung S, Immonen T, Nielsen TO, Huntsman DD, et al. Basal breast cancer molecular subtype predicts for lower incidence of axillary lymph node metastases in primary breast cancer. *Clin Breast Cancer.* 2008;8:249–56.
 27. Haffty BG, Yang Q, Reiss M, Kearney T, Higgins SA, Weidhaas J, et al. Locoregional relapse and distant metastasis in conservatively managed triple negative early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24:5652–7.
 28. Vaz-Luis I, Ottesen RA, Hughes ME, Marcom PK, Moy B, Rugo HS, et al. Impact of hormone receptor status on patterns of recurrence and clinical outcomes among patients with human epidermal growth factor-2-positive breast cancer in the National Comprehensive Cancer Network: A prospective cohort study. *Breast Cancer Res.* 2012;14:R129.
 29. Kennecke H, Yerushalmi R, Woods R, Cheang MC, Voduc D, Speers CH, et al. Metastatic behavior of breast cancer subtypes. *J Clin Oncol.* 2010;28:3271–7.
 30. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2011;305:569–75.
 31. Aebi S, Davidson T, Gruber G, Cardoso F, ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2011;22 Suppl 6:vi12–24, <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdr371>.
 32. Kataja V, Castiglione M, ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2009; Suppl 4:10–4.
 33. Del Turco MR, Ponti A, Bick U, Biganzoli L, Cserni G, Cutuli B, et al. Quality indicators in breast cancer care. *Eur J Cancer.* 2010;46:2344–56.
 34. National Institute for Health and Care Excellence. Early and locally advanced breast cancer: Diagnosis and treatment. Update guideline NICE; 2009. p. 97-103 [consultado 2014]. Disponible en: www.nice.org.uk/CG80FullGuideline ISBN 978-0-9558265-2-8.
 35. Australian Government. Cancer Australia. Follow-up care for women with early breast cancer: A guide for general practitioners. National Breast and Ovarian Cancer Centre, Surry Hills, NSW, 2010 [consultado 2014]. Disponible en: <http://www.nbocc.org.au>
 36. Breast Cancer Treatment Guidelines. Saskatchewan Cancer Agency (SCA). Meeting 2012 [consultado 2014]. Disponible en: <http://www.saskcancer.ca/Breast%20CPGs%2005-12>
 37. Baildam AD, Keeling F, Thompson L, Bundred N, Hopwood P. Nurse-led surgical follow up clinics for women treated for breast cancer – A randomised controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2004;88:5136–7.
 38. Montgomery DA, Krupa K, Cooke TG. Alternative methods of follow up in breast cancer: A systematic review of the literature. *Br J Cancer.* 2002;96:1625–32.
 39. Koinberg IL, Fridlund B, Engholm GB, Holmberg L. Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: A randomised study. *Eur J Oncol Nurs.* 2004;8:109–20.
 40. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006;24:848–55.
 41. Van Hezewijk M, van den Akker ME, van de Velde CJ, Scholten AN, Hille ET. Costs of different follow-up strategies in early breast cancer: A review of the literature. *Breast.* 2012;21:693–700.
 42. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: Systematic review. *Br J Gen Pract.* 2009;59:e234–47.
 43. Beaver K, Tysver-Robinson D, Campbell M, Twomey M, Williamson S, Hindley A, et al. Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: Randomised equivalence trial. *BMJ.* 2009;338:a3147.
 44. Kimman ML, Bloebaum MM, Dirksen CD, Houben RM, Lambin P, Boersma LJ. Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *BMC Cancer.* 2010;10:174.
 45. Banning M. Employment and breast cancer: A meta-ethnography. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20:708–19.
 46. Álvarez-Blázquez Fernández F, Jardon Dato E, Carballo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, et al. Guía de valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Madrid: Escuela Nacional de Medicina

- del Trabajo (ENMT); Instituto de Salud Carlos III; Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
47. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López-González AA. Criterios de incapacidad laboral en cáncer de mama. *Semergen*. 2013;39, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.04.011>.
 48. Wise J. Danish night shift workers with breast cancer awarded compensation. *BMJ*. 2009;338:b1152.
 49. Hansen J. Risk of breast cancer after night- and shift work: Current evidence and ongoing studies in Denmark. *Cancer Causes Control*. 2006;17:531–7.