

Boletín SEOM

Sociedad Española de Oncología Médica

R E P O R T A J E

XIV Congreso Nacional SEOM

Presentación
del corto
"La Vuelta a
la Tortilla"

Renovación
de cargos en
SEOM

Entrega de
las Becas
SEOM 2013

Entrevista a la
Dra. Pilar Garrido

II Consenso
SEOM sobre
la Enfermedad
Tromboembólica

Estudios
Comparativos
con Europa
y EEUU



*Con el compromiso de
mejorar la vida de los pacientes*

Sumario

■ Carta del Presidente	pág. 5
■ Noticias	
• Disponibles en video los e-debates 2013	pág. 9
• Paco León, Buckler 0,0 y SEOM estrenan el corto solidario... "La vuelta a la Tortilla"	pág. 10
• Expertos y pacientes de cáncer de pulmón coinciden en que la investigación supone esperanza	pág. 12
• Renovación de los miembros de las Comisiones SEOM	pág. 13
• Renovación de la Secretaría Científica SEOM	
• Dra. Pilar Lianes, nueva ESMO National Representative para España	pág. 14
• La presidenta de SEOM ha sido nombrada vocal en la Junta Directiva de FACME	pág. 15
• En Oncología Cada Avance se Escribe con Mayúsculas	pág. 16
• Obituario a Albert Jovell	pág. 20
• Premio Best in Class 2013 al Servicio de Oncología Médica del Hospital San Juan de Alicante	
• Donación de la Dra. Paula Jiménez Fonseca	pág. 22
• La Certificación SEOM recibe el Premio MEDES-Medicina en Español 2013	pág. 23
• II Foro por una Atención Oncológica de Calidad "Incorporación de la Innovación en Cáncer al Sistema Nacional de Salud"	pág. 24
• La innovación, siempre junto al paciente	pág. 25
■ Becas SEOM 2013	pág. 26
■ Avaes Científicos SEOM	pág. 33
■ La SEOM con los Pacientes	
• SEOM colabora en la presentación del Manual GEPAC: Todo lo que empieza cuando termina el Cáncer	pág. 34
• Colaboración con FECMA en el Día Internacional del Cáncer de Mama	pág. 36
• Presentación de la Fundación Mari Paz Jiménez Casado	pág. 37
• La SEOM en el VII Congreso para pacientes con Cáncer	pág. 39
■ Reportaje	
• XIV Congreso SEOM. Salamanca 2013	pág. 42
■ Entrevista a la Dra. Pilar Garrido presidente de SEOM 2013-2015	pág. 50
■ Artículo destacado	
• Level of HER2 Gene Amplification Predicts Response and Overall Survival in HER2-Positive Advanced Gastric Cancer Treated With Trastuzumab	pág. 52
■ Comentario CTO	
• Bevacizumab plus preoperative chemotherapy in operable HER2 negative breast cancer: biomarkers and pathologic response	pág. 54
■ Noticias de Grupos Cooperativos	
• Entrega de la Beca GETHI-Ramón de las Peñas de Ayuda a la Investigación en Tumores Huérfanos e Infrecuentes	
• Nueva Junta Directiva GEICO	pág. 57
• GEICAM presenta dos estudios en el 38º Congreso Europeo de Oncología (ECC)	
• Becas GEINO 2013	pág. 58
• ICAPEM presenta el libro "Cáncer de pulmón en mujeres. Aspectos diferenciales"	pág. 59
• GETNE celebra su 9º Simposio anual	
• GETNE aboga por la formación continuada	pág. 60
• Se presenta la 2ª Edición del Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores Neuroendocrinos	pág. 61
• 21º Simposio Internacional de Tumores Digestivos	pág. 62
• GEIS celebra en Sevilla su 11º Simposio Internacional	pág. 64
■ Secciones SEOM	
• Premiadados del VI Concurso +mir de Casos Clínicos	pág. 66
• Concurso Banco de Imágenes +mir "Una imagen vale más que mil caracteres"	pág. 67
■ Noticias de Grupos de Trabajo SEOM	
• Sesión del Grupo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología Médica (CICOM)	pág. 69
• II Consenso SEOM sobre la Enfermedad Tromboembólica en Pacientes con Cáncer	pág. 72
■ Publicaciones	
• Protocolos Multidisciplinarios en Oncología	pág. 73
• Estudios Comparativos con Europa y EEUU del Abordaje de la Oncología en Asistencia, Docencia e Investigación	pág. 74
■ Hemeroteca	pág. 76



Noviembre-Diciembre 2013 Número 89

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

www.seom.org

C/Velázquez, 7 - 3ª Plta.
28001 - Madrid

Tel.: 91 577 52 81 / Fax: 91 139 35 56
seom@seom.org

PRESIDENTES SEOM

Dr. Jesús Vicente Fernández (1976-1980)
Dr. Juan José López López (1980-1982)
Dr. Jose A. Moreno Nogueira (1982-1984)
Dr. Constantino Herranz Fdez. (1985-1987)
Dr. Hernán Cortés-Funes (1987-1989)
Dr. Pau Viladiu Quemada (1989-1991)
Dr. Eduardo Díaz Rubio (1991-1993)
Dr. Antonio Duque Amusco (1993-1995)
Dr. Gumersindo Pérez Manga (1995-1997)
Dr. José Ramón Germá Lluch (1997-1999)
Dr. Vicente Guillem Porta (1999-2001)
Dr. Javier Dorta Delgado (2001-2003)
Dr. Antonio Antón Torres (2003-2005)
Dr. Alfredo Carrato Mena (2005-2007)
Dr. Ramon Colomer (2007-2009)
Dr. Emilio Alba (2009-2011)
Dr. Juan Jesús Cruz Hernández (2011-2013)

PRESIDENTE

Dr. Pilar Garrido López

VICEPRESIDENTE

Dr. Miguel Martín Jiménez

SECRETARIO

Dr. Antonio Llobart Cussac

TESORERO

Dr. Rocío García Carbonero

VOCALES

Dr. Jorge Aparicio Urtaun
Dr. Francisco Javier Barón Duarte
Dra. Rosario García Campelo
Dra. Pilar Lianes Barragán
Dra. Montserrat Muñoz Mateu
Dr. Fernando Rivera Herrero
Dr. César A. Rodríguez Sánchez
Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Dra. Dolores Isla Casado
Dr. Javier Puente Vázquez

GERENCIA

Dña. María García de Parada Miranda

DPTO. DE COMUNICACIÓN

Dña. Mayte Brea Carrasco. Directora
Dña. Ana Navarro Ojeda

DPTO. DE CONGRESOS

Dña. Mónica Díaz del Saz

DPTO. MTO. Y DESARROLLO WEB

D. Ventura Pontejo Calvente

SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Marina Casanueva Tomás
Dña. Rosario Moya Sánchez
Dña. Carmen Poveda Poveda

ISSN: 1698-3491

Dep. Legal: M-9192/2001

Edita: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

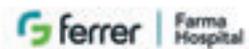
Diseño y Maquetación: Mares Ideas Publicitarias, S.L.

Para dar un servicio más completo y actualizado, la Agenda de Reuniones Científicas se edita on-line. Puede consultarla en la web de la SEOM en Servicios al Socio.

La Junta Directiva de la SEOM en representación de todos los oncólogos médicos españoles y del equipo de colaboradores de su sede social, agradecen a los Protectores de la Fundación SEOM su colaboración prestada que hace posible un servicio cada día mejor y más completo a sus asociados.

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica
www.seom.org

Socios Protectores



Carta del Presidente



Durante el pasado XIV Congreso Nacional de la SEOM asumí la presidencia con el “dorsal” nº 18.

Sinceramente creo que los oncólogos nos sentimos orgullosos de nuestra Sociedad y esto es mérito de mucha gente que ha trabajado y trabaja cada día para que así sea. Nuestra Junta Directiva (JD) pondrá todo su empeño en mantener este legado y en lograr que la SEOM sea el referente no solo para nuestros socios, que son nuestra razón de ser, sino para los pacientes, los medios de comunicación, los políticos, y para la sociedad en general cuando se hable de cáncer.

Vivimos momentos complejos pero precisamente por ello tenemos que continuar al frente, liderando la posición de los oncólogos y reclamando nuestro papel como interlocutores claves en las decisiones sanitarias y políticas que afecten a nuestros pacientes. La equidad en el acceso y la sostenibilidad seguirán siendo nuestros pilares pero además, queremos poner en marcha distintas iniciativas que os contamos con más detalle en mi entrevista de páginas interiores.

Haber vivido de cerca iniciativas como el quinto año de formación, la estrategia de largos supervivientes, el informe sobre el gasto en Oncología o el informe sobre equidad en el acceso, dan una idea del buen hacer de Juan Jesús Cruz y de la JD que ahora acaba. Por ello quiero, una vez más, agradecerles -en especial a Juan Jesús- no solo lo que han hecho sino como lo han hecho, buscando siempre el consenso y la participación. En esta línea seguiremos y por ello estamos encantados de compartir estos dos próximos años con Miguel Martín y el resto de su JD a quienes desde aquí damos nuestra más calurosa bienvenida.

Hemos reservado el reportaje central de este Boletín para reseñar el último Congreso SEOM, que resultó todo un éxito de participación y asistencia. Sus más de 1.000 asistentes coincidieron en destacar su calidad. Enhorabuena al Dr. Cruz, a la JD y al Comité Científico y Organizador del Congreso por la brillante labor realizada.

Finalmente, a los más de 1.800 socios de SEOM queremos transmitirles que escucharemos activamente vuestras sugerencias y que toda la JD asume este nuevo reto con plena consciencia, conocedores de la responsabilidad que se ha depositado en nosotros pero también con mucho orgullo y mucha ilusión. Os aseguro que trabajaremos duro y que os pediremos que trabajéis con nosotros en defensa de nuestra especialidad y en beneficio de nuestros pacientes.

Porque como decía Borges:

“Nuestro hermoso deber es imaginar que hay un laberinto y un hilo”.

Dra. Pilar Garrido
Presidente SEOM 2013 - 2015

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Javor 25 mg/ml concentrado para solución para perfusión **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LOS PRINCIPIOS ACTIVOS:** 1 ml de concentrado contiene 25 mg de vinflunina [como ditartrato]. Un vial de 2 ml contiene 50 mg de vinflunina [como ditartrato]. Un vial de 10 ml contiene 250 mg de vinflunina [como ditartrato]. **3. DATOS CLÍNICOS. 3.1. Indicaciones terapéuticas.** Javor está indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma avanzado o metastásico de células transicionales del tracto urinario en los que haya fracasado un tratamiento previo que incluya derivados del platino. No se ha estudiado la eficacia y la seguridad de vinflunina en pacientes con estado funcional a 2. **3.2. Farmacología y forma de administración.** El tratamiento con vinflunina debe iniciarse bajo la responsabilidad de un médico con experiencia en el uso de quimioterapia antineoplásica y se restringe a las unidades especializadas en la administración de quimioterapia citotóxica. Antes de cada ciclo, deberá realizarse un recuento sanguíneo completo para comprobar el valor del recuento absoluto de neutrófilos (RAN), plaquetas y hemoglobina ya que la neutropenia, la trombocitopenia y la anemia son reacciones adversas frecuentes a vinflunina. **Farmacología:** La posología recomendada es de 320 mg/m² de vinflunina, administrados en forma de perfusión intravenosa de 20 minutos de duración cada 3 semanas. En pacientes con estado funcional de la DHS/ECOG igual a 1 o PS igual a 0 e irradiación pélvica previa, el tratamiento debe iniciarse a la dosis de 290 mg/m². En ausencia de cualquier toxicidad hematológica durante el primer ciclo que pueda ocasionar retrasos en el tratamiento o reducción de dosis, se aumentará la dosis hasta un máximo de 320 mg/m² administrados cada 3 semanas en los ciclos posteriores. **Modificación concomitante recomendada:** Para evitar el estreñimiento, se recomienda tomar laxantes y adoptar medidas dietéticas como la hidratación oral desde el día 1 hasta el día 5 o 7 posterior a cada administración de vinflunina [ver sección 3.4]. Retraso o interrupción de la dosis debido a la toxicidad: Ver Tabla 1

Ajustes de dosis por toxicidad

Precauciones especiales: Pacientes con insuficiencia hepática: Se ha finalizado un estudio de farmacocinética y tolerabilidad de fase I en

Tabla 2: Ajustes de dosis por toxicidad

Toxicidad [NCI CTC v 2.0]*	Ajuste de dosis				
	Dosis inicial de vinflunina de 320 mg/m ²			Dosis inicial de vinflunina de 290 mg/m ²	
	Primer acontecimiento	2º acontecimiento consecutivo	3º acontecimiento consecutivo	Primer acontecimiento	2º acontecimiento consecutivo
Neutropenia Grado 4 [RAN < 500/mm ³] > 7 días					
Neutropenia febril [RAN < 1.000/mm ³ y fiebre ≥ 38,5 °C]					
Mucositis o estreñimiento de Grado 2 ≥ 5 días o ≥ 3 de cualquier duración	280 mg/m ²	250 mg/m ²	Interrupción definitiva del tratamiento	250 mg/m ²	Interrupción definitiva del tratamiento
Cualquier otra toxicidad de Grado ≥ 3 [grave o amenaza para la vida] (excepto vómitos y náuseas de Grado 3)					

* National Cancer Institute, Criterios comunes de toxicidad versión 2.0 [NCI CTC v 2.0]

1 El estreñimiento de Grado 2 se define en los NCI CTC como el que requiere laxantes, el de Grado 3 como un estreñimiento grave que requiere evacuación manual o un enema, el de Grado 4 como una obstrucción o megacolon tóxico. La mucositis de Grado 2 se define como "moderada", la de Grado 3 como "grave" y la de Grado 4 como "amenaza para la vida".
2 La náusea de Grado 3 se define en los NCI CTC como náuseas sin ingesta significativa, lo que requiere líquidos IV. La de Grado 4 vómitos a 6 episodios en 24 horas sobre el pretratamiento, o la necesidad de líquidos IV.

pacientes con insuficiencia hepática grave [Child-Pugh grado C], ni en pacientes con un tiempo de protrombina < 50% VN o bilirrubina > 5xLSN o con transaminasas aisladas > 2,5xLSN [1,5 xLSN únicamente en el caso de metastasis hepáticas] o con GGT > 15xLSN. Pacientes con insuficiencia renal: En ensayos clínicos, se incluyeron y trataron a la dosis recomendada pacientes con valores de CrCl (aclaramiento de creatinina) > 60 ml/min. En pacientes con insuficiencia renal moderada (40 ml/min < CrCl < 60 ml/min), la dosis recomendada es de 290 mg/m² administrada una vez cada 3 semanas. En pacientes con insuficiencia renal grave (20 ml/min < CrCl < 40 ml/min), la dosis recomendada es de 250 mg/m² cada 3 semanas. Para los demás ciclos, la dosis debe ajustarse en función de la toxicidad, como se muestra en la Tabla 3. **Pacientes de edad avanzada (> 75 años):** No se requiere ningún ajuste de dosis por la edad en pacientes menores de 75 años. La dosis recomendada en pacientes de por lo menos 75 años de edad es la siguiente: en pacientes de por lo menos 75 años de edad pero menores de 80 años, la dosis de vinflunina que debe administrarse es de 290 mg/m² cada 3 semanas, en pacientes de 80 años de edad o mayores, la dosis de vinflunina que debe administrarse es de 250 mg/m² cada 3 semanas. Para los demás ciclos, la dosis debe ajustarse en función de la toxicidad, como se muestra en la Tabla 3. **Precauciones especiales:** Javor no tiene ninguna indicación adecuada para su uso en la población pediátrica. **Forma de administración:** Precauciones a tomar antes de manipular o administrar el medicamento: Javor debe diluirse antes de su administración. Javor es para un solo uso. Para consultar las instrucciones de dilución del medicamento antes de la administración ver sección 5.3. Javor S.O.L. DEBE administrarse por vía intravenosa. La administración de Javor por vía intratecal puede producir la muerte. Javor debe administrarse mediante una perfusión intravenosa de 20 minutos y NO debe administrarse en forma de bolus intravenoso rápido. Para la administración de vinflunina pueden usarse tanto vías periféricas como un catéter central. Cuando se perfunde a través de una vena periférica, vinflunina puede provocar irritación venosa [ver sección 3.4]. En caso de venas pequeñas o esclerosadas, linfedema o venopunción reciente de la misma vena, es preferible el uso de un catéter central. Para evitar extravasaciones, es importante asegurarse que la aguja se ha introducido correctamente antes de iniciar la perfusión. Para irrigar la vena, la administración de la solución diluida de Javor debe ir siempre seguida de la administración de como mínimo un volumen igual de solución para perfusión de cloruro sódico 9 mg/ml [0,9%] o de solución para perfusión de glucosa 50 mg/ml [5%]. Ver las instrucciones detalladas de administración en la sección 5.3. **3.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a otros alcaloides de la vinca. Intoxicación grave actual o reciente (menos de 2 semanas). Recuentos basales RAN < 1.500/mm³ en administraciones posteriores. Plaquetas < 100.000/mm³. Lactancia [ver sección 3.6]. **3.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Toxicidad hematológica: La neutropenia, la leucopenia, la anemia y la trombocitopenia son reacciones adversas frecuentes a vinflunina. Debe realizarse una adecuada evaluación del recuento sanguíneo completo para comprobar el valor del RAN, los valores de plaquetas y de hemoglobina antes de la administración de vinflunina en perfusión [ver sección 3.3]. El inicio con vinflunina está contraindicado en pacientes con recuentos basales RAN < 1.500/mm³ o plaquetas < 100.000/mm³. En administraciones posteriores, la vinflunina está contraindicada en pacientes con un recuento basal RAN < 1.000/mm³ o plaquetas < 100.000/mm³. La dosis recomendada debe reducirse en pacientes con toxicidad hematológica [ver sección 3.2]. **Trastornos gastrointestinales:** El estreñimiento de Grado ≥ 3 se produce en el 15,3% de los pacientes tratados. El estreñimiento de Grado 3 se define en los NCI CTC como un estreñimiento grave que requiere una evacuación manual o un enema, el estreñimiento de Grado 4 es una obstrucción o megacolon tóxico. El estreñimiento es reversible y puede prevenirse con medidas dietéticas especiales como la hidratación oral, la ingesta de fibra, y con la administración de laxantes como estimulantes laxantes o ablandadores fecales desde el día 1 al día 5 o 7 del ciclo de tratamiento. Los pacientes con alto riesgo de sufrir estreñimiento (tratamiento concomitante con opiáceos, cánceres peritoneales, masas abdominales, cirugía mayor abdominal previa) deberán ser tratados con un laxante osmótico, una vez al día por la mañana antes del desayuno, desde el día 1 hasta el día 7. En caso de estreñimiento de Grado 2, definido como que requiere laxantes, de 5 días o más de duración o de Grado 3 de cualquier duración, debe ajustarse la dosis de vinflunina [ver sección 3.2]. En caso de cualquier toxicidad gastrointestinal de Grado ≥ 3 (excepto vómitos o náuseas) o de mucositis (Grado 2 de 5 días o más de duración o Grado ≥ 3 de cualquier duración), es necesario un ajuste de dosis. El Grado 2 se define como "moderado", el Grado 3 como "grave" y el Grado 4 como "amenaza para la vida" [ver Tabla 2 en la sección 3.2]. **Trastornos cardíacos:** Se han observado pocos casos de prolongación del intervalo QT tras la administración de vinflunina. Este efecto puede llevar a un aumento del riesgo de arritmias ventriculares aunque no se observaron casos de arritmias ventriculares en pacientes en tratamiento con vinflunina. A pesar de ello, Javor debe utilizarse con precaución en pacientes con riesgo aumentado de sufrir proarritmias (p.e. insuficiencia cardíaca congestiva, antecedentes de prolongación del intervalo QT, hipopotasemia) [ver sección 3.8]. No se recomienda el uso concomitante de dos o más medicamentos que prolonguen el intervalo QT/QTc [ver sección 3.5]. Se recomienda especial atención al administrar vinflunina a pacientes con antecedentes de infarto de miocardio/isquemia o angina de pecho [ver sección 3.8]. Pueden producirse acontecimientos cardíacos isquémicos, especialmente en pacientes con enfermedad cardíaca preexistente. Por lo tanto, los pacientes tratados con Javor deben ser controlados cuidadosamente por los médicos para poder detectar la aparición de acontecimientos cardíacos. Deben tomarse medidas de precaución en los pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca y evaluar detenida y regularmente la relación beneficio/riesgo. Deberá considerarse la interrupción de Javor en pacientes que desarrollen isquemia cardíaca. **Síndrome de Incoordinación Posterior Reversible (SIOR):** Se han observado casos de SIOR después de la administración de vinflunina. Los síntomas clínicos típicos son, con diferentes grados neurológicos (ceceo, confusión, convulsiones, trastornos visuales), sistémicos (hipertensión), y gastrointestinales (náuseas, vómitos). Los signos radiológicos son anomalías de la materia blanca de las regiones cerebrales posteriores. En los pacientes que desarrollan síntomas de SIOR se debe controlar la presión arterial. Para confirmar el diagnóstico, se recomiendan las imágenes cerebrales. Los síntomas clínicos y radiológicos habitualmente se resuelven rápidamente sin secuelas después de la interrupción del tratamiento. Se debe considerar la interrupción de vinflunina en pacientes que desarrollan signos neurológicos de SIOR [ver sección 3.8]. **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática debe reducirse la dosis recomendada [ver sección 3.2]. **Insuficiencia renal:** En pacientes con insuficiencia renal moderada o grave debe reducirse la dosis recomendada [ver sección 3.2]. **Pacientes de edad avanzada (> 75 años):** La dosis recomendada debe reducirse en pacientes de 75 años de edad y mayores [ver sección 3.2]. **Ritgo:** Debe evitarse el uso concomitante de inhibidores o inductores potentes del citocromo CYP3A4 y vinflunina [ver sección 3.5]. Cuando se perfunde a través de una vena periférica, vinflunina puede producir irritación venosa de Grado 1 [22% de los pacientes, 14,1% de los ciclos], de Grado 2 [11,0% de los pacientes, 6,8% de los ciclos] o de Grado 3 [0,8% de los pacientes, 0,2% de los ciclos]. Todos los casos remitieron rápidamente sin interrupción del tratamiento. Deben seguirse las instrucciones de administración tal como se describe en la sección 5.3. Los hombres y las mujeres en edad fértil deben usar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento y hasta los 3 meses después de la última administración de vinflunina [ver sección 3.6]. **3.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Estudios in vitro han demostrado que vinflunina no induce la actividad del CYP1A2, CYP2B6 o CYP3A4 ni ejerce efectos inhibitorios sobre el CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 y CYP3A4. Estudios in vitro han demostrado que vinflunina es un sustrato del P-gp como otros alcaloides de la vinca, pero con una menor afinidad. Por ello, es improbable que se produzcan interacciones clínicamente significativas. No se observaron interacciones farmacocinéticas en pacientes tratados con vinflunina en combinación con cisplatino, carboplatino, capecitabina o gemcitabina. No se observaron interacciones farmacocinéticas en pacientes cuando la vinflunina se combinó con la doxorubicina. Sin embargo, esta combinación se asoció con un riesgo particularmente elevado de toxicidad hematológica. En un ensayo de fase I en el que se evaluó el efecto del tratamiento con ketoconazol [un potente inhibidor del citocromo CYP3A4] sobre la farmacocinética de vinflunina, la coadministración de ketoconazol [400 mg por vía oral una vez al día durante 8 días] llevó a aumentos del 30% y del 50% en la exposición sanguínea a vinflunina y su metabolito 4-O-desacetil vinflunina [DfV], respectivamente. Por lo tanto, debe evitarse el uso concomitante de vinflunina con inhibidores potentes del CYP3A4 [como ritonavir, ketoconazol, itraconazol y zumo de pomelo] o con inductores (como rifampicina e Hypericum perforatum [hierba de San Juan]) ya que pueden aumentar o disminuir las concentraciones de vinflunina y DfV [ver sección 3.4]. Debe evitarse el uso concomitante de vinflunina con otros medicamentos que prolonguen el intervalo QT/QTc [ver sección 3.4]. Se observó una interacción farmacocinética entre vinflunina y doxorubicina pegilada liposomal, que produjo un aumento agudo del 15 - 30% en la exposición a vinflunina y a una disminución aparente de 2 - 3 veces en el AUC de doxorubicina, mientras que para doxorubicinol, las concentraciones del metabolito no se vieron afectadas. De acuerdo con un estudio in vitro, estos cambios podrían estar relacionados con la adsorción de vinflunina en los liposomas y a una distribución sanguínea modificada de ambos compuestos. Por lo tanto, debe tenerse especial precaución cuando se emplee esta combinación. A raíz de un estudio in vitro, se ha sugerido una posible interacción con paclitaxel y docetaxel [sustratos del citocromo CYP3] [ligeros inhibidores del metabolismo de vinflunina]. No se han realizado hasta la fecha ensayos clínicos específicos con vinflunina en combinación con estos compuestos. El uso concomitante de opiáceos podría aumentar el riesgo de estreñimiento. **3.6. Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: No hay datos disponibles relativos al uso de vinflunina en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción y teratogenicidad. Teniendo en cuenta los resultados de los estudios en animales y la acción farmacológica del medicamento, existe un potencial riesgo de que se produzcan anomalías embrionarias y fetales. Por lo tanto, no debe utilizarse vinflunina durante el embarazo o no ser que sea estrictamente necesario. Si se produce un embarazo durante el tratamiento, la paciente debe ser informada sobre el riesgo para

Tabla 3: Ajuste de dosis por toxicidad en insuficiencia renal y en pacientes de edad avanzada

Toxicidad [NCI CTC v 2.0]*	Ajuste de dosis			
	Dosis inicial de vinflunina de 290 mg/m ²		Dosis inicial de vinflunina de 225 mg/m ²	
	Primer acontecimiento	2º acontecimiento consecutivo	Primer acontecimiento	2º acontecimiento consecutivo
Neutropenia Grado 4 [RAN < 500/mm ³] > 7 días				
Neutropenia febril [RAN < 1.000/mm ³ y fiebre ≥ 38,5 °C]				
Mucositis o estreñimiento de Grado 2 ≥ 5 días o ≥ 3 de cualquier duración	250 mg/m ²	Interrupción definitiva del tratamiento	225 mg/m ²	Interrupción definitiva del tratamiento
Cualquier otra toxicidad de Grado ≥ 3 (excepto vómitos y náuseas de Grado 3)				

* National Cancer Institute, Criterios comunes de toxicidad versión 2.0 [NCI CTC v 2.0]

1 El estreñimiento de Grado 2 se define en los NCI CTC como el que requiere laxantes, el de Grado 3 como un estreñimiento grave que requiere evacuación manual o un enema, el de Grado 4 como una obstrucción o megacolon tóxico. La mucositis de Grado 2 se define como "moderada", la de Grado 3 como "grave" y la de Grado 4 como "amenaza para la vida".
2 Las náuseas de Grado 3 se define en los NCI CTC como náuseas sin ingesta significativa, lo que requiere líquidos IV. Los vómitos de Grado 3 como a 6 episodios en 24 horas sobre el pretratamiento, o la necesidad de líquidos IV.

interacciones farmacocinéticas en pacientes cuando la vinflunina se combinó con la doxorubicina. Sin embargo, esta combinación se asoció con un riesgo particularmente elevado de toxicidad hematológica. En un ensayo de fase I en el que se evaluó el efecto del tratamiento con ketoconazol [un potente inhibidor del citocromo CYP3A4] sobre la farmacocinética de vinflunina, la coadministración de ketoconazol [400 mg por vía oral una vez al día durante 8 días] llevó a aumentos del 30% y del 50% en la exposición sanguínea a vinflunina y su metabolito 4-O-desacetil vinflunina [DfV], respectivamente. Por lo tanto, debe evitarse el uso concomitante de vinflunina con inhibidores potentes del CYP3A4 [como ritonavir, ketoconazol, itraconazol y zumo de pomelo] o con inductores (como rifampicina e Hypericum perforatum [hierba de San Juan]) ya que pueden aumentar o disminuir las concentraciones de vinflunina y DfV [ver sección 3.4]. Debe evitarse el uso concomitante de vinflunina con otros medicamentos que prolonguen el intervalo QT/QTc [ver sección 3.4]. Se observó una interacción farmacocinética entre vinflunina y doxorubicina pegilada liposomal, que produjo un aumento agudo del 15 - 30% en la exposición a vinflunina y a una disminución aparente de 2 - 3 veces en el AUC de doxorubicina, mientras que para doxorubicinol, las concentraciones del metabolito no se vieron afectadas. De acuerdo con un estudio in vitro, estos cambios podrían estar relacionados con la adsorción de vinflunina en los liposomas y a una distribución sanguínea modificada de ambos compuestos. Por lo tanto, debe tenerse especial precaución cuando se emplee esta combinación. A raíz de un estudio in vitro, se ha sugerido una posible interacción con paclitaxel y docetaxel [sustratos del citocromo CYP3] [ligeros inhibidores del metabolismo de vinflunina]. No se han realizado hasta la fecha ensayos clínicos específicos con vinflunina en combinación con estos compuestos. El uso concomitante de opiáceos podría aumentar el riesgo de estreñimiento. **3.6. Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: No hay datos disponibles relativos al uso de vinflunina en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción y teratogenicidad. Teniendo en cuenta los resultados de los estudios en animales y la acción farmacológica del medicamento, existe un potencial riesgo de que se produzcan anomalías embrionarias y fetales. Por lo tanto, no debe utilizarse vinflunina durante el embarazo o no ser que sea estrictamente necesario. Si se produce un embarazo durante el tratamiento, la paciente debe ser informada sobre el riesgo para

Tabla 1: Retraso de dosis en los ciclos posteriores debido a la toxicidad

Toxicidad [NCI CTC v 2.0]*	Día 1 de la administración del tratamiento
	Dosis inicial de vinflunina de 320 mg/m ²
Neutropenia [RAN < 1000/mm ³] o Trombocitopenia [plaquetas < 100.000/mm ³]	- Retrasar hasta la recuperación [RAN > 1.000/mm ³ y plaquetas > 100.000/mm ³] y ajustar la dosis si es necesario [ver tabla 2] - Interrupción si en 2 semanas no hay recuperación
Toxicidad en órganos: moderada, grave o amenaza para la vida	- Retrasar hasta la recuperación por toxicidad o toxicidad leve, o hasta el estado basal inicial y ajustar la dosis si es necesario [ver tabla 2] - Interrupción si en 2 semanas no hay recuperación
Isquemia cardíaca en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio o angina de pecho	- Interrupción

pacientes con la función hepática alterada. La farmacocinética de vinflunina no se vio modificada en esos pacientes, sin embargo y debido principalmente a modificaciones de los parámetros biológicos hepáticos tras la administración de vinflunina [gamma-glutamil transferasas [GGT], transaminasas, bilirrubina], se han establecido las siguientes recomendaciones de dosis: • No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con un tiempo de Protrombina > 70% VN (valor Normal) y que presenten como mínimo uno de los siguientes criterios: [LSN [Límite Superior Normal] < Bilirrubina ≤ 1,5 xLSN y/o L.SxLSN < transaminasas ≤ 2,5 xLSN y/o LSN < GGT ≤ 5 xLSN], con transaminasas ≤ 2,5 xLSN < 5 xLSN únicamente en el caso de metastasis hepáticas]. • La dosis recomendada de vinflunina es de 250 mg/m² administrada una vez cada 3 semanas en pacientes con insuficiencia hepática leve [Child-Pugh grado A] o en pacientes con un tiempo de Protrombina > 60% VN y 1,5 xLSN ≤ Bilirrubina ≤ 3 xLSN y que presenten como mínimo uno de los siguientes criterios: [transaminasas > LSN y/o GGT > 5 xLSN]. • La dosis recomendada de vinflunina es de 200 mg/m² administrada una vez cada 3 semanas en pacientes con insuficiencia hepática moderada [Child-Pugh grado B] o en pacientes con un tiempo de Protrombina > 50% VN y Bilirrubina > 3 xLSN y transaminasas > LSN y GGT > LSN. No ha sido estudiado el uso de vinflunina en

pacientes con la función hepática alterada. La farmacocinética de vinflunina no se vio modificada en esos pacientes, sin embargo y debido principalmente a modificaciones de los parámetros biológicos hepáticos tras la administración de vinflunina [gamma-glutamil transferasas [GGT], transaminasas, bilirrubina], se han establecido las siguientes recomendaciones de dosis: • No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con un tiempo de Protrombina > 70% VN (valor Normal) y que presenten como mínimo uno de los siguientes criterios: [LSN [Límite Superior Normal] < Bilirrubina ≤ 1,5 xLSN y/o L.SxLSN < transaminasas ≤ 2,5 xLSN y/o LSN < GGT ≤ 5 xLSN], con transaminasas ≤ 2,5 xLSN < 5 xLSN únicamente en el caso de metastasis hepáticas]. • La dosis recomendada de vinflunina es de 250 mg/m² administrada una vez cada 3 semanas en pacientes con insuficiencia hepática leve [Child-Pugh grado A] o en pacientes con un tiempo de Protrombina > 60% VN y 1,5 xLSN ≤ Bilirrubina ≤ 3 xLSN y que presenten como mínimo uno de los siguientes criterios: [transaminasas > LSN y/o GGT > 5 xLSN]. • La dosis recomendada de vinflunina es de 200 mg/m² administrada una vez cada 3 semanas en pacientes con insuficiencia hepática moderada [Child-Pugh grado B] o en pacientes con un tiempo de Protrombina > 50% VN y Bilirrubina > 3 xLSN y transaminasas > LSN y GGT > LSN. No ha sido estudiado el uso de vinflunina en

el bebé y se deberá hacer un cuidadoso seguimiento. Debe considerarse la posibilidad de asesoramiento genético. El asesoramiento genético se recomienda también en pacientes que deseen tener hijos después del tratamiento. **Fertilidad:** Debe pedirse consejo sobre la conservación del espermatozoides antes del tratamiento ya que cabe la posibilidad de infertilidad irreversible debido a la terapia con vinflunina. **Anticoncepción en hombres y mujeres:** Tanto pacientes hombres como mujeres deben utilizar medidas anticonceptivas adecuadas hasta tres meses después de finalizar el tratamiento. **Lactancia:** Se desconoce si vinflunina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Puesto que se pueden producir efectos adversos en los niños, la lactancia está contraindicada durante el tratamiento con vinflunina [ver sección 3.3]. **3.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. A pesar de ello, debe advertirse a los pacientes que no deben conducir o utilizar máquinas si sufren algún efecto adverso que pueda afectar a su capacidad para llevar a cabo estas actividades [p.ej. son comunes los mareos y el síncope]. **3.8. Reacciones adversas:** Las reacciones adversas más frecuentes relacionadas con el tratamiento recogidas en los dos ensayos de fase II y en un ensayo de fase III en pacientes con carcinoma de células transicionales del uréter [450 pacientes tratados con vinflunina] fueron trastornos hematológicos, principalmente neutropenia y anemia, trastornos gastrointestinales, especialmente estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea, y trastornos generales como astenia/cansancio. Las reacciones adversas se incluyen en la tabla 4 según la Clasificación por órganos y sistemas, frecuencia y gravedad [NO CTC versión 2.0]. La frecuencia de las reacciones adversas se define usando la siguiente convención: Muy frecuentes (> 1/10); frecuentes (1/100 a < 1/10); poco frecuentes (1/1.000 a < 1/100); raras (1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000); frecuencia no conocida [no puede estimarse a partir de los datos disponibles]. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada grupo de frecuencia.

Reacciones adversas en todos los indicaciones: Se describen a continuación las reacciones adversas potencialmente graves producidas en pacientes con carcinoma de células transicionales del uréter y en pacientes con otra enfermedad distinta a la de esta indicación, así como las reacciones adversas que son efectos de clase de los alcaloides de la vinca: **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Se observó neutropenia de Grado 3/4 en el 50,2% de los pacientes. La anemia grave y la trombocitopenia fueron menos frecuentes (10,4% y 3,5%, respectivamente). La neutropenia febril definida como RAN < 1.000/mm³ y fiebre ≥ 38,5°C de origen desconocido sin infección clínica y microbiológicamente documentada [NO CTC versión 2.0] fue observada en el 5,3% de los pacientes. La infección con neutropenia de Grado 3/4 se observó en un 3,3% de los pacientes. En total, 7 pacientes (0,5% de la población tratada) murieron a causa de la infección como complicación producida durante la neutropenia. **Trastornos gastrointestinales:** El estreñimiento es un efecto de clase de los alcaloides de la vinca. El 12% de los pacientes sufrieron estreñimiento grave durante el tratamiento con vinflunina. El leo de Grado 3/4 observado en el 1,8% de los pacientes fue reversible cuando hubo intervención médica. El estreñimiento debe ser tratado mediante atención médica [ver sección 3.4]. **Trastornos del sistema circulatorio:** La neuropatía periférica sensorial es un efecto de clase de los alcaloides de la vinca. Fue notificada de Grado 3 en un 0,1% de los pacientes. Todos los casos remitieron durante el ensayo. Se han notificado casos raros de Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible [ver sección 3.4]. **Trastornos cardíacos:** Los efectos cardíacos son un efecto de clase conocido de los alcaloides de la vinca. Se produjo infarto de miocardio o isquemia en un 0,6% de los pacientes, la mayoría de ellos con enfermedad cardiovascular pre-existente o factores de riesgo. Un paciente falleció después de un infarto de miocardio y otro debido a una parada cardiorrespiratoria. Tras la administración de vinflunina, se ha observado en pocas ocasiones una prolongación del intervalo QT. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Se produjo disnea en un 3,3% de los pacientes pero fue grave en raras ocasiones [Grado 3/4: 1,2%]. Se notificó broncoespasmo en un paciente tratado con vinflunina pero en una patología diferente a la de la indicación. **Trastornos endocrinos:** Se han recogido tres casos de sospecha de Síndrome de Secreción Inadecuada de la Hormona Antidiurética [SIADH] en pacientes tratados con vinflunina en una indicación distinta a la autorizada. **3.9. Sobredosis:** El efecto tóxico principal ocasionado por una sobredosis de vinflunina es la mielosupresión con riesgo de infección grave. No se conoce antídoto para la sobredosis por vinflunina. En caso de sobredosis, el paciente deberá permanecer en una unidad especializada y sus funciones vitales deberán ser cuidadosamente monitorizadas. Deben adoptarse otras medidas adecuadas, como transfusiones de sangre, administración de antibióticos y factores de crecimiento. **4. INCOMPATIBILIDADES:** Este medicamento no debe mezclarse con otros, excepto con los mencionados en la sección 5.3. **5. INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN: 5.1. Período de validez:** **Vial cerrado:** 3 años. **Solución diluida:** Se ha demostrado la estabilidad química y física en uso para el medicamento diluido como se indica a continuación: • protegida de la luz, en bolsas de perfusión de polietileno o de cloruro de polivinilo durante períodos de hasta 5 días en nevera (2°C-8°C) o hasta 24 horas a 25°C. • expuesta a la luz en equipos de perfusión de polietileno o cloruro de polivinilo a 25°C durante un período de hasta 1 hora. Desde un punto de vista microbiológico, el producto debe usarse inmediatamente después de la dilución. Si no se usa inmediatamente, los tiempos y condiciones de almacenamiento de la solución en uso antes de la administración son responsabilidad del usuario y no deberían superar normalmente las 24 horas a 2°C - 8°C, a no ser que la dilución se haya realizado en condiciones asepticas controladas y validadas.

5.2. Precauciones especiales de conservación: Conservar en nevera (entre 2°C-8°C). Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Para las condiciones de conservación tras la dilución del medicamento, ver sección 5.1. **5.3. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** **Precauciones generales para la preparación y administración:** Vinflunina es un medicamento antineoplásico citotóxico y, como sucede con otros compuestos potencialmente tóxicos, Javlor debe manipularse con precaución. Deben tenerse en cuenta los procedimientos para la correcta manipulación y eliminación de medicamentos antineoplásicos. Todos los procedimientos de transferencia requieren el seguimiento estricto de técnicas asepticas, usando preferentemente una cabina de seguridad de flujo laminar vertical. Se recomienda el uso de guantes, gafas protectoras y ropa protectora. En caso de contacto con la piel, se lavará el área afectada inmediata y abundantemente con agua y jabón. En caso de contacto con las membranas mucosas, éstas deben lavarse a fondo con abundante agua. Javlor solución para perfusión únicamente puede ser preparado y administrado por personal con la formación adecuada y experiencia en las técnicas de manipulación de agentes citotóxicos. Las mujeres de la plantilla que estén embarazadas no deben manipular este medicamento. Javlor es para un solo uso. **Dilución del concentrado:** El volumen de Javlor (concentrado) correspondiente a la dosis calculada de vinflunina debe mezclarse en una bolsa de 100 ml de solución para perfusión de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%). También puede utilizarse solución para perfusión de glucosa 50 mg/ml (5%). La solución diluida debe protegerse de la luz hasta su administración [ver sección 5.1]. **Forma de administración:** Para uso S.O.L.O por vía intravenosa. Tras la dilución del concentrado de Javlor, la solución para perfusión de Javlor se administrará de la forma siguiente: • Se establecerá un acceso venoso para una bolsa de 500 ml de solución para perfusión de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%) o de solución para perfusión de glucosa 50 mg/ml (5%); - parte superior del antebrazo o vena central del brazo, - deben evitarse las venas del dorso de la mano y las cercanas a las articulaciones. • La perfusión intravenosa debe iniciarse con la mitad de una bolsa de 500 ml de solución para perfusión de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%) o de solución para perfusión de glucosa 50 mg/ml (5%), es decir, 250 ml, a una velocidad de flujo adecuada para irrigar la vena. • La solución para perfusión de Javlor debe perfundirse mediante un dispositivo de infusión intravenosa en "Y" en el puerto más cercano posible a la bolsa de 500 ml para diluir más el medicamento durante la administración. • La solución para perfusión de Javlor debe perfundirse durante 20 minutos. • Se controlará la ausencia de obstrucción frecuentemente y se deberán mantener las precauciones de extravasación a lo largo de la perfusión. • Una vez terminada la perfusión con Javlor, los 250 ml restantes de la bolsa con solución para perfusión de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%) o con solución para perfusión de glucosa 50 mg/ml (5%) deben perfundirse a un flujo de 300 ml/h. Para irrigar la vena, la administración de Javlor debe ir siempre seguida por la administración de al menos un volumen igual de solución para infusión de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%) o de solución para infusión de glucosa 50 mg/ml (5%). **Eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local relativa a la eliminación de medicamentos citotóxicos. **6. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** Pierre Fabre Médicament, Place Abel Gance, 45, F-92100 Boulogne, Francia. **7. PRESENTACIÓN Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO:** Caja con un vial de 2 ml PVP: 225,91 y PVP IVA: 224,55. Caja con un vial de 10 ml PVP: 905,91 y PVP IVA: 942,15. **Comprobar PVP.** **8. RÉGIMEN Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Uso Hospitalario. Financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 4. Reacciones adversas observadas en pacientes con carcinoma de células transicionales del uréter, tratados con vinflunina

Clasificación por órganos y sistemas	Frecuencia	Reacciones adversas	Por Grado NCI por paciente (%)			
			Todos los grados	Grado 3-4		
Infecciones e infestaciones	Frecuente	Infección neutropénica	3,8	3,8		
		Infecciones (virales, bacterianas, fúngicas)	6,9	2,7		
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Poco frecuente	Sepsis neutropénica	0,2	0,2		
	Muy frecuente	Neutropenia	79,6	54,6		
		Leucopenia	84,5	45,2		
		Anemia	92,8	17,3		
		Trombocitopenia	53,5	4,9		
		Neutropenia febril	6,7	6,7		
Trastornos del sistema inmunológico	Frecuente	Hipersensibilidad	1,8	0,2		
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy frecuente	Anorexia	34,4	2,7		
	Frecuente	Deshidratación	4,4	2,0		
Trastornos psiquiátricos	Frecuente	Insomnio	5,1	0,2		
	Frecuente	Neuropatía sensorial periférica	9,8	0,9		
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Síncope	1,1	1,1		
		Cefalea	6,2	0,7		
		Mareos	5,3	0,4		
		Neuralgia	6,0	0,4		
		Disgeusia	3,1	0		
		Neuropatía	1,8	0		
		Neuropatía periférica motora	0,7	0		
		Rara	Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible	0,03*	0,03*	
		Trastornos oculares	Poco frecuente	Alteración visual	0,4	0
			Frecuente	Dolor de oído	1,3	0
		Trastornos del oído y del laberinto	Poco frecuente	Vértigo	0,9	0,4
			Tinnitus	0,9	0	
Trastornos cardíacos	Frecuente	Taquicardia	1,8	0,2		
	Poco frecuente	Isquemia miocárdica	0,7	0,7		
Trastornos vasculares		Infarto de miocardio	0,2	0,2		
	Frecuente	Hipertensión	3,3	1,8		
		Trombosis venosa	3,1	0,4		
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuente	Hipotensión	1,1	0,2		
		Disnea	4,2	0,4		
		Tos	2,2	0		
	Poco frecuente	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda	0,2	0,2		
		Dolor faringolaríngeo	0,9	0		
		Estreñimiento	54,9	15,3		
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuente	Dolor abdominal	21,6	4,7		
		Vómitos	27,3	2,9		
		Náuseas	40,9	2,9		
		Estomatitis	26,9	2,7		
		Diarrea	12,9	0,9		
	Frecuente	leo	2,7	2,2		
		Distagia	2,0	0,4		
		Trastornos bucales	4,7	0,2		
		Dispepsia	5,6	0,2		
		Odinofagia	0,4	0,2		
Poco frecuente	Trastornos gástricos	0,9	0			
	Esofagitis	0,4	0,2			
	Trastornos gingivales	0,7	0			
		Dolor tumoral ^a	-	-		
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas	Muy frecuente	Alpecia	28,7	NA		
		Erupción	1,6	0		
	Frecuente	Urticaria	1,3	0		
		Prurito	1,3	0		
		Hiperhidrosis	1,1	0		
		Piel seca	0,9	0		
		Eritema	0,4	0		
		Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuente	Malgia	16,4	3,1
			Frecuente	Debilidad muscular	2,2	0,9
			Artralgia	8,0	0,7	
Dolor de espalda	4,9		0,4			
Dolor en la mandíbula	3,3		0,0			
Dolor en las extremidades	3,3		0			
Trastornos renales y urinarios	Poco frecuente	Dolor óseo	2,4	0		
		Dolor musculoesquelético	2,0	0		
		Insuficiencia renal	0,2	0,2		
	Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuente	Astenia/Cansancio	55,3	15,8	
			Reacción en el lugar de la inyección	27,6	0,4	
			Pirrexia	10,9	0,4	
		Frecuente	Dolor en el pecho	4,4	0,9	
			Escalofríos	2,2	0,2	
Dolor			3,6	0,2		
Edema			1,3	0		
Poco frecuente	Extravasación	0,7	0			
Exploraciones complementarias	Muy frecuente	Pérdida de peso	24,0	0,4		
	Poco frecuente	Aumento de las transaminasas	0,4	0		
	Aumento de peso	0,2	0			

Javlor®

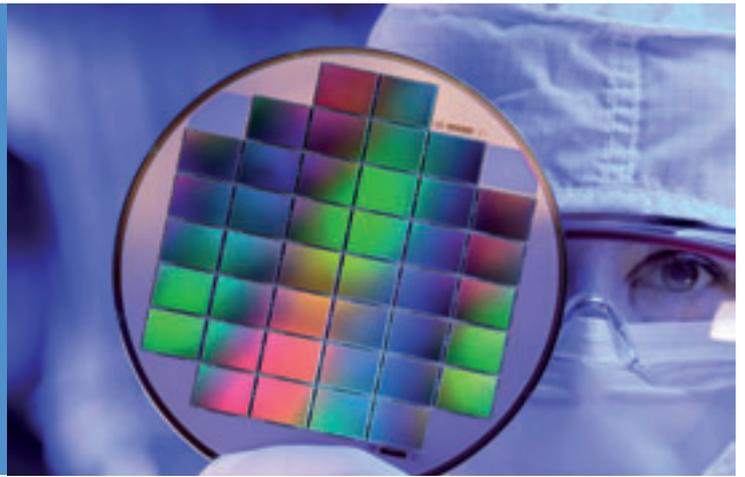
vinflunina

La 1ª y única quimioterapia registrada tras el fracaso de un régimen conteniendo platino, en cáncer avanzado o metastásico de células transicionales del urotelio



Pierre Fabre Ibérica
División Oncología
www.onconet.org

Noticias



Disponibles en video los e-debates 2013

Como sabe, la SEOM realiza periódicamente un e-debate, un curso de formación on-line a través del portal Univadis Oncología, un servicio de MSD.

Si no pudo conectarse el día que se realizaron los e-debates del programa del 2013, ahora tiene la posibilidad de visualizar los videos completos y las diapositivas proyectadas de las siguientes controversias:

- **“Tratamiento adyuvante del melanoma de alto riesgo”.**
Con los doctores Alfonso Berrocal y Enrique Espinosa.
- **“Tratamiento de mantenimiento en cáncer de pulmón”.**
Con los doctores Luis Paz-Ares y Carlos Camps.
- **“Profilaxis con triple terapia en quimioterapia moderadamente emetógena”.**
Con los doctores Dolores Isla y Pilar García Alfonso.
- **“Valoración de la supervivencia como el único endpoint válido en un EECC”.**
Con los doctores Joan Albanell y Juan De la Haba.
- **“Antraciclinas, uso y secuencia de tratamiento”.**
Con los doctores Antonio Llombart y Miguel Martín.

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

V Edición
eDebates en Oncología

MELANOMA
Tratamiento adyuvante del melanoma de alto riesgo
Dr. A. Berrocal Jaime
Hospital General Universitario Valencia
Dr. E. Espinosa Antoni
Hospital Universitario La Fe, Madrid

PULMÓN
Tratamiento de mantenimiento en cáncer de pulmón
Dr. L. Paz-Ares Rodríguez
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. C. Camps
Hospital General Universitario Valencia

SOPORTE
Profilaxis con triple terapia en quimioterapia moderadamente emetógena
Dra. D. Isla Casado
Hospital Universitario López Broto, Zaragoza
Dra. P. García Alfonso
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

OTROS
Valoración de la supervivencia como el único endpoint válido en un EECC
Dr. J. Albanell Mateos
Hospital de la Fe, Valencia
Dr. J. De la Haba Rodríguez
Hospital Reina Sofía, Córdoba

MAMA
Antraciclinas, uso y secuencia de tratamiento
Dr. A. Llombart-Cortés
Hospital Universitario de Navarra, Navarra
Dr. M. Martín Jiménez
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

OVARIO **Próximamente**
Tratamiento del cáncer de ovario platinio resistente
Dr. A. Cervantes Rodríguez
Hospital General Universitario Valencia
Dr. J.M. Del Campo Ferraz
Hospital del Amor, Valencia

Puede entrar a la plataforma audiovisual desde www.seom.org

Paco León, Buckler 0,0 y SEOM estrenan el corto solidario...

El 27 de noviembre se estrenó en La Casa Encendida de Madrid el cortometraje solidario de **Paco León "La Vuelta a la Tortilla"**, una producción de ficción con fines benéficos que el actor y director ha realizado en apoyo a la lucha contra el cáncer de mama y para la que se ha inspirado en el caso de 8 mujeres de distintas partes de España que han pasado por esta enfermedad.

En un mes, este corto ha sido visto en el canal youtube por más de 580.000 personas.

Paco León, Buckler 0,0 y SEOM se embarcaron en el terreno audiovisual para crear un corto de ficción cuyos beneficios serán destinados a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) que lo revertirá en la creación de la II Beca de Investigación SEOM-Buckler 0,0. Tanto Paco León como su productora, Andy Joke, cederán los derechos del corto durante dos años.

La Dra. Pilar Garrido, presidenta de SEOM, afirmó durante la presentación que *"es un objetivo prioritario fomentar la investigación clínica para conseguir progresos en el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer. Tenemos que conseguir más curaciones, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por ello, es fundamental el apoyo prestado a SEOM*

a través de iniciativas como estas que contribuyen a seguir avanzando frente al cáncer".

Enmarcado en la iniciativa de Buckler 0,0 **"Motivos para Celebrar"**, Paco León ha desarrollado una historia de ilusión con toques de humor que ha titulado **"La vuelta a la tortilla"**. *"Se trata de una historia de amor cotidiana, en la que la protagonista tiene la opción de afrontarla como haría cualquier otra mujer. Tiene que dejar atrás sus miedos y seguir adelante. La gente que le rodea le apoya y le ayuda a tomar las decisiones adecuadas. En definitiva, una historia emotiva que no pretende hacernos llorar, sino todo lo contrario, sacar una sonrisa llena de ilusión y esperanza"*, afirmó Paco León en la premiere del cortometraje.

■ **Es un objetivo prioritario fomentar la investigación clínica para conseguir progresos en el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer**

Para afrontar la realización del corto, Paco tuvo la oportunidad de charlar con oncólogos médicos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Asimismo, la historia personal de cada una de las 8 embajadoras del proyecto

#Motivosparacelebrar, también fue fuente de inspiración a la hora de escribir el guion. Las 8 mujeres han tenido un hueco en este cortometraje, junto a reconocidos actores como Fele Martínez, Silvia Rey y Paqui Montoya.

Desde el pasado 19 de octubre, Día Mundial Contra el Cáncer de Mama, se puede realizar una donación apor- ►►►

Buckler 0,0

Colabora con

Fundación SEOM
FUNDACIÓN SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA

la investigación en Cáncer de Mama
y da la vuelta a la tortilla

Envía un **sms** al **28004** con la palabra **DONA**

“La vuelta a la Tortilla”



► tando la cantidad que desee, bien mediante una transferencia desde la página web de SEOM www.seom.org, o bien a través del envío de un sms al 28004 con la palabra DONA con un coste de 1,20€.

El 19 de octubre Buckler 0,0 y SEOM congregaron a un centenar de personas en la céntrica zona peatonal de la Red de San Luis de Madrid realizando una multitudinaria y particular vuelta a la tortilla de forma simultánea en apoyo a las 22.000 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama cada año en nuestro país. Isabel Nanclares y María Amor Carrasco, dos de las embajadoras de este proyecto, y pacientes que han tenido un cáncer de mama y que han debutado como actrices en el corto de Paco León, quisieron transmitir su motivo para celebrar a todas las personas congregadas, a que busquen el suyo propio y sean capaces de dar **“La vuelta a la tortilla”** incluso en los momentos más duros.

La SEOM estuvo representada por el Dr. Javier Esponosa, Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital General de Ciudad Real.

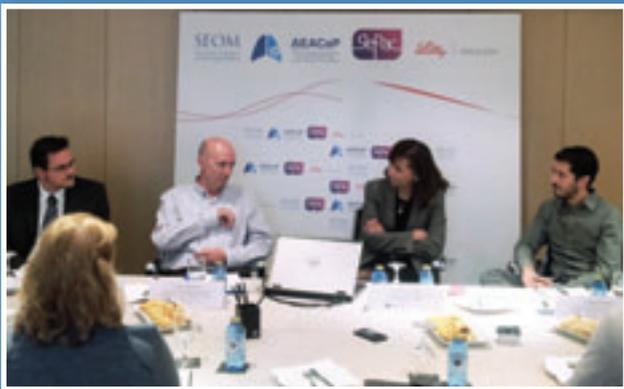
Durante el evento, se estrenó en primicia el tráiler de este corto, y con ello el comienzo de las donaciones que pueden realizarse por diferentes vías:

- Directamente a través de Pay-Pal en la página web de SEOM www.seom.org, aportando la cantidad que usted desee.
- En el canal de Youtube de Buckler, aportando la cantidad que usted desee.
- Enviando un SMS al 28004 con la palabra DONA (coste de 1,20€).

Todos los fondos recaudados se destinarán a la II Beca de Investigación SEOM-Buckler 0,0.



Expertos y pacientes de cáncer de pulmón coinciden en que la investigación supone esperanza



Días previos a la celebración del Día Mundial del Cáncer de Pulmón que se conmemora anualmente cada 17 de noviembre, se organizó un desayuno informativo para periodistas en el que participaron el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), la Asociación Española de Afectados por Cáncer de Pulmón (AEACaP) y SEOM, gracias a la colaboración de Lilly.

■ **El tabaquismo es el principal factor de riesgo. Los alarmantes datos publicados muestran que 1 de cada 4 españoles son fumadores, con un preocupante aumento en mujeres y adolescentes**

La investigación en cáncer de pulmón supone esperanza para los pacientes, mejorando la supervivencia y su calidad de vida. De ahí la importancia de cada uno de los avances, por pequeños que sean para luchar contra esta enfermedad. Éste fue el mensaje que transmitieron los expertos y pacientes que participaron en la sesión informativa **“Innovación incremental en cáncer de pulmón”** y que

es continuación de la campaña que inició SEOM en febrero de 2013 y que lleva por título **“En Oncología cada avance se escribe con Mayúsculas”**.

La Dra. Pilar Garrido, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica y jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, puso de relieve que el cáncer de pulmón es un problema sanitario de gran magnitud, dado que es la primera causa de muerte por cáncer, con una tasa de 1,38 millones de muertes al año.

■ **La investigación en Oncología ha logrado mejoras en la supervivencia en las últimas décadas, gracias a la mejor identificación de los tipos y subtipos de tumores**

En este sentido, la Dra. Garrido apuntó el tabaquismo como principal factor de riesgo e incidió en los alarmantes datos publicados que muestran que 1 de cada 4 españoles son fumadores, con un preocupante aumento en mujeres y adolescentes.

“Estas cifras explican el aumento de un 2% anual de prevalencia del cáncer de pulmón en las mujeres. En algunos países, hay incluso más casos de cáncer de pulmón en mujeres que de mama, y España seguirá ese camino” explicó la Dra. Garrido.

■ **La investigación en cáncer de pulmón supone esperanza para los pacientes, mejorando la supervivencia y su calidad de vida**

En el desayuno informativo participaron también el presidente de AEACaP, Joan Martínez, el director del Área Psicosocial de GEPAC, Diego Villalón y el Dr. Alejo Cassinello, del Departamento Médico de Lilly Oncología.

Las asociaciones de pacientes defendieron el acceso a los tratamientos innovadores sin recortes, al tiempo que reclamaron nuevos fármacos que curen, pero que también conserven la calidad de vida.

Una de las principales conclusiones que se extrajo de la jornada fue que el cáncer de pulmón es el tumor donde se ha avanzado más deprisa en el conocimiento de sus alteraciones moleculares y en el desarrollo paralelo de tratamientos eficaces.

Renovación de los miembros de las Comisiones SEOM

Como viene siendo habitual cada dos años, tras el relevo de presidencia y Junta Directiva, la SEOM ha renovado la composición de las Comisiones de Avals Científicos y de Becas, así como de la Secretaría Científica.

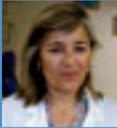
Agradecemos públicamente a los anteriores miembros de cada una de las Comisiones la excelente labor desempeñada.

A continuación se indican los nuevos miembros de cada una de ellas.

Comisión SEOM de Avals Científicos

La función básica consiste en analizar las solicitudes de Aval Científico que recibe la SEOM.

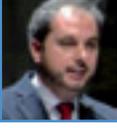
Esta Comisión está compuesta por los siguientes doctores:

	Dr. Jose Enrique Alés		Dr. Luis de la Cruz		Dra. Begoña Mellado
	Dr. Jorge Aparicio		Dra. Montserrat Domenech		Dr. Fernando Rivera
	Dr. Francisco Barón		Dr. Ignacio Durán		Dra. Josefa Terrasa
	Dr. Javier de Castro		Dra. Rosario García Campelo		

Comisión SEOM de Becas

Las funciones básicas consisten en diseñar la convocatoria de becas (número, cuantía, categorías etc.) y fallar las becas basándose en las puntuaciones de los evaluadores externos.

Esta Comisión está compuesta por los siguientes doctores:

	Dra. Enriqueta Felip		Dr. Miguel Martín		Dr. Aleix Prat
	Dra. Rocío García-Carbonero		Dra. Cristina Nadal		Dr. Juan Antonio Virizuela
	Dra. Pilar Garrido		Dr. Alberto Ocaña		

Renovación de la **Secretaría Científica SEOM**

Le damos la bienvenida a los doctores **Dolores Isla**, oncólogo médico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y **Javier Puente**, oncólogo médico del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid.

A partir de ahora, los doctores Puente e Isla darán soporte a la Junta Directiva y al personal interno de SEOM.

Agradecemos la labor prestada a los doctores **Cristina Grávalos**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Marqués de Vadecilla de Santander, **César Rodríguez**, oncólogo médico del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y **Javier Espinosa**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital General de Ciudad Real por el buen trabajo realizado en estos últimos años.



Dra. Dolores Isla



Dr. Javier Puente



Dra. Pilar Lianes, nueva **ESMO** National Representative para España

La Dra. Pilar Lianes, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital de Mataró de Barcelona, ha sido elegida ESMO National Representative para España desde enero de 2014 hasta diciembre de 2015. La Dra. Lianes sustituye al Dr. Ramon Colomer que ocupó este cargo desde enero de 2011.

La Dra. Lianes también es vocal de la junta directiva de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

La Dra. Lianes actuará como embajadora de ESMO en España y servirá de enlace entre ESMO y SEOM.

La presidenta de SEOM ha sido nombrada vocal en la Junta Directiva de FACME

El 3 de diciembre de 2013 se renovó la junta directiva de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME). A partir de ahora el nuevo presidente de la entidad es el Dr. Carlos Macaya, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, durante los tres próximos años.

La Junta Directiva de Facme esta formada por el Dr. Fernando Carballo, de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), como vicepresidente y presidente electo; la Dra. Ana Pastor, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), como secretaria general y el Dr. Antonio Zapatero, de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), como tesorero.

Siete doctores completan la Junta Directiva ejerciendo como vocales: el Dr. Jose Miguel Rodríguez González-Moro, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ), la Dra. Pilar Garrido, de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el Dr. Arturo So-

riano, de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), el Dr. Francisco Javier Rodríguez Recio, de la Sociedad Española de Radiología (Seram), el Dr. José Manuel Solla, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), el Dr. Vicente Gómez, de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) y el Dr. José Antonio Martínez, de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen).

La nueva directiva quiere seguir impulsando el trabajo de la "Alianza para el desarrollo de la Gestión Clínica en el SNS", formada por las unidades de gestión clínica de Cardiología, Respiratorio, Interna, Digestivo y Radiología y que se está ampliando a todas las sociedades científicas. Para ello, la "Alianza para el desarrollo de la Gestión Clínica en el SNS" ha elaborado y presentado ya a los integrantes del grupo de trabajo de gestión clínica del Foro de la Profesión Médica un decálogo con los requisitos en los que deben coincidir los profesionales y administraciones de la Sanidad en el ámbito de la gestión clínica.

Otra tarea importante que destacó el Dr. Macaya a algunos diarios es la de "analizar el papel de las sociedades científicas en los cambios de modelos asistenciales en el SNS. Las sociedades debemos ser escuchadas e influir en los nuevos modelos para hacer un SNS realmente sostenible a través de una mejora de la eficiencia. Junto con la Organización Médica Colegial (OMC), reforzaremos la acción conjunta para definir el nuevo modelo de recertificación profesional, así como el de acreditación a través del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (Seaformec)", explicó el nuevo presidente de Facme.



En Oncología Cada Avance se Escribe con Mayúsculas

Avances en...

Continuando con la campaña iniciada en febrero de 2013 bajo el lema: EN ONCOLOGÍA, CADA AVANCE SE ESCRIBE CON MAYÚSCULAS, la Sociedad está emitiendo mensualmente comunicados de prensa con la evolución y los avances que han supuesto los principales tumores.

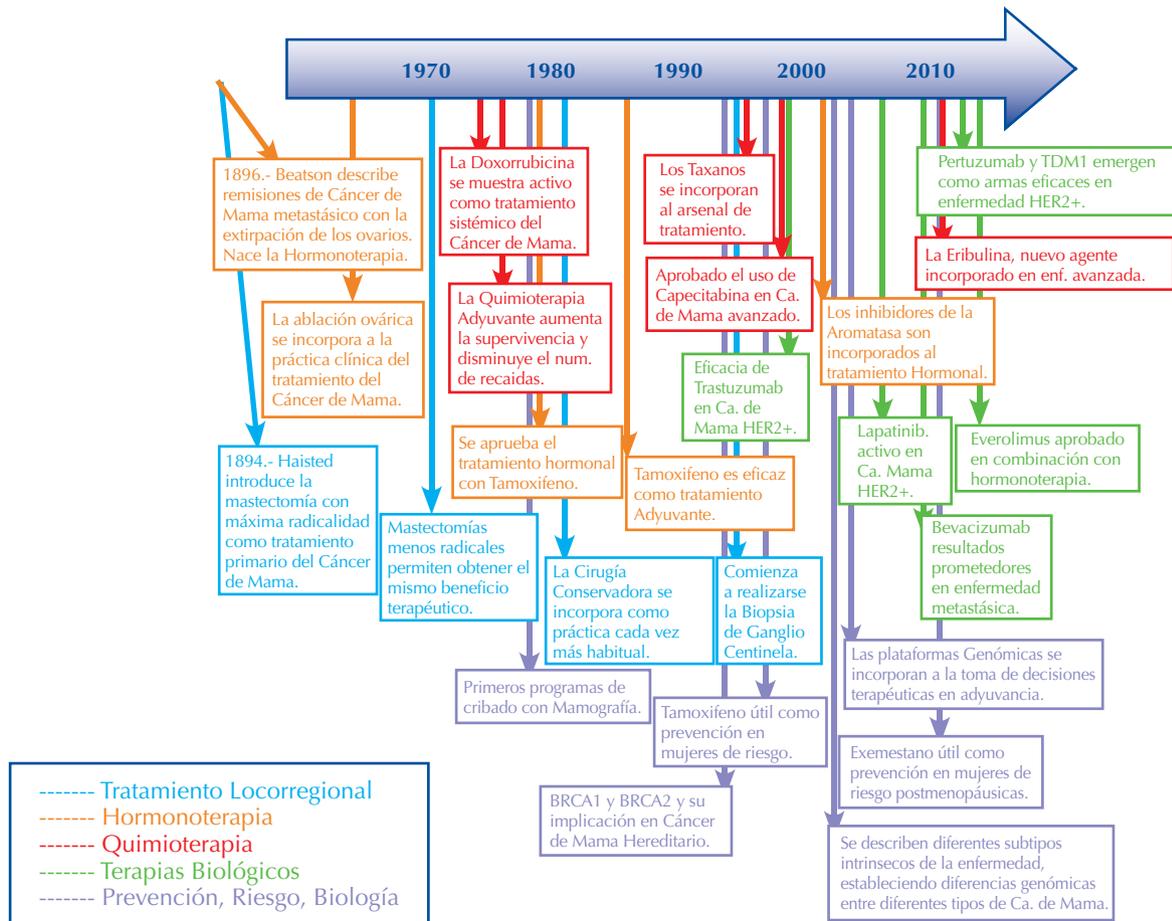
Para el mes de octubre, coincidiendo con el Día Mundial de Cáncer de Mama, hemos destacado los avances más importantes en esta patología. Para el mes de noviembre, coincidiendo con el mes del Cáncer de Pulmón, se destacaron los avances más importantes en Cáncer de Pulmón. Y para el mes de diciembre, abordamos los avances más importantes en los tumores del Sistema Nervioso Central (SNC).

Considerando el global de todos los tumores malignos, a principios de los años 80, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico apenas superaba el 45%, mientras que a día de hoy se aproxima prácticamente al 65% de los casos. El incremento es por tanto menor al 1% anual, pero la suma de pequeños avances ha llevado en su conjunto a un incremento muy significativo. Con más de 200.000 casos de diagnóstico de cáncer al año en España, esto supone que los pacientes vivos después de cinco años del diagnóstico sean 130.000 en lugar de 90.000. Nada más y nada menos que 40.000 pacientes más que si no se hubiera tenido en cuenta cada uno de estos avances.

Por tanto, es necesario que aquellos progresos que muestran beneficios significativos se incorporen de manera equitativa para todos los pacientes, y que el acceso al mejor tratamiento para su enfermedad sea universal. Como ya hemos visto, los pequeños avances, tomados de forma conjunta sí son relevantes. De aquí nuestro lema para este año 2013 desde la SEOM: En Oncología, cada avance se escribe con mayúsculas. Estos pequeños avances, considerados cada uno de ellos de manera aislada, podrían haber sido considerados de escasa relevancia, pero acumulados entre sí han llevado a cambiar en muchos casos de una manera notable el pronóstico y la calidad de vida de muchos pacientes.



Octubre. Los Avances en Cáncer de Mama



A principios de los años 80, las mujeres diagnosticadas de Cáncer de Mama tenían unas posibilidades de estar libres de recaída a los cinco años tras el diagnóstico que se situaba en torno al 70%. En la actualidad la cifra se aproxima a casi un 90%. Este beneficio no se ha alcanzado repentinamente.

En los años 70 se obtuvieron los primeros resultados que beneficiaban a las pacientes de recibir un tratamiento con quimioterapia tras la cirugía. También por aquella época tenía éxito el tratamiento hormonal del cáncer avanzado de mama con un tratamiento hormonal, el tamoxifeno, que poco después se comenzó a emplear en estadios precoces de la enfermedad.

En la década de los 80, una nueva quimioterapia, las "antraciclinas" mejoraba los resultados obtenidos con esquemas previos, y no fue hasta finales de los años '90 cuando los Taxanos aumentaron aún más los beneficios de las antraciclinas. La incorporación de nuevos tratamientos hormonales a comienzos del siglo XXI mejoró los resultados del tamoxifeno. El descubrimiento de tipos de cáncer con diferentes perfiles biológicos permitió en la década pasada incorporar anticuerpos monoclonales como el Trastuzumab al tratamiento del cáncer de mama Her2 positivo, hasta entonces de mal pronóstico por su mayor agresividad.

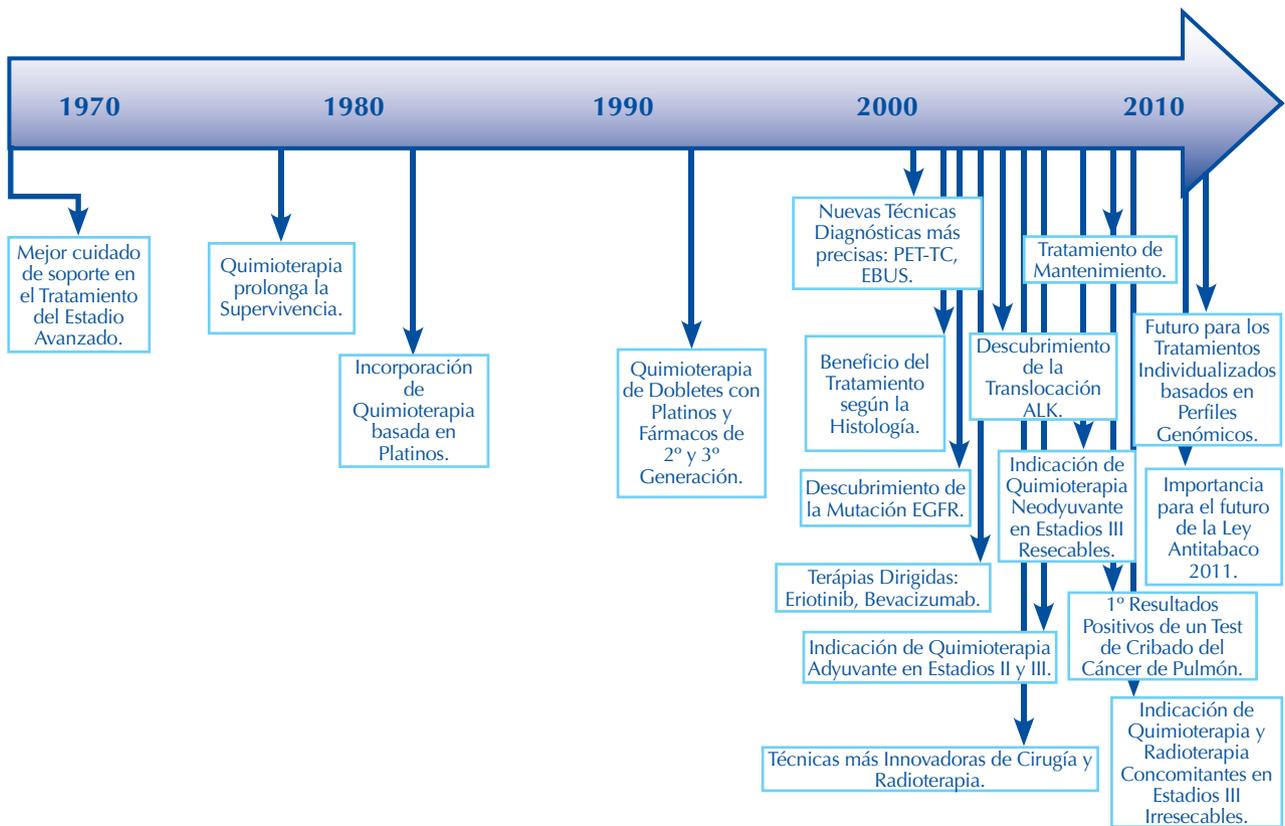
Además, en estas tres décadas la proporción de cirugías mucho más conservadoras o la no intervención de la axila, evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida de las pacientes ha sido otro hecho de gran relevancia. Cada uno de estos pasos, en muchos casos, apenas mejoraba a los tratamientos previamente existentes en un 2% o 3% de menor tasa de recidivas de la enfermedad.

Algo que podría ser considerado irrelevante. Con más de 25.000 casos al año de cáncer de mama en España, cada 1% de mejora con un avance en el tratamiento del cáncer de mama hace que 250 mujeres menos recaigan de su enfermedad. Cada una de esas mujeres tiene nombre y apellidos. Y cada uno de esos avances ha conseguido aumentar la supervivencia en un 20% entre los años 70 y la actualidad.

Un solo ejemplo: A comienzos de los años 2000, más de 1.200 mujeres españolas participaron en un ensayo clínico del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) que demostró que añadir paclitaxel a la quimioterapia que hasta entonces se consideraba estándar conseguía que recayeran de la enfermedad un 6% de mujeres. Hoy, el paclitaxel y otros taxanos, solo en España evitan más de 500 recaídas al año.

Son solo algunos ejemplos, pero en el caso del cáncer de mama, los avances son innumerables. Los más destacados se recogen en la gráfica acompañante.

Noviembre. Los Avances en Cáncer de Pulmón

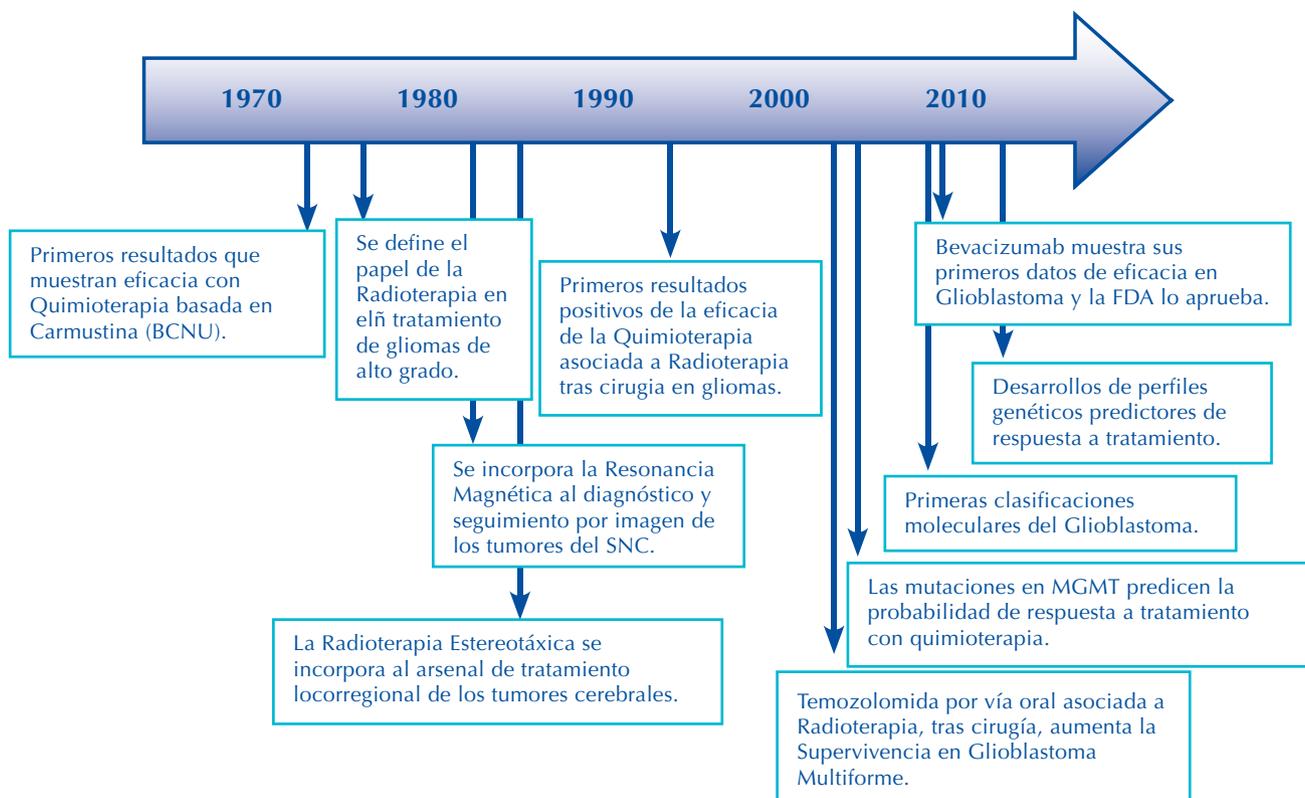


Desde hace ya años, el cáncer de pulmón está disminuyendo en Europa y España en varones, pero sigue aumentando en mujeres en relación con el mayor consumo del tabaco desde hace varias décadas. En la actualidad se trata del cáncer con mayor mortalidad a nivel mundial pero el cual puede ser prevenido en una muy alta proporción evitando el consumo de tabaco. En España, la última Ley Antitabaco del 2011 ha sido un gran avance para el presente pero sobre todo por sus positivas consecuencias futuras.

En esta última década hemos incorporado grandes avances tanto en el diagnóstico de esta enfermedad consiguiendo una mayor precisión, como también en su tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas). Pero el verdadero cambio ha venido de la mano de una cada vez mayor individualización en el tratamiento, no solo en aspectos clínicos o histológicos, sino fundamentalmente genéticos. La investigación se encuentra prácticamente centrada en la búsqueda de terapias que actúen específicamente contra dianas moleculares en pacientes con un determinado perfil genómico, de tal modo que esos fármacos van a conseguir una eficacia muy superior. El cáncer de pulmón representa seguramente uno de los tumores en donde se ha avanzado más deprisa en el conocimiento de sus alteraciones moleculares y en el desarrollo paralelo de agentes eficaces, aunque con mucho camino por recorrer. Por tanto, hay motivo para el optimismo ante una perspectiva de investigación prometedora que está ya dando sus frutos para la práctica clínica.

AVANCE
se escribe con
Mayúsculas

Diciembre. Los Avances en los Tumores del Sistema Nervioso Central



La supervivencia a cinco años por Tumores Cerebrales, continúa siendo una de las más bajas en lo que se refiere a los tumores sólidos en pacientes adultos.

Aunque queda mucho camino por recorrer, en las últimas décadas, los avances en el tratamiento local y sistémico han hecho que la supervivencia, tras los cinco años del diagnóstico haya pasado del 24% a más del 35% en la actualidad, según los datos de la American Society of Medical Oncology (ASCO). Es decir, una ganancia de supervivencia de más del 10% en términos absolutos. Quizá puede parecer insignificante año a año, pero si consideramos que cada doce meses se diagnostican en España más de 3.500 casos de estos tumores, el número de pacientes que se beneficia de las mejoras en el tratamiento, puede ser significativo.

En los últimos años, el arsenal terapéutico disponible ha crecido poco a poco, aumentando las alternativas de tratamiento sistémico, hasta ahora relativamente escasas.



En Oncología cada **VANCE** se escribe con Mayúsculas



Obituario a Albert Jovell



Dra. Pilar Garrido,
Presidente SEOM 2013-2015

Comprometido, brillante y tenaz son tres de las características que quizás mejor definieron a Albert Jovell. Pertinaz defensor de la humanización de la Medicina, siempre decía que *“además de ser un buen médico era importante ser un médico bueno”*. El impulso para dar a conocer las prioridades de los pacientes así como su reivindicación de un sistema sanitario público que promoviera su participación fueron sus señas de identidad.

“He tenido dos carreras de Medicina: la vertical como médico y la horizontal como paciente. En la vertical, ves la enfermedad; en la horizontal, la vives”. Estas palabras de Albert Jovell fueron recogidas en una entrevista publicada en La Vanguardia, en marzo de 2012. *“Sin valores no hubiera llegado a nada. Y tampoco son míos. Los heredé de mi padre médico, que, con otros entusiastas pioneros, creyó en la sanidad pública antes de que existiera y ejerció una medicina social y solidaria en una barriada obrera de Sabadell. Y esos valores que heredé de mi padre son también los que quiero transmitir a mis hijos. No he dedicado mi vida a acumular un gran patrimonio, pero intento dejar a mis hijos una buena sanidad pública”*.

Sirvan estas palabras de antesala al particular homenaje que desde la SEOM hemos querido hacer a Albert Jovell. A continuación recogemos unas palabras de anteriores presidentes de SEOM que colaboraron desde la Sociedad con el doctor y paciente Albert Jovell.



Dr. Juan Jesús Cruz,
Presidente SEOM 2011-2013

Es muy difícil escribir algo nuevo sobre el Dr. Albert Jovell en estos días en los que como consecuencia de su muerte se han sucedido un enorme número de personas resaltando la gran personalidad del Doctor Jovell y ensalzando su magnífica labor en favor de los pacientes.

Como oncólogo médico y más en los últimos años como presidente de SEOM he coincidido con él en varios foros y me sorprendió muy gratamente su enorme inteligencia y su gran capacidad para analizar los problemas, así como su compromiso para y con los pacientes con cáncer, pero pese a la gran importancia y trascendencia de lo anteriormente mencionado, recordaría de él una frase que le leí en una entrevista de hace algunos años.

Le preguntaba el periodista qué herencia quería dejar a sus hijos y el contestó que *“la mejor herencia que podría dejar a sus hijos es una sanidad pública como la que tenemos en España, que permite que cualquier persona pueda recibir los mejores tratamientos sin tener en cuenta su capacidad adquisitiva”*. Pues bien, creo que el mejor homenaje a su labor es comprometernos todos en preservar esta Sanidad Pública como reconocimiento a su persona y como mejor legado a sus hijos y a los nuestros.

¡Descanse en paz!



Albert Jovell médico y después paciente y médico. Paciente con una enfermedad crónica que le permitió, como al dios Jano, mirar la enfermedad desde dos puntos de vista. Los dos puntos de vista fundamentales en esta historia, la de una persona que pide ayuda y la de una persona que tiene como vocación ofrecerla. Su voz pausada, lucida pero siempre apasionada era una predica constante a favor de los derechos de las personas enfermas. Recuerdo la convicción con la que repetía que el racionamiento de los recursos no era un fenómeno natural como una inundación ó un huracán, sino el fruto de decisiones humanas sin racionalidad ética ni política. Y que por tanto había que combatirlo con todos los instrumentos a nuestro alcance. Ese legado perdurará y nos obligará.



*Dr. Emilio Alba,
Presidente SEOM 2009-2011*

El Dr. Albert Jovell transmitió siempre su entusiasmo en mejorar la calidad de la relación médico-paciente. Son muchas sus aportaciones a la personalización del trato. Me gustaría destacar uno: su empeño en que los pacientes con cáncer tuviesen durante el proceso un médico que actuase de referente y consultor. Hoy la figura de médico responsable se ha incorporado en muchos hospitales, y se considera por las autoridades sanitarias un objetivo de calidad en los Centros que administra.



*Dr. Ramon Colomer,
Presidente SEOM 2007-2009*

Los oncólogos españoles le estamos agradecidos por su generosidad y claridad de ideas.

¡Gracias Albert!

Excelente persona, mejor profesional, gran comunicador, entrañable amigo. Se ha cumplido tu ciclo y te has ido en silencio, de puntillas, sin molestar a nadie.

Trabajador infatigable en pro de los derechos de los pacientes y gran defensor del sistema sanitario público. Hiciste llegar de manera inequívoca tu mensaje independiente a los pacientes, la sociedad, los profesionales de la salud, los gobiernos nacional y autonómicos, la industria farmacéutica, los foros internacionales... Fundamentaste tu vida en el compromiso con los pacientes a los que dotaste de protagonismo y voz propia, en el apoyo a sus necesidades y la lucha para que fuesen la razón de ser y el centro del sistema sanitario.



*Dr. Alfredo Carrato,
Presidente SEOM 2005-2007*

Que gran vacío dejas...

Ha sido un honor compartir contigo estos años. Confío en que lo que has sembrado siga dando sus frutos, tu tarea sea continuada y tu legado siempre permanezca vivo.

¡Gracias amigo!

Premio Best in Class 2013 al Servicio de Oncología Médica del Hospital San Juan de Alicante



El Servicio de Oncología Médica del Hospital San Juan de Alicante ha sido galardonado con el premio Best in Class 2013 por la Calidad de Atención a los pacientes en la VIII edición de estos premios nacionales que se celebró el pasado 23 de octubre en Valencia.

Estos premios reconocen la calidad de la asistencia al paciente de hospitales y centros de atención primaria de toda

España. Estos premios los concede la publicación Gaceta Médica y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos.

En esta edición han participado 501 Servicios o Unidades de Centros Sanitarios de 16 Comunidades Autónomas. La concesión de los diferentes premios se basa en la puntuación obtenida por los candidatos con el Índice de Calidad Asistencial al Paciente (ICAP), elaborado especialmente para estos premios, y que se establece a partir del análisis multivariable de los datos recogidos en los cuestionarios específicos cumplimentados por los hospitales y centros de atención primaria y elaborados con la colaboración y supervisión de las Sociedades Científicas.

La **Dra. Nieves Díaz Fernández**, jefe de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante y Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, indicó que “este premio ha sido una gran alegría para nosotros que nos motiva a seguir trabajando con ilusión. Por ello quería comunicarlo a SEOM ya que la propia SEOM participa en la elaboración del cuestionario específico para la valoración de los centros en la categoría de Oncología y es parte del Jurado”.

¡Desde SEOM nuestra más sincera enhorabuena!



La Dra. Paula Jiménez Fonseca, oncólogo médico del Hospital Universitario Central de Asturias, ha donado a la SEOM un tercio de la recaudación obtenida de los derechos de autor de su libro **“Comer para vencer al Cáncer”**. Las otras dos partes han sido donadas a asociaciones de pacientes.

La dotación aportada a la SEOM asciende a 1.880,82 euros que, según su deseo, serán destinadas al proyecto Finite que promueve la Sección SEOM de Cuidados Continuos.

Desde estas líneas le agradecemos la donación.

La Certificación SEOM recibe el Premio MEDES-Medicina en Español 2013



La Fundación Lilly ha entregado los Premios MEDES-Medicina en Español 2013 a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), por el proyecto **“Programa de Formación Virtual en Oncología Médica”**, desarrollado conjuntamente con e-oncología, el espacio de formación virtual en cáncer del Instituto Catalán de Oncología (ICO), como *“Mejor Iniciativa en el fomento del uso del idioma español en la divulgación del conocimiento médico”*. El otro galardón ha sido entregado a la Fundación INDEX, de gestión del conocimiento en Enfermería, como

“Mejor institución o entidad destacada en la promoción y difusión de la publicación Médica en Español”. Los Premios MEDES, que se conceden anualmente, reconocen y dan apoyo a iniciativas que promueven el español en la comunicación del conocimiento de las ciencias de la salud. Asimismo, reconocen la tarea de instituciones o entidades que hacen posible la producción y utilización de la literatura científica en español. En concreto, la Plataforma de Formación Virtual en Oncología Médica, la Certificación SEOM, dio sus primeros pasos como un método formativo “on-

line” en Oncología Médica, dirigido a los residentes españoles. Desde 2009, 46 alumnos han completado todo el Diploma de Postgrado universitario en la primera edición y casi 600 alumnos han empezado alguno de los cursos del programa. En total son 750 horas lectivas en tres años, equivalentes a 30 créditos europeos. El director de la Certificación SEOM, el Dr. Ramon Colomer, explicó en el acto de entrega que *“aunque la mayoría de la ciencia se comunica en inglés, el español es básico para transmitir el conocimiento médico en España y en otros muchos países”*.



II Foro por una Atención Oncológica de Calidad

“Incorporación de la Innovación en Cáncer al Sistema Nacional de Salud”

El 15 de octubre de 2013 se celebró en Madrid el II Foro por una Atención Oncológica de Calidad, organizado por la Fundación ECO (Excelencia y Calidad de la Oncología), con el aval científico de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la colaboración de Roche, con el objetivo de destacar la necesidad de crear un pacto o estrategia común a toda España en materia de cáncer que mejore el acceso a la innovación por parte de los pacientes en condiciones de igualdad, así como revisar tanto los tiempos y los diversos parámetros que marcan el acceso a la innovación terapéutica. El doctor Carlos Camps, presidente de la Fundación ECO, indicó en este sentido, que en la actualidad “se dan distintas situaciones en cada Comunidad Autónoma. Debemos ser capaces, entre todos los agentes implicados, de crear unas condiciones de acceso comunes a todos para lograr una financiación específica para la asistencia y la investigación en cáncer”.

Por su parte, el doctor Juan Jesús Cruz, presidente SEOM 2011-2013, señaló la necesidad de evaluar la apli-

cación de la innovación para conocer sus resultados. Para ello, en palabras del Dr. Cruz, “deberíamos contar con registros de tumores y hacer públicos los resultados en salud de los hospitales respecto a estas terapias. Todos los países de nuestro entorno cuentan con registros de tumores, mientras que en España sólo contamos con registros que corresponden al 25% de los casos de cáncer detectados”.

Para conseguir el mayor beneficio del paciente, la doctora Pilar Garrido, actual presidente de SEOM, destacó el importante papel que juegan los biomarcadores para poder utilizar de forma correcta las nuevas terapias oncológicas y lamentó que en España no se hayan implementado éstos de manera uniforme para garantizar una adecuada selección. El tener identificada a la población susceptible de obtener el mejor resultado con estas terapias, añadió esta experta, “permite,

además del beneficio evidente, poder incluirlos en ensayos clínicos, lo que reduce gastos para el Estado y permite acelerar la investigación en nuevos fármacos”.

En la jornada también participaron representantes de grupos de pacientes que reivindicaron el derecho de los pacientes a recibir el mejor tratamiento posible, representantes de la industria farmacéutica y gestores públicos que incidieron en la importancia de realizar evaluaciones económicas de los medicamentos para optimizar la financiación de la innovación.





La innovación, siempre junto al paciente

El papel de la sanidad público-privada y de la industria farmacéutica en el acceso a la innovación fue el eje central de la Jornada ¿Cuáles son los grandes retos de la Sanidad española del 2020?, que Otsuka Pharmaceutical, S.A. y el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) celebraron el pasado 14 de noviembre en el Auditorio de l'Hospital Quirón de Barcelona. El encuentro al que asistieron profesionales y gestores sanitarios, representantes de aseguradoras médicas, representantes del sector farmacéutico y de asociaciones de pacientes, tuvo como objetivo analizar las vías de colaboración de los diferentes protagonistas de la salud en pro de la excelencia asistencial y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

A lo largo de la jornada, en la que participó el **Dr. Agustí Barnadas**, como portavoz de la Sociedad Española de

■ Existe la **necesidad de crear fórmulas incipientes de colaboración para favorecer la rapidez y equidad territorial en el acceso a la innovación por parte de los pacientes**

Oncología Médica (SEOM), se abordaron temas como la necesidad de crear fórmulas incipientes de colaboración y corresponsabilidad, como el riesgo compartido para favorecer la rapidez y equidad territorial en el acceso a la innovación por parte de los pacientes, así como la necesidad de que la industria farmacéutica añadiera valor más allá del medicamento, incrementando la eficiencia gracias a las nuevas tecnologías y aunando en una misma estrategia los intereses del paciente, del pagador y del prescriptor. Por otro lado, desde la sanidad privada se propusieron cuatro pilares para la sostenibilidad del Sistema sanitario: definición de la cartera de servicios, evaluación de la gobernanza del sistema, mejora de la eficiencia en la gestión y corresponsabilidad de los ciudadanos en la utilización del sistema sanitario.

Becas SEOM 2013



En la cena oficial del XIV Congreso Nacional SEOM, celebrada el 24 de octubre de 2013, se hizo entrega de las Becas SEOM 2013. El acto fue conducido por, Julián Ballester, director de La Gaceta de Salamanca. Puede verse un video-resumen de la entrega de las Becas en la Videoteca de www.seom.org o en el canal **televisionSEOM** de Youtube.

Desde hace varios años, la SEOM ha mantenido un compromiso de apoyo a la investigación clínica en Oncología. Este impulso se materializa, entre otras acciones, en la convocatoria de ayudas para la financiación de proyectos de investigación, en la aportación de todo el soporte posible a la investigación clínica y en el fomento de su desarrollo como exponente de calidad necesario para la generación y difusión del conocimiento científico.

En 2013, la SEOM ha hecho entrega de 6 Becas de Formación en Centros de Referencia en el extranjero, 5 Becas para proyectos de investigación y 2 Ayudas "SEOM-Río Hortega". Estas últimas se han convocado con la colaboración del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) que las ha integrado en su programa, siendo la SEOM la financiadora de dos de estas Becas Río Hortega y que se fallarán antes de finalizar el año 2013.

"En total, la SEOM ha destinado 455.200 euros en 2013 a fomentar la investigación del cáncer que beneficia directamente a los pacientes, una cifra que se mantendrá en el próximo ejercicio", afirmó la doctora Pilar Garrido, actual presidenta de SEOM.

A continuación se detallan los premiados de las diferentes categorías:

Becas de Formación SEOM-ROCHE de 2 años de estancia en Centro de Referencia en el extranjero

Estas becas cuentan con una dotación económica de 70.000 euros cada una. Dos de estas Becas se financian gracias a la colaboración de Roche. Estas Becas SEOM-Roche fueron entregadas por la Dra. Elena Bernedo, directora de Medical Affairs de Roche.



Beca SEOM/ROCHE 2013 de Formación de 2 años de estancia en Centro de Referencia en el extranjero al Dr. Víctor Rodríguez Freixinós, del Hospital Universitario Vall D'Hebron de Barcelona.



Beca SEOM/ROCHE de Formación de 2 años de estancia en Centro de Referencia en el extranjero al Dr. Miguel Fernández de Sanmamed, de la Clínica Universitaria de Navarra de Pamplona. Recogió el premio en su nombre el Dr. Jose Luis Pérez Gracia, del mismo centro hospitalario.

Becas de Formación de 2 años de estancia en Centro de Referencia en el extranjero



Beca SEOM de Formación de 2 años de estancia en Centro de Referencia en el extranjero a la Dra. Ana Collazo Lorduy, del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid.



Beca SEOM de Formación de 2 años de estancia en Centro de Referencia en el extranjero a la Dra. Neda Stjepanović, del Hospital Universitario Vall D'Hebron de Barcelona.

Becas de Formación de 1 año de estancia en Centro de Referencia en el extranjero

Estas becas cuentan con una dotación económica de 35.000 euros cada una. Una de estas Becas se financia gracias a la colaboración de la Fundación CRIS Cáncer. Esta Beca SEOM/Fundación CRIS fue entregada por el Dr. Atanasio Pandiella, miembro del Comité Científico de la Fundación CRIS Cáncer.



Beca SEOM/Fundación CRIS de Formación de 1 año de estancia en Centro de Referencia en el extranjero a la Dra. Desamparados Roda Pérez, del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Recogió el premio en su nombre el Dr. Andrés Cervantes, del mismo centro hospitalario.



Beca SEOM de Formación de 1 año de estancia en Centro de Referencia en el extranjero a la Dra. Ana Belén Custodio Carretero, del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Becas SEOM para Proyectos de Investigación

Estas becas cuentan con una dotación económica de 15.000 euros cada una. Dos de estas Becas han sido financiadas gracias a los fondos aportados por Amgen, Fundación Astrazeneca, Celgene, GlaxoSmithKline, Janssen, Lilly, Novartis Oncology, Pfizer Oncology, Pharmamar y Roche, a los Diálogos SEOM en colaboración con el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), celebrados en el 2º Simposio Nacional SEOM en octubre de 2012. Estas Becas SEOM/GEPAC fueron entregadas por Begoña Barragán, presidenta de GEPAC.



Beca SEOM/GEPAC para Proyectos de Investigación al **Dr. Emilio Alba**, jefe de Servicio del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, por su proyecto:

“Diferente sensibilidad a la quimioterapia neoadyuvante con sales de platino en los subtipos moleculares de cáncer de mama Basal-Like”.

Beca SEOM/GEPAC para Proyectos de Investigación al **Dr. David Olmos Hidalgo**, del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) de Madrid, por su proyecto:

“Validación de una firma de expresión con utilidad pronóstica en cáncer de próstata resistente a la castración en una cohorte multi-institucional de pacientes tratados con docetaxel”.

Recogió el premio en su nombre la Dra. Elena Castro, también investigadora del CNIO.



Beca SEOM para Proyectos de Investigación a investigadores noveles en grupos emergentes financiada por la recaudación conseguida en la campaña “+1 frente al cáncer Súmate” al **Dr. Joaquim Bosch Barrera**, del Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, por su proyecto:

“Análisis del papel de las proteínas ID (Inhibitor of Differentiation) en el mecanismo de resistencia a erlotinib mediante la transición epitelio-mesénquima (EMT) en cáncer de pulmón con mutación activadora del EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor)”.



Becas SEOM/ONVIDA para Proyectos Largos Supervivientes y Calidad de Vida

Estas Becas cuentan con una dotación económica de 8.500 euros cada una y se financian gracias a la colaboración de la asociación ONVIDA. Esta asociación se ha disuelto y ha entregado sus fondos a la Fundación SEOM para que puedan convocarse estas Becas. Estas Becas SEOM/Onvida fueron entregadas por el Dr. Pere Gascón, presidente de la Asociación Onvida.



*Beca SEOM/ONVIDA a la **Dra. Ana Blasco Cordellat**, del Hospital General Universitario de Valencia, por su proyecto: "Consulta de control de síntomas del paciente oncológico: manejo de pacientes con dolor y otros síntomas y su relación con la mejora en la calidad de vida".*



*Beca SEOM/Onvida a la **Dra. Begoña Graña Suarez**, del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos de Ferrol, A Coruña, por su proyecto: "Evaluación por oncología médica y atención primaria del largo superviviente de cáncer: epidemiología, plan de atención y calidad de vida".
Recogió el premio en su nombre la **Dra. Natalia Fernández**, del mismo centro hospitalario.*

Tanto la nueva presidenta de la SEOM como el presidente saliente, el Dr. Juan Jesús Cruz, destacaron la importancia de seguir formando a los nuevos oncólogos y de continuar con la investigación en Oncología.

En esta línea los doctores Pilar Garrido y Juan Jesús Cruz destacaron los avances en el tratamiento del cáncer que están siendo posibles gracias a los trabajos desempeñados por los clínicos e investigadores u otros proyectos que han permitido que los oncólogos españoles tengan gran prestigio a nivel mundial.

“La investigación clínica no puede verse afectada por la crisis. Aunque se ha reducido la inversión tanto pública como privada, la inversión en investigación es la mejor garantía de futuro para los pacientes por lo que confiamos en que la situación se pueda reconducir. De aquí el esfuerzo de la Sociedad por aumentar la cuantía y dotación en Becas”, afirmó el Dr. Juan Jesús Cruz.



En la imagen los galardonados de las Becas SEOM 2013 y los premiados a las mejores comunicaciones presentadas en el Congreso.

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

www.seom.org

¡Enhorabuena a todos los premiados!

Avales Científicos SEOM

Eventos científicos

VII Curso Atención Farmacéutica Integral al Paciente Oncológico.

Madrid, del 11 al 15 de noviembre de 2013.
Coordinadores: Dr. Rafael López López.

Introducción a la evaluación económica de medicamentos oncológicos: Teoría y Práctica.

Madrid, 13 de noviembre de 2013.
Coordinador: Dra. Pilar Garrido López.

II Taller Internacional de imagen en Oncología.

Ávila, 16 de noviembre de 2013.
Coordinador: Dr. Jose Enrique Alés.

1st European Think Tank Meeting on Breast Cancer: Targeted chemotherapy: Designing intelligent clinical trials.

Barcelona, 22 y 23 de noviembre de 2013.
Coordinador: Dr. Antonio Llombart-Cussac.

I Congreso Nacional de Oncología Médica y Farmacia Oncológica. Tendiendo Puentes.

Toledo, del 28 al 30 de noviembre de 2013.
Coordinador: Dr. José Ignacio Chacón López-Muñiz.

Estrategias y herramientas en la implementación de sistemas de calidad en un Servicio de Oncología.

Madrid, 4 de diciembre de 2013.
Coordinador: Dr. Carlos Camps Herrero.

XVI Simposio de Revisiones en Cáncer.

Madrid, Del 12 al 14 de febrero de 2014.
Coordinador: Dr. Eduardo Díaz Rubio.

IV Congreso Internacional MD Anderson sobre Cáncer Ginecológico: Terapias emergentes en Cáncer Ginecológico.

Madrid, Del 19 al 21 de febrero de 2014.
Coordinador: Dr. Antonio González Martín.

Innovation in Breast Cancer.

Madrid, 21 y 22 de febrero de 2014.
Coordinador: Dr. Miguel Martín.

7º Curso Internacional en Neoplasias Digestivas.

Madrid, 27 de febrero de 2014.
Coordinador: Dr. Antonio Cubillo Gracián.

VI Jornada Intensiva de Radio-Quimioterapia en el Cáncer de Pulmón.

Barcelona, 28 de febrero de 2014.
Coordinadores: Dres. Francesc Casas i Duran y Nuria Viñolas Segarra.

4º Curso de Capacitación en Cáncer Colorrectal.

Madrid, del 8 al 10 de mayo de 2014.
Coordinador: Dr. Enrique Aranda Aguilar.

Actividades On-Line

“ONCOL-AP: Oncología y Atención Primaria”.

Periodo: 03/10/2013 – 03/10/2014.
Coordinador: Dr. Carlos Camps Herrero.

ONCOPAL: I Curso On-line de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico para Enfermería “ONCOL-AP: Oncología y Atención Primaria”.

Periodo: 15/11/2013 – 15/05/2014.
Coordinador: Dr. Javier Pérez Altozano.

Estrategias y Herramientas en la implementación de Sistemas de Calidad en un Servicio de Oncología. Curso Online.

Fecha de celebración: 16/12/2013 – 16/12/2014.
Coordinador: Dr. Carlos Camps Herrero.

Libros

Oncomecum 2013.

Coordinador: Dr. Eduardo Díaz-Rubio.

Todo lo que empieza cuando termina el cáncer.

Coordinador: GEPAC - Ana Vallejo.

Historia del Cáncer Colorrectal Metastásico en España.

Coordinador: Dr. Eduardo Díaz-Rubio.

¡Siéntete bien! Náuseas y Vómitos en Mujeres.

Coordinador: ICAPEM - Dra. Dolores Isla.

La SEOM con los Pacientes



SEOM colabora en la presentación del Manual GEPAC: Todo lo que empieza cuando termina el Cáncer

La Dra. Pilar García Alfonso, en representación de la SEOM y como una de las 17 autoras del libro, participó el pasado 6 de noviembre en la presentación del Manual GEPAC: **“Todo lo que empieza cuando “termina” el Cáncer”**; la primera publicación en España para supervivientes y familiares escrita por supervivientes y profesionales socio-sanitarios.

El objetivo de este Libro es ofrecer respuestas a las dudas y problemas que surgen tras la remisión, desde el punto de vista médico, emocional, social y laboral. La publicación está dirigida a supervivientes de cáncer, familiares y amigos y nace para mejorar su calidad de vida tras la remisión.

“Todos sabemos que recibir un diagnóstico de cáncer es difícil, pero pocos se imaginan que después, con la remisión, aparecen problemas que no esperábamos y muchas dudas a las que no encontramos respuesta, ni supervivientes ni familiares. Lo que presentamos hoy no es solo un libro, es la respuesta a nuestras dudas como supervivientes, familiares o amigos de un superviviente de cáncer”, explicó en la presentación del Libro Víctor Rodríguez, director general del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC).

Desde su propia experiencia como supervivientes, y conociendo de primera mano las dudas que se plantean tras la enfermedad, GEPAC ha elaborado este manual en el que se abordan en profundidad aspectos psicológicos, sociales, emocionales, laborales, legales y de autocuidado que afectan a supervivientes y familiares. Para

ello han contado con la colaboración de 17 autores y 6 colaboradores de diferentes especialidades (oncología, radioterapia, ginecología, hematología, psicooncología, trabajo social, enfermería, estética oncológica, etc.) que han aportado su experiencia profesional con el fin de orientar y ayudar a todas las personas que han pasado por el proceso de esta enfermedad.

“Todo lo que empieza cuando “termina” el cáncer” se distribuye gratuitamente y se puede descargar en la web www.todosomosurvivientes.com

Sobre los aspectos médicos, la Dra. Pilar García Alfonso, portavoz de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid y una de las autoras del libro, explicó que *“cuando finalizan los tratamientos parece que ya se ha acabado el problema. Sin embargo, en esta fase en la que se inician las revisiones periódicas aparecen con más fuerza los miedos respecto a la enfermedad. Aparecen preocupaciones enormes ante cualquier síntoma, especialmente en este momento en el que el acceso al oncólogo ya no es tan habitual. Hoy no existe un modelo establecido de seguimiento del largo superviviente. Inicialmente recibe un control estrecho en los Servicios de Oncología muy orientado a la detección de la recidiva y posteriormente son remitidos a la Medicina Primaria sin que exista una vía específica de seguimiento. Es obvio que la atención psicológica y social debería formar parte de la asistencia del largo superviviente, sin embargo no parece que este abordaje se esté produciendo más que en un pequeño porcentaje de pacientes”,* afirmó la Dra. García Alfonso.



En este sentido, la SEOM ha presentado recientemente el Plan de Atención Integral al Largo Superviviente de Cáncer que define y aborda los problemas específicos de estos pacientes e identifica las principales necesidades organizativas, de recursos y de investigación para una atención integral. “Llevamos dos años trabajando en ello y, por eso, SEOM no ha dudado en avalar este libro de GEPAC. Es el primer libro para supervivientes escrito por supervivientes, pero con una absoluta rigurosidad científica”, explicó su portavoz.

Por su parte, Diego Villalón, director del área psicosocial de GEPAC y otro de los autores del libro, destacó que hasta ahora el abordaje del paciente de cáncer se centraba fundamentalmente en el paciente dejando de lado a una pieza fundamental en el proceso: los familiares y amigos. “Generalmente no se piensa en lo que el entorno vive a nivel social y emocional. En este libro hemos tratado de aportar herramientas también para ellos ya que, como los pacientes, han convivido con el cáncer y por ello también son supervivientes”, afirmó Villalón.

■ El objetivo de este Manual es ofrecer respuestas a las dudas y problemas que surgen tras la remisión, desde el punto de vista médico, emocional, social y laboral

En este sentido, Estefanía Soriano, superviviente de cáncer y familiar, destacó que “la parte social y laboral es fundamental. En mi caso, la información sobre discapacidades, incapacidades laborales o derechos no cobró interés hasta que el proceso terminó y son datos que desconocería si no fuera por publicaciones como ésta. Jamás hubiera imaginado que puedes convivir con tantas secuelas tras la enfermedad, por eso este libro es una enorme muleta en la que apoyarse”.

Al finalizar la presentación del libro, el director de GEPAC agradeció el apoyo recibido a los profesionales y supervivientes que han participado en la elaboración del mismo. El manual ha contado con el aval de 13 sociedades científicas implicadas en el manejo de los problemas que pueden surgir en después de la remisión y ha contado con la colaboración de Sanofi que ha apoyado todos los proyectos relacionados con los supervivientes de cáncer realizados por GEPAC.



Colaboración con **FECMA** en el **Día Internacional del Cáncer de Mama**

En el Día Internacional del Cáncer de Mama, FECMA realizó una rueda de prensa con el propósito de defender la prescripción de los “*fármacos más adecuados*” para cada paciente, huyendo de la fórmula de utilizar “*alternativas terapéuticas equivalentes*”. El Dr. José Enrique Alés, en representación del Grupo Español de Investigación Cáncer de Mama (GEICAM), la Dra. Eva Ciruelos, en representación del Grupo Académico de Investigación en Cáncer de Mama SOLTI y el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente 2011-2013 de la SEOM han participado en la misma.

La solución no es recortar, sino reformar racionalmente; no es gastar menos, sino gastar mejor para no romper la equidad, apostar por la sostenibilidad de nuestro sistema público de salud y no olvidar que los pacientes y usuarios somos los titulares del derecho a la salud: ésta es una de las afirmaciones que la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) recogió en su Manifiesto 2013 y que presentó en esta rueda de prensa.

Este documento pretende trasladar a la población y a las administraciones sanitarias el sentir de las mujeres con cáncer de mama agrupadas en las 39 asociaciones de FECMA. A pesar de que uno de los objetivos de la Federación en este día es concienciar a las mujeres sobre la importan-

cia de la detección precoz del cáncer de mama e incentivar su participación en los programas de detección precoz y lo sigue siendo, la Federación va mucho más allá en un escenario de ajustes que desde este colectivo temen pueda afectar a la asistencia a pacientes oncológicos.

■ **La solución no es recortar, sino reformar racionalmente; no es gastar menos, sino gastar mejor**

En el documento de este año FECMA rompe una lanza a favor de la innovación, entendiendo que la mayor supervivencia al cáncer se obtiene aplicando innovación y nuevos conocimientos. Y hace una defensa de la unión entre investigación e innovación como fórmula sobre la que hay que apostar para avanzar en el tratamiento individualizado en Oncología. Así, el Manifiesto señala la importancia de que a cada paciente se le pueda prescribir el fármaco más adecuado para su enfer-

medad, que es la base de la medicina personalizada. No compartimos la fórmula de utilizar las denominadas “*alternativas terapéuticas equivalentes*”, recoge el Manifiesto, ya que no hay pacientes estándar ni tratamientos estándar.

El Manifiesto de FECMA de 2013 recoge algunas otras reivindicaciones, como el derecho a una segunda opinión, la atención a los problemas laborales, a la asistencia psicosocial, a la rehabilitación física o a la atención de los cuidados paliativos para pacientes en estadios avanzados.

Presentación de la Fundación Mari Paz Jiménez Casado

El pasado 2 de octubre de 2013, se presentó la Fundación Mari Paz Jiménez Casado (FMPJC), que toma su nombre de una mujer que padeció sarcoma y cuya lucha personal y actitud vital fueron ejemplo para familiares y amigos. Esta Fundación se presentó ante casi medio millar de amigos en Madrid.

La FMPJC nació con el objetivo de contribuir a la investigación en el avance del conocimiento de la enfermedad del cáncer en general y el sarcoma en particular, además de prestar apoyo social a los afectados por esta enfermedad, por lo que trabaja estrechamente con AEAS, la Asociación Española de Afectados por Sarcoma.

La presentación de la Fundación contó con la participación de la actriz Belén Rueda, conductora del acto, quien fue dando paso a distintos responsables y colaboradores, quienes desgranaron los valores, motivos y necesidades de la Fundación. Durante este acto se hizo entrega de la donación al proyecto de investigación sobre el sarcoma de Ewing al Dr. D. Enrique de Álava, jefe de patología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en presencia de Dña. Lola Manterola, Vicepresidenta de la Fundación Cris Contra el Cáncer.

Además, se ha galardonado al Dr. César Colmenero con el Premio Mari Paz Jiménez por su incansable dedicación a com-

batir esta enfermedad. El premio ha consistido en una escultura original en bronce, madera y metal, obra del joven diseñador Carlos Velasco.

Primera Jornada sobre Detección Precoz del Sarcoma

Fruto de esta labor conjunta fue la celebración, el pasado 20 de septiembre, de la I Jornada **sobre la Detección Precoz del Sarcoma** que tuvo lugar en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), con el apoyo de Novartis y PharmaMar y el aval del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GE-PAC) y el Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS). En sus distintas ponencias, los doctores Ricardo Cubedo, Felipe Acedo, Eduardo José Ortiz, César Colmenero y Enrique de Álava formaron a casi un centenar de médicos de atención primaria y estudiantes de último curso de Medicina sobre la importancia de un diagnóstico precoz como la mejor forma de luchar contra esta enfermedad. Como primer paso se presentó un programa piloto ideado para establecer una atención multidisciplinar del paciente con sarcoma.



HABLANDO DE
CA^ANCER
en Madrid

OTOÑO 2014

SEP/2014



OCT/2014



AUTUMN 2014

NOV/2014



TALKING ABOUT
CA^ANCER
in Madrid

La SEOM en el VII Congreso para pacientes con Cáncer

Con el lema **“El lugar donde todas las piezas encajan”** el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) celebró su VII Congreso Nacional para Pacientes con Cáncer los días 23 y 24 de noviembre de 2013 en Madrid.

La inscripción al Congreso fue gratuita. Los asistentes pudieron participar en más de 60 ponencias informativas, en las que colaboraron 28 oncólogos médicos, socios de SEOM.

Los coloquios abarcaron todos los aspectos relacionados con la enfermedad, tanto en tratamiento médico, como aspectos psicosociales, psicológicos, estéticos... todos los que influyen directamente en la calidad de vida de los pacientes.

La SEOM estuvo presente con un stand informativo, atendido por el equipo interno de SEOM, que distribuyó información a los pacientes y familiares que allí se congregaron durante el fin de semana.

En esta edición, la SEOM ofreció a los Grupos Cooperativos la posibilidad de enviar folletos o materiales que tuvieran disponibles para distribuir a pacientes con cáncer y familiares.

El domingo asistió al stand de SEOM la Dra. Eva Carrasco, directora científica del Grupo de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) para informar a los asistentes de la importancia de la investigación clínica en España, y concretamente de la investigación en cáncer de mama.



En Oncología cada **AVANCE**
se escribe con **Mayúsculas**.

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

Algunas cifras de SEOM en este último año...



Formación on-line

18 Módulos de Certificación SEOM

59 Docentes

264 Alumnos

46 Obtuvieron Diploma de Postgrado

Otros **29** cursos On-line

Otros **712** especialistas formados
en Oncología

Becas

6 Becas de Formación en Centros de
Referencia en el Extranjero

5 Becas para Proyectos de
Investigación

2 Ayudas SEOM-Río Hortega

455.200 euros invertidos en becas

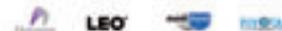
+MIR - Residentes

192 Casos Clínicos Presentados al Concurso +MIR

196 Casos han sido publicados en el Banco de Imágenes

5.522 Visitas a esta página

Con la Ayuda de:



Con la Colaboración de:



Reportaje



Del 22 al 25 de octubre de 2013 se celebró en Salamanca la decimocuarta edición del Congreso SEOM bajo el lema *“En Oncología cada Avance se escribe con Mayúsculas”*. Se trata de la reunión anual más importante que se celebra en Oncología en España y en esta edición 1.013 asistentes analizaron 577 estudios e investigaciones abordando los últimos avances en tratamiento, pronóstico, investigación, diagnóstico y prevención del cáncer.

El programa científico del XIV Congreso ha estado compuesto por simposios educacionales, simposios científicos especiales, sesiones de controversias, simposio multidisciplinarios en colaboración con otras sociedades científicas, comunicaciones orales, discusión de posters, sesiones de formación MIR y sesiones con jóvenes oncólogos de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), junto con un acto inaugural presidido por Ana Mato, ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una sesión presidencial y una sesión plenaria.

En este Congreso también se abordaron los avances en el tratamiento del cáncer de pulmón, de mama, colorrectal, de los tumores ginecológicos, genitourinarios, sarcomas, tumores del sistema nervioso central y cáncer de cabeza y cuello, además de cáncer hereditario y tratamientos de soporte. Las sesiones de revisión y actualización de las principales novedades en el abordaje de estas patologías se acompañaron de sesiones sobre controversias, en las que se discutieron aquellos puntos más conflictivos en la toma de decisiones cotidianas en este tipo de pacientes. Además se comunicaron resultados de los trabajos presentados por los centros españoles en las sesiones de comunicaciones orales.

En el Congreso también se abordaron avances relevantes de la Oncología Médica en general, así como temas relacionados con la especialidad. Uno de los temas más candentes de la rueda de prensa fue el tema del **gasto sanitario en Oncología Médica**.





“En esta edición del Congreso cabe destacar –señaló el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente SEOM 2011-2013- la alta calidad científica de los estudios presentados que confirman la relevancia internacional de la Oncología española porque algunos de ellos tendrán trascendencia en la práctica clínica y cambiarán el paradigma del abordaje de determinados tumores”.

Para el Dr. César Rodríguez, coordinador científico del XIV Congreso SEOM, “se ha dado un salto cualitativo en la importancia de los trabajos presentados este año en Salamanca, con ponentes de primer nivel internacional y resultados de trascendencia en la clínica diaria. Los principales trabajos presentados tuvieron como temas centrales el cáncer de mama, colon y pulmón; así como resultados de un estudio del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario (GEICO)”.

Hace algún tiempo, la SEOM detectó la necesidad de disponer de un análisis del coste que suponen en Espa-

ña los recursos empleados para el abordaje del cáncer con el fin de establecer un punto de partida de cara al debate sobre el impacto del uso de estos recursos en los resultados de salud y en el gasto sanitario. Con esta premisa la SEOM encargó a la Consultora PricewaterhouseCoopers la realización de este estudio “lo que nos ha permitido –comentó el Dr. Cruz- constatar que existe una falta de disponibilidad de datos sobre los recursos para el abordaje del cáncer por lo que resulta difícil me-





dir resultados en algunos capítulos y hacer proyecciones. Con estos datos se confirma que el gasto sanitario en Oncología no va a disminuir. Sin embargo, resulta paradójico que se haya debatido sobre el coste del abordaje del cáncer en España y no existieran datos directos suficientes sobre lo que representaba”, señaló el Dr. Juan Jesús Cruz en la rueda de prensa.

De este estudio se desprende que el coste directo del abordaje del cáncer en España asciende a 4.820 M€, representando el 4,9% del gasto sanitario total 2011 -según el último dato disponible publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- (incluyendo el sector público y el privado y excluyendo las partidas de transporte de pacientes y rescate de emergencias, así como los servicios de prevención y algunas fases del seguimiento y cuidados paliativos). En cuanto a la partida de fármacos antitumorales, señalar que representan el 23% del coste total del abordaje del cáncer y suponen el 7,1% del gasto farmacéutico de España.

Alrededor de 600 personas al día son diagnosticadas de cáncer en España. Estos pacientes actualmente y gracias a los avances terapéuticos de los últimos años y algunos de los que vamos a ver en este Congreso van a tener una mayor probabilidad de curación en muchos casos y supervivencias más prolongadas. Por ello, afirmó el Dr. Cruz, “es fundamental no detener la implantación en España de los avances en el tratamiento del cáncer y no rebajar el presupuesto destinado a abordarlo”.

Por otra parte, la sesión presidencial contó con la presencia de ponentes que representan el papel de la Oncología española como lazo con Europa con la presencia del Dr. Josep María Tabernero, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Vall D’Hebron de Barcelona, y el Dr. Karim Fizazi, jefe del Departamento de Cáncer del Instituto Gustave Roussy de Francia. En esta sesión se desarrollaron aspectos relacionados con las principales líneas de investigación llevadas a cabo en cáncer colorrectal y cáncer de próstata.

Asimismo, se organizaron sesiones científicas en colaboración con la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) (Sesión Multidisciplinar de Enfermería Oncológica) y con el Dr. José María Aguado García, jefe de la Unidad Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

En paralelo a estas sesiones científicas dirigidas a especialistas, la SEOM organizó dos sesiones dirigidas a la población y a los pacientes de cáncer, en colaboración con la aecc y con GEPAC.

En la jornada de puertas abiertas ¿Se puede prevenir el cáncer? con la colaboración de la aecc y la presidencia de la Alcaldía de Salamanca, oncólogos médicos de SEOM y médicos representantes de la aecc hablaron de la importancia del diagnóstico precoz y de los hábitos de vida saludable.

En los Diálogos SEOM: “Hablamos de cáncer entre oncólogos, pacientes y periodistas”, en colaboración con GEPAC, oncólogos médicos, periodistas y pacientes dialogaron de la equidad de acceso a fármacos como un derecho irrenunciable, de la importancia de los avances en Oncología para mejorar tanto la supervivencia como la calidad de vida de los pacientes y de las necesidades de los largos supervivientes de cáncer.

Gracias a la colaboración de Amgen, Fundación AstraZeneca, Celgene, Janssen, Lilly, MSD Oncología, Novartis



Oncology, Pfizer Oncology y Roche, SEOM convocará becas en colaboración con GEPAC para proyectos de investigación en cáncer. Estas becas se entregarán en el 3º Simposio SEOM que se celebrará en Madrid, en octubre del 2014.

Ambas sesiones pudieron seguirse presencialmente o en directo a través de la página web de la SEOM www.seom.org. Asimismo se pudieron enviar cuestiones a través de nuestro Twitter @_SEOM con el hashtag #SEOM2013.



Si no tuvo la oportunidad de asistir al XIV Congreso SEOM o quiere consultar detenidamente alguna ponencia, puede ver las presentaciones autorizadas y facilitadas por los ponentes en la web de SEOM con acceso restringido al socio. También se encuentran disponibles las presentaciones, libro de comunicaciones y posters, la galería fotográfica y la galería de posters expuestos.

Inauguración oficial

El 23 de octubre de 2013 se celebró la Inauguración Oficial del XIV Congreso SEOM presidida por la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato. En la misma también participaron D. Alfonso Fernández Mañueco, Alcalde de Salamanca, D. Antonio María Sáez Aguado, Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, D. Daniel Hernández Ruipérez, Rector de la Universidad de Salamanca, Dr. Juan Jesús Cruz Hernández, Presidente SEOM, Dra. Pilar Garrido López, Vicepresidenta SEOM y Dr. César A. Rodríguez Sánchez, Coordinador del Comité Científico de este Congreso.



En la inauguración oficial, la ministra anunció la necesidad de seguir mejorando en la atención del paciente con cáncer y actualizar los objetivos, recomendaciones e indicadores de la Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de SEOM. Para ello quiere contar con la colaboración de SEOM. Asimismo reconoció el esfuerzo de SEOM para evitar desigualdades de acceso a fármacos innovadores y afirmó que desde el Ministerio se seguirá trabajando para evitar inequidades. Además, destacó la excelente labor investigadora que hay en España e indicó que el 26% de todos los ensayos clínicos que se autorizan a nivel nacional son de Oncología. En 2012 se activaron 196 ensayos clínicos en cáncer y hasta octubre 2013 había autorizados 109.

Por su parte el Dr. Cruz insistió en la necesidad de mantener el mismo acceso a fármacos en todos los hospitales de España para que los pacientes reciban los tratamientos más eficaces según las últimas evidencias científicas.

Asimismo, el Dr. Cruz le entregó en mano a la ministra el Plan Integral SEOM de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer.



Asamblea General

El 24 de octubre de 2013, en el marco del XIV Congreso SEOM, la Sociedad celebró la asamblea general ordinaria. En ella se aprobó el Acta de la última Asamblea, las cuentas anuales y la inclusión de nuevos socios ascendiendo a 1.844 asociados.

El presidente, el Dr. Juan Jesús Cruz, presentó el informe de actividades desarrolladas durante el último año de presidencia.

Por su parte, la Dra. Pilar Garrido se dirigió a los socios de SEOM presentando sus principales líneas estratégicas como nueva presidenta de la Sociedad.



Highlights

Los días 24 y 25 de 8:00 a 9:00h y el 28 de octubre de 8:30 a 9:30h se retransmitieron en directo a través de la plataforma de Univadis, un servicio de MSD, los Highlights del XIV Congreso SEOM. Con este servicio se pudo conectar en directo desde cualquier ordenador para conocer los resúmenes de las comunicaciones presentadas en el Congreso. Los videos están disponibles en la web de Univadis.

Highlights. XIV Congreso Nacional SEOM
Highlights día 1. Jueves 24 de Octubre de 2013 a las 8:00h.
<i>Dra. Anna Estival González.</i> Oncología Médica. ICO Badalona.
<i>Dra. Paula Jiménez Fonseca.</i> Oncología Médica. H. Universitario Central de Asturias.
<i>Dr. Iago Aguin Losada.</i> Oncología Médica. Complejo H. Universitario Santiago.
Highlights día 2. Viernes 25 de Octubre de 2013 a las 8:00h.
<i>Dr. Yann Izarzugaza Perón.</i> Oncología Médica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
<i>Dra. Mª Rosario Vidal Tocino.</i> Oncología Médica. H. Clínico Universitario. Salamanca.
<i>Dr. José Fuentes Pradera.</i> Oncología Médica. H. de Valme, Sevilla.
Highlights día 3. Lunes 28 de Octubre de 2013 a las 8:30h.
<i>Dr. Andrés Muñoz Martín.</i> Oncología Médica. H. Gregorio Marañón de Madrid.
<i>Dra. María Fernández Abad.</i> H. de Madrid Sanchinarro.



Premios entregados en el XIV Congreso SEOM

En la cena oficial se entregaron los premios a las mejores comunicaciones del XIV Congreso SEOM. Salamanca 2013

Todas las comunicaciones fueron evaluadas y distribuidas a las diferentes categorías por el Comité Científico del Congreso y 8 de ellas recibieron un premio. Los diferentes premios convocados fueron cuatro premios a las mejores comunicaciones orales de 1.500€ cada uno, dos premios a los dos mejores posters de 1.000€ cada uno y dos premios a las dos mejores comunicaciones presentadas por un residente de 1.000€ cada uno. Estos premios contaron con la colaboración de Roche.

A continuación se detallan las comunicaciones premiadas y el primer autor firmante del artículo científico:

Mejores comunicaciones orales

- **Evaluación prospectiva de la tasa de conversión de HER2, RE y RPg entre el tumor primario y su correspondiente metástasis. Estudio GEICAM/2009-03 (CONVERTHER).**
Presentado por el Dr. Eduardo Martínez de Dueñas, del Servicio de Oncología Médica del H. Provincial de Castellón.
- **Estudio prospectivo de las características de los pacientes con tumores cerebrales primitivos intra-axiales y manejo terapéutico, en instituciones españolas (GEINO-010): Informe descriptivo.**
Presentado por el Dr. Miguel Gil Gil, presidente del Grupo Español de Investigación en Neurooncología (GEINO).
- **Impacto del ingreso hospitalario en el pronóstico y el plan de tratamiento de los pacientes oncológicos.**
Presentado por la Dra. Marta Zafra Poves, del Servicio de Oncología Médica del H. J.M. Morales Meseguer de Murcia. Recogió el premio en su nombre la Dra. M^a Angeles Vicente, del mismo centro hospitalario.
- **Estudio preliminar de caracterización de polimorfismos de susceptibilidad al carcinoma escamoso de cabeza y cuello en población española.**
Presentado por la Dra. Elvira del Barco Morillo, del Servicio de Oncología Médica del H. Clínico Universitario de Salamanca.



Mejores posters expuestos presentados

- **Estudio fase II de panitumumab en monoterapia como tratamiento de primera línea en pacientes ancianos frágiles con KRAS nativo y cáncer colorrectal con factores de mal pronóstico.**

Presentado por el **Dr. Javier Sastre**, del Servicio de Oncología Médica del H. Clínico Universitario de Madrid.

Recogió el premio en su nombre, la **Dra. Carmen Guillen**, del Servicio de Oncología Médica del H. Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

- **Evaluación de la concordancia entre diferentes anticuerpos frente a HIF1 α y HIF2 α en hepatocarcinomas.**

Presentado por la **Dra. Ángela Lamarca**, del Servicio de Oncología Médica del H. Universitario La Paz de Madrid.



Mejores comunicaciones presentadas por un Residente

- **Quimioterapia de inducción en el carcinoma nasofaríngeo temprano y localmente avanzado.**

Presentado por la **Dra. M^a Cecilia Guillén Sacoto**, del Servicio de Oncología Médica del H. Clínico Universitario de Salamanca.

- **Papel pronóstico y predictivo de la testosterona en cáncer de próstata resistentes a castración metastásico.**

Presentado por el **Dr. Alfonso Gómez de Liaño Lista**, del Servicio de Oncología Médica del H. Universitari de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona.



Entrevista a la Dra. Pilar Garrido

Presidenta SEOM 2013-2015



Dra. Pilar Garrido

La Dra. Pilar Garrido asumió la presidencia de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) el pasado 25 de octubre de 2013, tras la Asamblea General de Socios celebrada el día anterior en Salamanca durante el XIV Congreso Nacional SEOM, después de ocupar el cargo como vicepresidente del 20 octubre de 2011 al 24 de octubre de 2013.

Lleva más de ocho años muy vinculada a la SEOM porque ha participado en varias Juntas Directivas. Ahora, tras ocupar la presidencia de la Sociedad, se ha convertido en la primera mujer que preside la SEOM pero confía en que no va a ser la última puesto que de los 1.857 socios actuales, el 56% son mujeres al igual que el 66% de las 105 plazas MIR de la última convocatoria.

Dra. Garrido, ¿cuáles van a ser sus líneas de actuación en los próximos meses?

Todos somos conscientes del delicado momento que vivimos y estamos convencidos de que es bueno y necesario velar por la sostenibilidad del SNS, pero queremos participar en las decisiones sanitarias y políticas que afecten a nuestros pacientes. Es fundamental que las medidas que se tomen desde cualquier administración sanitaria garanticen la equidad de la atención oncológica y cuenten con el consenso de los oncólogos médicos. Por ello continuaremos defendiendo a ultranza la equidad en el acceso a fármacos en indicación aprobada en todos los hospitales del territorio nacional. El oncólogo médico tiene que poder ofrecer a cada paciente el tratamiento que considere más adecuado dentro de los que se encuentren avalados y aprobados por el Sistema Nacional de Salud (SNS). No entendemos restricciones en el acceso de fármacos ya aprobados que establezcan diferencias entre hospitales o Comunidades Autónomas, muchas de ellas basadas en criterios económicos, y reclamamos nuestro papel como interlocutores claves en este tema.

■ **Uno de los mayores desafíos es convivir con estrategias y decisiones sanitarias centralizadas, descentralizadas y locales**

Otro área de interés y desarrollo es la definición y el seguimiento de estándares de calidad porque creemos en la calidad asistencial y pensamos que las Sociedades Científicas tienen mucho que aportar en este tema. La gestión clínica, en la línea que define la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), también será motivo de reflexión y trabajo en estos dos próximos años.

También nos gustaría fomentar las relaciones internacionales. En el caso de Latinoamérica está entre nuestros objetivos ser el primer referente poniendo en valor lo que significa compartir la misma lengua. Por ello queremos promover acuerdos que faciliten la movilidad y estimulen la formación en nuestro país. Estoy convencida de que tenemos servicios competitivos, con prestigio y en todo similares a centros internacionales que reciben habitualmente oncólogos para formación clínica o investigadora. La SEOM tiene que trabajar en esta línea y atraer residentes o adjuntos jóvenes ▶▶▶

nes para que completen en España su formación. Por otro lado, es clave acercarnos más a Europa y en ese sentido estamos trabajando. Creo además que el congreso ESMO 2014 que tendrá lugar en Madrid, nos brinda una extraordinaria oportunidad para ello.

Por último, la SEOM siempre ha estado muy comprometida con la investigación. Anualmente nuestra Sociedad destina una dotación económica importante a becas de formación y proyectos de investigación. Este año, además de intentar mantener esos contenidos, nos gustaría incorporar una nueva modalidad de estancia en centros de excelencia dirigida a oncólogos ya formados que de esta forma podrán completar formación en algún área de interés estratégico. Pensamos que estancias cortas permitirán cubrir este objetivo y a su vez garantizar el retorno de la inversión investigadora a corto plazo en nuestro ámbito. Además, servirán para reforzar nuestro liderazgo internacional en áreas novedosas en oncología y la formación.

¿Cómo se afrontan estos retos en el escenario de crisis que vivimos?

Todos sabemos que la industria farmacéutica soporta en gran parte del esfuerzo económico que financia la formación continuada y también buena parte de los recursos que se destinan a becas de investigación. Por ello, valoramos mucho su contribución y su apoyo a la Sociedad.

Por otro lado, como sociedad científica, pienso que debemos abrirnos a otro tipo de iniciativas. Queremos potenciar el mecenazgo y la filantropía de forma similar a otros países de nuestro entorno. Creo que el futuro se orienta por ahí. Tenemos que saber transmitir la importancia de estas acciones y su valor añadido.

En este sentido me gustaría destacar que hemos destinado más cuantía a Becas en 2013 que la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) pero para mantener este esfuerzo tenemos que saber involucrar a la sociedad civil de forma que podamos seguir canalizando muchos recursos a la investigación sin menoscabo de proyectos estratégicos que requieran importante inversión económica.

¿Cuáles son los desafíos a los que se enfrenta la Oncología?

En mi opinión uno de los mayores desafíos es convivir con estrategias y decisiones sanitarias centralizadas, descentralizadas y locales. Desde muchos ámbitos se está re-

■ Desde muchos ámbitos se está reclamando un Plan de Cáncer que permita disponer de un presupuesto específico y decisiones vinculantes. Cada vez los tratamientos son más individualizados, innovadores y de alto impacto económico

clamando un Plan de Cáncer que permita disponer de un presupuesto específico y decisiones vinculantes. Somos conscientes de que cada vez habrá más casos de cáncer debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida. También vemos que cada vez los tratamientos son más individualizados, innovadores y de alto impacto económico; todos trabajamos en un entorno cada vez más complejo.

Tenemos que trabajar de la mano con las autoridades sanitarias pero tenemos que defender claramente las líneas rojas, lo que creemos innegociable y eso debe venir del consenso. Para ello se han puesto en marcha iniciativas como la Comisión asesora de fármacos pero tendremos que hacer mucho más y espero contemos para ello con el apoyo de los grupos cooperativos, de los jefes de servicio y de todos nuestros socios. La SEOM estará encantada de participar en cuantas medidas sirvan para homogenizar la utilización de los medicamentos en las distintas Comunidades Autónomas y colaborar en el diseño de un sistema de evaluación que mejore la eficiencia en el uso de los recursos. Tenemos una oportunidad para liderar un cambio positivo.

Como resumen me gustaría destacar que la SEOM es una sociedad científica consolidada, con una gran trayectoria y proyección de la que todos nos sentimos orgullosos. Somos el referente en Oncología para nuestros socios y voy a trabajar en colaboración con la Junta Directiva para que la SEOM continúe siendo referencia de opinión cuando se hable de cáncer para los pacientes, los medios de comunicación y la población.

Por último, aprovecho para manifestaros a todos la constante disposición de la Junta Directiva de la SEOM para atender cualquier propuesta, iniciativa o sugerencia que queráis hacernos. Muchas gracias por vuestro apoyo.

■ Tenemos que trabajar de la mano con las autoridades sanitarias pero tenemos que defender claramente las líneas rojas, lo que creemos innegociable y eso debe venir del consenso

Dra. Pilar Garrido

Artículo Destacado



Level of HER2 Gene Amplification Predicts Response and Overall Survival in HER2-Positive Advanced Gastric Cancer Treated With Trastuzumab

J Clin Oncol. 2013 Oct 14.

The latest version is at <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2013.48.9070>

Carlos Gomez-Martin • Jose Carlos Plaza • Roberto Pazo-Cid • Antonieta Salud • Francesc Pons • Paula Fonseca • Ana León • Maria Alsina • Laura Visa • Fernando Rivera • M. Carmen Galán • Elena del Valle • Felipe Vilardell • Mar Iglesias • Soledad Fernandez • Stefania Landolfi • Miriam Cuatrecasas • Marta Mayorga • M. Jose Paule's • Pilar Sanz-Moncasi • Clara Montagut • Elena Garralda • Federico Rojo • Manuel Hidalgo and Fernando Lopez-Ríos

Comentario realizado por el Dr. Javier Espinosa

El cáncer gástrico avanzado tiene un pronóstico generalmente malo, con una mediana de supervivencia global (OS) de entre 7 y 10 meses con tratamiento. La quimioterapia es paliativa y, si bien prolonga la supervivencia y mejora la calidad de vida, el impacto es limitado. La incorporación de trastuzumab al tratamiento quimioterápico basado en platinos en los cánceres gástricos avanzados Her2 positivos, ha mejorado la supervivencia en un estudio fase III (estudio ToGA)⁽¹⁾. La combinación resultó más eficaz cuanto mayor la expresión de Her2, pero este fue un análisis posterior, no planificado de antemano.

La FDA aprobó la indicación de trastuzumab en pacientes con cáncer gástrico avanzado FISH positivo o mediante inmunohistoquímica (IHC) 3+, mientras que la EMA en aquellos pacientes con IHC 2+ confirmados mediante FISH y en pacientes con IHC 3+. Las combinaciones de quimioterapia con trastuzumab componen en este momento la primera línea del cáncer gástrico avanzado HER2 positivo. Dado que la tasa de respuestas objetivas (ORR) es del 47%, sería muy interesante afinar en qué pacientes puede resultar más eficaz esta terapia.

Lo que estos investigadores pretendían comprobar era si existía relación entre el grado de amplificación de HER2, la supervivencia y la respuesta al tratamiento basado en trastuzumab, y buscar un marcador más fiable de respuesta que el que proporciona la IHC.

Métodos

Un total de 90 pacientes entre 2007 y 2012, procedentes de distintos centros españoles, fueron reclutados. A las muestras se les realizó la determinación de HER2 mediante IHC y SISH y eventualmente FISH, de modo que sólo se incluyeron pacientes con sobreexpresión y/o amplificación de HER2. El envío de muestras se prolongó entre noviembre de 2011 y junio de 2012. Las muestras fueron analizadas por un laboratorio central. En cada caso se determinó el número de copias del gen HER2, así como la ratio HER2/CEP17. Ambos parámetros se correlacionaron con la respuesta y la supervivencia. Un paciente era tratado con trastuzumab a partir de una ratio de 2 o superior.

Resultados

De los 90 pacientes reclutados, sólo 66 se utilizaron para el análisis final. La mediana de la ratio HER2/CEP17 fue 6.11 (95%CI: 2.27-21.90), mientras que la mediana del número de copias del gen HER2 fue de 11.90 (95%CI: 3.30-43.80). Una mediana de la ratio HER2/CEP17 de 4.7 fue identificado como el límite (cutoff) óptimo para discriminar la sensibilidad o refractariedad al tratamiento con trastuzumab ($p=0.005$). De igual forma, para predecir la supervivencia superior a 12 meses, resultó como límite óptimo el valor de 4.45 ($p=0.005$). Para una supervivencia mayor de 16 meses, el valor límite óptimo discriminatorio fue 5.15 ($p=0.004$). Con respecto al número de copias de HER2, los valores límites óptimos fueron

9.4 (para discriminar sensibilidad al tratamiento), 10.0 (como factor predictivo de supervivencia a 12 meses) y 9.5 (predictivo a 16 meses)($p=0.02$).

Conclusiones

Los autores del estudio concluyen que el nivel de amplificación de HER2 predice de forma significativa la sensibilidad y la supervivencia global de los pacientes con cáncer gástrico avanzado tratados con quimioterapia y trastuzumab.

Discusión

El cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer en todo el mundo. La presencia de HER2 implica peor pronóstico y una enfermedad más agresiva⁽²⁾. Hasta un 25%-32% de pacientes con cáncer gástrico en la unión gastroesofágica son HER2 positivos, mientras que el porcentaje baja a 9%-18% en zonas diferentes a la unión⁽³⁾. La tasa de respuestas a trastuzumab asociado a cisplatino en estudios fase II, alcanza el 35%⁽²⁾. Se ha combinado con cisplatino y docetaxel y cisplatino-fluoropirimidinas (estudio ToGA).

El presente estudio pretendía determinar qué valores de HER2/CEP17 y del número de copias HER2 permitían identificar y discriminar los pacientes con cáncer gástrico avanzado HER2 positivo que más sobrevivían con el tratamiento basado en trastuzumab. Se trata del primer trabajo que demuestra que la amplificación de HER2 puede emplearse como factor predictivo de respuesta y supervivencia. La IHC no siempre es fiable y algunos autores abogan por determinar ambos, la IHC y la amplificación mediante FISH⁽⁴⁾. Los autores del presente trabajo consideran que es preferible una variable cuantitativa como es la ratio HER2/CEP17 o el número de copias del gen HER2 que la subjetiva medición mediante IHC sola. Encontraron una fuerte correlación entre una IHC de 3+ y una ratio de amplificación de más de 4.

El estudio presenta algunas limitaciones, como es la escasa muestra analizada. Ello ha impedido que tanto la ratio como el número de copias del gen se comporten como factores independientes para la OS en el análisis multivariante. Como punto fuerte, se encuentra el hecho de que todas las muestras fueran analizadas por un laboratorio central independiente, lo cual ha evitado sesgos metodológicos.

En el momento actual en el que nos movemos en Oncología, parece lógico pensar que realizar una determinación de la amplificación del gen, es mucho más racional que seguir utilizando la IHC, que es un método subjetivo y más sujeto a variabilidad, a la hora de seleccionar a los pacientes que más se van a beneficiar de un tratamiento basado en trastuzumab. Los autores defienden en suma la utilización de ambos, de la IHC y la hibridación in situ.

Mejorando la selección de pacientes podemos mejorar el grado de respuestas, evitar tratamientos y efectos secundarios innecesarios en muchos pacientes y permitirá reducir costes.

De alguna manera los recursos se destinarán a aquellos pacientes que más beneficio obtendrán de los mismos. Este punto, en el momento crítico en el que nos hallamos, es vital para lograr una Oncología sostenible y de calidad. Disponer de una terapia dirigida contra una diana molecular es un punto donde pivotar nuevos estudios con el objetivo de mejorar las respuestas, pero sobre todo la supervivencia sin perjudicar la calidad de vida.

Todavía quedan algunas cuestiones por resolver:

¿Es eficaz el mantenimiento con trastuzumab después de la quimioterapia? ¿Por cuánto tiempo? El estudio ToGA parecía apuntar positivamente en esta dirección, la de mantener trastuzumab tras la finalización de la quimioterapia. El estudio HerMES sugería esta opción, la de prolongar trastuzumab tras la quimioterapia. Se puede intuir, a raíz de los resultados en cáncer de mama, que prolongar trastuzumab puede resultar útil, pero realmente hacen falta estudios prospectivos para responder a esta pregunta.

Tampoco queda claro el papel de trastuzumab en la segunda línea. Se han intentado extrapolar los datos procedentes del mantenimiento del biológico en cáncer de mama y colon, pero realmente en cáncer gástrico este aspecto no ha sido estudiado en un estudio aleatorizado y prospectivo.

Otra cuestión es el papel de trastuzumab en la terapia perioperatoria del cáncer gástrico. La quimioterapia con cisplatino, epirubicina y fluorouracilo en infusión, de forma perioperatoria aumenta la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global en cáncer gástrico⁽⁵⁾. Hay estudios en marcha para contestar esta pregunta.

Por último, se están explorando otras maniobras terapéuticas anti-HER2: lapatinib, pertuzumab, trastuzumab-emtansina, son fármacos que comenzarán a sonar fuerte en la investigación del cáncer gástrico en los próximos años. También hay estudios en marcha⁽⁶⁾.

Referencias

- 1) Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, et al. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): A phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 376:687-697.
- 2) C Grávalos, Jimeno A. HER2 in gastric cancer: a new prognostic factor and a novel therapeutic target. *Annals of Oncology* 2008;19: 1523-1529.
- 3) Grávalos C, Márquez A, García-Carbonero R, et al. Correlation between Her2/neu overexpression/amplification and clinicopathological parameters in advanced gastric cancer patients: a prospective study 2007 Gastrointestinal Cancers Symposium. 130 (Abstr 89).
- 4) Fox SB, Kumarasinghe MP, Armes JE, et al: Gastric HER2 Testing Study (GATHER): An evaluation of gastric/gastroesophageal junction cancer testing accuracy in Australia. *Am J Surg Pathol* 2012; 36:577-582.
- 5) Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJ, Nicolson M, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med*. 2006;355:11-20.
- 6) Narikazu Boku. HER2-positive gastric cancer, *Gastric Cancer*. DOI 10.1007/s10120-013-0252-z.

Bevacizumab plus preoperative chemotherapy in operable HER2 negative breast cancer: biomarkers and pathologic response

P. Sánchez-Rovira • M. A. Seguí • A. Llombart • E. Aranda • A. Antón • A. Sánchez • M. Lomas • A. Jaén • M. Fernández • I. Porras • E. Dalmau • S. Morales • J. de la Haba-Rodríguez

Comentario realizado por el Dr. Javier Espinosa

Introducción

Los factores pronósticos más importantes en el enfoque neoadyuvante en cáncer de mama son la respuesta patológica y el número de ganglios afectos hallados en la cirugía. La introducción de antiangiogénicos en el régimen de quimioterapia puede mejorar los resultados y el pronóstico. La búsqueda de biomarcadores predictivos de respuesta a agentes biológicos es uno de los objetivos más importantes en la investigación en Oncología, con el propósito de seleccionar los pacientes que más pueden beneficiarse de este acercamiento. Hasta ahora se han descrito varios posibles biomarcadores con resultados contradictorios en algunos casos: c-erb-B2, p53, Ki67, VEGFR o los receptores hormonales entre otros.

El presente estudio, un fase II, pretendía analizar la eficacia y seguridad de un tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama consistente en la combinación doxorubicina/ciclofosfamida (AC) por 4 ciclos seguido de 4 ciclos de docetaxel y bevacizumab (BT). Como objetivo del estudio estaba también la identificación de biomarcadores predictivos de respuesta.

Métodos

El objetivo primario del estudio era la medida de la eficacia como respuestas patológicas completas a la neoadyuvancia de AC seguido de BT. Los objetivos secundarios fueron la tasa de respuestas objetivas (ORR), el perfil de seguridad, el porcentaje de cirugías conservadoras y el estudio de una poten-

cial asociación entre algunos biomarcadores en la biopsia inicial y la respuesta patológica tras la quimioterapia.

Se reclutaron 72 pacientes con cáncer de mama operable estadios II-III de 2 o más cm. de diámetro, HER2-negativos, provenientes de 6 centros españoles, durante el periodo comprendido entre diciembre de 2007 y marzo de 2009. Los biomarcadores analizados fueron: receptores hormonales (RH), HER-2, Ki67, VEGF, VEGFR, PAKT, PMAK, KISS1, RKISS1, HIF, eNOS, AGTR1, e IGF.

Metodológicamente se realizaron los controles de respuesta y evaluación tras cada ciclo y tras cada 4 ciclos (tras AC y después tras BT), mediante exploración, RM y/o ecografía. Se analizó la toxicidad debida al tratamiento mediante el NCI-CTCAE versión 3.0.

Resultados

El 63% de las pacientes tenían tumores con receptores hormonales positivos. Completaron todos los ciclos el 89% de todas las pacientes. La mediana del tamaño tumoral fue de 5 cm. de las 72 pacientes reclutadas, el 92% fueron intervenidas. La tasa de respuestas patológicas completas pCR fue del 24% (95%CI: 15%-36%). Hubo más pCR entre las mujeres con tumores con RH negativos y los que sobre-expresaban la proteína receptora de angiotensina II tipo 1. (AGTR1). La tasa de respuestas clínicas fue del 86% (95% CI: 76%-93%), con

42 respuestas completas (58%). El 63% de las pacientes se beneficiaron de una cirugía conservadora.

No hubo toxicidades inesperadas ni muertes tóxicas por el tratamiento. Sólo 11 pacientes de las 72 tuvieron efectos adversos de cualquier grado relacionados con la medicación.

Discusión

La tasa de pCR (24%) fue alta si tenemos en cuenta que se trataba de tumores relativamente grandes, HER2 negativos y que el 60% eran RH positivos. Los resultados obtenidos en este estudio español son consistentes con los hallados en otros estudios⁽¹⁾. En otros como el GeparQuinto, encontraron respuestas sobre todo en los triple negativos⁽²⁾. La tasa de respuestas clínicas es quizá la más alta comunicada en neoadyuvancia en un régimen que combina quimioterapia y bevacizumab, que suele oscilar entre el 67% y el 87%⁽³⁾. Más de la mitad eran respuestas clínicas completas, lo cual está en consonancia con otros estudios⁽⁴⁾. Tras 4 ciclos de AC, 17 de 24 pacientes que no habían hecho respuesta, la hicieron, parcial o completa y tras los 4 ciclos de BT, 19 de 33 pacientes que tenían respuesta parcial la mejoraron hacia respuestas completas, lo cual implica que un buen porcentaje de las respuestas completas clínicas y patológicas fueron debidas a la combinación de docetaxel y bevacizumab.

La tolerancia fue muy buena en general, de manera que el 89% de las pacientes completaron el esquema.

En cuanto al estudio de biomarcadores, es el primer estudio en cáncer de mama que relaciona la sobre-expresión de la proteína receptor tipo 1 de angiotensina II (AGTR1) con la tasa de pCR a bevacizumab. La expresión de Ki67, como el de otros biomarcadores, no alcanzó la significación estadística, posiblemente por el escaso número de pacientes analizadas, si bien es verdad que ninguna paciente con Ki67 bajo alcanzó pCR. En otros estudios sí que se ha encontrado relación entre los tumores Ki67 positivos y la tasa de pCR⁽⁵⁾. Los propios autores reconocen que merecería la pena diseñar un estudio con más pacientes con el fin de analizar los posibles biomarcadores.

Concluyen los autores del trabajo que este régimen de tratamiento puede ser empleado con seguridad en mujeres candidatas a quimioterapia neoadyuvante, dada la alta tasa de respuestas clínicas y pCR. Hacen falta ensayos aleatorizados que nos permitan concretar el esquema, dosis y duración más adecuados. Hace falta identificar biomarcadores que permitan seleccionar pacientes respondedores o resistentes a tratamientos antiangiogénicos y que permitan individualizar los mismos.

La búsqueda de biomarcadores predictivos de respuesta a los nuevos fármacos es uno de los puntos de más intensa investigación actual. En particular con respecto al bevacizumab, molécula que hasta la fecha no tiene un biomarcador totalmente definido, y esto es una prioridad. En otras patologías diferentes del cáncer de mama, como es el cáncer gástrico, algunos auto-

res han definido los niveles altos de VEGFR-A y los niveles de expresión bajos de la neuropilina-1 como factores predictivos de eficacia a bevacizumab y de supervivencia⁽⁶⁾. En cáncer epitelial de ovario, se han identificado la FLT-4, la glicoproteína ácida alfa-1 (AGP) la mesotelina y el CA125⁽⁷⁾. En cáncer de colon se ha publicado que altos niveles circulantes de factor de crecimiento epidérmico (EGF) y de chemokina derivada de macrófagos (MDC), así como niveles bajos de IL-10, IL-6 e IL-8 se han observado en pacientes que respondieron a bevacizumab⁽⁸⁾. Se está trabajando para identificar otros biomarcadores predictivos de la eficacia de esta molécula. Son necesarios ensayos aleatorizados que validen estos marcadores⁽⁹⁾. Factores más generales como la hipertensión o la imagen vascular se han relacionado con la eficacia de bevacizumab, pero hacen falta nuevos y mejores biomarcadores⁽¹⁰⁾.

Está claro que sólo por medio de estudios prospectivos y aleatorizados bien diseñados lograremos identificar biomarcadores de respuesta a bevacizumab y a otras moléculas nuevas, y buscarlos es un objetivo prioritario. Ello permitirá encontrar tratamientos más dirigidos, seleccionar a los pacientes que más se pueden beneficiar y evitar posibles efectos adversos innecesarios, dentro de la medicina personalizada a la que tiende la oncología del presente y del futuro.

Referencias:

- 1) Bear HD, Anderson S, Smith RE et al. Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. *J Clin Oncol* 2006;24:2019–2027.
- 2) Von Minckwitz G, Eidmann H, Rezai M et al. Neoadjuvant chemotherapy and bevacizumab for HER2-negative breast cancer. *N Engl J Med* 2012; 366(4):299–309.
- 3) Forero-Torres A, Saleh MN, Galleshaw JA et al (2010) Pilot trial of preoperative (neoadjuvant) letrozole in combination with bevacizumab in postmenopausal women with newly diagnosed estrogen receptor or progesterone receptor-positive breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2010;10:275–280.
- 4) Balduzzi A, Montagna E, Bagnardi V et al. Infusional fluorouracil, epirubicin, and cisplatin followed by weekly paclitaxel plus bevacizumab in locally advanced breast cancer with unfavorable prognostic features. *Anticancer Drugs* 2009;20:197–203.
- 5) Sanchez-Munoz A, Duenas-Garcia R, Jaen-Morago A et al. Is it possible to increase pCR in the neoadjuvant treatment with a dose-dense/sequential combination?: results from a phase II Trial combining epirubicin and cyclophosphamide followed by paclitaxel and gemcitabine ± trastuzumab in stage II and III breast cancer patients. *Am J Clin Oncol* 2010;33:432–437.
- 6) Van Cutsem E, de Haas S, Kang YK, et al. Bevacizumab in combination with chemotherapy as first-line therapy in advanced gastric cancer: a biomarker evaluation from the AVAGAST randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2012;30:2119–2127.
- 7) Collinson F, Hutchinson M, Craven RA, et al. Predicting Response to Bevacizumab in Ovarian Cancer: A Panel of Potential Biomarkers Informing Treatment Selection. *Clin Cancer Res* 2013; 19: 5227–5239.
- 8) A Abajo, V Boni, I Lopez, et al. Identification of predictive circulating biomarkers of bevacizumab-containing regimen efficacy in pre-treated metastatic colorectal cancer patients *Br J Cancer* 2012; 107: 287–290.
- 9) Maru D, Venook AP, Ellis LM, et al. Predictive biomarkers for bevacizumab: are we there yet? *Clin Cancer Res* 2013;19:2824–2827.
- 10) Jubb AM, Harris AL. Biomarkers to predict the clinical efficacy of bevacizumab in cancer. *Lancet Oncol* 2010; 11:1172 – 1183.

MADRID
2014

ESMO congress

esmocongress.org

ESMO 2014

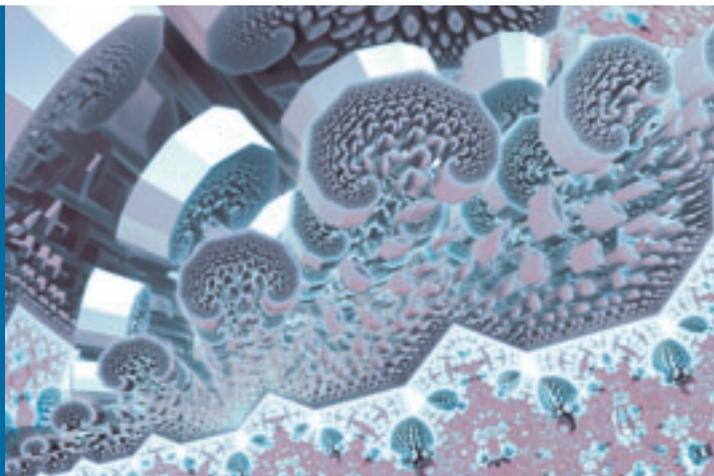
MEMBER BENEFITS

Madrid, Spain

26-30 September 2014

Take advantage of the ESMO-SEOM reciprocal membership agreement now and you too can benefit from reduced registration fees to ESMO 2014.

Noticias de Grupos Cooperativos



Entrega de la Beca **GETHI-Ramón de las Peñas** de Ayuda a la Investigación en Tumores Huérfanos e Infrecuentes

El Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes (GETHI), con la colaboración de la Fundación Consorcio Hospital Provincial de Castellón, en el marco de sus estrategias de estimular y potenciar el desarrollo de proyectos de investigación, ha hecho entrega de la "Beca GETHI-Ramón de las Peñas" de Ayuda a la Investigación en Tumores Huérfanos e Infrecuentes, dotada con 6.000 euros. El objetivo es estimular la elaboración de propuestas originales de proyectos de investigación que reviertan en el avance de la terapéutica clínica y en el mejor conocimiento de los tumores huérfanos e infrecuentes.

El proyecto galardonado ha sido en esta ocasión "**Alteraciones moleculares en tumores oligodendrogiales**". La entrega oficial de la Beca tuvo lugar el 23 de octubre de 2013 en Salamanca, coincidiendo con la celebración del XIV Congreso Nacional de la SEOM, con la participación de la Dra. Ana Gómez en representación del equipo investigador, la Dra. Pilar Garrido como presidente electo de la SEOM, el Dr. Enrique Grande como presidente de GETHI y el propio Dr. Ramón de las Peñas como mecenas del programa y miembro fundador de GETHI.



Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario

Nueva Junta Directiva **GEICO**

El pasado 9 de noviembre de 2013, tras la Asamblea General del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario (GEICO), la composición de la junta directiva de este Grupo queda formada con los siguientes doctores:

Presidente:

Dr. Antonio González (MD Anderson).

Vicepresidente:

Dr. Josep M^a del Campo (H. U. Vall d'Hebrón).

Secretario:

Dr. Andrés Redondo (H. U. La Paz).

Tesorera:

Dra. Isabel Bover (H. Son Llàtzer).

Vocales:

- *Dr. Ignacio Romero (FIVO).*
- *Dr. César Mendiola (H. U. 12 de Octubre).*
- *Dra. Ana Santaballa (H. La Fe).*
- *Dra. M^a Jesús Rubio (H. Reina Sofía de Córdoba).*
- *Dra. Laura Vidal (H. Clínic de Barcelona).*
- *Dr. José Antonio López-Guerrero (FIVO).*
- *Dra. Helena García (H. Morales Messeguer).*
- *Dra. Pilar Barretina (ICO Girona).*

GEICAM presenta dos estudios en el 38º Congreso Europeo de Oncología (ECC)

La investigación clínica oncológica en mama vive uno de sus mejores momentos, como hemos podido presenciar en el último Congreso Europeo de Oncología (ECC), celebrado el pasado mes septiembre en Ámsterdam. Los objetivos clínicos que nos marcábamos hace décadas han quedado atrás y en su lugar surgen otros que tienen que ver con la biología del tumor y el abordaje individualizado.

A esta doble finalidad responden los dos estudios presentados por el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) en esta última cita europea de oncología clínica. El primero de ellos, el ensayo clínico GEICAM/9906, analiza la utilidad de dos biomarcadores moleculares (SP100P y PCSK6) en la elección del subgrupo de pacientes con cáncer de mama que se pueden beneficiar de la quimioterapia con taxanos. Ambos biomarcadores han sido identificados en un análisis in-vitro y la valoración clínica apoya su valor predictivo.

Los investigadores que hemos participado en su desarrollo coincidimos en que el estudio in vitro puede ser un enfoque prometedor para identificar otros marcadores predictivos en un futuro próximo. Estos resultados tienen ahora que ser confirmados en un nuevo ensayo clínico antes de que se establezca que los biomarcadores seleccionados pueden ser utilizados en la rutina clínica diaria.

Nuestra participación en el ECC finalizó con un segundo trabajo, el estudio LEA. Se trata del primer ensayo comparativo en analizar de forma prospectiva y controlada el sinergismo

entre una terapia hormonal clásica y bevacizumab en la enfermedad hormonosensible. Como objetivo primario nos marcábamos determinar si la administración de una combinación experimental de una terapia antiangiogénica y una hormonal podría incrementar la supervivencia libre de progresión en estas pacientes con respecto a la terapia hormonal aislada.

El estudio, realizado en 380 mujeres, no demostró un incremento estadísticamente significativo de la supervivencia libre de progresión con la adición de bevacizumab a la hormonoterapia en la cuantía previamente estipulada en el protocolo del estudio. Sin embargo, la mediana de supervivencia libre de progresión fue numéricamente superior y la tasa de beneficio clínico fue significativamente mejor con bevacizumab, por lo que no se puede descartar un beneficio de menor cuantía. El análisis de biomarcadores quizás permita identificar en el futuro un subgrupo de pacientes que se beneficie de añadir bevacizumab a la hormonoterapia.

Dr. Miguel Martín
Presidente de GEICAM



Becas GEINO 2013

Las Becas GEINO 2013 han sido otorgadas durante la celebración del Simposio GEINO Anual que este año ha tenido lugar los días 28 y 29 de noviembre de 2013 en Barcelona.

1º Premio. Dotación de 15.000€

Proyecto: "Generación de una plataforma diagnóstica específica para la determinación de mutaciones en gliomas mediante análisis de secuenciación a gran escala. Correlación con datos clínicos".

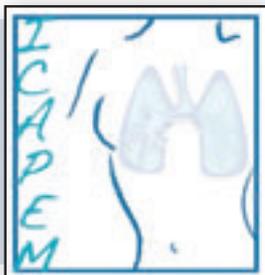
Dra. Bárbara Meléndez.
Complejo Hospitalario de Toledo.

2º Premio. Dotación de 20.000€

Proyecto: "Estudio de las células endoteliales circulantes en glioblastoma, valor pronóstico y clínico".

Dra. Mª Ángeles Vaz Salgado.
Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

ICAPEM presenta el libro “Cáncer de pulmón en mujeres. Aspectos diferenciales”



Autores:

Javier de Castro, Ángel Artal, Enriqueta Felip, Pilar Garrido, Dolores Isla, Margarita Majem y Núria Viñolas

Coordinador: **Javier de Castro**

Edita: (ICAPEM) **Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres**

“**Cáncer de pulmón en mujeres. Aspectos diferenciales**” es un libro editado por la Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres (ICAPEM) que ha sido presentado durante la reunión de revisión del Congreso Mundial de Cáncer de Pulmón. Este libro es la primera obra en español que estudia las particularidades del cáncer de pulmón en las mujeres. La publicación ha sido realizada por especialistas del mundo de la Oncología Médica, la epidemiología, la anatomía patológica, la biología molecular y la comunicación, la obra tiene como objetivo dar a conocer este tumor en mujeres al espectro de especialistas que pueden estar implicados, así como ser una tarjeta de presentación de una enfermedad todavía desconocida por nuestra sociedad y por las instituciones.

Tal y como señaló en la presentación del libro el doctor Javier De Castro, coordinador del libro y vicepresidente de ICAPEM, *“este libro es la culminación de uno de los proyectos que ICAPEM se había propuesto realizar desde su creación. El cáncer de pulmón en mujeres es una enfermedad emergente, que presenta tanto en su origen como en su evolución diferentes aspectos que tienen que ser considerados a la hora de su control, su diagnóstico y su abordaje terapéutico. Por eso, la recopilación de todas las características diferenciales en un mismo documento era una necesidad”*.

En la presentación participaron también la presidenta de ICAPEM, Dra. Dolores Isla, la periodista y adjunta a la dirección de El Mundo, Victoria Prego y la subdirectora General de Sanidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sonia García de San José.

Como se recoge en la primera parte del libro, el cáncer de pulmón es ya un problema sanitario en España por el incre-

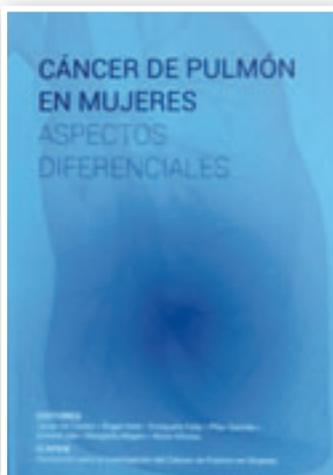
mento en su incidencia. Los datos más recientes muestran una incidencia de la enfermedad de alrededor de 24.500 nuevos casos (19.300 en varones y 5.200 en mujeres). De hecho, se estima que unos años será la causa más frecuente por cáncer en mujeres en España, por delante del cáncer de mama, acentuado por la incorporación de la mujer al hábito tabáquico. Por ese motivo, es preciso concienciar a la sociedad, a las autoridades y a todos los profesionales sani-

tarios de la importancia de tomar medidas en este sentido, especialmente, en la población femenina por debajo de cuarenta años, donde la incidencia de fumadores ya es superior a la masculina.

Asimismo, otra parte de la obra está dedicada a analizar la biología del cáncer de pulmón en mujeres y las razones de tipo hormonal, metabólico, molecular y farmacológico que hacen diferente esta neoplasia de la población femenina a la masculina. *“Parece que en las mujeres la susceptibilidad a los carcinógenos del tabaco es mayor, ya que los casos se diagnostican en edades más tempranas y en estadios más precoces. Somos conscientes de que todavía queda mucho por hacer en este campo y, por eso, creemos necesario que se siga*

investigando al respecto para poder mejorar los tratamientos” aseguró el Dr. de Castro.

Durante la presentación del libro los expertos reivindicaron la necesidad de incrementar la dotación económica para la investigación, no solo a nivel público sino también buscando recursos de la iniciativa privada e, incluso, de la sociedad civil. En este sentido, este especialista comentó que *“desde ICAPEM se están llevando a cabo algunas actividades para la recaudación de fondos y estamos trabajando en la búsqueda de patrocinadores para becas de investigación”*.



GETNE celebra su 9º Simposio anual



Por otra parte, en la sesión dedicada al tratamiento farmacológico, se revisó el papel de los análogos de somatostatina en el tratamiento del TNE, los avances en agentes diana, oncología traslacional y medicina personalizada, así como el perfil de paciente en que puede estar más indicada la quimioterapia.

Además de la colaboración de expertos españoles, se contó con la presencia del Dr. Harshad Kulkarni, de la Clínica de Medicina Nuclear de Bad Berka (Alemania), que pronunció la conferencia magistral sobre avances en el diagnóstico por imagen y el tratamiento basado en los receptores de somatostatina (THERANOSTICS) de los TGEP.

Según el Comité Organizador, presidido por el Dr. Javier Tébar, esta novena edición del Simposio GETNE ha sido un éxito, tanto por la participación como por el nivel de las sesiones, que han permitido hacer una actualización de algunos de los aspectos de mayor interés de la especialidad.

Los tumores neuroendocrinos hereditarios, y en particular las neoplasias endocrinas múltiples, ocuparon una parte del programa científico, que dio cabida también a diversos avances en tratamiento farmacológico.

El Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos (GETNE) celebró su IX Simposio anual, en esta ocasión en Murcia, los días 3 y 4 de octubre de 2013. A esta convocatoria, acudieron alrededor de cien especialistas, que acogieron con satisfacción los temas incluidos en el programa científico.

Los tumores neuroendocrinos hereditarios, y en particular las neoplasias

endocrinas múltiples (MEN), centraron dos de las sesiones. En una de ellas, se valoró el estado actual de la clasificación de MEN, las diferencias entre tumores neuroendocrinos de páncreas esporádicos y de presentación en MEN 1, hormonas y biomarcadores en MEN 1, y aspectos novedosos y prácticos de la genética en el MEN. La otra sesión dedicada a los MEN, de carácter eminentemente quirúrgico, revisó la resección laparoscópica en los tumores gastroenteropancreáticos (TGEP) del MEN 1, y la idoneidad de la cirugía total o parcial en el gastrinoma, y debatió cómo y hasta cuándo debe realizarse cirugía en el TGEP con metástasis a distancia.

GETNE aboga por la formación continuada

El Curso on-line de Actualización en Tumores Neuroendocrinos nace fruto del compromiso de GETNE de ofrecer formación médica continuada. Su objetivo es proporcionar a los alumnos información precisa y actualizada sobre la fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de los tumores neuroendocrinos, a fin de que el médico especialista pueda tomar las decisiones terapéuticas más adecuadas para cada paciente.

Se trata de un programa de formación médica continuada on-line de 320 horas lectivas, distribuidas a lo largo de 9 meses durante el curso académico 2013- 2014.

El curso completo comprende un total de 30 temas, que se estructuran en 5 módulos docentes específicos de patología neuroendocrina y 1 módulo complementario de Metodología de la investigación clínica. Los cinco primeros módulos abordan la fisiopatología del sistema neuroendocrino y epidemiología

Se presenta la 2ª Edición del Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores Neuroendocrinos

Esta segunda edición del Manual, que se presentó en el marco del IX Simposio GETNE, celebrado los días 3 y 4 de octubre, es fruto de la incansable actividad de divulgación científica y formación continuada del Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos (GETNE).

En los cinco años transcurridos entre la primera edición del Manual y la segunda, se ha consolidado el concepto de que los tumores neuroendocrinos, a pesar de su heterogeneidad, conforman un nodo de conocimiento común, y que su manejo multidisciplinar debe ser llevado a cabo por profesionales altamente especializados y con una amplia experiencia, que trabajen de forma coordinada entre especialidades.

La segunda edición de este Manual, patrocinado por Novartis, nace con el objetivo de ayudar a todos los profesionales y estudiantes de las Ciencias de la Salud y Biomedicina a adquirir una mayor comprensión global de estas enfermedades. Asimismo, pretende dar a conocer las estrategias diagnósticas y terapéuticas disponibles en la actualidad.

Estructurado en siete capítulos, el Manual hace una revisión de la epidemiología, diagnóstico y presentación clínica de los diversos tipos de tumores neuroendocrinos, así como de las distintas opciones terapéuticas, desde el tratamiento quirúrgico hasta el tratamiento sistémico, pasando por el tratamiento locorregional de las metástasis hepáticas. En el último capítulo, el Manual ofrece un algoritmo diagnóstico y uno terapéutico, con el fin de facilitar a los facultativos la toma de decisiones en el abordaje de pacientes con tumores neuroendocrinos.



de los TNE; biología molecular de los TNE e investigación traslacional aplicada; presentación clínica de los TNE; diagnóstico de los TNE, y tratamiento y seguimiento de los TNE. El módulo complementario de Metodología de la investigación clínica incluye formación en áreas de especial interés para el clínico, como la bioestadística, la lectura crítica, la redacción de artículos o el diseño de estudios clínicos.

El curso, patrocinado por Ipsen, está dirigido principalmente a jóvenes médicos adjuntos de Oncología, Endocrinología, Digestivo u otras especialidades con interés en esta patología, MIR de las mencionadas especialidades en su último año y especialistas con experiencia interesados en realizar un reciclaje en esta área. Cuenta con créditos de Formación Médica Continuada del Sistema Nacional de Salud y créditos ESMO (25 ESMO-MORA points), así como con el aval científico de SEOM y ESMO.



21º Simposio Internacional de Tumores Digestivos

El pasado 12 de diciembre de 2013, se celebró en Córdoba una rueda de prensa para presentar el 21º Simposio Internacional de Tumores Digestivos que reunió a más de 350 expertos nacionales e internacionales en distintos campos de la medicina y la biología del cáncer digestivo. Esta edición ha estado coordinada por el doctor Enrique Aranda, presidente del TTD y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, la Dra. Auxiliadora Gómez España, oncólogo médico del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y el profesor Eduardo Díaz Rubio, presidente honorífico del TTD y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid.

El cáncer colorrectal representa la segunda causa de muerte por cáncer en España, según se recoge en el registro del Instituto Nacional de Estadística de 2011, en el que se produjeron un total de 11.687 defunciones por esta causa. El pasado año se diagnosticaron en nuestro país aproximadamente unos 28.000 nuevos casos, según la actualización de datos de SEOM (Sociedad española de Oncología Médica). En Andalucía el Plan Integral Andaluz de Oncología (PIOA) estima una incidencia aproximada de 5.200 casos anuales, siendo más frecuente en el hombre.

Los últimos avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con tumores digestivos son el eje de esta reunión científica, la más importante que la Oncología española dedica de manera específica a estos tumores. Según señaló el Prof. Eduardo Díaz-Rubio: *“La Oncología moderna tiene que ir de la mano de los aspectos moleculares que tiene el cáncer. Las decisiones, tanto diagnósticas como terapéuticas, requieren de un laboratorio de biología molecular en beneficio del cuidado del paciente oncológico. La investigación traslacional es hoy un elemento fundamental en el progreso de la Oncología y en el desarrollo de lo que se*

denomina fármacos dirigidos frente a dianas terapéuticas específicas con gran impacto en el tratamiento del cáncer diseminado”.

“Estos avances empiezan siendo ya una realidad en nuestra práctica clínica diaria en los tumores digestivos en los que ya disponemos de biomarcadores que podemos determinar y que nos permiten predecir la respuesta a tratamientos biológicos dirigidos a dianas moleculares, es decir poder hacer tratamientos más personalizados”, continuó el Prof. Eduardo Díaz-Rubio.

El Grupo TTD fue pionero en la incorporación de una novedosa técnica que permite la detección y cuantificación de células tumorales circulantes (CTC) y lideró con éxito el estudio MACRO en casi medio millar (480) de pacientes, donde se observó un mejor pronóstico en los pacientes sin mutación en gen K-RAS y con menor número de CTC en términos de respuesta y supervivencia. Actualmente, y siguiendo esta línea de trabajo, ha puesto en marcha el estudio VISNU, un trabajo pionero a nivel mundial que permitirá identificar, según el perfil de cada paciente, cuál es la mejor opción terapéutica en pacientes con cáncer colorrectal avanzado no operables y susceptibles de tratamiento en primera línea. Un total de 53 hospitales de todas las comunidades autónomas participan en el primer estudio prospectivo de selección de paciente teniendo en cuenta, en primer lugar, el número de CTC y luego la presencia o no de mutaciones en varios genes (K-RAS, BRAF y PI3K).

■ **La investigación traslacional es hoy un elemento fundamental en el progreso de la Oncología**

“El esfuerzo llevado a cabo en los últimos años, con la implantación y desarrollo de equipos multidisciplinares de diagnóstico y tratamiento de estos tumores digestivos, así como la existencia de reuniones específicas centradas en estos, ha permitido una mejoría progresiva 



III de la asistencia prestada a nuestros pacientes, permitiendo la búsqueda de un tratamiento personalizado” comentó la Dra. Auxiliadora Gómez España.

“En la reunión que celebramos este año, se abordan diferentes aspectos relacionados con los tumores digestivos, donde se incluyen las últimas novedades sobre factores pronósticos y predictivos en cáncer colorrectal, los avances en diferentes tratamientos, diseñando sesiones de controversia en temas específicos como son la duración del tratamiento en pacientes con enfermedad avanzada y el manejo del cáncer de recto superior. Se ha diseñado una mesa sobre cirugía en la enfermedad metastásica en diferentes localizaciones (hígado, pulmón, peritoneo) así como otras alternativas de tratamiento local” explicó la Dra. Gómez España. Asimismo han sido objeto de análisis otros temas de especial interés y actualidad de otros tumores digestivos como son el manejo del cáncer de páncreas, del cáncer gástrico, así como una sesión de controversia sobre aspectos quirúrgicos del cáncer de esófago. Por otra parte, este año como novedad, se han introducido el primer Concurso de Casos Clínicos que ha tenido gran acogida entre los participantes del curso y han enriquecido el desarrollo de estas jornadas. Por otro lado, se han incorporado dos conferencias magistrales que han versado sobre el programa de cáncer colorrectal y gastrointestinal de la nueva red de investigación en cáncer y sobre las bases de las decisiones clínicas.

Es destacable el acto inaugural de esta 21ª edición que ha contado con la presencia de la delegada territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social de Córdoba, María Isabel Baena, el gerente del Hospital Universitario Reina Sofía, José Manuel Aranda, así como con el rector de la Universidad de Córdoba, José Manuel Roldán.

“Como en las ediciones anteriores, participan prestigiosos especialistas nacionales e internacionales que aportan su experiencia y presentan los últimos datos relacionados con

el avance en la investigación del cáncer digestivo y contribuyen, sin duda, a incrementar el valor educativo del simposio tanto con sus presentaciones como con los posteriores debates”, comentó el Prof. Enrique Aranda.

■ El esfuerzo llevado a cabo en los últimos años, ha permitido una mejoría progresiva de la asistencia prestada a nuestros pacientes, permitiendo la búsqueda de un tratamiento personalizado

“Han transcurrido ya veintisiete años desde la fundación del Grupo de Tratamiento de los Tumores Digestivos TTD, habiéndose sobrepasado con creces los objetivos que en su momento fueron marcados. El Grupo es una Asociación científica independiente legalmente constituida. Nació en 1986 con la misión de constituirse en Grupo Cooperativo con el fin de investigar y desarrollar protocolos en la esfera de los tumores digestivos bajo la premisa, en un principio, de mejorar la calidad asistencial.

Su consolidación a todos los niveles se ha hecho patente y evidente y en la actualidad es un grupo de investigación interdisciplinar, clave en el conocimiento de los tumores digestivos; 289 socios (oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, anatomo-patólogos, cirujanos, digestivos, biólogos moleculares, etc.) de 137 hospitales españoles y extranjeros que integran este Grupo Cooperativo” aseguró el Prof. Enrique Aranda. Entre las actividades desarrolladas durante estos 27 años cabe destacar algunos datos: 10.012 pacientes incluidos en estudios realizados y en curso, 4.177 muestras biológicas analizadas, 68 publicaciones en revistas, 154 comunicaciones a Congresos, 21 Simposios Internacionales y 8 documentos de Consenso.



GEIS celebra en Sevilla su

11º Simposio Internacional

El Grupo Español en Investigación en Sarcomas (GEIS) organizó la undécima edición de su Simposio Internacional, con el aval científico de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la colaboración de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP), en Sevilla el pasado 29 de noviembre de 2013. Esta es la primera vez que se ha celebrado el Simposio Internacional del GEIS en Sevilla y ha contado con la asistencia de más de 200 especialistas.

Los sarcomas son una clase rara de cánceres que afectan al esqueleto y a tejidos blandos como los músculos, la grasa, los nervios o los vasos sanguíneos. Pese a su gravedad y a la dificultad de su tratamiento, “*muchos de ellos son curables si se manejan adecuadamente desde el principio*”, afirmó en rueda de prensa el Dr. Javier Martín Broto, presidente del GEIS y oncólogo médico del Hospital Universitari Son Espases de Palma de Mallorca.

En esta edición el Simposio puso un énfasis especial en los sarcomas que afectan a niños, adolescentes y adultos jóvenes que en su conjunto se les denomina Sarcomas del Desarrollo. Según el Dr. Martín Broto, “*este tipo de tumores exige de una coordinación especial entre oncólogos pediatras y oncólogos médicos*”. Es por ello que el GEIS elaboró un programa en coordinación con SEHOP para profundizar en el conocimiento de estas entidades con la ayuda de líderes de opinión tanto del ámbito nacional como del internacional.

Como es habitual en los Simposios que anualmente celebra el GEIS, hay una participación multidisciplinar que refleja la atención diaria de los pacientes con sarcomas en los Centros hospitalarios; así participan radiólogos, patólogos, biólogos moleculares, cirujanos ortopédcas de tumores, oncólogos pediatras, radioterápicos y médicos. Participan en este Simposio ponentes internacionales como Dr. Shreyaskumar R. Patel (The University of Texas, M.D Anderson Cancer Center, Texas), Piero Picci

(IOR, Bologna, Italy), Jeremy Whelan (UCLH, London, United Kingdom), Dr. Lee Marcus Jeys (Royal Orthopedic H. Birmingham, United Kingdom), Dr. Uta Dirksen (University Hospital, Muenster, Deutschland), Winette Van der Graaff (Radboud University M Center, Nijmegen, The Netherlands) y Dr. Hans Merks (Emma Children’s Hospital, Amsterdam, The Netherlands), líderes mundiales de opinión en sarcomas.

■ **Pese a la gravedad del sarcoma y a la dificultad de su tratamiento, muchos de ellos son curables si se manejan adecuadamente desde el principio**

Unos de los mensajes relevantes que fueron señalados en el Congreso, fue la necesidad de referir pacientes con sospecha de sarcoma a Centros de reconocida experiencia, los llamados Centros de Referencia. El Dr. Martín Broto explicó que “*en estos momentos el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) está influyendo para que esto sea una realidad en nuestro país. En Sevilla contamos*

con el Hospital Virgen del Rocío que hace de Referencia desde hace años para este tipo de patologías. El jefe de Servicio de Oncología Médica, el Dr. Luis Paz Ares, y la especialista en Oncología Médica encargada de atender pacientes con sarcomas, la Dra. Pilar Sancho, están plenamente de acuerdo con la idea de la centralización de estos pacientes como sucede en la mayor parte de países de nuestro entorno”.

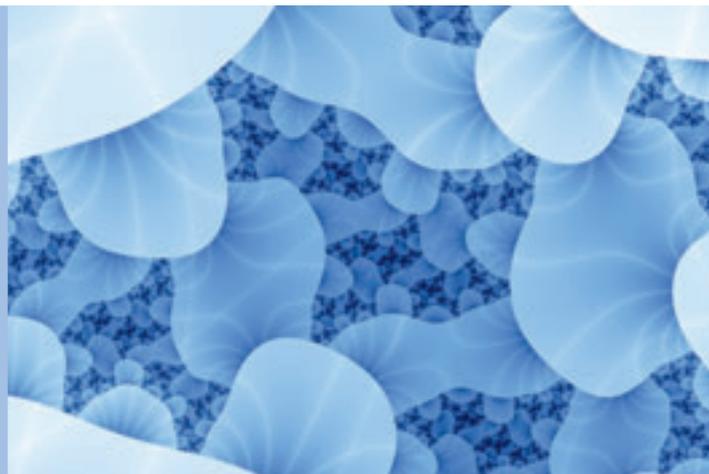


03/ SIMPOSIO SEOM



MADRID 2014 / 22, 23 Y 24 OCTUBRE / HOTEL NH-EUROBUILDING

Secciones SEOM



Premiados del VI Concurso +mir de Casos Clínicos

Puede acceder desde la web de la SEOM al libro digital de la sexta edición del Concurso de Casos Clínicos para Residentes de Oncología Médica 2013, que se ha realizado gracias a la colaboración de Roche.

En esta edición se ha superado la participación de años anteriores, pues se han recibido un total de 192 casos clínicos de los distintos Servicios de Oncología de España. En este libro digital se publican la totalidad de casos presentados. Puede hacerse una selección por secciones y descargarse en pdf el caso o casos que desee.

Asimismo, en la cena del XIV Congreso SEOM celebrada el 24 de octubre de 2013 en Salamanca, se entregaron los premios a esta edición del Concurso +mir de Casos Clínicos.



1^{er} premio

Dotación económica de 1.200 euros.

“Mujer de 41 años en seguimiento por cáncer de mama estadio I triple negativo que presenta disminución de la agudeza visual y nódulo pulmonar solitario”.

Autora principal: **Dra. Rosa María Rodríguez Alonso**, Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

2^o premio

Dotación económica de 900 euros.

“Paciente con infección VIH y poliadenopatías, algo más que un proceso linfoproliferativo”.

Autor principal: **Dra. Casilda Llácer Pérez**, Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

3^{er} premio

Dotación económica de 600 euros.

“Rabdomiosarcoma tipo embrionario en área radiada en un varón de 18 años”.

Autor principal: **Dra. Antía Cousillas Castiñeiras**, Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Pontevedra.



Concurso Banco de Imágenes +mir

“Una imagen vale más que mil caracteres”

Desde el grupo +MIR se ha elaborado un apartado en el que es posible encontrar diferentes recursos on-line con los que complementar la formación en Oncología tanto para médicos residentes como para médicos adjuntos jóvenes socios de la SEOM.

Uno de estos recursos es el Banco de Imágenes, mediante el cual podremos comunicar y disfrutar de casos clínicos que a menudo sorprenden y al mismo tiempo forman. Estas imágenes se pueden utilizar en las sesiones y exposiciones de los residentes y adjuntos citando la fuente tal y como se muestra en cada imagen. Mediante estas imágenes de casos clínicos se puede aprender de casos impactantes.

Si envía el texto de las imágenes en inglés conseguirá más puntos. Sumará 5 puntos (10%) a la valoración total de los casos. Entre en la web de SEOM www.seom.org, en la Sección de Residentes, y encontrará toda la información de este concurso. Lea las bases de participación y envíe su caso por medio del formulario online.

Entre las imágenes publicadas se elegirá cuatrimestralmente un ganador y su imagen se publicará en el Boletín SEOM y recibirá una gratificación.

Si tiene alguna cuestión sobre el Banco de Imágenes contacte con bancoimagenes@seom.org

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Inicio | Convenciones | Noticias | Servicios al Socio | Apoyo a la Investigación | Residentes | Formación | Congresos | Biblioteca | Info | Sobre SEOM

Inicio > Residentes > MIR > Concurso > Banco de Imágenes > Presentación

“Una imagen vale más que mil caracteres”

Desde el grupo +MIR se ha elaborado una Sección en la que sea posible encontrar diferentes recursos on-line con los que complementar la formación en oncología tanto para médicos residentes como para médicos adjuntos jóvenes socios de la SEOM.

Uno de estos recursos es el Banco de Imágenes, mediante el cual podremos comunicar y disfrutar de casos clínicos que a menudo sorprenden y al mismo tiempo forman. Estas imágenes se pueden utilizar en las sesiones y exposiciones de los residentes y adjuntos citando la fuente tal y como se muestra en cada imagen.

Si envía el texto de las imágenes en inglés conseguirá más puntos. Sumará 5 puntos (10%) a la valoración total de los casos. Entre las imágenes publicadas se elegirá cuatrimestralmente un ganador y su imagen se publicará en el Boletín SEOM y recibirá una gratificación. Mediante estas imágenes de casos clínicos se puede aprender de casos impactantes.

Si tiene alguna cuestión sobre el Banco de Imágenes contacte con bancoimagenes@seom.org

Inicio Banco de Imágenes Bases de participación Consultar > Enviar una imagen Participar > Galería de imágenes Ver Galería >

Twitter Facebook LinkedIn

Wáterol | Aviso Legal | Asociación | Contacto | Mapa Web
© Sociedad Española de Oncología Médica - C/ Velázquez, 7. 2ª planta. 28001 Madrid Tel: 91 577 52 81 Fax: 91 130 30 08 Email: seom@seom.org

**¡ÚLTIMAS
PLAZAS!
INSCRIBASE**

IX SEOM

para RESIDENTES de MANEJO de SÍNTOMAS y TERAPIA de SOPORTE en el PACIENTE ONCOLÓGICO

2014 VALENCIA
16 y 17 de enero

Ayre Hotel Astoria Palace Plaza de Rodrigo Botet nº5

IX SEOM

para RESIDENTES de MANEJO de SÍNTOMAS y TERAPIA de SOPORTE en el PACIENTE ONCOLÓGICO

Programa Científico

JUEVES 16 de enero

09:30-10:00h
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

10:00-10:15h
INAUGURACIÓN Y BIENVENIDA.
Dra. Pilar Garrido López, Presidente SEOM.
H. Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
Dr. Carlos Camps Herrero.
H. General Universitario, Valencia.
Dra. Ana Blasco Cordellat.
H. General Universitario, Valencia.
Dr. Ramón de los Peños Boteller.
H. Provincial de Castellón.

10:15-10:45h
CONFERENCIA MAESTRAL.
• La importancia de los Cuidados Continuos en el Manejo del Paciente Oncológico.
Dr. Juan Jesús Cruz Hernández.
H. General Universitario, Salamanca.

10:45-12:15h
SESIÓN EDUCACIONAL I.
Con la colaboración de **ROTIAPHARM.**

Moderadores:
Dr. Carlos Camps Herrero.
H. General Universitario, Valencia.
Dr. Ramón de los Peños Boteller.
H. Provincial de Castellón.
• Paciente Oncológico: Cuidado Integral.
Dr. César A. Rodríguez Sánchez.
H. Clínica Universitaria, Salamanca.
• Nutrición: Valoración, Coexistencia en el Paciente Oncológico.

Dra. Paula Jiménez Fonseca.
H. Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo.
• Dolor Oncológico.
Dr. Angel Aniol Canes.
H. Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

12:15-12:45h
PAUSA CAFÉ.

12:45-14:15h
SESIÓN EDUCACIONAL II.

Moderadores:
Dr. Javier Espinosa Aranz.
H. General Universitario, Ciudad Real.
Dra. M^a Pilar Llanos Barragán.
H. de Mataró, Barcelona.
• Anemias/Apnea.
Dr. Pedro Pérez Segura.
H. Clínica Universitaria San Carlos, Madrid.
• Trombosis.
Dra. Carme Fort I Puig.
H. Clinic i Provincial, Barcelona.
• Neutropenia. Fiebre.
Dr. Alberto Carrasco Bayona.
H. General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

14:15-15:30h
ALMUERZO.

15:30-17:00h
TALLER DE COMUNICACIÓN.
Con la colaboración de **PROSTRAKAN.**

Moderadores:
Dra. Ana Blasco Cordellat.
H. General Universitario, Valencia.
Dra. Yolanda Escobar Álvarez.
H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

17:00-17:30h
PAUSA CAFÉ.

17:30-20:00h
TALLER DE COMUNICACIÓN. [Continuación].

VIERNES 17 de enero

09:30-11:00h
MESA REDONDA.
Cómo Prepararse Para La Oncología Del S XXI: Cómo Deben Evolucionar Su Formación.

Moderador:
Dra. Ana Blasco Cordellat.
H. General Universitario, Valencia.
• Desde el Punto de Vista Científico.
Dr. Agustí Barnadas i Molins.
H. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
• Sobre Uso de Tecnologías (web, pds...).
Dr. Alfonso Berrocal Jaime.
H. General Universitario, Valencia.
• Desde el Punto de Vista Humanístico.
Dra. Yolanda Escobar Álvarez.
H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

11:00-11:30h
PAUSA CAFÉ.

11:30-13:00h
SESIÓN EDUCACIONAL III.
Con la colaboración de **OTSUKA.**

Moderadores:
Dra. Ana M^a Casas Fernández de Tejerina.
H. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Dr. Joaquín Montañar Salcedo.
H. Universitario Politécnico La Fe, Valencia.

• Emesis.
Dra. Regina Gironés Serró.
H. Lluís Alcanyis de Xativa, Valencia.
• Metástasis Óseas.
Dra. Purificación Martínez del Prado.
H. de Basurto, Bilbao.
• Tratamientos Hidroelectrolíticos.
Dr. Fernando Henao Carrasco.
H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

13:00-14:30h
SESIÓN EDUCACIONAL IV.

Moderadores:
Dr. Juan Antonio Virzuola Echoburu.
H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
Dra. María del Mar Muñoz Sánchez.
H. General Virgen de la Luz, Cuenca.
• Problemas Respiratorios.
Dra. Margarita Moján Torrella.
H. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
• Urgencias Oncológicas.
Dr. Carlos Jara Sánchez.
H. Universitario Fundación Alarcón, Madrid.
• Targas Supervivientes. Efectos Tardíos.
Dra. Cristina Grávalos Castro.
H. Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

CIERRE

Dr. Ramón de los Peños Boteller.
H. Provincial de Castellón.
Dra. Ana Blasco Cordellat.
H. General Universitario, Valencia.

El programa científico definitivo,
está disponible en www.seom.org

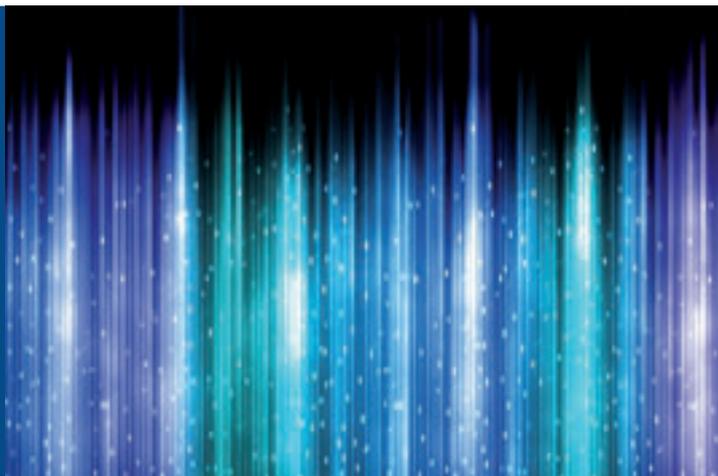
Para más información: DEPARTAMENTO DE CONGRESOS SEOM
C/ Velázquez, 7 - 3º Plta. 28001 Madrid
Tel.: 91 577 52 81 / Fax: 91 139 35 56
E-mail: congresos@seom.org



Una iniciativa de SEOM para
Residentes y Adjuntos Jóvenes



Noticias de Grupo de Trabajo SEOM



Sesión del Grupo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología Médica (CICOM)

El Grupo de Trabajo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología Médica (CICOM), gracias al apoyo de la Sociedad, organizó una sesión el pasado día 25 de Octubre de 2013 dentro del XIV Congreso Nacional SEOM. La sesión se ideó pensando en la nueva normativa europea y en la revisión del Real Decreto que aplica a los ensayos clínicos.

Para este fin, en la Mesa 1 se invitó a Luis Arturo Pérez Bravo, como representante de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) y a Amelia Martín Urana, representando a Farmaindustria. Para cerrar esta mesa, el Dr. Pedro Sánchez Rovira, jefe de Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Jaén, dio su parecer sobre la figura del coordinador de investigación clínica en Oncología Médica.

En la Mesa 2 se abordó el tema de la situación del Coordinador de EECC a nivel mundial. Esta parte, moderada por Juan Carlos Adansa del Hospital Clínico Univ. De Salamanca, fue realizada por Alba Tubau, coordinadora de ensayos clínicos en el Hospital de Althaia de Manresa.

Antes de iniciar las intervenciones de la Mesa 1, Berta Nasarre, coordinadora de ensayos clínicos de la Unidad CNIO del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), presentó a los ponentes de la mesa, también enmarcó el porqué de los temas que se iban a abordar en dicha mesa. Comentó que el coordinador de ensayos clínicos es una ficha clave de un engranaje cada vez más complejo, pero que a pesar de esto es una figura no reconocida en muchos centros hospitalarios. Es por este motivo que cuando el Comité Ejecutivo de CICOM se enteró que se estaba trabajando en una nueva versión del Real Decreto, se puso en contacto con la AEMPS para presentar la propuesta de incorporar esta figura

dentro de la normativa. Si bien este esfuerzo no ha tenido la recompensa esperada, se ha iniciado una línea de trabajo en aras del reconocimiento de la figura de Coordinación de Ensayos Clínicos.

Adentrándonos en materia de la Mesa 1, Luis Arturo comentó que se está acabando de idear la nueva normativa europea pues la directiva 2001/20/EC ha sido la que más críticas ha recibido, tanto es así que la actividad investigadora dentro de la UE ha descendido. De la nueva normativa se sabe que habrá un envío de solicitudes a un portal único, los plazos serán más cortos, esto conllevará más coordinación entre los estados y también dentro de los estados miembros. Este cambio a nivel europeo, comportará nuevos retos a nivel nacional puesto que necesariamente se tendrá que reinventar la red de Comités de Ética e Investigación dado los nuevos plazos para la evaluación de proyectos.

En cuanto a la ponencia de Amelia Martín Uranga, de Farmaindustria, podemos destacar que en el ejercicio 2012, la inversión en I+D de la industria farmacéutica en España ha sido la más baja registrada desde 2007, debido al fuerte impacto que han tenido sobre las compañías las medidas de contención del gasto farmacéutico adoptadas en los últimos años. La industria farmacéutica invirtió 972 millones de euros en I+D en 2012. La principal partida del gasto (479 millones) fue la dedicada a ensayos clínicos y se invirtieron más de 140 millones de euros en investigación básica. La inversión en Investigación Clínica realizada por la IF ha aumentado un 86% en los últimos 9 años (258 millones en 2003). El 45% del gasto total en I+D en 2012 se dedicó a contratos de investigación con hospitales, universidades y centros públicos (I+D extramuros), habiendo aumentado su cuantía un





4,4% en relación a 2011, lo que contrasta con la caída experimentada por el gasto intramuros (-3,7%). Comenta que el objetivo del proyecto BEST es fomentar la inversión en I+D a través de objetivar y monitorizar la situación de los procesos de Investigación Clínica en España; identificar las diferentes prácticas y tomar medidas consecuentes que permitan mejorar su eficiencia y competitividad en el terreno. En cuanto a la especialidad de Oncología Médica, de los 1.849 ensayos clínicos que contiene la muestra, 588 ensayos corresponden a Oncología. Dentro de las cuatro principales áreas terapéuticas de los ensayos: Oncología, Cardiovascular, Neurociencias y Antiinfecciosos; que agrupan más del 55% de los ensayos, solo Oncología ha crecido de forma constante. Más del 60% de los ensayos en Oncología son en fases tempranas: Ia, Ib y II. A modo de conclusión, la futura regulación de EC, detectado el problema de la necesidad de fortalecer la investigación en la UE, puede ser un paso importante y es bienvenida. Los promotores necesitan un marco predecible y estable para realizar investigación y desarrollar tratamientos para el avance de la ciencia y en beneficio de los pacientes. El portal y su rápida implantación será crucial para simplificar la tramitación y lograr tiempos más competitivos. Necesidad de profesionalizar los Comités de Ética. Necesidad de apoyo de las gerencias de los hospitales. La industria innovadora está dispuesta a seguir apostando por la UE en este campo, en un ecosistema proactivo.

■ La investigación clínica es un pilar fundamental en la Medicina, sin ella no habría progresos en la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades

Para cerrar esta primera mesa, el Dr. Pedro Sánchez Rovira destacó que la investigación clínica es un pilar fundamental en la Medicina, sin ella no habría progresos en la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades. Resalta la complejidad de los ensayos clínicos en los últimos 10 años, y reconoce la labor del coordinador de ensayos clínicos. También comenta que el perfil de este profesional es complejo puesto que tiene un componente administrativo: envíos Comités, Gerencia, programación de pruebas y citas del paciente. Un componente de Data management: preparación de base de datos, entrada de datos y análisis estadístico. También resaltó el componente clínico: identificación de posibles candidatos, criterios de inclusión-exclusión, apoyo paciente, procesado y envío de muestras biológicas, constantes vitales, test y cuestionarios, procedimientos especiales. Y por último el componente de monitorización: registro de pacientes y randomización, colaboración y coordinación con farmacia, con otros servicios del Hospital y laboratorios externos, colaborar con monitor, notificación de SAE, resolución de queries, manejo de archivos y preparación visitas monitorización. Reconoce que se trata de un trabajo en equipo y sólo con una buena coordinación será posible el éxito y la excelencia de la investigación clínica.



Del tema de la Mesa 2: Situación del coordinador de ensayos clínicos a nivel mundial, Alba Tubau hizo una reflexión sobre la figura del coordinador basándose en datos de España, Reino Unido y EEUU. En cuanto a la situación de España, comentó la iniciativa del Grupo Español de cáncer de pulmón (GECp) que en 2003 mediante una encuesta a los Coordinadores de Investigación clínica que acudieron a una reunión del grupo pretendía determinar las tareas realizadas. Se analizaron 37 encuestas de las que el 83.8% tenían titulación universitaria y la experiencia profesional rondaba una mediana entre dos y tres años. Las tareas básicas (>70%) eran las de randomizar pacientes, cumplir reclutamiento, completar CRF, colaborar con monitor, resolución queries, reportar SAEs y mantener archivo investigador. En cuanto a la satisfacción del lugar del trabajo, el 83% respondió estar muy satisfecho, aunque Alba destaca como limitación a este trabajo que se obtuvieron 37 encuestas de 120 personas que asistieron a la reunión. Comenta que desde CICOM se tendría que intentar realizar nueva encuesta para obtener una fotografía actualizada del coordinador de ensayos clínicos en nuestro país. En cuanto al Reino Unido, en 1987 se funda el BODMA –The British Oncology Data Managers Association- que es una red nacional de coordinadores, tienen un programa de formación, y en 1994 realizaron una encuesta a 153 profesionales. El 40% de los encuestados eran graduados y un 19% tenían títulos universitarios. La formación de base era variopinta: enfermeras, estadísticos e investigación clínica. Este grupo imparte formación específica como cursos de introducción a nuevos coordinadores, cursos de metodología en ensayos clínicos... En cuanto a los motivos para dejar el trabajo estaban la falta de

carrera profesional, falta de posiciones senior, y un alto porcentaje de contratos temporales. Como reflexión, Alba aclara que el BODMA no es actualmente un grupo activo, y el perfil es básicamente de enfermera de investigación.

En cuanto a la figura del coordinador de ensayos clínicos en EEUU, Alba Tubau explicó a la audiencia que hay diferentes grupos: 2006- National Center for Research Resources (NCRR), también el Clinical and Translational Science Awards (CTSA), y en 2012 se crea el Research Coordinator Taskforce. Expuso el trabajo existente basado en dos encuestas, una dirigida a instituciones (22) y otra a Coordinadores (1597). El 30-40% son enfermeras y de éstas un 50% tiene un máster específico o título de doctorado. La parte interesante de las asociaciones americanas (ACRP y el SOCRA) es que tienen un programa serio de docencia con la finalidad de profesionalizar el trabajo del coordinador.

Después de estas dos mesas de trabajo, se dio paso a la sesión de comunicaciones orales y posters. Podéis acceder a esta parte entrando en la página web de SEOM.

Avanzamos los trabajos presentados en esta sección:

- **O – 55 ESTUDIO PROSPECTIVO PARA CONOCER EXACTAMENTE QUE OPINIÓN TIENEN LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LOS ENSAYOS CLÍNICOS, EVALUAR A LOS PRINCIPALES IMPLICADOS QUE REALIZAN ENSAYOS CLÍNICOS EN ONCOLOGÍA Y VER LAS NECESIDADES FORMATIVAS QUE TIENEN.**

Xavier Pérez Martín. *Coordinador EECC.*
H. Durán i Reynals (ICO). L'Hospitalet.

- **O – 56 PRIMERAS VISITAS. CRIBADO DE PACIENTES CANDIDATOS A PARTICIPAR EN UN ENSAYO CLÍNICO.**

Vicente Blas Alberola Aragó. *Coordinador EECC.*
H. Arnau de Vilanova. Valencia.

- **O – 57 APORTACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO EN LA SOSTENIBILIDAD DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA.**

Marta Aguiló. *Coordinadora EECC.*
H. General Universitario. Valencia.

Para concluir el evento, Araceli Rodríguez, coordinadora de CICOM, explicó la importancia de que los coordinadores de investigación clínica en oncología médica estén representados en los diferentes eventos que se organizan desde SEOM, también reconoce que se debe trabajar más y mejor en la línea de profesionalizar este trabajo y que todo apoyo en este sentido es bienvenido y necesario. Dio las gracias a los asistentes y dando por clausurada la sesión CICOM dentro del XIV Congreso de SEOM.

II Consenso SEOM sobre la Enfermedad Tromboembólica en Pacientes con Cáncer

Clásicamente se considera la enfermedad tromboembólica como una de las complicaciones más frecuentes e importantes en los pacientes oncológicos. Esta enfermedad presenta una notable repercusión en la evolución de los pacientes con cáncer al incrementar de forma significativa la mortalidad y la morbilidad a corto plazo. En los últimos veinte años se ha demostrado un incremento significativo de esta complicación tanto en pacientes ingresados como ambulatorios relacionados con la mejora de los métodos diagnósticos, la aplicación de nuevas terapias y un aumento de la supervivencia de los pacientes con cáncer.

Desde 2009 la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha prestado especial atención a esta enfermedad y ha desarrollado varias iniciativas encaminadas a obtener un manejo óptimo de los pacientes y mejorar el conocimiento de los especialistas en Oncología. La primera iniciativa consistió en la publicación en 2009 del "Primer Consenso sobre enfermedad tromboembólica en pacientes con cáncer". La publicación de este Consenso fue un hito al ser el primer documento específico de enfermedad tromboembólica y cáncer en nuestro país. Posteriormente en 2011 se publicó en Clinical

& Translational Oncology la primera guía clínica de trombosis y cáncer dentro de una iniciativa de SEOM de ofrecer guías clínicas que cubrieran las situaciones clínicas más frecuentes y relevantes. Por último también en 2011 se creó el Grupo de Trabajo SEOM Cáncer y Trombosis con la finalidad de promover la investigación de la enfermedad tromboembólica.

En los últimos cuatro años hemos asistido a un incremento de trabajos publicados en trombosis y cáncer que han cambiado la perspectiva de esta enfermedad incluidas las indicaciones de tratamiento y profilaxis. Por este motivo se decidió realizar un II Consenso SEOM sobre la Enfermedad Tromboembólica en pacientes con cáncer que recoja de forma global todos los aspectos y no

vedades de la enfermedad tromboembólica al igual que se realizó en la primera edición. Esta nueva edición se ha realizado gracias a la colaboración de Sanofi y fue presentada en el XIV Congreso SEOM. En la misma participaron los doctores Juan Jesús Cruz, presidente de SEOM; y los coordinadores del Consenso los doctores Miguel Martín, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y Andrés Muñoz, del mismo centro hospitalario y coordinador del Grupo de Trabajo SEOM de Trombosis y Cáncer.

En la presentación, los coordinadores agradecieron a todos los participantes en el Consenso su presencia y aportaciones sin las cuales esta publicación no hubiera sido posible.

PRESENTACIÓN II CONSENSO SEOM
Enfermedad Tromboembólica

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

Con la colaboración de
SANOFI

Dr. Juan Jesús Cruz Hernández
H. Clínico Universitario, Salamanca

Dr. Miguel Martín Jiménez
H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Dr. Andrés Muñoz Martín
H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

NUEVO LIBRO

XIV CONGRESO NACIONAL SEOM
SALAMANCA 2012

Publicaciones



Protocolos Multidisciplinarios en Oncología

El Hospital Universitario de Ciudad Real ha presentado **“Protocolos Multidisciplinarios en Oncología”**, una obra única de la especialidad dónde más de 200 expertos como oncólogos médicos, radioterápicos, cirujanos, médicos nucleares y patólogos, entre otros, han participado en el desarrollo de esta publicación.

El manejo de la patología oncológica es, casi siempre, multidisciplinario. El paciente con cáncer en general es tratado por varios especialistas, cuya coordinación es crucial para lograr el éxito. La mortalidad causada por el cáncer ha disminuido en los últimos años gracias a la detección precoz, pero también gracias a las nuevas estrategias terapéuticas, muchas de las cuales tienen un abordaje multidisciplinar. Para el doctor Javier Espinosa Arranz, Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Ciudad Real y coordinador de la obra, “el futuro a corto y medio plazo de la Oncología, los éxitos que se logren, deberán pasar necesariamente por comités multidisciplinarios, y este libro, precisamente pretende ser un referente para todos los profesionales médicos involucrados en esta causa”.

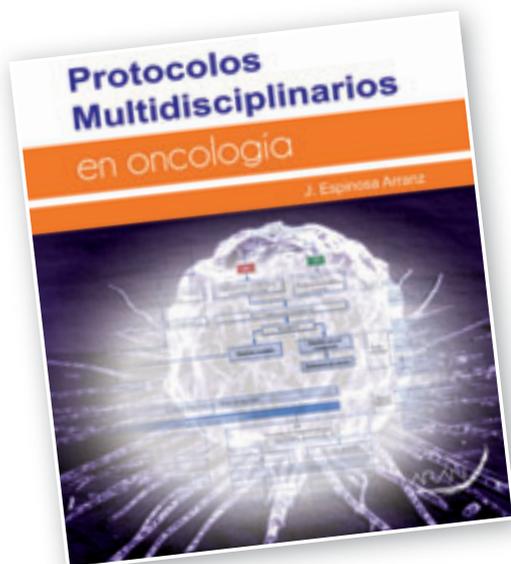
Esta obra es una puesta al día en la que se publican los protocolos actualizados dónde han participado los responsa-

bles de todas las patologías implicadas en oncología. Todos los capítulos y apartados han sido trabajados por especialistas en la materia “expertos en la materia que tratan y que han aportado una visión personalizada en algunos casos, que tienen carácter propio”, explicó el Dr. Espinosa quien agrega que su experiencia “puede ser aplicable a centros con características similares al nuestro”.

El correcto diagnóstico, la estadificación indispensable y necesaria de cada proceso, el tratamiento actualizado y el seguimiento, se han confeccionado en este libro de más de mil páginas, en el que se recopila la evidencia científica y se suma a la experiencia de sus profesionales.

Una de las novedades que ofrece este libro es que estará disponible en formato electrónico para todo tipo de dispositivos (iPad, Android y Pc) con el fin de facilitar el acceso a la información y establecer búsquedas más rápidas y ágiles a los usuarios.

El libro puede adquirirse a través de algunos laboratorios colaboradores como Janssen, GSK, Pfizer o Amgen y en librerías técnicas con un precio de entre 120 y 150 euros. Habrá una edición descargable más económica.



Estudios Comparativos con Europa y EEUU del Abordaje de la Oncología en Asistencia, Docencia e Investigación

La SEOM ha editado tres Estudios Comparativos del abordaje de la Oncología como área de conocimiento asistencial en la práctica clínica, en docencia y formación, y en investigación, desarrollo e innovación con el fin de obtener una visión de las principales tendencias del abordaje de la Oncología y, en especial, de la Oncología Médica, en los países europeos y en EE.UU. y saber en qué situación se encuentra España.

Estos informes han sido elaborados por la consultora PriceWaterhouseCoopers a petición de la Sociedad.

Práctica asistencial

En las dos últimas décadas, la incidencia del cáncer ha aumentado debido al envejecimiento de la población, a factores medioambientales y los estilos de vida mayoritarios en la sociedad occidental.

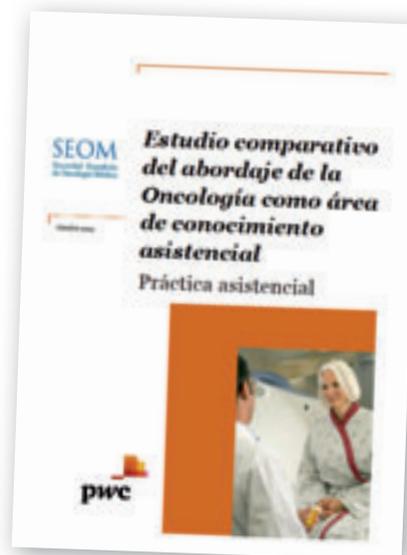
Estilos de vida apropiados ayudan a prevenir un tercio de los cánceres, mientras que una detección precoz y un tratamiento efectivo pueden erradicar un tercio de las muertes por cáncer.

No obstante, la detección precoz, el diagnóstico y los tratamientos adecuados requieren un sistema de salud efectivo, unas buenas infraestructuras, con una planificación idónea, programas de prevención y detección, tratamientos adecuados y cuidados paliativos entre otras necesidades, siendo todo el conjunto un reto universal para todos los sistemas sanitarios del mundo.

En esta publicación se analizan los sistemas sanitarios de otros países de nuestro entorno como Dinamarca, Francia, Portugal y Reino Unido arrojando unas conclusiones sobre la realidad de estos Planes Nacionales de Cáncer.

En su interior se aborda la prestación de servicios sanitarios oncológicos, los programas de prevención primaria que existen en Europa, los programas de prevención secundaria y los diagnósticos y tratamientos que se aplican en nuestro entorno.

Asimismo se analiza el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer, sus proveedores de servicios, cómo están organizados los Servicios de Oncología y sus Comités de tumores, y otras características organizativas de la atención al cáncer como son las infraestructuras médicas, el acceso a los tratamientos farmacológicos, recursos humanos, registros de cáncer, guías clínicas que aplican y el gasto sanitario en los servicios de atención al cáncer.



Docencia y Formación

En el sector sanitario, y específicamente en la Medicina, la docencia y formación se basa en un proceso continuo diferenciado en tres etapas:

- Formación básica o docencia de Grado.
- Formación de especialización o docencia Postgrado a

través del sistema MIR con el programa de Formación Sanitaria Especializada.

- Formación Médica Continuada de los profesionales.

En la publicación se identifica un importante margen de mejora en cuanto a introducción de contenidos de manera ho- ►►►

►►► mogénea a través de guías a nivel europeo. Es significativa la inexistencia de guías europeas para el diseño de la formación de Grado en Oncología. El estudio arroja diferentes tendencias como la consideración de Oncología Médica como asignatura independiente y troncal, con su correspondiente examen independiente, de manera que se garantice un abordaje en profundidad de la materia. La formación multidisciplinar en Oncología está empezando a ser incluida en los programas formativos de Grado, lo que resulta clave para conseguir un cambio de cultura con una orientación más multidisciplinar en la asistencia del paciente oncológico. La formación en cuidados paliativos está aumentando como parte indispensable de programas multidisciplinarios.

Se identifica por parte de las propias Facultades de los distintos países analizados un interés en disminuir la gran variabilidad existente en la formación impartida en Oncología.

Asimismo se analizan los puntos fuertes del Postgrado y las tendencias que puede tener la Especialidad.

Es durante el programa de Formación Sanitaria Especializada cuando, si el profesional lo elige, se especializa en Oncología. Dependiendo del país, éste realiza una especialización directamente en Oncología, o bien primero en Medicina interna y una posterior subespecialización en Oncología. En la mayoría de los países existe alguna especialización y/o sub-especialización relacionada con el campo de la Oncología con reconocimiento oficial (82.9% de los países analizados). En la mayoría de los países europeos la formación es homogénea a nivel nacional. Las especialidades oncológicas mayoritarias en países europeos son Hematología (presente en un 96.4% de los países europeos analizados),

Radioterapia (en un 78.6%) y Oncología/Oncología Clínica (en un 57.1%), y Oncología Médica (en un 53.6%).

Recientemente en España, en la Orden SSI/577/2013, del 5 de abril ha sido aprobado y publicado el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica con una duración de 5 años y los criterios de evaluación de los especialistas en formación de esta especialidad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha dado a conocer recientemente el proyecto de Real Decreto en el que se regula la troncalidad en los periodos de la formación sanitaria especializada de algunas especialidades. La Oncología Médica, la Oncología Radioterápica y la Hematología y Hemoterapia han sido inscritas específicamente al tronco número 1 llamado tronco médico, con una duración de tronco de 2 años.



Investigación, desarrollo e innovación

En este informe se tratan aspectos relacionados con la investigación en Oncología, incluyendo información sobre los programas más importantes de promoción, planificación y financiación de la investigación oncológica, las principales fuentes de financiación existentes y su relevancia, la situación referente al desarrollo e innovación en fármacos oncológicos, desarrollo de ensayos clínicos, etc.

Este estudio, junto con el resto de apartados del mismo (apartados dedicados a la asistencia oncológica y la formación en Oncología) pretende dar una visión general del abordaje de la Oncología, especialmente de la Oncología Médica, a nivel internacional, prestando especial atención a la situación en EE.UU y en los principales países europeos.

Los socios de SEOM, con su usuario y contraseña de acceso restringido, pueden descargárselos en la web www.seom.org, en la Sección de Biblioteca, en el apartado de Publicaciones.



Hemeroteca

Gaceta Médica – 21 de octubre de 2013

La SEOM mantendrá sus actuales partidas económicas para la investigación y formación.

El Global – 21 de octubre de 2013

La liberación de recursos será la clave para que el SNS incorpore nuevos tratamientos oncológicos.

Correo Farmacéutico – 21 de octubre de 2013

Las CCAA asumen que los IPT evitarán otras evaluaciones.

Diario Médico – 24 de octubre de 2013

El cáncer copa sólo el 7% del gasto farmacéutico.

Revista de Castilla y León – 25 de octubre de 2013

Salamanca se concienza en la vida saludable y en la detección precoz del cáncer, gracias a la SEOM.

Redacción Médica – 25 de octubre de 2013

Pilar Garrido, presidenta de la SEOM. Sustituye a Juan Jesús Cruz.

El Economista – 25 de octubre de 2013

La oncóloga Pilar Garrido se pone al frente de la Sociedad Española de Oncología Médica.

Gaceta Médica – 25 de octubre de 2013

Pilar Garrido, la primera mujer que ocupa la presidencia de la SEOM.

El Día de Valladolid – 30 de octubre de 2013

En todas las áreas de salud habrá médicos que vigilarán a supervivientes de cáncer.

El Economista – 30 de octubre de 2013

Una oncóloga del Hospital Ramón y Cajal, nueva presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica.

Diario de Ferrol – 1 de noviembre de 2013

La Sociedad Española de Oncología Médica premia un proyecto del Área de Ferrol.

El Periodic – 2 de noviembre de 2013

La Sociedad Española de Oncología Médica premia dos investigaciones del Hospital Provincial de Castellón.

El Médico Interactivo – 5 de noviembre de 2013

La SEOM ha destinado 455.200 euros para fomentar la investigación en cáncer en 2013.

Gaceta Médica – 8 de noviembre de 2013

Este diario especializado en salud entrevista a la Dra. Pilar Garrido, como nueva presidenta de la SEOM: "Hay muchos elementos decisivos por debajo del Ministerio que se traducen en desigualdad".

El Global.net – 11 de noviembre de 2013

Pilar Garrido dará continuidad a la visión de la SEOM frente a las ATE.

Gaceta Médica – 11 de noviembre de 2013

Editorial: la SEOM sigue su cruzada por la equidad
Dra. Garrido: “Seguiremos defendiendo a ultranza la equidad en el acceso a los tratamientos”.

ABC – 13 de noviembre de 2013

Proponen registro para mejorar la información a pacientes oncológicos.

El Mundo – 14 de noviembre de 2013

En una entrevista al diario El Mundo, la Dra. Garrido asegura que “Sanidad sabe que el tratamiento del cáncer es desigual en España”, “la legislación antitabaco no se debe tocar”.

Diario Médico – 14 de noviembre de 2013

25.000 nuevos casos de cáncer de pulmón al año. Los avances en diagnóstico y tratamiento atisban un futuro optimista a pesar de que la supervivencia a 5 años es de solo el 15% de los pacientes.

Dinero y Salud – 15 de noviembre de 2013

Aumenta la prevalencia del cáncer de pulmón en las mujeres españolas en un 2% anual.

Agencia EFE – 18 de noviembre de 2013

Entrevista: Pilar Garrido, Plan contra el cáncer y firme defensa de la investigación.

Faro de Vigo – 18 de noviembre de 2013

Aumenta a prevalencia de cancro de pulmon en mulleres.

Gaceta Médica – Ed. Catalana – 18 de noviembre de 2013

La sevalínia de recerca va obtenir una beca d'investigació al congrés de la SEOM.

El Día – 18 de noviembre de 2013

La Sociedad de Oncología reclama un plan idéntico al de trasplantes.

Acta Sanitaria – 23 de noviembre de 2013

En una entrevista concedida a este diario digital especializado en salud, la Dra. Garrido indicó su “apuesta por unas políticas ministeriales vinculantes y sin filtros en su cumplimiento”.

Europa Press – 28 de noviembre de 2013

Paco León estrena “La Vuelta a la Tortilla”, un corto solitario a favor de la lucha contra el cáncer de mama.

Diario Médico – 2 de diciembre de 2013

SEOM pide libertad para cribar a los 45 en mama.

Compromiso RSE – 3 de diciembre de 2013

Paco León estrena el primer corto solidario que “le da la vuelta” al cáncer de mama.

Estar Bien – 4 de diciembre de 2013

Se avanza en la supervivencia por tumores del Sistema Nervioso Central.

Gaceta Médica – 5 de diciembre de 2013

SEOM espera que el cribado de cáncer de pulmón sea el próximo en la Cartera Básica.



1104011155

Cumplimos sueños compartidos

En Novartis Oncology estamos convencidos de que compartir un sueño es la mejor manera de hacerlo realidad. Por eso, pacientes, médicos y todos los profesionales implicados en cada uno de nuestros proyectos soñamos con la misma ilusión. **Porque soñar juntos no tiene límites.**



Nos tomamos el
cáncer
como algo personal

Los pacientes están en el corazón de todo lo que hacemos en Roche.

Ellos nos motivan e inspiran para crear medicamentos innovadores y soluciones terapéuticas que seguirán transformando la vida de los enfermos de cáncer.

Hemos recorrido un largo camino pero todavía queda mucho por hacer.



Innovación para la salud

Illuminating the role of the

FOLATE RECEPTOR

in cancer

**EL RECEPTOR DE FOLATO:
potencial diana terapéutica en la
investigación del cáncer.¹**

- El Receptor de Folato se expresa en ciertos tipos de tumores como los de ovario, mama y pulmón; y en ciertos tejidos no cancerosos, como pulmón, riñón y plexo coroideo.¹
- En los tumores, el Receptor de Folato puede actuar como un “capturador de folato” cuando el suministro de folato es bajo o cuando es necesaria una absorción adicional para ayudar al crecimiento rápido de las células.²
- MSD está investigando el Receptor de Folato como posible diana terapéutica para terapias personalizadas.

Bibliografía: 1. Parker N, Turk MJ, Westrick E, et al. Folate receptor expression in carcinomas and normal tissues determined by a quantitative radioligand binding assay. *Anal Biochem.* 2005;338(2):284-293.
2. O'Shannessy DJ, Somers EB, Albone E, et al. Characterization of the human folate receptor alpha via novel antibody-based probes. *Oncotarget.* 2011;2(12):1227-1243.

 **MSD ONCOLOGÍA**

Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 38 - 28027 Madrid. www.msd.es
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, EE.UU. Todos los derechos reservados.
ONCO-1094822-0000 (Creado: septiembre 2013)

univadis
un servicio de 