

Boletín SEOM

Sociedad Española de Oncología Médica

CONVOCATORIA Becas SEOM 2012

Certificación SEOM. Diploma de Postgrado

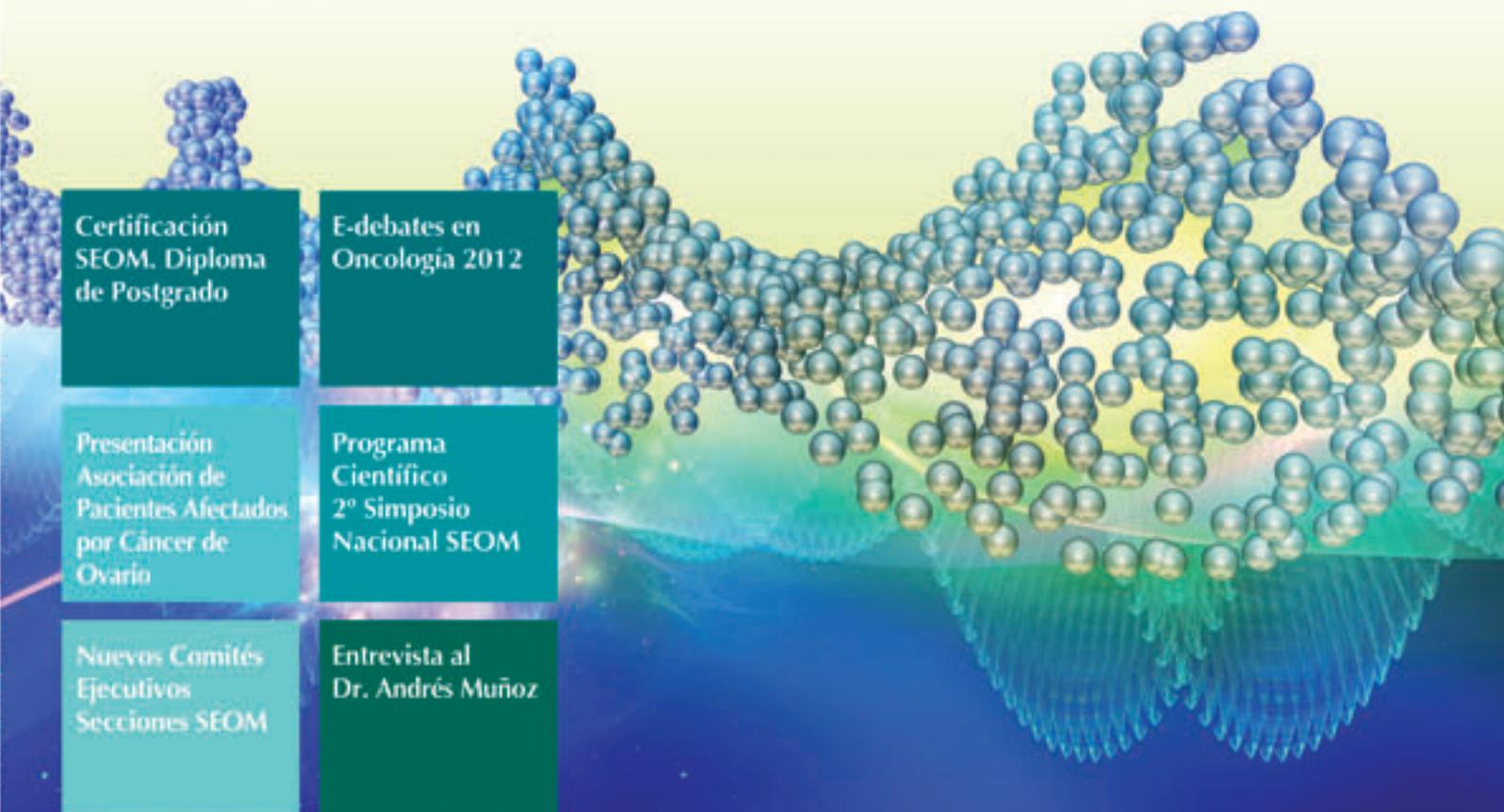
E-debates en Oncología 2012

Presentación Asociación de Pacientes Afectados por Cáncer de Ovario

Programa Científico 2º Simposio Nacional SEOM

Nuevos Comités Ejecutivos Secciones SEOM

Entrevista al Dr. Andrés Muñoz



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



Sumario

■ Oncología en Internet	pág. 4
■ Carta del Presidente	pág. 5
■ Noticias	
• Oncosaludable.es una herramienta útil para sus pacientes	pág. 10
• e-debates 2012	pág. 11
• Certificación SEOM en Oncología Médica. Diploma de Postgrado	pág. 12
• La Alianza para la Prevención del cáncer de Colon celebra una jornada científica	pág. 14
• El Dr. Alex Prat, recibe la Beca Roche en Onco-Hematología 2012	
• El Dr. Mariano Barbacid, recibe el I Premio La Rosaleta-Carregal sobre Oncología	pág. 16
• El Dr. Hernán Cortés-Funes, galardonado con la Cruz de Sanidad Madrileña	pág. 17
• SEOM agradece a los doctores Fuensanta Aranda y José Luis González Larriba su colaboración	pág. 18
• Memoria SEOM 2009-2011	
• Nombramientos	pág. 19
• XV Reunión de Consenso en Tratamiento Oncológico: Cáncer de Pulmón	
• VIII Simposio Abordaje Multidisciplinar del Cáncer	pág. 20
• Foro de Debate en Oncología	
• I Simposio Multidisciplinar Estrategias Onco-Quirúrgicas en el área Hepato-Bilio-Pancreática	pág. 21
• III Congreso Internacional MD Anderson Cancer Center sobre cáncer ginecológico: diseñando el futuro	pág. 22
• II Simposio Nacional de Tumores Raros	
• 10º Curso Avanzado de Oncología Investigación aplicada y traslacional en neoplasias digestivas	pág. 23
■ SEOM con los Pacientes	
• La primera asociación de afectadas de cáncer de ovario se presenta en SEOM	pág. 24
• El Dr. Albert Jovell reflexiona sobre La Sanidad Española en sus dos últimos libros	pág. 26
■ Avales Científicos	pág. 27
■ Artículo destacado	
• Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up	pág. 28
■ Comentario CTO	
• Phase II trial with letrozole to maximum reponse as primary systemic therapy in postmenopausal patients with ER/PgR[+] operable breast cancer	pág. 30
■ 2º Simposio Nacional SEOM. Programa Científico	pág. 32
■ Haciendo un poco de historia...2003	pág. 51
■ Noticias de Grupos Cooperativos	
• II Simposio de Cáncer de Pulmón en Mujeres	
• 8 de marzo, Día del Riñón	pág. 52
• V Curso GOTEL Formación en Linfomas	pág. 53
■ Secciones SEOM	
• Nueva composición de la Sección SEOM de Cuidados Continuos	pág. 54
• Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer. 1ª Parte	pág. 55
• Nueva composición de la Sección SEOM de Cáncer Hereditario	
• Nueva composición de la Sección SEOM de Residentes y Adjuntos Jóvenes +mir	pág. 56
• V Concurso +mir de casos clínicos para Residentes 2012	pág. 57
• Concurso Banco de Imágenes +mir	pág. 61
■ Entrevista a Ramón Mel, Director Unidad de Oncología GSK	pág. 62
■ Noticias de Grupos de Trabajo SEOM	
• Editorial del Grupo SEOM de Enfermedad Tromboembólica y Cáncer	pág. 64
• Entrevista al Dr. Andrés J. Muñoz Coordinador del Grupo de Trabajo SEOM de Trombosis y Cáncer	pág. 66
■ Agenda	pág. 68
■ Hemeroteca	pág. 72
■ Publicaciones	
• El arte de la comunicación con pacientes muy graves	
• Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico	pág. 74
• Oncología Clínica. 5ª Edición	pág. 75
■ Premios y Becas	
• Convocatoria Becas SEOM 2012	pág. 76
• Beca SEOM a Jóvenes Investigadores 2008-2009. Memoria Definitiva del Proyecto de Investigación	pág. 87



Marzo - Abril 2012 Número 79

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)

PRESIDENTE

Dr. Juan Jesús Cruz Hernández

VICEPRESIDENTE

Dra. Pilar Garrido López

SECRETARIO

Dr. Agustí Barnadas i Molins

TESORERO

Dr. Pablo Borrega García

VOCALES

Dr. Francisco Javier Barón Duarte
Dra. Elvira del Barco Morillo
Dra. Rocío García Carbonero
Dr. Jesús García Mata
Dra. Encarnación González Flores
Dra. Pilar Lianes Barragán
Dr. Antonio Llombart Cussac
Dr. Fernando Rivera Herrero

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Dra. Cristina Grávalos Castro

GERENCIA

Dña. María García de Parada Miranda

DPTO. DE COMUNICACIÓN

Dña. Mayte Brea Carrasco
Dña. Ana Navarro Ojeda

DPTO. DE CONGRESOS

Dña. Mónica Díaz del Saz

SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Natascha Prah Agueda
Dña. Marina Casanueva Tomás
Dña. Rosario Moya Sánchez

ISSN: 1698-3491

Dep. Legal: M-9192/2001

Edita: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

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

Oncología en Internet

Twitter oficial de SEOM



El 16 de abril la SEOM lanzó su twitter oficial. En una semana el twitter de la Sociedad ha alcanzado más de 200 seguidores que han sido informados de los 175 tweets que la SEOM ha lanzado a toda la población. Se han transmitido mensajes sobre prevención, diagnóstico precoz, diferentes patologías oncológicas, noticias interesantes de diarios sobre Oncología, folletos de información a pacientes, investigación en cáncer, etc.

Twitter es una línea de servicios de redes sociales y microblogging que permite a sus usuarios enviar y leer mensajes de texto de hasta 140 caracteres, conocidos como "tweets". El servicio rápidamente ganó popularidad en todo el mundo, con más de 140 millones de usuarios activos a partir de 2012, lo que genera más de 340 millones de tweets todos los días y el manejo de más de 1,6 millones de consultas de búsqueda por día. Se ha descrito como "Los SMS de la Internet ". Los usuarios no registrados pueden leer los tweets, mientras que los usuarios registrados pueden enviar tweets.

Un nuevo canal de comunicación para mantener el posicionamiento de la Sociedad como referente de Oncología y cáncer en España.



Síguenos en @_SEOM



Carta del Presidente

Para SEOM es un objetivo prioritario contribuir al desarrollo y a la defensa de la investigación clínica en Oncología. Este compromiso adquirido por la Sociedad hace varios años se materializa en varios aspectos. Uno de los más destacables es la convocatoria de ayudas para la financiación de proyectos de investigación. La SEOM convoca cada año Becas dirigidas a especialistas en Oncología Médica y socios de SEOM. En esta edición 2012 el presupuesto destinado a Becas asciende a 395.000 euros, ligeramente superior a la edición anterior porque se ofrece una beca más. En este boletín podéis ver los detalles de la convocatoria.

Mención especial merece la Beca convocada en colaboración con la Asociación Oncológica Esperanza de Vida para proyectos de investigación con una dotación de 15.000 euros. Esta Beca se ha materializado gracias a la donación de esta Asociación que ha seguido la recomendación de nuestra compañera, la Dra. Fuensanta Aranda. Desde aquí nuestro más sincero reconocimiento a la Dra. Aranda y a la Asociación Oncológica Esperanza de Vida por ayudar a la SEOM y a sus socios a fomentar la investigación en Oncología.

Asimismo queremos agradecer la contribución del Dr. José Luis González Larriba en su compromiso con SEOM a través de la venta de bandys de la campaña + 1 Frente al Cáncer Súmate. Con su impulso se recaudaron fondos que permitieron entregar una beca de investigación en el XIII Congreso SEOM.

Como socios de SEOM todos podemos contribuir a que las donaciones de particulares –pacientes o afectados– y/o entidades repercutan en Becas SEOM para proyectos de investigación a las que podemos concurrir. Todas las aportaciones suman y son bienvenidas.

La investigación clínica es necesaria para establecer nuevos avances en el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer y todos los recursos que podamos destinar a su impulso y su financiación son fundamentales.

Desde hace casi 20 años, en España existe una red estable de investigación clínica en cáncer a través de los Grupos Cooperativos cuyo principal objetivo es desarrollar la investigación independiente en las enfermedades oncológicas.

En este sentido el papel que juega SEOM como portavoz y altavoz de los Grupos Cooperativos ante la Administración Sanitaria es esencial para seguir avanzando. La suma de todos nos hace más fuertes para seguir reivindicando el apoyo a la investigación clínica y trazar puentes con la investigación básica, no podemos dar la espalda a esta realidad. SEOM tiene que ser un punto de encuentro donde confluya el fomento de la investigación. En esta línea seguimos trabajando y próximamente os mantendremos informados de la firma de un convenio de colaboración SEOM-Grupos Cooperativos. Esta Alianza entre los Grupos Cooperativos y la SEOM fortalecerá la red estable de investigación ya existente y creada por los Grupos Cooperativos y defenderá la importancia de la investigación clínica independiente en España.

Dr. Juan Jesús Cruz
Presidente de SEOM 2011 - 2013

DESARROLLO DE LA INMUNOTERAPIA en ONCOLOGÍA

Nuevos conocimientos que salen a la luz

EL POTENCIAL DE LA INMUNOTERAPIA

La modulación del sistema inmunitario tiene el potencial de ayudar al cuerpo a atacar a las células cancerosas - el principio que se encuentra detrás de la inmunoterapia. Algunos tumores, como el melanoma maligno, son capaces de provocar una respuesta inmune y son candidatos para la investigación de la inmunoterapia.^{1,2}

CONOCIMIENTO DE LOS LINFOCITOS T

El sistema inmunitario se encuentra bajo un estrecho control regulador y los linfocitos T desempeñan un papel decisivo en la respuesta inmune.³ Una de las claves para desentrañar el potencial de la inmunoterapia es conocer las complejidades de la regulación de los linfocitos T. Entre las dianas potenciales para la inmunoterapia se encuentran los receptores de CD-137⁴, PD-1⁵ y CTLA-4⁶ en los linfocitos T y el receptor de CD-40⁷ en las células presentadoras de antígenos.

CTLA-4 - UNA DIANA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA INMUNOTERAPIA

CTLA-4, un receptor expresado en la superficie de los linfocitos T activados, es un regulador negativo de la respuesta de los linfocitos T.⁸ Inhibe la producción de la señal coestimuladora necesaria para la activación y proliferación de los linfocitos T, haciendo así que se detenga la respuesta de los linfocitos T.

Bloquear el CTLA-4 tiene el potencial de retirar el freno de la activación de los linfocitos T, aumentando así la respuesta de los linfocitos T ante las células tumorales.⁸

Esta es un área de investigación clínica que Bristol-Myers Squibb está explorando en la actualidad para ayudar a mejorar los resultados clínicos en oncología.

NUESTRO COMPROMISO

Bristol-Myers Squibb tiene un historial de innovaciones de éxito en la investigación oncológica y se ha comprometido a aplicar esta experiencia práctica y recursos para desarrollar la inmunoterapia en el campo de la oncología.

Bristol-Myers Squibb - Desarrollo de la inmunoterapia en oncología.

Para obtener más información visite: www.immunotherapy-in-oncology.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armstrong, A.C., D. Eaton, and J.C. Ewing. Science, medicine, and the future: Cellular immunotherapy for cancer. *BMJ*. 2001. 323(7324): p. 1289-93.
2. Weiner, L.M. Cancer immunotherapy--the endgame begins. *N Engl J Med*. 2008. 358(25): p. 2664-5.
3. Pardoll, D. T cells take aim at cancer. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2002. 99(25): p. 15840-2.
4. Lynch, D.H. The promise of 4-1BB (CD137)-mediated immunomodulation and the immunotherapy of cancer. *Immunol Rev*. 2008. 222: p. 277-86.
5. Okazaki, T. and T. Honjo. The PD-1-PD-L pathway in immunological tolerance. *Trends Immunol*. 2006. 27(4): p. 195-201.
6. O'Day, S.J., O. Hamid, and W.J. Urba. Targeting cytotoxic T-lymphocyte antigen-4 (CTLA-4): a novel strategy for the treatment of melanoma and other malignancies. *Cancer*. 2007. 110(12): p. 2614-27.
7. Tong, A.W. and M.J. Stone. Prospects for CD40-directed experimental therapy of human cancer. *Cancer Gene Ther*. 2003. 10(1): p. 1-13.
8. Cranmer, L.D. and E. Hersh. The role of the CTLA4 blockade in the treatment of malignant melanoma. *Cancer Invest*. 2007. 25(7): p. 613-31.





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.**

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Javalor 25 mg/ml concentrado para solución para perfusión. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 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]. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Concentrado para solución para perfusión [concentrado estéril]. Solución transparente, incolora o ligeramente amarillenta. **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1 Indicación terapéutica. Javalor 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 ≥ 2 . **4.2 Posología y forma de administración.** El tratamiento con vinflunina debe iniciarse bajo la responsabilidad de un médico con experiencia en el uso de quimioterapia antineoplásica. Antes de cada ciclo, deberá realizarse un recuento sanguíneo completo para comprobar el valor del recuento absoluto de neutrófilos (RAN) y que la neutropenia es una reacción adversa que se produce de forma frecuente a consecuencia del tratamiento con vinflunina. Posología. 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 OMS ECOG igual a 1 o PS ≥ 0 e irradiación pélvica previa, el tratamiento debe iniciarse a la dosis de 280 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. Ajuste de dosis por toxicidad. Ver Tabla 1. En pacientes con RAN < 1.000/mm³ o plaquetas < 100.000/mm³ en el día de la administración, el tratamiento deberá interrumpirse hasta la recuperación de las cifras (RAN $\geq 1.000/mm^3$ y plaquetas $\geq 100.000/mm^3$). Si no se produce la recuperación en el plazo de 2 semanas, deberá interrumpirse el tratamiento definitivamente. Si en caso de neutropenia de Grado 4 (RAN < 500/mm³) que persista durante más de 7 días o neutropenia febril, se recomienda ajustar la dosis (ver la Tabla 1). Si en el día de la perfusión se agrava una toxicidad en órganos de Grado ≥ 2 , el tratamiento debe retrasarse hasta alcanzar los Grados 0, 1 o 2 (ver el valor basal inicial). **Publicaciones especiales.** Insuficiencia hepática. Se ha finalizado un estudio de farmacocinética y tolerabilidad de fase I 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 [gama-glutamil transferasas (GGT), transaminasas, bilirrubina], se han establecido las siguientes recomendaciones de dosis: - En pacientes con un tiempo de Protrombina > 70% VN (Valor Normal) y que presentan como mínimo uno de los siguientes criterios: [LSN (Límite Superior Normal) < Bilirrubina $\leq 1,5$ xLSN y/o 1,5 xLSN < Transaminasas $\leq 2,5$ xLSN y/o LSN < GGT ≤ 5 xLSN], no se requiere un ajuste de dosis. - En pacientes con insuficiencia hepática leve [Child-Pugh grado A] o en

Tabla 1. Ajuste de dosis por toxicidad

Toxicidad INDICADORA*	Dosis inicial de vinflunina de 320 mg/m ²		Dosis inicial de vinflunina de 280 mg/m ²	
	Primer administración	2ª administración	Primer administración	2ª administración
Neutropenia Grado 4 (RAN < 500/mm ³) 1-7 días				
Neutropenia Grado 3 (RAN < 1.000/mm ³) 1-7 días				
Neutropenia Grado 2 (RAN < 1.500/mm ³) 1-7 días				
Plaquetas < 100.000/mm ³ (Límite inferior de la normalidad) 1-7 días	280 mg/m ²	280 mg/m ²	280 mg/m ²	Interrupción definitiva del tratamiento
Neutropenia Grado 4 (RAN < 500/mm ³) > 7 días				

Nota: 1. Solo se aplica a pacientes con insuficiencia hepática

Toxicidad INDICADORA*	Dosis inicial de vinflunina de 320 mg/m ²		Dosis inicial de vinflunina de 280 mg/m ²	
	Primer administración	2ª administración	Primer administración	2ª administración
Neutropenia Grado 4 (RAN < 500/mm ³) 1-7 días				
Neutropenia Grado 3 (RAN < 1.000/mm ³) 1-7 días				
Neutropenia Grado 2 (RAN < 1.500/mm ³) 1-7 días				
Plaquetas < 100.000/mm ³ (Límite inferior de la normalidad) 1-7 días	280 mg/m ²	280 mg/m ²	280 mg/m ²	Interrupción definitiva del tratamiento
Neutropenia Grado 4 (RAN < 500/mm ³) > 7 días				

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 2. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a otros alcaloides de la vinca. Infección grave actual o reciente [menos de 2 semanas]. Recuentos basales RAN < 1.500/mm³ o de plaquetas < 100.000/mm³. Lactancia [ver sección 4.6]. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Toxicidad hematológica. La neutropenia es una reacción adversa frecuente a vinflunina. Debe realizarse una adecuada evaluación del recuento sanguíneo completo para comprobar el valor del RAN antes de la administración de vinflunina en perfusión. La dosis recomendada debe reducirse en pacientes con toxicidad hematológica de Grado ≥ 3 [ver sección 4.2]. No debe administrarse vinflunina cuando el RAN < 1.000/mm³ y/o las plaquetas < 100.000/mm³. **Trastornos gastrointestinales.** En el 15,7% de los pacientes tratados se produjo estreñimiento grave. El estreñimiento es reversible y no acumulativo. Deberán adoptarse medidas dietéticas especiales como la hidratación oral y administrar laxantes desde el día 1 al día 5-7 del ciclo de tratamiento. Los pacientes con alto riesgo de sufrir estreñimiento (tratamiento concomitante con opiáceos, carcinomas peritoneales, masas abdominales, cirugía mayor abdominal previa) deberán ser tratados una vez al día [por la mañana antes del desayuno (con polietilenglicol desde el día 1 hasta el día 5) o posterior a cada administración de vinflunina [ver sección 4.4]]. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Estudios in vitro han demostrado que vinflunina no induce la actividad del CYP1A2, CYP2D6, 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, docetaxel, doxorubicina o gemcitabina. (En un ensayo de fase I en el que se evaluó el efecto del tratamiento con ketorolaco [un potente inhibidor del citocromo CYP3A4] sobre la farmacocinética de vinflunina, la coadministración de ketorolaco [400 mg una vez por vía oral una vez al día durante 8 días] llevó a aumentos del 20% y del 50% en la exposición sanguínea a vinflunina y su metabolito, 4-O-deacetil vinflunina [DVT], 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 o rifabutin] [ver sección 4.4]). Se observó una interacción farmacocinética entre vinflunina y doxorubicina pegilada liposomal, que produjo un aumento aparente del 15-30% en la exposición a vinflunina y una disminución aparente de 2-3 veces en el AUC de doxorubicina, mientras que para doxorubicina, 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] [ver sección 4.4]). No se han realizado estudios de los 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 [a. ej., somnolencia, mareos y náuseas]. **4.8 Reacciones adversas.** Las reacciones adversas más frecuentes relacionadas con el tratamiento recogidas en los datos de ensayos de fase I y en un ensayo de fase II en pacientes con carcinoma de células transicionales del urinario [450 pacientes tratados con vinflunina] fueron trastornos hematológicos, principalmente neutropenia y anemia, trastornos gastrointestinales, especialmente estreñimiento, anemia, náuseas, estomatitis/mucositis, vómitos, dolor abdominal y diarrea; y trastornos generales como astenia/cansancio. Las reacciones adversas se incluyen en la Tabla 3 según la Clasificación por órganos y sistemas. La frecuencia de las reacciones adversas se define usando la siguiente

Tabla 3. Reacciones adversas observadas en pacientes con carcinoma de células transicionales del urinario, tratado con vinflunina

Clasificación por órganos y sistemas	Frecuencia	Reacciones adversas	Por Grado (N) por pacientes (%)	
			Todos los grados	Grado ≥ 3
Infecciones e infecciones	Frecuente	Infección respiratoria	1,8	2,2
	Frecuente	Infección urinaria, bacteriana, bacteriana, fúngica	1,8	2,2
	Frecuente	Septicemia bacteriana	2,2	2,2
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy frecuente	Anemia	24,3	25,0
	Frecuente	Leucopenia	12,2	12,2
	Frecuente	Neutropenia febril	2,2	2,2
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Ataxia	1,8	2,2
	Frecuente	Dolor neuropático	2,2	2,2
	Frecuente	Parosmia	2,2	2,2
Trastornos del sistema respiratorio	Frecuente	Disnea	1,8	2,2
	Frecuente	Edema pulmonar	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la voz	2,2	2,2
Trastornos del sistema cardiovascular	Frecuente	Hipertensión	1,8	2,2
	Frecuente	Trastorno de la conducción cardíaca	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la conducción cardíaca	2,2	2,2
Trastornos del sistema digestivo	Frecuente	Constipación	1,8	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
Trastornos de la piel y del tejido conectivo	Frecuente	Prurito	1,8	2,2
	Frecuente	Trastorno de la piel	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la piel	2,2	2,2
Trastornos musculares	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
Trastornos metabólicos y nutricionales	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
Trastornos generales y trastornos en el sitio de administración	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
Trastornos de laboratorio	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2
	Frecuente	Trastorno de la motilidad gastrointestinal	2,2	2,2

Nota: 1. Solo se aplica a pacientes con insuficiencia hepática

Tabla 3. Reacciones adversas observadas en pacientes con carcinoma de células transicionales del urinario, tratado con vinflunina

Nuevo

 **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



oncosaludable.es una herramienta útil para sus pacientes

Ya son más de 60.000 las visitas que ha recibido www.oncosaludable.es, el portal creado por SEOM con la colaboración de Mylan Pharmaceuticals y el apoyo de las asociaciones de pacientes oncológicos para dar apoyo a los pacientes de cáncer y a sus familias. El portal se ha convertido en referencia on-line de información al paciente oncológico, siendo una herramienta útil para el oncólogo médico en su práctica clínica.

Oncosaludable.es es la primera plataforma digital con informaciones prácticas sobre el cáncer cuyos contenidos están documentados y basados en evidencia científica. Todos los contenidos de esta web son realizados y supervisados por un equipo de médicos especialistas en Oncología Médica de la SEOM en colaboración con otros especialistas médicos.

Oncosaludable.es permite además conocer mejor los hábitos de los internautas españoles que buscan en la red información práctica y fiable sobre el cáncer. Así, del análisis de los datos del portal durante 2011 se desprende que cada visitante permanece una media de algo más de 4 minutos en la web, y que **la sección de consejos de alimentación es la que más interés despierta**, con un 34% de las visitas, seguida de la página preguntas frecuentes, con un 17% de las mismas.



Las visitas proceden en su mayoría de buscadores, un 67% del total. Cabe destacar el buen nivel de conocimiento que ha alcanzado el portal en poco tiempo, ya que la mayoría de las búsquedas se hicieron por la palabra oncosaludable. Por otro lado, un 13% de las visitas llegó a través de la página de referencia www.seom.org

Otro aspecto que revela el análisis de los datos del portal es que **las visitas se duplican cada 4 de febrero** debido a la mayor presencia de la enfermedad en los medios de comunicación con motivo del **Día Mundial Contra el Cáncer**.

e-debates 2012

La SEOM en colaboración con MSD puso en marcha en septiembre de 2009 una iniciativa con un formato innovador: un programa de formación on-line a través de video conferencias.

Este programa, desarrollado por Univadis Oncología, permite asistir en directo a una ponencia a través de una video conferencia accesible desde cualquier ordenador. Al finalizar la ponencia on-line, se pueden resolver dudas con el ponente y compartir la información con compañeros participantes a través de videochat.

Este programa formativo está coordinado por el Dr. Jesús García Mata, jefe de Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Ourense, y vocal de la Junta Directiva de SEOM.

Los e-debates que se van a impartir este año 2012 son los siguientes:

Bloque	Título	Ponente	Hospital	Ciudad	Fecha
Cuidados Continuos	Tratamiento y profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el paciente oncológico	Dr. Andrés Muñoz	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Madrid	09-may
	Seguimiento de las guías clínicas - a propósito de un caso: emesis postquimioterapia	Dr. Ignacio Peláez	Hospital de Cabueñes	Oviedo	16-may
	Medicinas complementarias y tratamientos alternativos	Dr. Onofre Pons	Hospital de Inca	Islas Baleares	23-may
	Enfoque terapéutico del dolor	Dr. César A. Rodríguez	Hospital Clínico Universitario de Salamanca	Salamanca	30-may
Cáncer Hereditario	Síndromes Hereditarios que más frecuentemente se asocian con tumores de baja incidencia	Dr. Joan Brunet	Hospital Dr. Josep Trueta - Institut Català d'Oncologia (ICO)	Gerona	11-jul
	Nuevos retos del Consejo Genético en la era de la genómica y de la medicina personalizada	Dr. Ignacio Blanco	Hospital Durán i Reynals (ICO), Hospitalet de Llobregat de Barcelona	Barcelona	20-jun
Tumores de menor incidencia	Nuevas aproximaciones en sarcoma	Dr. Javier Martín Brotó	Hospital Universitario Son Espases	Palma de Mallorca	19-sep
	Nuevas tendencias en el manejo de melanoma de alto riesgo: desde el interferón hasta los nuevos fármacos	Dr. Enrique Espinosa	Hospital Universitario La Paz	Madrid	26-sep
Tumores de mayor incidencia	Criterios de reseccabilidad en el cáncer de colon metastásico y secuencia terapéutica	Dr. Carlos López	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Santander	03-oct
	Manejo actual del Cáncer de próstata	Dr. Andrés García Palomo	Complejo Asistencial de León	León	10-oct
Otros temas	Evaluación de la respuesta con las terapias anti-diana	Dra. Ana Santaballa	Hospital La Fe	Valencia	17-oct
	Estrategias de seguimiento en el largo superviviente	Dr. Juan Antonio Virizuela	Hospital Universitario Virgen Macarena	Sevilla	24-oct

Certificación SEOM en Oncología Médica

Diploma de Postgrado

La SEOM se planteó en 2007 la importancia de facilitar a los residentes de Oncología Médica y a sus tutores un programa de formación estandarizada en español que cubriese el contenido teórico de la especialidad (que había definido en 2006 la Comisión Nacional de la Especialidad). Este programa debía ser de calidad e independiente, y debía asegurar la adquisición de los conocimientos necesarios para el ejercicio de la Oncología Médica. Este programa formativo, que debía ser complementario al que se realiza en los hospitales, se inició en 2009 y se llamó “Certificado SEOM en Oncología Médica - Diploma de Postgrado”.

El Certificado SEOM en Oncología Médica - Diploma de Postgrado cuenta con acreditación universitaria, y realiza la evaluación docente de cada uno de los temas que se imparten, por lo que puede considerarse equivalente a los “Boards” o “exámenes finales” de la especialidad que se realizan en algunos países. El Certificado SEOM en Oncología Médica se anticipa de este modo a las futuras exigencias acreditativas de la especialidad, y será un valor añadido para el Curriculum Vitae de los médicos residentes españoles que se incorporan al mercado del trabajo.

e-oncología **SEOM**
Sociedad Española de Oncología Médica

Certificado SEOM en Oncología Médica – Claustro de Profesores

Directores – Autores y Tutores

Dra. Encarna Adrover	Dra. M ^a Auxiliadora Gómez
Dr. Joan Albanell	Dr. José L. González-Lambas
Dr. Enrique Aranda	Dr. Antonio González Martín
Dra. Carmen Balafá	Dra. Lola Isla
Dra. Elvira del Barrio	Dr. Parham Khosravi
Dr. Agustí Barnadas	Dra. Pilar Llanas
Dra. Lorena Bellido	Dra. Mireia Margall
Dr. Joaquim Bellmunt	Dr. Raül Marquet
Dra. Esther Breñosa	Dr. Salvador Martín
Dra. Lourdes Calvo	Dra. Cristina Martín
Dra. Mariona Cabot	Dr. Víctor Moreno
Dra. Paula Carrió	Dra. Belén Cordero
Dr. Manuel Cobos	Dr. Mariano Provencio
Dr. Ramon Colomer	Dra. Gemma Pulido
Dr. Juan Jesús Cruz	Dra. Teresa Ramón y Cajal
Dra. Susana de la Cruz	Dr. Jordi Ramon Masip
Dra. Berta Encinas	Dr. Cesar Rodríguez
Dra. Enriqueta Felip	Dr. Ramón Salazar
Dra. Concepción Fernández	Dr. Silvia de Saragat
Dr. Francisco García del Muro	Dr. Alex Tausk
Dra. Margarita García	Dr. José Manuel Trigo
Dr. Andrés García-Peña	
Dra. Pilar Garrido	
Dr. Josep Ramón Gernà	

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y e-oncología, el programa de formación virtual en Oncología del Instituto Catalán de Oncología, establecieron un acuerdo de colaboración desde el año 2009 para desarrollar el Certificado SEOM en Oncología Médica. Este programa docente está diseñado para los residentes de Oncología Médica, y está dirigido por el Dr. Ramon Colomer (presidente de SEOM 2007-2009). La implicación de los oncólogos españoles en este programa es extraordinaria. En la elaboración de los contenidos y la coordinación como tutores de los cursos ha participado hasta ahora un claustro de 45 profesores, 43 de los cuales son Oncólogos Médicos.

En noviembre de 2009 dio comienzo el primer curso que forma este itinerario de formación de postgrado, que es gratuito para los residentes socios de la SEOM. El programa formativo tiene una oferta de 330 horas, y la realización de 250 horas está acreditada como Diploma de Postgrado por la Universidad de Girona (para los médicos residentes). Su estructura modular permite realizar también cursos individuales, lo cual puede resultar atractivo en ocasiones a médicos adjuntos de Oncología Médica. Cada curso individual cuenta con créditos de F.M.C. del Sistema Nacional de Salud para los oncólogos que no están en su periodo formativo.

Esta iniciativa pionera de la Sociedad Española de Oncología Médica en desarrollar un itinerario formativo clínico para residentes no se ha realizado antes en España ni en América Latina en la materia docente de Oncología Médica ni en el formato online, y sitúa a la SEOM de nuevo en el liderazgo académico nacional e internacional.



Cursos 2012 de la Certificación SEOM de Oncología Médica. Calendario de apertura

MES	CURSO	EDICIÓN	HORAS
MARZO	• Habilidades Comunicativas y Sociales	1ª Edición	5
	• Otros Tumores Genito-Urinaris	1ª Edición	10
MAYO	• Estadística	2ª Edición	10
	• Epidemiología y Prevención	2ª Edición	15
	• Cáncer de Mama	1ª Edición	45
JUNIO	• Cuidados Continuos	2ª Edición	7,5
	• Urgencias Oncológicas	3ª Edición	7,5
	• Melanoma	1ª Edición	10
JULIO	• Biología Molecular	3ª Edición	7,5
	• Tumores de Cabeza y Cuello	1ª Edición	20
SEPTIEMBRE	• Farmacología Clínica Oncológica	3ª Edición	7,5
	• Tumores Ginecológicos	2ª Edición	15
	• Tumores del SNC	1ª Edición	10
OCTUBRE	• Cáncer de Pulmón	2ª Edición	30
	• Linfomas y Mielomas	1ª Edición	20
NOVIEMBRE	• Cáncer Gastrointestinal	2ª Edición	45
	• Sarcomas	1ª Edición	10
	• Cáncer de Próstata	2ª Edición	45

La Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon celebra una jornada científica

■ Esta Alianza tiene como objetivo fomentar y divulgar la importancia del cáncer de colon en España

La Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon de la que SEOM es entidad fundadora tiene como objetivo fomentar y divulgar la importancia del cáncer de colon en España, así como promover las medidas encaminadas para su prevención y detección temprana. La Alianza en la actualidad está constituida por las siguientes organizaciones:

- Asociación Española Contra el Cáncer (aecc).
- Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).
- Asociación Española de Gastroenterología (AEG).
- Europacolón España.
- Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO).
- Fundación Cofares.
- Fundación Tejerina.
- Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP).
- Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen (SEDIA).
- Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED).
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE).
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).



- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
- Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).
- Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Para trasladar a la población general los objetivos de la Alianza, y coincidiendo con el Día Mundial de concienciación del cáncer de colon que se celebra anualmente el 31 de marzo, se celebró una jornada científica que llevó por título *“Atención integral en el cribado población del cáncer colorrectal”*.

■ El cáncer colorrectal es el tumor maligno más frecuente en nuestro país. Las previsiones apuntan a que en este año 33.700 personas se verán afectadas por esta enfermedad

La jornada celebrada en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid estuvo inaugurada por el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty. Esta sesión estuvo centrada en la necesidad de implicación de todos los niveles asistenciales para tratar correctamente el cáncer colorrectal; desde profesionales de Atención Primaria y Especializada hasta farmacéuticos.

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno más frecuente en nuestro país. Las previsiones apuntan a que en 2012 se detectarán 19.700 nuevos casos en hombres y 14.000 en mujeres, lo que se traduce en 33.700 personas afectadas por esta enfermedad. Ello supone que casi 600 personas serán diagnosticadas de CCR, lo que equivale a 85 casos diarios, cuya supervivencia podría ser del 90 por ciento si se hubiese detectado de manera precoz. En el último año, más de un millón de personas han visto reducido el riesgo de desarrollar un cáncer de colon como resultado de la participación en los programas de cribado basados en el test de sangre oculta en heces (SOH).

■ **1.600 personas solicitaron cambiar la colonoscopia por el test de detección de sangre oculta en heces**

Recientemente, la revista científica *The New England Journal of Medicine* ha publicado, por primera vez en el mundo, los resultados de un estudio comparativo entre la colonoscopia y la sangre oculta en heces (SOH) en el que se evaluaba la participación ciudadana así como el impacto de las mismas en la detección de lesiones cancerosas en el colon y recto entre ambas estrategias.

Un total de 60.000 personas de ocho Comunidades Autónomas españolas participaron durante cuatro años en el proyecto. El trabajo ha sido liderado por el Dr. Antoni Castells, director del Instituto de Enfermedades Digestivas del Hospital Clínic de Barcelona y coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona, y el Dr. Enrique Quintero, jefe del Servicio de Digestivo Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, en Tenerife.

■ **El número de cánceres detectados con ambos métodos fue idéntico, hallándose la mayoría en una fase inicial de su desarrollo**

Según este estudio, la participación es superior en la prueba de sangre oculta en heces (34%) que en la colonoscopia (25%). Además, 1.600 personas solicitaron cambiar la colonoscopia -exploración que debe efectuarse cada 10 años- por el test de detección de sangre oculta en heces -prueba no invasiva y que se realiza cada 2 años-. Más importante aún, el número de cánceres detectados con ambos métodos fue idéntico, hallándose la mayoría en una fase inicial de su desarrollo. Por último, las complicaciones que se observaron fueron mínimas en ambos grupos, aunque inferiores con la prueba de sangre oculta en heces.



Representantes de las entidades que forman la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon reunidos en la sede de SEOM.



El Dr. Aleix Prat

Recibe la Beca Roche en Onco-Hematología 2012

La tercera convocatoria de la Beca Roche en Onco-Hematología al mejor proyecto de investigación traslacional ha recaído en el Dr. Aleix Prat, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. La beca tiene una dotación económica de 77.000 euros y el trabajo liderado por el doctor Prat tiene como objetivo la "Implementación clínica de los subtipos moleculares intrínsecos de cáncer de mama".

En el acto de entrega presidido por la ministra de Sanidad, Ana Mato, asistieron diversas personalidades relevantes de la Oncología española. En representación de la Sociedad asistió la Dra. Pilar Garrido, vicepresidente de la SEOM.



Asimismo, el Dr. Prat fue premiado en octubre de 2011 con una Beca SEOM de estancia de dos años para la formación en investigación traslacional en Centros de Referencia en el extranjero.



El Dr. Mariano Barbacid

Recibe el I Premio La Rosaleda-Carregal sobre Oncología

El I Premio Internacional de Investigación Oncológica Científica y Técnica Ramiro Carregal-Fundación La Rosaleda ha otorgado el galardón, dotado económicamente con 12.000 euros, de esta primera edición al doctor Mariano Barbacid por "su gran labor en el campo de la oncología molecular y la investigación traslacional del cáncer".

El jurado estuvo compuesto por Juan Gestal Otero, decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago; Manuel Freire-Garabal, catedrático en Farmacología; Francisco González García, catedrático de Medicina y vicerrector de Investigación e Innovación de la USC, además de los presidentes de Frinsa y La Rosaleda, Ramiro Carregal y Gerardo Fernández Albor, el Dr. Rafael López, jefe de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y presidente ejecutivo del jurado y el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de SEOM.

¡Desde SEOM nuestra más sincera enhorabuena a los dos!



El Dr. Hernán Cortés-Funes

Galardonado con la Cruz de Sanidad Madrileña

El Dr. Hernán Cortés-Funes, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, ha recibido la Cruz de Honor, en su categoría oro, de la Sanidad Madrileña por su dedicación a la Oncología como médico e investigador.

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre y su consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, hicieron entrega de las distinciones honoríficas de la Sanidad Madrileña 2011 en la Casa de Correos, así como también hicieron mención a la labor de todos los galardonados que han contribuido a elevar la calidad y el prestigio de la Sanidad de la región.

Tras licenciarse en Medicina y Cirugía, obtuvo la especialización en Medicina Interna y Oncología Médica, y, posteriormente, el doctorado en Oncología Médica por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) en 1970. Cinco años después participó en el Cancer Therapy Evaluation Program en el National Cancer Institute (NCI) en USA.

A lo largo de su carrera profesional, ha sido miembro fundador de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y presidente de la misma en el periodo 1987-1989, presidente de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), de la Federation of European Cancer Societies (FECS) y de la Asociación Española de Investigación de Cáncer, así como también formó parte de múltiples organizaciones y Grupos Cooperativos tanto nacionales como internacionales.

Dentro de las áreas de investigación destaca su interés en el desarrollo de nuevos fármacos, estudios clínicos tempranos, farmacología clínica y nuevos tratamientos en cáncer de mama, pulmón, cabeza y cuello y tumores germinales. El doctor Cortés-Funes es autor de más de 200 publicaciones en Oncología Médica, colaborador en 14 revistas oncológicas y ha escrito en 7 libros.

Entre su trayectoria también destaca el haber sido presidente y fundador de otras entidades científicas como el Grupo Internacional de Investigación de Cáncer de Mama (IBGSG), denominado originariamente grupo Ludwig, y del Grupo Cooperativo de Investigación Clínica de Cáncer de Mama y Tumores Sólidos (Grupo SOLTI).

Actualmente, el doctor Hernán Cortés-Funes es jefe de la Unidad de Oncología del Hospital Internacional HC Marbella, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre y profesor asociado de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid (UCM).



¡Felicidades!

SEOM agradece a los doctores Fuensanta Aranda y José Luis González Larriba su colaboración

Cada socio puede ayudar en la creación de Becas SEOM a proyectos de investigación.



La Beca convocada en colaboración con la Asociación Oncológica Esperanza de Vida para proyectos de investigación con una dotación de 15.000 euros se ha materializado gracias a la donación de esta Asociación que ha seguido la recomendación de nuestra socia, la Dra. Fuensanta Aranda, responsable de la Unidad de Oncología del Hospital de Mérida. Gracias a que recomendó la SEOM como entidad de referencia en Oncología se ha podido crear otra Beca a la que todos los socios de la SEOM podrán concurrir.



Asimismo queremos agradecer la contribución del Dr. José Luis González Larriba, oncólogo médico del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, en su compromiso con SEOM a través de la venta de bandys de la campaña + 1 Frente al Cáncer Súmate. Con su impulso se recaudaron fondos que permitieron entregar una beca de investigación en el XIII Congreso SEOM. Cualquier socio puede contribuir en esta campaña de concienciación social frente al cáncer solicitando huchas y bandys en la Secretaría de SEOM.

La investigación clínica es necesaria para establecer nuevos avances en el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer y todos los recursos que podamos destinar a su impulso y su financiación son fundamentales.

Desde aquí nuestro más sincero reconocimiento a la Dra. Aranda y a la Asociación Oncológica Esperanza de Vida y al Dr. José Luis González Larriba por ayudar a la SEOM y a sus socios a fomentar la investigación en Oncología.

Contribuya a que las donaciones de particulares y/o entidades repercutan en Becas SEOM.
Todas las aportaciones suman y son bienvenidas.

Memoria SEOM 2009-2011

Ya está disponible en la página web la **Memoria SEOM 2009-2011** que refleja todas las actividades realizadas por la Junta Directiva presidida por el Dr. Emilio Alba.

El índice de la Memoria es interactivo por lo que al pinchar en cada apartado, dirige directamente al texto seleccionado.

Si desea un ejemplar impreso, puede solicitarlo en la Secretaría de la Sociedad (**91 577 52 81** o **seom@seom.org**).



NOMBRAMIENTOS

Nombramientos



El Dr. Jesús García-Foncillas es el nuevo jefe de Servicio de Oncología Médica y director de Departamento de Oncología en el Hospital Universitario "Fundación Jiménez Díaz". Además es también director de la Unidad de Investigación en Cáncer del Instituto de Investigación Sanitaria FJD-UAM.



El Dr. Salvador Martín Algarra ha sido nombrado en noviembre de 2011, director del Servicio de Oncología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra.

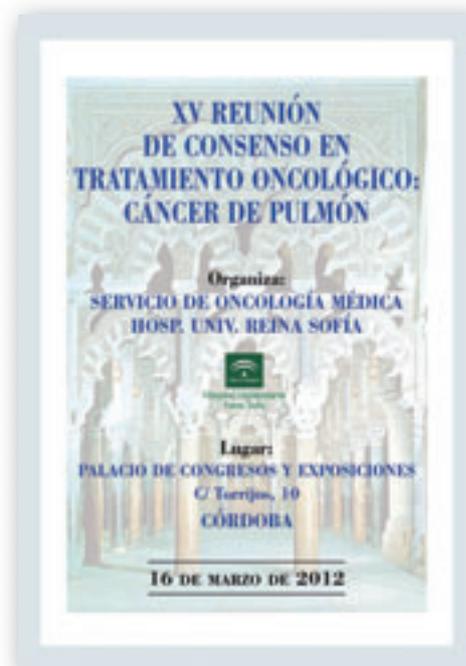
Esta información ha sido facilitada por los socios. Si usted tiene conocimiento de algún nombramiento reciente puede comunicarlo a **prensa@seom.org**

XV Reunión de Consenso en Tratamiento Oncológico: Cáncer de Pulmón

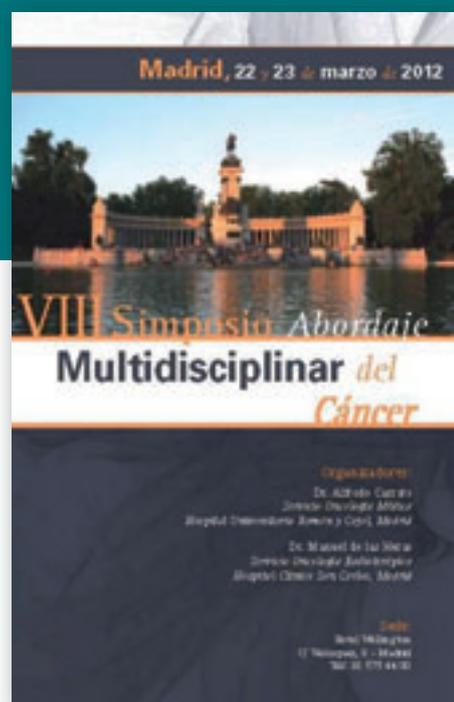
El 16 de marzo de 2012, el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba organizó en esta ciudad la XV Reunión de Consenso en Tratamiento Oncológico: cáncer de pulmón.

Los expertos que participaron en el encuentro insistieron en la importancia del abordaje multidisciplinar del cáncer de pulmón, en la que intervienen neumólogos, cirujanos torácicos, oncólogos médicos y radioterápicos, especialistas en Física y Protección Radiológica, biólogos moleculares y anatomopatólogos.

La mayoría de las investigaciones en este momento se centran en el estudio de las mutaciones en los genes EGFR y ALK. Así lo señaló el Dr. Enrique Aranda, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y coordinador de esta Reunión, quien ha hecho referencia a los datos que ofrece la biología molecular. Los cambios que se están produciendo en la literatura científica hay que adaptarlos a la práctica clínica. "Queremos buscar dianas concretas en las células y conocer las transformaciones que se dan a nivel molecular", comentó el Dr. Aranda, mencionando, entre algunas de las mejoras que se han dado en los tratamientos del cáncer de pulmón, la utilización de algunas terapias de primera línea en pacientes que se encuentran en una segunda fase de la enfermedad porque se ha demostrado que son efectivas.



VIII Simposio Abordaje Multidisciplinar del Cáncer



Los días 22 y 23 de marzo de 2012 se celebró en Madrid la octava edición del Simposio Abordaje Multidisciplinar del Cáncer coordinado por el Dr. Alfredo Carrato, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid y Dr. Manuel de las Heras, jefe de Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

Como en ediciones anteriores se actualizaron conocimientos científicos en diferentes patologías como cáncer de pulmón no-microcítico, cáncer digestivo, cáncer de mama y ginecológico, cáncer urológico y melanoma y otros tumores. En este Simposio participaron distintas especialidades relacionadas con el cáncer: Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cirugía Oncológica, Anatomía Patológica, etc.

Foro de Debate en Oncología

Del 15 al 17 de abril de 2012, se celebró en Formigal (Huesca) el curso "Foro de debate en Oncología" bajo la coordinación científica del Dr. Antonio Antón, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

En esta edición, la reunión abordó temas como los tratamientos de rescate para ciertas patologías oncológicas, el estado actual y desarrollo de futuro de la terapia anti-EGFR, la selección terapéutica, la importancia del diagnóstico histológico y molecular en Oncología, el estado actual y desarrollo de futuro de la terapia anti-angiogénica, el tratamiento del melanoma, etc.

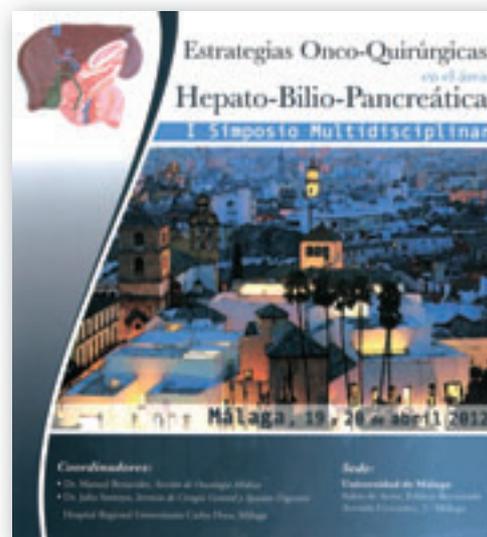
También en la reunión se celebró un concurso de casos clínicos para residentes y adjuntos jóvenes sobre tumores raros. En el transcurso de las jornadas científicas se presentaron los diez mejores casos elegidos por el comité científico y de ellos se eligieron los tres mejores premiándolos con 1.000 euros el primer caso y con 500 euros el segundo y el tercero.



I Simposio Multidisciplinar Estrategias Onco-Quirúrgicas en el área Hepato-Bilio-Pancreática

El 19 y 20 de abril de 2012 se celebró en Málaga el **I Simposio Multidisciplinar Estrategias Onco-Quirúrgicas en el área Hepato-Bilio-Pancreática**. Esta reunión científica estuvo coordinada por los doctores Manuel Benavides, jefe de Sección de Oncología Médica, y Julio Santoyo, jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, ambos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

Las jornadas se estructuraron en cinco mesas que abordaron las novedades en el cáncer de las vías biliares, el cáncer de páncreas neuroendocrino, metastásico y localmente avanzado, la enfermedad sincrónica resecable y la enfermedad hepática inicialmente no resecable.



III Congreso Internacional MD Anderson Cancer Center sobre cáncer ginecológico: diseñando el futuro

Del 14 al 16 de marzo de 2012 se celebró en Madrid la tercera edición del “Congreso Internacional MD Anderson Cancer Center sobre cáncer ginecológico: diseñando el futuro” bajo la coordinación científica de los doctores Luis Chiva, Pedro Ramírez y Antonio González Martín. A la reunión asistieron más de 500 especialistas.

En España, cerca de 12.000 mujeres son diagnosticadas al año de cáncer ginecológico (endometrio, ovario y cérvix). De ellos, unos 3.000 casos se deben a tumores de ovario que, pese a su baja incidencia se sitúan como la quinta causa de muerte por cáncer entre las españolas. Sin embargo, en los últimos años los avances conseguidos en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento han permitido mejorar notablemente la supervivencia de las pacientes.

Uno de los temas más relevantes de las jornadas fue el papel de la cirugía en el tratamiento de este tipo de tumores. En concreto, la cirugía radical fue valorada como un arma terapéutica definitiva que permite modificar la supervivencia de las pacientes. Los asistentes mantuvieron un debate abierto sobre la conveniencia de abordar el cáncer de ovario comenzando por el tratamiento quirúrgico o por la quimioterapia. En cuanto a nuevas terapias farmacológicas, los especialistas han reconocido la valía de los fármacos antiangiogénicos como uno de los tratamientos más novedosos para estas pacientes. La conservación de la fertilidad en las mujeres con tumores del cuerpo y del cérvix uterino fue otro de los temas tratados en las reuniones de trabajo. Así, los asistentes analizaron con detalle todas las soluciones conservadoras de la fertilidad en estadios precoces, tanto con tratamientos médicos como quirúrgicos.

A lo largo del congreso, los especialistas también participaron en sesiones prácticas gracias a un comité multidisciplinar de tumores que analizó casos especialmente complejos, lo que ha permitido la discusión en directo por parte de miembros de los equipos de los MD Anderson Cancer Center de Houston y Madrid, y especialistas del Memorial Sloan-Kettering de Nueva York. Además, se celebró un vídeo-simposio quirúrgico donde se presentaron problemas quirúrgicos complejos mediante un programa de exposición de vídeos cortos.

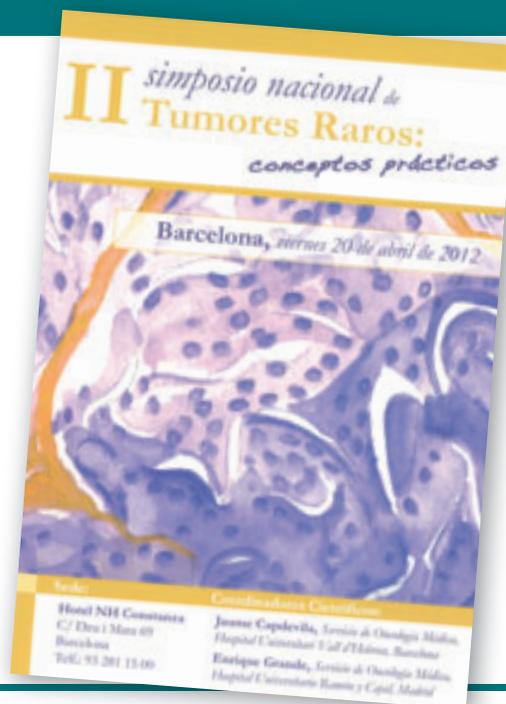


II Simposio Nacional de Tumores Raros

El 20 de abril de 2012 se celebró el **II Simposio Nacional de Tumores Raros** en Barcelona bajo la coordinación científica del Dr. Jaume Capdevila, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitari Vall d'Hebrón de Barcelona y el Dr. Enrique Grande, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Esta reunión tuvo la intención de contribuir en la concienciación y la formación de los profesionales involucrados en el manejo de estos tumores y de actualizar a los asistentes en los mecanismos moleculares y alternativas terapéuticas disponibles para el tratamiento de tumores raros diseminados.

El programa se estructuró en cuatro sesiones que finalizaban con debate.



10º Curso Avanzado de Oncología

Investigación aplicada y traslacional en neoplasias digestivas



El 15 y 16 de marzo de 2012 se celebró en Barcelona el 10º Curso Avanzado de Oncología bajo el título Investigación Aplicada y Traslacional en Neoplasias bajo la dirección de los doctores Albert Abad Esteve y Eva Martínez Balibrea, ambos del Servicio de Oncología Médica del Hospital Germans Trias i Pujol (ICO) de Badalona (Barcelona).

El curso estuvo orientado a dar a conocer los avances en la investigación en cáncer digestivo, desde los aspectos hereditarios hasta la introducción de los factores moleculares de resistencia y sensibilidad a fármacos como método de selección del tratamiento.

Al curso asistieron más de medio centenar de oncólogos jóvenes, biólogos, investigadores básicos y residentes. Según el Dr. Abad, "es preciso profundizar en el conocimiento de las bases de las enfermedades oncológicas digestivas antes de aplicar los tratamientos, es decir, promover y potenciar la investigación traslacional en el campo de la oncología. De ahí el variado perfil de los profesionales que asistieron al curso".

El curso contó con los auspicios de la SEOM y del TTD.

SEOM con los Pacientes



La primera asociación de afectadas de cáncer de ovario se presenta en SEOM

El 11 de abril de 2012 se presentó en rueda de prensa en la sede de SEOM la primera asociación de afectadas de cáncer de ovario, la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO).

ASACO ha nacido con el objetivo de servir de apoyo a pacientes y afectados, así como de concienciar a la población general sobre la importancia de conocer los síntomas del cáncer de ovario y posibilitar así un diagnóstico precoz.

Esta asociación de pacientes cuenta con el apoyo institucional del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario (GEICO) y de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). En la rueda de prensa participaron la Dra. Pilar Garrido, vicepresidente de SEOM, el Dr. Antonio González, secretario de GEICO y médico asesor de la Asociación, Soledad Bolea, vicepresidente de la Asociación y afectada por un cáncer de ovario y Paz Ferrero, presidenta de ASACO.

El factor pronóstico más importante del cáncer de ovario es el estadio.

■ **Es fundamental que las mujeres identifiquen cuáles son los síntomas de alarma que pueden hacer sospechar de la existencia de un cáncer de ovario**

Cuanto más precoz es el estadio mayores son las posibilidades de curación. *“Es fundamental que las mujeres identifiquen cuáles son los síntomas de alarma que pueden hacer sospechar de la existencia de un cáncer de ovario. De esta manera, las mujeres podrán acudir al oncólogo a tiempo de intervenir el tumor y que éste no progrese”,* aseguró Paz Ferrero, presidenta de ASACO. La cuestión reside en que el cáncer de ovario produce síntomas muy poco específicos al inicio. *“Los principales síntomas relacionados con la enfermedad pueden asociarse en multitud de ocasiones con*

molestias digestivas, molestias a consecuencia del periodo, etcétera, de modo que tendemos a no hacer caso de estos hasta que ya son muy evidentes”, explicó Ferrero. Entre estos síntomas podemos enumerar un aumento del perímetro abdominal, sensación de peso en el abdomen, sensación de plenitud tras comer escasas cantidades de comida, necesidad de orinar con más frecuencia de lo habitual o dolor en la región pélvica.

En opinión de Soledad Bolea *“la información que una mujer recién diagnosticada recibe sobre esta patología es fundamental a la hora de saber enfren- ▶▶▶*

■ **Algunos síntomas son: aumento del perímetro abdominal, sensación de peso en el abdomen, sensación de plenitud tras comer escasas cantidades de comida, necesidad de orinar con más frecuencia de lo habitual o dolor en la región pélvica**

►►► tar la enfermedad. Sentir y saber que no estás sola, que hay más mujeres que pasaron por la misma situación y los superaron ayuda a sentirte más fuerte, más capaz”, aseguró. “Cuando te diagnostican un cáncer, sea cual sea el tipo, la primera reacción es de miedo. Sin embargo, es fundamental la labor de las asociaciones de pacientes a la hora de orientar y apoyar a los afectados; no debemos olvidar que nuestros familiares y amigos también sufren el diagnóstico, el tratamiento y también están faltos de información, de orientación”, explicó Bolea en la presentación.

■ **Las asociaciones de afectados por enfermedades oncológicas desempeñan un papel fundamental**

■ **Este tipo de tumor tiene una incidencia en nuestro país de más de 3.000 casos al año**

La SEOM tiene como uno de sus objetivos fundamentales facilitar apoyo a estas asociaciones. “Nuestra colaboración con estas entidades se basa en dar respaldo a los afectados en la divulgación de toda la información necesaria y en ofrecer nuestro apoyo a la hora de lucha contra la enfermedad de la mejor manera posible”, aseguró la Dra. Pilar Garrido. “En la actualidad, las asociaciones de afectados por enfermedades oncológicas desempeñan un papel fundamental desde el punto de vista del apoyo que prestan

a los pacientes en todos los aspectos, así como a la hora de reivindicar mejoras en la práctica asistencial, lo que se complementa con la labor que desempeñamos los profesionales sanitarios”.

Este tipo de tumor tiene una incidencia en nuestro país de más de 3.000 casos al año. “Una incidencia que podemos catalogar como alta, ya que sitúa el cáncer de ovario copando el 5% del total de los tumores en la mujer en nuestro país”, aseguró el doctor Antonio González.

Más información:

91 563 18 01

info@asociacionasaco.es

www.asociacionasaco.es

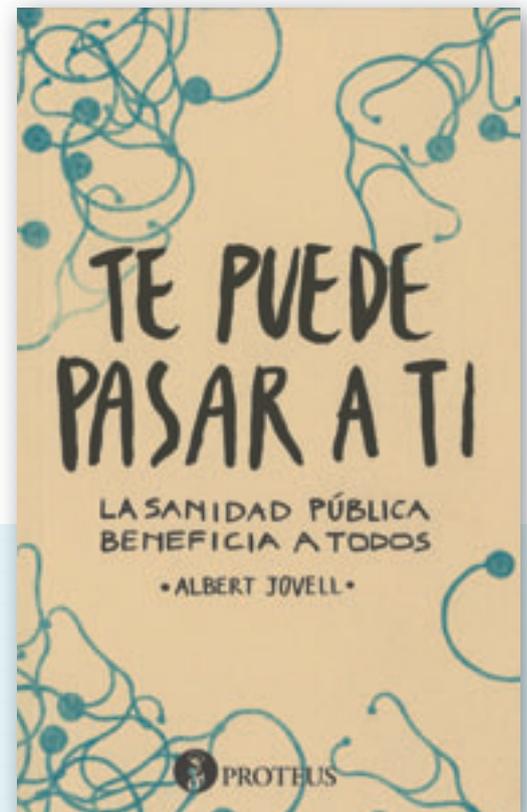


El Dr. Albert Jovell reflexiona sobre La Sanidad Española en sus dos últimos libros

El 26 de marzo de 2012, el Dr. Albert Jovell, presidente del Foro de Pacientes, presentó en la sede del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) sus dos últimos libros: *“El médico social”* y *“Te puede pasar a ti, la Sanidad Pública beneficia a todos”*.



“El médico social” es un libro-entrevista en el que el Dr. Jovell ofrece su visión del mundo a partir de las preguntas del periodista Jordi Sacristán. Varios aspectos relacionados con el ámbito sanitario son el punto de partida de una larga conversación. Albert Jovell, médico y paciente, analiza y reflexiona en clave social, asuntos importantes como la falta de humanismo en el campo médico, el trato que se le debería dispensar al paciente, los valores de los profesionales, la actual fractura del estado del bienestar, el copago sanitario, etc. además de ofrecer algunas claves para un cambio social. Este libro lo ha editado Editorial Proteus dentro de su colección Panorama.



“Te puede pasar a ti, la Sanidad Pública beneficia a todos” es un breve libro, crítico y reflexivo, en el que Jovell aborda la importancia de promover la justicia social en el sistema nacional de salud. El autor defiende el sistema actual que da protección a todos los ciudadanos con indiferencia de su enfermedad, nivel socioeconómico, edad o procedencia a partir de un caso real que podría ser el de cualquier ciudadano.

Avales Científicos SEOM

Eventos científicos

6ª Jornada de Actualización ASCO GI.

Lugar y fecha de celebración: Barcelona, 9 de marzo de 2012.
Coordinador: Dr. Carles Pericay y Dra. Pilar García Alfonso.

10º Curso Avanzado de Oncología-Investigación Aplicada y Traslacional en Neoplasias Digestivas.

Lugar y fecha de celebración: Barcelona, 15 y 16 de marzo de 2012. Coordinador: Dr. Albert Abad y Dra. Eva Martínez Balibrea.

Congreso Internacional de Oncología para Estudiantes.

Fecha y lugar de celebración: Pamplona, del 1 al 3 de marzo de 2012. Coordinador: Dr. Salvador Martín Algarra.

7ª Edición - Tratando Juntos.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 4 y 5 de mayo de 2012.
Coordinador: Dr. Jose Ramón Germá Lluch.

I Simposio Multidisciplinar: Estrategias Onco-Quirúrgicas en el Área Hepato-Bilio-Pancreática.

Fecha y lugar de celebración: Málaga, 19 y 20 de abril de 2012. Coordinador: Dr. Manuel Benavides Orgaz.

Carcinoma Broncopulmonar No Microcítico: Definición y Tratamiento de la Enfermedad Localmente Avanzada.

Fecha y lugar de celebración: Valencia, 4 de mayo de 2012.
Coordinador: Dr. José Gómez Codina.

V Jornadas Oncológicas de Albacete. Cáncer de Cabeza y Cuello.

Fecha y lugar de celebración: Albacete, 6 de marzo de 2012.
Coordinador: D^a Ana Valladolid Walsh.

Foro de Debate en Oncología 2012.

Fecha y lugar de celebración: Formigal, del 15 al 17 de abril de 2012. Coordinador: Dr. Antonio Antón Torres.

VIII Symposium de Tumores Germinales Testiculares.

Fecha y lugar de celebración: Santiago de Compostela, 18 y 19 de octubre de 2012. Coordinador: Dr. Luis León Mateos y Dr. Sergio Vázquez Estevez.

III Congreso Internacional MD Anderson sobre Cáncer Ginecológico: Diseñando el Futuro.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, del 14 al 16 de marzo de 2012. Coordinador: Dr. Antonio González Martín.

IV Symposium Bases Biológicas del Cáncer y Terapias Personalizadas.

Fecha y lugar de celebración: Salamanca, 24 y 25 de mayo de 2012. Coordinador: Dr. Juan Jesús Cruz Hernández.

5ª Revisión Anual GEICAM de Avances en Cáncer de Mama (RAGMA12).

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 15 y 16 de junio de 2012. Coordinador: Dr. José Enrique Alés Martínez.

8º Simposio Internacional de Oncología Traslacional.

Fecha y lugar de celebración: Barcelona, 26 y 27 de abril de 2012. Coordinador: Dr. Pere Gascón Vilaplana.

I Jornada Oncológica Multidisciplinar: Controversias en el Carcinoma No Microcítico de Pulmón IIIA-N2.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 14 de mayo de 2012.
Coordinador: Dr. Ramón Pérez Carrión.

VIII Simposio Abordaje Multidisciplinar del Cáncer.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 22 y 23 de marzo de 2012.
Coordinador: Dr. Alfredo Carrato y Dr. Manuel de las Heras.

I Jornada sobre Metástasis Cerebrales.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 26 de abril de 2012.
Coordinador: Dr. Pedro Pérez Segura.

II Simposio Nacional de Tumores Raros-Conceptos Prácticos.

Fecha y lugar de celebración: Barcelona, 20 de abril de 2012.
Coordinador: Dr. Jaume Capdevila y Dr. Enrique Grande.

4ª Edición - Cara a Cara con el Cáncer de Mama.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 10 de mayo de 2012.
Coordinador: Dr. Ignasi Tusquets y Dra. Laura Estévez.

Curso de Formación Interactiva en Dolor P.A.I.N.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 22 de junio de 2012.
Coordinador: Dra. Mar Serrano Sánchez.

20º Simposio Internacional de Avances en el Tratamiento de Tumores Digestivos (TTD).

Fecha y lugar de celebración: Granada, 13 y 14 de diciembre de 2012. Coordinador: Dra. Encarnación González Flores.

IIª Jornada CNIO- Oncología Traslacional en Cáncer Renal Metastásico.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 22 de mayo de 2012.
Coordinador: Dr. Daniel Castellano.

III Simposio en Melanoma-POST ASCO 2012.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 14 y 15 de junio de 2012. Coordinador: Dr. Salvador Martín Algarra.

I Jornada sobre Actualización en Reproducción Asistida- "Preservación de la Fertilidad".

Fecha y lugar de celebración: Murcia, 11 de mayo de 2012.
Coordinador: Dr. Agustín Navarrete Montoya.

Pathology of the 21st Century – From Molecular Diagnostics to Personalized Cancer Therapy.

Fecha y lugar de celebración: Madrid, 21 y 22 de junio en Madrid. Coordinador: Dr. Juan F. García García.

Libros, guías y documentos de consenso

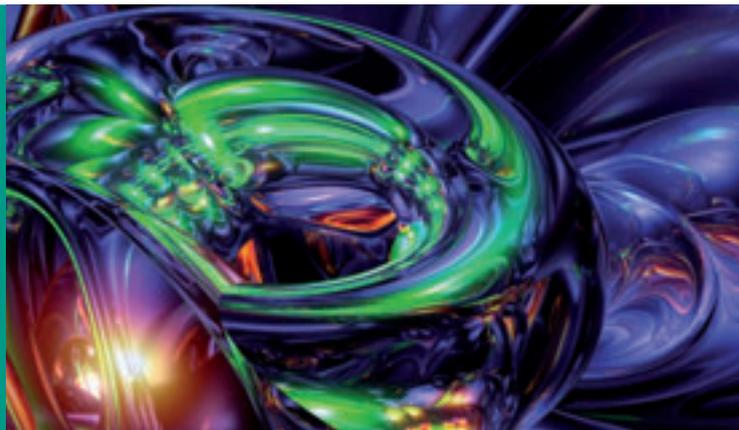
Manual Práctico de Organización y Funcionamiento de los Comités Uro-Oncológicos Multidisciplinares.

Editorial: Publicis Healthcare Communication Groupe S.L.U.
Coordinadores: Dr. Daniel Castellano y Dr. Bernardino Miñana.

Revista Uncommon Oncology.

Editorial: Springer Healthcare.
Editores: Dr. Javier Martínez Trufero y Dr. Antonio Antón Torres.

Artículo Destacado



Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up

Fritz H. Schröder, M.D., Jonas Hugosson, M.D., Monique J. Roobol, Ph.D., Teuvo L.J. Tammela, M.D., Stefano Ciatto, M.D., Vera Nelen, M.D., Maciej Kwiatkowski, M.D., Marcos Lujan, M.D., Hans Lilja, M.D., Marcos Zappa, Ph. D., Louis J. Denis, M.D., Franz Recker, M.D., Álvaro Pérez, M.D., Liisa Määttänen, Ph. D., Chris H. Bangma, M.D., Gunnar Aus, M.D., Sigrid Carlsson, M.D., Arnauld Villers, M.D., Xavier Rebillard, M.D., Theodorus van der Kwast, M.D., Paula M. Kujala, M.D., Bert G. Blijenberg, Ph. D., Ulf-Hakan Stenman, M.D., Andreas Huber, M.D., Kimmo Taari, M.D., Matti Hakama, Ph. D., Sue M. Moss, Ph. D., Harry J. de Koning, M.D., and Anssi Auvinen, M.D., for the ERSPC Investigators*

Comentario realizado por la Dra. Cristina Grávalos

Comentario

El cribado del cáncer de próstata es un tema controvertido. En 2009, Schröder y col¹ reportaron una reducción significativa de la tasa de muerte por cáncer de próstata (reducción relativa del 20%) en los hombres sometidos a screening con el antígeno específico prostático (PSA). Sin embargo, la U.S. Preventive Services Task Force², tras realizar un análisis basado en la literatura de los beneficios e inconvenientes, recomienda no realizar el test del PSA en hombres asintomáticos.

El European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) es un estudio multicéntrico que se inició en 1991 en Holanda y Bélgica, a los que se unieron entre 1994 y 1998 otros cinco países entre los que se encuentran España, Suecia, Finlandia, Italia y Suiza. En estos centros el reclutamiento se completó entre 1995 y 2003. Posteriormente, se unió también Francia con un periodo de reclutamiento entre los años 2000 y 2005, pero los datos de la cohorte francesa no se incluyen en este análisis porque el seguimiento es corto (mediana de 4.6 años).

En este artículo, Fritz H. Schröder y col. presentan los resultados del ERSPC con un seguimiento de 11 años, dos años más que el análisis inicial. El objetivo principal del estudio fue la mortalidad por cáncer de próstata. Los autores evaluaron las muertes, en la cohorte de cribado y en la cohorte control, de los pacientes a los que se diagnosticó un cáncer de próstata, incluyendo los casos en los que el diagnóstico fue en la autopsia³. Cada centro del estudio proporcionaba cada 6 meses los datos principales a un centro de datos independiente. Los datos de mortalidad global se obtuvieron de los registros nacionales.

La prueba principal de cribado fue el nivel del PSA sérico mediante la técnica de Tandem-R/Tandem-E/Access (Hybritech). Un valor positivo, definido como valor de PSA de 3 ng por mililitro o mayor, era indicación para biopsia en la mayoría de los centros. El screening se repetía con un intervalo de 4 años (2 años en Suecia).

El tamaño muestral se determinó para demostrar una reducción del 25% ($p < 0.05$) en la mortalidad en los hombres sometidos realmente al cribado, con una potencia del 80% a 10 años de seguimiento. El primer análisis se realizó con un seguimiento de al menos 10 años (2008) y el análisis actual incluye los datos de seguimiento desde 2008. Se incluyen los datos de Francia en relativos al PSA pero no de la incidencia ni de la mortalidad porque el seguimiento en ese país todavía es corto.

El análisis principal se basó en el grupo de hombres de edades comprendidas entre 55 y 69 años en el momento de la randomización (grupo "core"). Además del análisis por intención de cribado, los autores realizaron otro análisis generador de hipótesis que se limitó a los hombres realmente sometidos a screening.

El reclutamiento se completó en 2003 en los centros que fueron incluidos en el análisis de mortalidad. Durante los dos años adicionales de seguimiento, se continuó el cribado en Holanda, Suecia, Italia, Suiza y Francia.

En el grupo "core" de edad, se realizaron 136.689 pruebas de cribado (media, 2.27 por individuo). De ellos, el 16.6% fueron 

positivos y al 85.9% de los hombres con tests positivos se les realizó una biopsia prostática. La mediana del intervalo del cribado fue 4.02 años. Se diagnosticaron un total de 6.963 cánceres de próstata en el grupo de cribado (incidencia acumulada 9.6%) y 5.396 en el grupo control (incidencia acumulada 6.0%), con un total de aproximadamente 1.000 casos más en cada grupo del estudio en comparación con el análisis anterior del estudio.

La incidencia de cáncer de próstata durante todo el seguimiento fue 9.66 casos por 1.000 persona/año en el grupo de screening y 5.95 casos por 1.000 habitantes/año en el grupo control (índice en el grupo de cribado 1.63; IC95% 1.57-1.69) con una tasa de diferencia de 3.71 casos por 1.000 personas/año (IC95% 3.44-3.99).

El aumento de la incidencia en el grupo de cribado se debía principalmente a tumores pequeños, bien diferenciados, y la incidencia de tumores avanzados (T3 o T4 o con metástasis a distancia) y de cánceres agresivos (Gleason score, 8 a 10) fue menor en el grupo de screening que en el grupo de control.

En cuanto a la mortalidad, hubo 299 muertes por cáncer de próstata en el grupo de cribado y 462 en el grupo control, con unas tasas de muerte de 0.39 y 0.50 por 1.000 personas/año, respectivamente. De forma global, se encontró una tasa de 0.79 (IC95% 0.68-0.91; p=0.001), que corresponde a una reducción de riesgo relativo del 21% a favor del grupo de screening. La diferencia absoluta en mortalidad fue 0.10 muertes por 1.000 personas/año o 1.07 muertes por 1.000 hombres randomizados. Tras la corrección de sesgos de selección y no cumplimiento, se obtuvo una tasa ajustada de 0.71 (IC95% 0.58-0.86; p=0.001) para los hombres del grupo de cribado, lo que representa una reducción relativa del riesgo del 29%.

El índice total de muerte de cáncer de próstata entre los hombres del grupo de cribado estuvo de forma significativa por debajo de 1.00 en el grupo "core" de edad y para todas las edades. Sin embargo, en el análisis de subgrupo, la tasa de muerte por cáncer de próstata fue significativo solo para los hombres de edades entre 65 y 69 años.

En conclusión, este estudio observa un efecto absoluto del cribado en el riesgo de muerte por cáncer de próstata aumentado en el análisis por intención de cribado de 0.71 a 1.07 muertes por 1000 hombres con una mediana de seguimiento de 11 años, en comparación con los resultados iniciales con un seguimiento menor. En cambio, la reducción relativa del riesgo



apenas se modificó, 21%. Tras la corrección por no cumplimiento, la diferencia relativa fue del 29% para los hombres sometidos a cribado. Durante los años 10 y 11 de seguimiento, la reducción relativa del riesgo fue del 38%.

Sin embargo, la reducción de la mortalidad por cáncer de próstata debe ser balanceado con las desventajas de la detección precoz de este tumor, con una proporción de sobrediagnóstico estimada en aproximadamente el 50% de los cánceres detectados por screening.

Se requiere más información sobre los pros y contras del cribado del cáncer de próstata, así como su coste-efectividad, antes de que se puedan hacer recomendaciones generales.

Referencias

- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European Study. N Engl J Med 2009;360:1320-8.
- Screening for prostate cancer. Rockville, MD: U.S. Preventive Services Task Force, 2008 (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf-prca.htm>).
- De Koning HJ, Blom J, Merkelbach JW, et al. Determining the cause of death in randomized screening trial(s) for prostate cancer. BJU Int 2003;92: Suppl 2:71-8.

Comentario CTO

Clinical & Translational Oncology

Factor de
impacto
1.254

Phase II trial with letrozole to maximum reponse as primary systemic therapy in postmenopausal patients with ER/PgR[+] operable breast cancer

Antonio Llombart-Cussae • Ángel Guerrero • Antonio Galán • Vicente Carañana • Elvira Buch • Álvaro Rodríguez-Lescure
Amparo Ruiz • Carlos Fuster Diana • Vicente Guillen Porta

Comentario realizado por la Dra. Cristina Grávalos

Comentario

Aproximadamente el 50% de los casos de cáncer de mama (CM) aparecen en mujeres mayores de 65 años, que tiene tumores con fenotipos luminal A o B en más del 70% de los casos¹. La terapia hormonal desempeña un papel fundamental en el tratamiento del cáncer de mama con receptores estrogénicos (ER) o/y receptores de progesterona (PR) positivos.

En mujeres postmenopáusicas, la deprivación estrogénica producida por el letrozol, un inhibidor de aromataza no esteroideo, es más eficaz que el tamoxifeno tanto en estadios iniciales como avanzados.

El letrozol induce regresión tumoral como tratamiento primario hasta en el 80% de las pacientes con tumores ER+ y un estudio randomizado realizado por Eiermann y col² en 2001 confirmó la superioridad del letrozol sobre el tamoxifeno, tanto en tasa de respuestas como en cirugía conservadora de la mama. Un segundo estudio mostró que letrozol conseguía una mayor tasa de respuestas, aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas, en comparación con otros inhibidores de aromataza, anastrozol y exemestano, cuando se empleaban como tratamiento primario del cáncer de mama^{3,4}.

Sin embargo, todavía quedan cuestiones por resolver, como la duración óptima de la hormonoterapia neoadyuvante. En los estudios randomizados, el tratamiento de las

pacientes es de 3-4 meses, aunque algunos investigadores sugieren que una duración más prolongada podría mejorar la disminución del tumor y del estadio^{5,6}.

El objetivo de este estudio fase II de una única rama, realizado por el Dr. Llombart y col, es evaluar la duración óptima del tratamiento con letrozol como tratamiento neoadyuvante en mujeres postmenopáusicas con tumores con receptores hormonales positivos.

El estudio se realizó en cuatro Servicios de Oncología Médica de nuestro país. Las pacientes debían tener cáncer de mama infiltrante, con receptores hormonales positivos (> 10% por IHQ), estadios II o III, tener una edad > 70 años, o ser menores de 70 años no candidatas a quimioterapia. El tratamiento consistía en letrozol 2.5 mg/d durante 3-12 meses.

Las pacientes eran evaluadas cada 4 semanas mediante exploración física y cada 8 semanas con mamografía o ecografía mamaria durante los primeros 4 meses. En ausencia de beneficio clínico (reducción tumoral de menos de 3mm en el diámetro mayor) después de 4 meses, las pacientes no eran evaluables para el objetivo principal. En cambio, si se observaba mejoría clínica o radiológica en el mes 4, continuaban el tratamiento con evaluaciones cada 2 meses. Si se observaba una reducción mayor de 2 mm, las pacientes continuaban siendo tratadas hasta el mes 12.

Entre junio 2000 y junio 2005, se incluyeron 70 mujeres postmenopáusicas. La edad mediana de las mujeres fue 79 años y solo dos de ellas tenían menos de 70 años. El tamaño medio del tumor fue 3.5 cm (rango 2.5-10 cm). El 24% de las pacientes tenían afectación axilar clínica y el 13% cumplían criterios de estadio IIIB (T4 y/o N2).

Cincuenta y seis (80%) de las 70 mujeres fueron evaluables para eficacia. En la evaluación del mes 4, el 45% tenían enfermedad estable y el 55% tenían respuesta. Con la excepción de las 6 pacientes que tuvieron respuesta completa, el resto continuó el tratamiento hormonal. Al final de estudio, el 76.8% de ellas tuvieron respuesta por RECIST. En el 25% de los casos se observó respuesta completa y en el 52% respuesta parcial. El tiempo mediano hasta la respuesta fue 3.9 meses (IC95% 3-4.5) y de 4.2 meses hasta la máxima respuesta (IC95% 4.0-4.5). Se observó una tendencia a mayor tasa de respuesta (86% vs 67%) entre las mujeres cuyos tumores expresaban los dos receptores, pero sin diferencias estadísticamente significativas en el tiempo hasta la respuesta o hasta máxima respuesta.

Se realizó cirugía conservadora en el 43% de los casos, siendo ligeramente superior en las respondedoras (56%). No se observaron respuestas completas patológicas.

En conclusión, una duración de 4-6 meses de tratamiento neoadyuvante con letrozol es adecuada para evaluar la eficacia del tratamiento. En pacientes con respuesta inicial, la evaluación de la duración en cada caso permite mejorar la respuesta y optimizar el abordaje quirúrgico.

Referencias

- 1 Mahillo Ramos E, Llombart Cussac A, Ruiz Simón A et al. Estudio epidemiológico del grupo GEICAM sobre el cáncer de mama en España (1994-1997): Proyecto "El Álamo II" [Epidemiological study of the GEICAM group on breast cancer in Spain (1994-1997): "El Álamo II" Project]. *Investigación Clínica y Farmacéutica* 2005; 2:1697-2554.
- 2 Eiermann W, Paepke S, Appfelstaedt J et al. Preoperative treatment of postmenopausal breast cancer patients with letrozole: a randomized double-blind multicenter study. *Ann Oncol* 2001; 12:1527-1532.
- 3 Ellis MJ, Buzdar G, Untch GW et al. ACOSOG Z1031: a randomized phase II trial comparing exemestane, letrozole, and anastrozole in postmenopausal women with clinical stage II/III estrogen receptor-positive breast cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28[18s]:abstr LBA513.
- 4 Ellis MJ, Miller WR, Tao Y et al. Aromatase expression and outcomes in P024 neoadjuvant endocrine therapy trial. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 116:371-378.
- 5 Gil y Gil MJ, Moreno A, Perez X et al. Prognostic factors of tumor response and progression free survival in patients with localized breast cancer treated with toremifene as primary therapy. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2002; 21[Suppl]:2979.
- 6 Barnadas A, Gil M, Gonzalez S et al. Exemestane as primary treatment of estrogen receptor positive breast cancer in post menopausal women: a phase II trial. *Br J Cancer* 2009; 100:442-449.

Clin Transl Oncol (2012) 14:125-131
DOI 10.1007/s12094-012-0771-9

RESEARCH ARTICLES

Phase II trial with letrozole to maximum response as primary systemic therapy in postmenopausal patients with ER/PgR[+] operable breast cancer

Antonio Llombart-Cussac · Ángel Guerrero · Antonio Galán · Vicente Carañana · Elvira Buch · Álvaro Rodríguez-Lescure · Amparo Ruiz · Carlos Fuster Diana · Vicente Guillem Porta

Abstract

Purpose Letrozole is superior to tamoxifen in terms of response and breast preservation rates as primary systemic therapy (PST) in postmenopausal women with ER-positive early breast cancer. However, the optimum duration of endocrine PST remains uncertain.

Methods A phase 2 multicentre, open-label trial was conducted to evaluate the efficacy of letrozole over a preoperative period of 4 months to 1 year. Seventy postmenopausal patients (over 65 years) were recruited in four centers. The primary endpoint was to establish the optimal duration of treatment defined as the time required to attain the maximum response by clinical palpation.

Results The median age of the group was 79 years (66-91) and the median tumour size 35 mm (range 25-100 mm). No severe adverse events were reported. Fifty-six patients were evaluable for the primary objective. A total of 43 patients (76.8%) achieved an objective response; 29 (51.8%) being partial and 14 (25.0%) complete. The median time to objective response was 3.9 months (95% CI 3.3-4.5) and the median time to maximum response was 4.2 months (95% CI 4.0-4.5), although 20 (37.1%) patients achieved the maximal response within 6-12 months.

Conclusions Letrozole shows a high activity and excellent tolerability as neoadjuvant therapy in elderly patients with endocrine-dependent breast cancer. Four to six months of letrozole as PST is an optimum duration with modest benefits thereafter.

2^o SIMPOSIO NACIONAL S E O M

MADRID 2012
HOTEL NH - EUROBUILDING
24, 25 y 26 OCTUBRE

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Dr. Juan Jesús Cruz

**Sección SEOM de Inv.
Traslacional**
Dr. José Manuel Trigo

Coordinador
Dr. César A. Rodríguez

**Sección SEOM de Cuidados
Continuos**

Secretaría Científica
Dra. Cristina Grávalos

Dra. Yolanda Escobar
Dr. Javier Espinosa
Dr. J. Antonio Virizuela

**Representante Junta
Directiva 2011-2013 y
Grupo Trombosis**
Dr. Pablo Borrega

**Sección SEOM de Cáncer
Hereditario**

Representante Socios
Dr. José Gómez Codina

Dra. Carmen Guillén
Dr. Santiago González
Dr. Luis Robles

Grupo de Trabajo +MIR
Dr. Agustí Barnadas

Fundación
SEOM

Declarado de interés sanitario por:



Acreditado por:



24, cat. I
ESMO-MORA
Points

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

PROGRAMA PRELIMINAR

MARTES 23 DE OCTUBRE DE 2012

HORARIO	SALA MAGERIT	SALA MADRID 1+2	SALA LISBOA	SALA ROMA
13:30-15:30h	RUEDA DE PRENSA			
16:30-17:30h		ACTO INAUGURAL		
17:30-19:30h		MESA REDONDA / DEBATE TEMAS DE ACTUALIDAD Análisis de los Modelos Organizativos de la Oncología Médica	SIMPOSIO GRUPO DE TRABAJO Grupo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología (CICOM)	SIMPOSIO GRUPO COOPERATIVO/ INDEPENDIENTE Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes (GETHI)
19:30-20:30h		TEMAS DE ACTUALIDAD Presentación Plan de Largos Supervivientes SEOM	COMUNICACIONES ORALES CICOM	

HORARIO	SALA MADRID 1+2	SALA LISBOA	SALA ROMA	SALA VIENA	SALA MADRID 3	SALA EDIMBURGO
8:30-9:00h	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN					
9:00-10:00h	EDUCACIONAL TEMAS DE ACTUALIDAD Identificando las Terapias más Prometedoras en Cáncer de Mama	EDUCACIONAL CUIDADOS CONTINUOS Abordaje de la Enfermedad Ósea Metastásica	SESIÓN +MIR CÁNCER HEREDITARIO	SESIÓN AECC		
10:00-11:00h	CONTROVERSIA TEMAS DE ACTUALIDAD ¿Es Ya el Momento del Uso de los Perfiles Genéticos en Oncología?	MESA REDONDA/ DEBATE CUIDADOS CONTINUOS Sedación Paliativa		EDUCACIONAL SEOM / SEAP		
11:00-11:30h	PAUSA CAFÉ / VISITA A LOS POSTERS EXPUESTOS*					
11:30-12:30h	MESA REDONDA/ DEBATE TEMAS DE ACTUALIDAD Seguimiento en Largos Supervivientes	POSTERS DISCUTIDOS CUIDADOS CONTINUOS Y TROMBOSIS	POSTERS DISCUTIDOS CÁNCER HEREDITARIO	POSTERS DISCUTIDOS TEMAS DE ACTUALIDAD E INV. TRASLACIONAL		
12:30-14:15h	SESIÓN PLENARIA					
14:30-15:50h					ALMUERZO SIMPOSIO SATÉLITE BAYER	ALMUERZO SIMPOSIO SATÉLITE JANSSEN PRÓSTATA
16:00-17:00h	EDUCACIONAL TEMAS DE ACTUALIDAD Igualdad de Acceso a Fármacos en Oncología en España	EDUCACIONAL CUIDADOS CONTINUOS Manejo de la Toxicidad Hematológica	TALLER 1 CÁNCER HEREDITARIO Estrategias de Diagnóstico del Síndrome de LYNCH	TALLER 2 CÁNCER HEREDITARIO Diagnóstico de las Poliposis Colónicas		
17:00-18:00h		CONTROVERSIA CUIDADOS CONTINUOS Impacto de los Cuidados Continuos en QOL y Supervivencia	TALLER 2 CÁNCER HEREDITARIO Diagnóstico de las Poliposis Colónicas	TALLER 1 CÁNCER HEREDITARIO Estrategias de Diagnóstico del Síndrome de LYNCH		
18:00-18:30h	PAUSA CAFÉ / VISITA A LOS POSTERS EXPUESTOS*					
18:30h-20:00h	EDUCACIONAL TEMAS DE ACTUALIDAD Tratamiento de Mantenimiento ¿Para Quién y Hasta Cuando?	ORALES CUIDADOS CONTINUOS (1)	ORALES CÁNCER HEREDITARIO (1)	ORALES TEMAS DE ACTUALIDAD E INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (1)		
20:00-21:15h	SIMPOSIO SATÉLITE EISAI FARMACÉUTICA MAMA					
21:15-22:00h	COCTEL**					

* Exposición de Posters. Sala Londres

** A continuación se servirá un cóctel en el salón Terraza del Hotel. Con la colaboración de EISAI Farmacéutica.

- Sesiones de Temas de Actualidad
- Sesiones de Cuidados Continuos
- Sesiones de Consejo Genético y Cáncer Hereditario

HORARIO	SALA MADRID 1+2	SALA LISBOA	SALA ROMA	SALA VIENA	SALA MADRID 3	SALA EDIMBURGO
8:00-9:00h	HIGHLIGHTS					
9:00-10:00h	EDUCACIONAL TEMAS DE ACTUALIDAD Avances en el Tratamiento Sistémico del Melanoma Maligno	SESIÓN +MIR CUIDADOS CONTÍNUOS Dolor Oncológico (1ª parte) Actualización Teórica	TALLER 3 CÁNCER HEREDITARIO Manejo de las Variantes de Significado Incierto	TALLER 4 CÁNCER HEREDITARIO Detección Precoz y Prevención del Cáncer de Mama y Ovario Hereditario		
10:00-11:00h	EDUCACIONAL TEMAS DE ACTUALIDAD Identificando las Terapias más Prometedoras en: Cáncer de Pulmón		TALLER 4 CÁNCER HEREDITARIO Detección Precoz y Prevención del Cáncer de Mama y Ovario Hereditario	TALLER 3 CÁNCER HEREDITARIO Manejo de las Variantes de Significado Incierto		
11:00-11:30h	PAUSA CAFÉ / VISITA A LOS POSTERS EXPUESTOS*			PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA +MIR: GROWING UP	PAUSA CAFÉ / VISITA A LOS POSTERS EXPUESTOS*	
11:30-12:30h	ASAMBLEA GENERAL					
12:30-14:30 h	SESIÓN PRESIDENCIAL					
14:40-16:00h					ALMUERZO SIMPOSIO SATÉLITE BAYER	ALMUERZO SIMPOSIO SATÉLITE JANSSEN PRÓSTATA
16:10-17:45h	MESA REDONDA/ DEBATE TEMAS DE ACTUALIDAD Presente y Futuro de la Docencia en Oncología Médica (Del Pregrado a la Formación MIR)	SESIÓN +MIR CUIDADOS CONTÍNUOS Dolor Oncológico (2ª parte) Talleres Prácticos	TALLER 5 CÁNCER HEREDITARIO Casos Clínicos de Cáncer de Páncreas, Renal, Gástrico Familiar	TALLER 6 CÁNCER HEREDITARIO Principios del Asesoramiento Genético y Comunicación		
17:45-19:15h	EDUCACIONAL INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (1)	EDUCACIONAL CUIDADOS CONTINUOS Mucho más que Terapias Alternativas y Complementarias	TALLER 6 CÁNCER HEREDITARIO Principios del Asesoramiento Genético y Comunicación	TALLER 5 CÁNCER HEREDITARIO Casos Clínicos de Cáncer de Páncreas, Renal, Gástrico Familiar		
19:15-21:15	JUNTAS DIRECTIVAS / ASAMBLEAS GENERALES / REUNIONES Grupos Cooperativos					
21:30h	CÓCTEL / CENA OFICIAL ENTREGA DE PREMIOS Y BECAS SEOM 2012					

HORARIO	SALA MADRID 1+2	SALA LISBOA	SALA ROMA	SALA VIENA	SALA EDIMBURGO
8:00-9:00h	HIGHLIGHTS				
9:00-10:00h	EDUCACIONAL +MIR TROMBOSIS	ORALES TEMAS DE ACTUALIDAD E INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (2)	CONFERENCIA CÁNCER HEREDITARIO Avances en el Tratamiento Sistémico de los Tumores BRCA-Deficientes	CONFERENCIA CÁNCER HEREDITARIO Quimioterapia en Cáncer Hereditario	
9:30-10:30h		EDUCACIONAL CUIDADOS CONTINUOS Soporte Nutricional	CONFERENCIA CÁNCER HEREDITARIO Seguimiento en Familias Alto Riesgo Cáncer de Mama BRCA 1-2 Negativo	CONFERENCIA CÁNCER HEREDITARIO Seguimiento Endoscópico de Recto vs Cirugía en la PAF	SESIÓN SEOM - GEPAC: Diálogos de Cáncer EDUCACIONAL con los Pacientes
10:30-11:30h	EDUCACIONAL TEMAS DE ACTUALIDAD Identificando las Terapias más Prometedoras en: Cáncer de Colon	EDUCACIONAL CUIDADOS CONTINUOS Antieméticos	EDUCACIONAL CÁNCER HEREDITARIO Ultrasecuenciación en Cáncer Hereditario		
11:30-12:00h	PAUSA CAFÉ / VISITA A LOS POSTERS EXPUESTOS*				
12:00-13:30h	EDUCACIONAL Nuevas Estrategias en el Tratamiento del Cáncer de Próstata Avanzado	EDUCACIONAL CUIDADOS CONTINUOS Nuevos Fármacos Nuevas Toxicidades	MESA REDONDA / DEBATE CÁNCER HEREDITARIO Estudios Genéticos en la Infancia/Adulto	EDUCACIONAL INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (2)	SESIÓN SEOM - GEPAC: Diálogos de Cáncer con los Pacientes
13:30-14:30h	ORALES TROMBOSIS	ORALES CUIDADOS CONTÍNUOS (2)	ORALES CÁNCER HEREDITARIO (2)		

* Exposición de Posters. Sala Londres

** A continuación se servirá un cóctel en el salón Terraza del Hotel. Con la colaboración de EISAI Farmacéutica.

- Sesiones de Temas de Actualidad
- Sesiones de Cuidados Continuos
- Sesiones de Consejo Genético y Cáncer Hereditario

Martes, 23 de Octubre

ALMUERZO

RUEDA DE PRENSA. Sala Magerit

16:30 - 17:30 h

ACTO INAUGURAL. Sala Madrid 1 + 2

Representantes de la Administración. *Pendiente de Confirmar*

Dr. Juan Jesús Cruz Hernández. *Presidente SEOM. H. Clínico Universitario. Salamanca*

Dra. Pilar Garrido López. *Vicepresidenta SEOM. H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

Dr. César A. Rodríguez Sánchez. *Coordinador del Comité Científico del Simposio. H. Clínico Universitario. Salamanca*

17:30 - 19:00 h

MESA REDONDA / DEBATE DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2
ANÁLISIS DE LOS MODELOS ORGANIZATIVOS DE LA ONCOLOGÍA MÉDICA

Moderadores:

Dr. Juan Jesús Cruz Hernández. *Presidente SEOM. H. Clínico Universitario. Salamanca*

Dra. Pilar Garrido López. *Vicepresidenta SEOM. H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

- **Dr. Josep M^a Borràs.** *Coordinador de la Estrategia de Cáncer del SNS*
- **Representante del Ministerio de Sanidad.** *Pendiente de Confirmar*
- **Dr. Enrique Aranda Aguilar.** *H. Universitario Reina Sofía. Córdoba*

SIMPOSIO GRUPO COOPERATIVO.

Sala Roma

GRUPO ESPAÑOL DE TUMORES HUÉRFANOS E INFRECUENTES (GETHI)

Moderadores:

Dr. Enrique Grande Pulido. *Presidente GETHI. H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

Dr. José Gómez Codina. *Vicepresidente GETHI. H. Universitario Politécnico La Fe. Valencia*

- La Investigación en Tumores Raros
- **Dr. Ramón de las Peñas Bataller.** *H. Provincial de Castellón*
- Tumores Neuroendocrinos de Origen Intestinal
- **Dra. Rocío García Carbonero.** *Vocal SEOM; H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*
- Sarcomas de Estirpe Vascular
- **Dra. Claudia Valverde Morales.** *H. Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona*
- Tumores de la Glándula Adrenal
- **Dr. Roberto Díaz Beveridge.** *H. Universitario Politécnico La Fe. Valencia*

SIMPOSIO DEL GRUPO SEOM DE COORDINADORES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ONCOLOGÍA (CICOM). Sala Lisboa
MANEJO DE LA CALIDAD EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN LA ERA TECNOLÓGICA

Moderador: D^a. Begoña Martín Castillo. *Coordinadora Ensayos Clínicos. H. Doctor Josep Trueta (ICO). Girona*

MESA 1: HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- Punto de Vista de los Coordinadores de Ensayos Clínicos
- **D^a. Marisa Durán Sánchez.** *Coordinadora Ensayos Clínicos. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid*
- Punto de Vista del Monitor
- **D^a. Ruth López Magdaleno.** *Monitora PIVOTAL*

MESA 2: CRD ELECTRÓNICO: VENTAJAS E INCONVENIENTES

- Punto de Vista de los Coordinadores de Ensayos Clínicos
- **D. Sergio Ayuga.** *Coordinador Ensayos Clínicos. H. Son Llàtzer. Palma de Mallorca*
- Punto de Vista del Monitor
- **D^a. Carolina Muñoz de Olmedo.** *Monitora TFS*

19:00 - 20:00 h

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE CICOM. Sala Lisboa

Moderador: D^a Berta Nasarre López. *H. Universitario La Princesa. Madrid*

Discusor: Dr. Francisco Javier Pérez Martín. *H. Durán i Reynals (ICO). Barcelona*

SESIÓN DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2

PRESENTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL SEOM DE ATENCIÓN AL LARGO SUPERVIVIENTE. *Con la colaboración de MERCK y ROCHE*

Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu. *H. Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla*

Dr. Emilio Alba Conejo. *H. Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

Miércoles, 24 de Octubre

8:30-9:00 h

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

9:00-10:00 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2
IDENTIFICANDO LAS TERAPIAS MÁS PROMETEDORAS EN CÁNCER DE MAMA

Moderadores:

Dra. Ana Lluch Hernández. H. Clínico Universitario. Valencia

Dr. Agustí Barnadas i Molins. H. de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

- La Vía PI3K como Diana Terapéutica en Cáncer de Mama

Dr. Antonio González Martín. Centro Oncológico MD Anderson. Madrid

- Nuevas Estrategias en el Tratamiento del Cáncer de Mama HER2 Positivo

Dra. Montserrat Muñoz Mateu. H. Clínica i Provincial. Barcelona

- Nuevos Citostáticos en el Tratamiento del Cáncer de Mama Metastásico. ¿Qué Aportan?

Dra. Eva M^a Ciruelos Gil. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa
ABORDAJE TERAPÉUTICO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD ÓSEA METASTÁSICA

Moderadores:

Dr. Antonio Antón Torres. H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Dr. Vicente Guillem Porta. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia

- Impacto de la Enfermedad Ósea Metastásica en la Calidad de Vida y Supervivencia del Paciente con Cáncer

Dra. Maribel Ruiz Martín. H. Río Carrión. Palencia

- Optimización del Tratamiento con Ácido Zoledrónico. Importancia de las Dosis y su Intervalo de Administración

Dr. Juan R. de la Haba Rodríguez. H. Universitario Reina Sofía. Córdoba

- Denosumab y Otras Nuevas Estrategias en el Tratamiento de las Metástasis Óseas

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

SESIÓN AECC. Sala Viena.

Pendiente de Confirmar Contenidos

9:00-11:00 h

SESIÓN DE FORMACIÓN +MIR DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Roma

Moderadores:

Dra. Raquel Andrés Conejero. H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Dra. Teresa Martín Gómez. H. Clínico Universitario. Salamanca

- Bases Genéticas del Cáncer Hereditario

Dr. Miguel de la Hoya Mantecón. Laboratorio Oncología Molecular. H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid

- ¿Ante qué Síndrome nos Encontramos?

Dr. Ángel Miguel Alonso Sánchez. H. Virgen del Camino. Pamplona

- Asesoramiento en Cáncer Hereditario

Dra. Raquel Serrano Blanch. H. Universitario Reina Sofía. Córdoba

10:00-11:00 h

SESIÓN DE CONTROVERSIA DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2.

¿ES YA EL MOMENTO DE LOS PERFILES GENÉTICOS EN ONCOLOGÍA?

Introducción y Moderador: **Dr. Jesús García-Foncillas López.** Fundación Jiménez Díaz. Madrid

- A Favor: **Dr. Ramón Salazar Soler.** H. Durán i Reynals (ICO). Barcelona

- En Contra: **Dra. Isabel Manuela Álvarez López.** H. Donostia. San Sebastián

Discusión y Conclusiones: **Dr. Rafael López López.** H. Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

MESA REDONDA / DEBATE DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa
SEDACIÓN PALIATIVA

Moderadores:

Dr. Jaime Sanz-Ortiz. H. Universitario Marques de Valdecilla. Santander

Dr. Manuel Constenla Figueiras. Complejo Hospitalario de Pontevedra

- Un Derecho del Paciente

Dr. Vicente Valentín Maganto. Oficina Regional de Coordinación Oncológica (SERMAS). Madrid

- Un Deber del Médico

Dr. Nofre Pons Sureda. H. Comarcal de Inca. Palma de Mallorca

SIMPOSIO EDUCACIONAL SEOM/SEAP. Sala Viena

Pendiente de Confirmar Contenidos

11:00-11:30 h

PAUSA CAFÉ. Zonas de Exposición Comercial

11:30-12:30 h

MESA REDONDA / DEBATE DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2.

Con la colaboración de **MERCK** y **ROCHE**

EL SEGUIMIENTO EN LARGOS SUPERVIVIENTES (ONCOLOGÍA / ATENCIÓN PRIMARIA / ENFERMERÍA)

Moderadores:

Dr. José Ramón Germá Lluch. H. Duran i Reynals (ICO). Barcelona

Dr. Hernán Cortés-Funes Castro-Escalada. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid

- El Seguimiento del Largo Superviviente en las Unidades de Oncología Médica. Ventajas y Limitaciones

Dr. Antonio Rueda Domínguez. H. Costa del Sol. Marbella

- ¿Está Preparada la Atención Primaria para el Seguimiento de los Largos Supervivientes?

Dra. Fátima Santolaya Sardinero. Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

- El Papel de la Enfermería Oncológica en el Seguimiento de los Largos Supervivientes

D^a. Concepción Reñones Crego. Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)

SESIÓN DE POSTER DISCUTIDOS DE TEMAS DE ACTUALIDAD E DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL. Sala Viena

Discusores:

Dr. Juan Carlos Torrego García. H. Universitario del Río Hortega. Valladolid

Dra. Mirta García Alonso. H. Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

SESIÓN DE POSTERS DISCUTIDOS DE CUIDADOS CONTINUOS Y DE TROMBOSIS. Sala Lisboa

Discusores:

Dra. Raquel Bratos Lorenzo. Centro Oncológico MD Anderson España. Madrid

Dr. María del Mar Muñoz Sánchez. H. General Virgen de la Luz. Cuenca

SESION DE POSTERS DISCUTIDOS DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Roma

Discusores:

Dr. Iván Márquez Rodas. H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Dr. Juan de Dios García Díaz. H. Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Madrid

12:30-14:15 h

SESIÓN PLENARIA. Sala Madrid 1+2

Moderadores:

Dr. Rafael Rosell Costa. H. Universitario Germans Trias i Pujol (ICO). Badalona

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

CÁNCER HEREDITARIO

Discusor: Dr. Ignacio Blanco Guillermo. H. Duran i Reynals (ICO). Barcelona
PLE-1

CUIDADOS CONTINUOS

Discusor: Dr. Jaime Feliú Battle. H. Universitario La Paz. Madrid
PLE-2

TEMA DE ACTUALIDAD

Discusor: Dr. Antonio Llombart Cussac. H. Universitario Arnau de Vilanova. Valencia
PLE-3

MEJOR COMUNICACIÓN PRESENTADA POR UN RESIDENTE

Discusor: Dr. César A. Rodríguez Sánchez. H. Clínico Universitario. Salamanca
PLE-4

14:30-15:50 h

ALMUERZOS DE TRABAJO / SIMPOSIOS SATÉLITES.

- Tema: Pendiente de Confirmar. Sala Madrid 3. *Organizado por BAYER*
- Tema: Próstata. Sala Edimburgo. *Organizado por JANSSEN*

16:00-18:00 h

MESA REDONDA / DEBATE DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2

IGUALDAD EN EL ACCESO A FÁRMACOS EN ONCOLOGÍA MÉDICA EN ESPAÑA

Moderadores:

Dr. Eduardo Díaz-Rubio García. H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Dr. Albert Abad Esteve. H. Universitario Germans Trias i Pujol (ICO). Badalona

- Representante Administración Central
- **Dña. Begoña Barragán.** Presidenta del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)
- **Dr. Francisco Javier Salvador Bofill.** Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla
- Periodista Especializado en Salud

16:00-17:00 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa MANEJO DE LA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA

Moderadores:

Dr. Josep Manuel Piera Pibernat. *H. Donostia. San Sebastián*
Dr. Álvaro Rodríguez Lescure. *H. General Universitario de Elche. Alicante*

- Neutropenia
Dr. Alberto Carmona Bayonas. *H. General Universitario Morales Meseguer. Murcia*
- Anemia
Dr. Javier de Castro Carpeño. *H. Universitario La Paz. Madrid*
- Trombopenia
Dra. M^a Dolores Pineda Pineda. *H. General de Ciudad Real*

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (1). *Sala Roma*
ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LYNCH
Coordinador: **Dr. Enrique Lastra Aras.** *H. General Yagüe. Burgos*

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (2). *Sala Viena*
DIAGNÓSTICO (CLÍNICO Y MOLECULAR) DE LAS POLIPOSIS COLÓNICAS

Coordinador: **Dr. Gabriel Capellá Munar.** *H. Durán i Reynals (ICO). Barcelona*

17:00-18:00 h

SESIÓN DE CONTROVERSIA DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa ¿INFLUYEN LOS CUIDADOS CONTINUOS NO SOLO EN CALIDAD DE VIDA SINO TAMBIÉN EN SUPERVIVENCIA?

Introducción y Moderador: **Dr. Guillermo López Vivanco-Alda.** *H. de Cruces. Vizcaya*

- A Favor: **Dr. Eugeni Saigí Grau.** *Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona*
- En Contra: **Dr. Ángel Artal Cortés.** *H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

Discusión y Conclusiones: **Dr. Alfonso Gúrpide Ayarra.** *Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona*

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (2). *Sala Roma*
DIAGNÓSTICO (CLÍNICO Y MOLECULAR) DE LAS POLIPOSIS COLÓNICAS

Coordinador: **Dr. Gabriel Capellá Munar.** *H. Durán i Reynals (ICO). Barcelona*

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (1). *Sala Viena*
ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LYNCH
Coordinador: **Dr. Enrique Lastra Aras.** *H. General Yagüe. Burgos*

18:00-18:30 h

PAUSA CAFÉ. Zonas de Exposición Comercial

18:30-20:00 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2. Con la colaboración de LILLY

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO ¿PARA QUIÉN Y HASTA CUÁNDO?

Moderadores:

Dr. Luis Paz-Ares Rodríguez. *H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Dra. Pilar García Alfonso. *H. Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

- Cáncer de Pulmón
Dr. Manuel Dómine Gómez. *Fundación Jiménez Díaz. Madrid*
- Cáncer de Colon
Dra. M^a José Safont Aguilera. *H. General Universitario. Valencia*
- Cáncer de Mama
Dra. Lourdes Calvo Martínez. *Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña*
- Cáncer de Ovario
Dr. Andrés Poveda Velasco. *Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia*

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE TEMAS DE ACTUALIDAD (1). Sala Viena

Moderadores:

Dr. Juan José Grau de Castro. *H. Clinic i Provincial. Barcelona*

Dr. Carlos García Girón. *H. General Yagüe. Burgos*

Discusores:

Dr. José Manuel López Vega. *H. Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

Dr. Emilio Esteban González. *H. Universitario Central de Asturias. Oviedo*

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE CUIDADOS CONTINUOS (1). Sala Lisboa

Moderadores:

Dr. Jesús García Mata. *H. Santa María Nai. Orense*

Dr. Carlos Jara Sánchez. *Fundación Hospital Alcorcón*

Discusores:

Dr. Ricardo González del Val Subirats. *H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

Dr. Eduardo Ceballos Barbancho. *H. de Mérida. Badajoz*

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE CÁNCER HEREDITARIO (1). Sala Roma

Moderadores:

Dra. Isabel Lorenzo Lorenzo. *Complejo Hospitalario. Pontevedra*

Dra. Gema Durán Ogalla. *H. Universitario Carlos Haya. Málaga*

Discusores:

Dr. José Luis Soto Martínez. *H. General Universitario de Elche. Alicante*

Dra. Ana Beatriz Sánchez Heras. *H. General Universitario de Elche. Alicante*

20:00-21:00 h

SIMPOSIO SATÉLITE. Sala Madrid 1+2

- Tema: MAMA. Organizado por EISAI FARMACÉUTICA

21:00-22:00 h

CÓCTEL DEL SIMPOSIO SATÉLITE. Salón Terraza del Hotel NH Eurobuilding de Madrid

Organizado por EISAI FARMACÉUTICA

Jueves, 25 de Octubre

08:00 - 09:00 h

HIGHLIGHTS DEL SIMPOSIO. Con la colaboración de MSD

Retransmisión en directo a través de la Plataforma Univadis Oncología (www.univadis.es)

09:00 - 10:00 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2. Con la colaboración de BMS

AVANCES EN EL TRATAMIENTO SISTÉMICO DEL MELANOMA MALIGNO
Moderadores:

Dr. Salvador Martín Algarra. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona
Dr. José Luis González Larriba. H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid

- Bloqueo del Antígeno CTLA-4: Ipilimumab
Dr. Alfonso Berrocal Jaime. H. General Universitario. Valencia
- Vemurafenib en Pacientes con Melanoma Maligno BRAF Mutado
Dr. Mariano Provencio Pulla. H. Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid
- Recomendaciones Prácticas en la Selección del Tratamiento en Melanoma Metastásico
Dr. Pedro Pastor Gaitán. H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (3). Sala Roma
MANEJO DE LAS VARIANTES DE SIGNIFICADO INCIERTO

Coordinador: Dr. Miguel Urioste Azcorra. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (4). Sala Viena
DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO

Coordinador: Dra. Gemma Lloret Pursals. Instituto Oncológico del Vallés. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona

09:00 - 11:00 h

SESIÓN DE FORMACIÓN +MIR DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa

TALLER DE DOLOR ONCOLÓGICO (1ª PARTE). FORMACIÓN TEÓRICA: "CASOS REALES EN SITUACIONES REALES"

Moderadores:

Dr. Francisco Javier Barón Duarte. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña

Dr. Joaquín Montalar Salcedo. H. Universitario Politécnico La Fe. Valencia

- Principios Generales del Tratamiento del Dolor
Dra. Ana Blasco Cordellat. H. General Universitario. Valencia
- Dolor Neuropático
Dr. Javier Espinosa Arranz. H. General Universitario. Ciudad Real
- Dolor Irruptivo
Dra. Yolanda Escobar Álvarez. H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- Tratamiento Invasivo del Dolor Oncológico
Dra. Concepción Pérez Hernández. H. Universitario de la Princesa. Madrid

10:00 - 11:00 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2. *Con la colaboración de LILLY*
IDENTIFICANDO LAS TERAPIAS MÁS PROMETEDORAS EN CÁNCER DE PULMÓN

Moderadores:

Dr. Carlos Camps Herrero. H. General Universitario. Valencia

Dra. Dolores Isla Casado. H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

- Selección Individualizada del Tratamiento en Cáncer No Microcítico de Pulmón

Dr. Óscar José Juan Vidal. H. Universitario Politécnico La Fe. Valencia

- Presente y Futuro en el Tratamiento del Cáncer de Pulmón de Células Pequeñas

Dr. Manuel Cobo Dols. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

- Actualización en el Tratamiento del Mesotelioma Pleural Maligno
- Dr. Bartomeu Massutí Sureda.** H. General Universitario de Alicante

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (4). Sala Roma
DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO

Coordinador: Dra. Gemma Lloret Pursals. Instituto Oncológico del Vallés. Corporación Sanitaria Parc Tauli. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (3). Sala Viena
MANEJO DE LAS VARIANTES DE SIGNIFICADO INCIERTO

Coordinador: Dr. Miguel Urioste Azcorra. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid

11:00-11:30 h

PAUSA CAFÉ. Zonas de Exposición Comercial

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA +MIR: GROWING UP. Sala Viena. *Con la colaboración de MSD*

11:30-12:30 h

ASAMBLEA GENERAL SEOM. Sala Madrid 1+2

12:30-14:30 h

SESIÓN PRESIDENCIAL. Sala Madrid 1+2

Moderadores:

Dr. Juan Jesús Cruz Hernández. Presidente SEOM. H. Clínico Universitario. Salamanca

Dra. Pilar Garrido López. Vicepresidenta SEOM. H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid

- La Astenia en el Paciente con Cáncer de la Fisiopatología al Tratamiento
- Dr. Eduardo Bruera.** University of Texas, MD. Anderson Cancer Center. Houston, Texas (USA)

- 10 años del Consejo Genético en España

Dr. Pedro Pérez Segura. H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Dr. Joan Brunet i Vidal. H. Doctor Josep Trueta (ICO). Girona

- Título y Ponente: Pendiente de Confirmar

14:40-16:00 h

ALMUERZOS DE TRABAJO / SIMPOSIOS SATÉLITES.

- Tema: Pendiente de Confirmar. Sala Madrid 3. *Organizado por ROCHE*
- Tema: Pulmón. Sala Edimburgo. *Organizado por ASTRAZÉNECA*

16:10-17:45 h

MESA REDONDA /DEBATE DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2

PRESENTE Y FUTURO DE LA DOCENCIA EN ONCOLOGÍA MÉDICA (DEL PREGRADO A LA FORMACIÓN MIR)

Moderadores:

Dr. Alejandro Tres Sánchez. H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Dr. José Norberto Batista López. H. Universitario de Canarias de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife

- La Docencia Pregrado en España. Situación Actual

Dr. Antonio Lorenzo Peñuelas. H. Universitario de Puerto

Real. Cádiz

- El Acceso a la Docencia desde la Asistencia Clínica

Dr. Melchor Álvarez de Mon Soto. H. Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Madrid

- Docencia MIR en España en el Año 2012

Dr. Alfredo Carrato Mena. H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid

SESIÓN DE FORMACIÓN +MIR DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa

TALLER DE DOLOR ONCOLÓGICO (2ª PARTE). FORMACIÓN PRÁCTICA: "CASOS REALES EN SITUACIONES REALES"

Coordinadores:
Dr. Feliciano Sánchez Domínguez. H. Clínico Universitario. Salamanca

Dra. Elvira del Barco Morillo. H. Clínico Universitario. Salamanca

Dr. Francisco Vara Hernando. H. Clínico Universitario. Salamanca

Grupo de actores de Salamanca: 3 Domicilios de Pacientes de Dolor (Rotando)

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (5). Sala Roma

CASOS CLÍNICOS DE CÁNCER DE PÁNCREAS, RENAL Y GÁSTRICO FAMILIAR

Coordinador: Dra. Carmen Guillén Ponce. H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (6). Sala Viena

PRINCIPIOS DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y COMUNICACIÓN

Coordinadores:
Dr. Santiago González Santiago. H. San Pedro de Alcántara. Cáceres

Dª Neus Gadea Font. H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

17:45-19:15 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (1). Sala Madrid 1+2

Moderadores:

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

Dr. Eugenio Santos de Dios. *Presidente Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA)*

- Grupo de Investigación Traslacional SEOM
Dr. José Luis Pérez Gracia. *Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona*
- Aplicaciones de las Técnicas de Estudio del Genoma Humano a la Investigación en Oncología
Dra. Anna González Neira. *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid*
- Investigación Traslacional en Cáncer Urológico
Dr. Jesús García-Donas Jiménez. *Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid*
- Secuenciación del Genoma y Cáncer
Dr. Carlos López-Otín. *Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo*
- Investigación Traslacional de Tumores Cerebrales
Dra. Carmen Balañá Quintero. *H. Universitario Germans Trias i Pujol (ICO). Badalona*

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa ONCOLOGÍA INTEGRATIVA: MÁS QUE ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Moderadores:

Dr. Ramón de las Peñas Bataller. *H. Provincial de Castellón*

Dra. María Lomas Garrido. *H. Médico Quirúrgico Ciudad de Jaén*

- ¿Por Qué las Utilizan los Pacientes? ¿Qué Buscan? ¿Qué Encuentran?
Dra. Laura Mezquita Pérez. *Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC). Madrid*
- ¿Qué Tenemos que Saber los Oncólogos Médicos? ¿Existe Evidencia Científica?
Dra. Paula Jiménez Fonseca. *H. Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo*
- Definición y Conceptos sobre Oncología Integrativa ¿Un Camino Solo para Algunos Pacientes?
Dra. M^a Pilar Lianes Barragán. *H. de Mataró. Barcelona*

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (6). Sala Roma PRINCIPIOS DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y COMUNICACIÓN

Coordinadores:

Dr. Santiago González Santiago. *H. San Pedro de Alcántara. Cáceres*

D^a. Neus Gadea Font. *H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona*

TALLER DE CÁNCER HEREDITARIO (5). Sala Viena CASOS CLÍNICOS DE CÁNCER DE PÁNCREAS, RENAL Y GÁSTRICO FAMILIAR

Coordinador: **Dra. Carmen Guillén Ponce.** *H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

19:15-21:15 h

REUNIONES DE GRUPOS COOPERATIVOS. *Diferentes Salas*
(JUNTAS DIRECTIVAS / ASAMBLEAS GENERALES / REUNIONES VARIAS)

21:30 h

CENA OFICIAL

ENTREGA DE PREMIOS Y BECAS SEOM

- 10º Premio de Periodismo SEOM
- Premios a las Mejores Comunicaciones presentadas por +MIR
- Premios a los Mejores Posters Expuestos
- Premios a las Mejores Comunicaciones Orales
- Becas SEOM 2012

Viernes, 26 de Octubre

08:00 - 09:00 h

HIGHLIGHTS DEL SIMPOSIO. *Con la colaboración de MSD*

Retransmisión en directo a través de la Pataforma Univadis Oncología (www.univadis.es)

08:30 - 10:30 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DEL GRUPO DE TROMBOSIS EN COLABORACIÓN CON +MIR. Sala Madrid 1+2. *Con la colaboración de SANOFI*

Moderadores:

Dr. Pere Gascón Villaplana. *H. Clínic i Provincial. Barcelona*

Dr. Andrés Jesús Muñoz Martín. *H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

- Factores de Riesgo y Epidemiología de los Fenómenos Tromboembólicos en los Pacientes con Cáncer
Dr. José David Cumplido Burón. *H. de Torrevieja. Alicante*
- Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica
Dra. Carme Font i Puig. *H. Clínic i Provincial. Barcelona*
- Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica
Dr. Pablo Borrega García. *H. San Pedro de Alcántara. Cáceres*
- Factores Asociados a Fenómenos Tromboembólicos con las Nuevas Terapias Biológicas
Dra. Ana M^a González Ageitos. *H. Ntra Sra del Prado. Talavera de la Reina*
- Fármacos Emergentes en el Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica
Dr. Enrique Gallardo Díaz. *Corporació Parc Taulí. Barcelona*

08:30-09:30 h

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE TEMAS DE ACTUALIDAD (2) Y DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL. Sala Lisboa

Moderadores:

Dr. José Gómez Codina. H. Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Dr. Miguel Ángel de la Cruz Mora. H. Virgen de la Salud. Toledo

Discusores:

Dr. Javier Martínez Trufero. H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Dr. Ignacio Peláez Fernández. H. de Cabueñes de Gijón. Asturias

CONFERENCIA DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Roma
AVANCES EN EL TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LOS TUMORES BRCA-DEFICIENTES

Dra. Judith Balmaña Gelpí. H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

CONFERENCIA DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Viena
QUIMIOPROFILAXIS EN CÁNCER HEREDITARIO

Dra. Begoña Graña Suárez. H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

09:30-10:30 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Moderadores:

Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu. H. Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

Dr. Juan Carlos Toral Peña. H. de Torrevieja. Alicante

- Evaluación del Estado Nutricional en el Paciente con Cáncer

Dr. Ángel Segura Huerta. H. Universitario Politécnico La Fe. Valencia

- Soporte Nutricional. Recomendaciones Prácticas

Dra. Virginia Reguero Cuervo. H. Clínico Universitario. Salamanca

- Consenso Multidisciplinar en Nutrición Hospitalaria

Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu. H. Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

CONFERENCIA DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Roma
SEGUIMIENTO EN FAMILIAS ALTO RIESGO CÁNCER DE MAMA BRCA 1-2 NEGATIVO

Dr. Luis Robles Díaz. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid

SESIÓN DE CONTROVERSIA DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Viena
SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO DE RECTO VERSUS PROCTOCOLECTOMIA EN LA PAF

Dr. José Perea García. H. Universitario 12 Octubre. Madrid

Dr. Esther Kreisler. H. Universitario de Bellvitge. Barcelona

10:30-11:30 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2 IDENTIFICANDO LAS TERAPIAS MÁS PROMETEDORAS EN CÁNCER DE COLON

Moderadores:

Dra. Encarnación González Flores. H. Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dr. Manuel Valladares Ayerbes. Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

- Selección del Tratamiento en Pacientes con Cáncer Colorrectal Avanzado

Dr. Fernando Rivera Herrero. H. Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

- Tratamiento Adyuvante del Cáncer de Colon. Situación Actual y Perspectivas Futuras

Dra. Rocío García-Carbonero. H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa. Con la colaboración de MSD

TRATAMIENTO DE LA EMESIS INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA

Moderadores:

Dr. José Valero Álvarez Gallego. H. Provincial de Zamora

Dr. Miguel Ángel Seguí Palmer. Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

- Fisiopatología de la Emesis Inducida por Quimioterapia

Dr. Diego Soto de Prado y Otero. H. Clínico Universitario. Valladolid

- Incidencia de la Emesis Inducida por Quimioterapia. Grupos de Riesgo

Dra. Yolanda Fernández Pérez. H. Universitario Central de Asturias. Oviedo

- Antieméticos en Oncología. ¿Cómo Seleccionar el Esquema más Adecuado?

Dr. Jesús García Gómez. H. Santa María Nai. Orense

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Roma
USO DE TÉCNICAS DE ULTRASECUENCIACIÓN EN CÁNCER HEREDITARIO

Dr. Jesús Solera García. H. Universitario La Paz. Madrid

11:30-12:00 h

PAUSA CAFÉ. Zonas de Exposición Comercial

12:00-13:30 h

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE TEMAS DE ACTUALIDAD. Sala Madrid 1+2

NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO RESISTENTE A CASTRACIÓN

Moderadores:

Dr. Javier Cassinello Espinosa. H. General Universitario. Guadalajara

Dr. Joaquim Bellmunt. H. Parc de Salut Mar. Barcelona

- Cabazitaxel en CPRC

Dra. M^a Aránzazu González del Alba Baamonde. H. Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

- Abiraterona en CPRC

Dr. José Ángel Arranz Arija. H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

- Alfaradin y Otras Nuevas Estrategias en el Tratamiento del CPRC

Dr. Joan Carles Galcerán. H. General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

- Selección de los Pacientes en el Tratamiento del CPRC. ¿Cuándo y a Quiénes Tratar?

Dr. Albert Font Pous. H. Universitario Germans Trias i Pujol (ICO). Badalona

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (2). Sala Viena

Con la colaboración de BMS

Moderadores:

Dr. José Manuel Trigo Pérez. H. Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Dra. Enriqueta Felip Font. H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

- Investigación Traslacional en Melanoma

Dr. Miguel Fernández de Sanmamed Gutiérrez. H. Universidad de Navarra. Pamplona

- Exploración de Vías de Transducción de Señales

Dr. Miguel Quintela Fandiño. Centro Oncológico MD Anderson España. Madrid

- Investigación Traslacional en Sarcomas. Perspectivas Actuales y Futuras

Dr. Javier Martín Broto. H. Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

- Células Tumorales Circulantes. Perspectivas Actuales y Futuras

Dr. David Olmos Hidalgo. The Royal Marsden Hospital Londres. (UK)

MESA REDONDA/DEBATE DE CÁNCER HEREDITARIO. Sala Roma

REALIZACIÓN DE ESTUDIOS GENÉTICOS EN LA VIDA INFANTIL/ADULTA

Dr. Joan Brunet i Vidal. H. Doctor Josep Trueta (ICO). Girona

Dr. Teresa Vendrell i Bayona. H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

SIMPOSIO EDUCACIONAL DE CUIDADOS CONTINUOS. Sala Lisboa

NUEVAS FÁRMACOS, NUEVAS TOXICIDADES

Moderadores:

Dr. Manuel Benavides Orgaz. H. Universitario Carlos Haya. Málaga

Dr. Manuel Codes Manuel de Villena. H. Universitario Virgen Macarena. Sevilla

- Tratamiento de la Toxicidad Dérmica Secundaria a Terapias Biológicas

Dr. Ricard Mesía Nin. H. Durán i Reynals (ICO). Barcelona

- Recomendaciones Prácticas para el Control de la HTA Inducida por Nuevas Terapias Dirigidas

Dr. Luis Miguel Navarro Martín. H. Clínico Universitario. Salamanca

- Incidencia y Manejo de las Reacciones de Hipersensibilidad

Dra. Arantza Vega Castro. Sección de Alergología. H. General Universitario. Guadalajara

13:30-14:30 h

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE TROMBOSIS. Sala Madrid 1+2

Moderadores:

Dra. Purificación Martínez del Prado. H. de Basurto. Bilbao

Dr. Gaspar Esquerdo Galiana. H. Clínica Benidorm. Alicante

Discusores:

Dr. David Gutiérrez Abad. H. de Fuenlabrada. Madrid

Dra. Raquel Luque Caro. H. Universitario Virgen de las Nieves. Granada

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE CUIDADOS CONTINUOS (2). Sala Lisboa

Moderadores:

Dr. Joaquín Belón Carrión. Clínica Oncogranada. Granada

Dr. Andrés García Palomo. Complejo Asistencial de León

Discusores:

Dr. Ángel Inoriza Rueda. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

Dra. Carmen Beato Zambrano. H. Nisa Sevilla - Aljarafe. Sevilla

SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DE CÁNCER HEREDITARIO (2). Sala Roma

Moderadores:

Dr. Urbano Anido Herránz. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela

D^a. M^a Isabel Tejada Mínguez. H. de Cruces. Vizcaya

Discusores:

Dra. Pilar Blay Albors. H. Universitario Central de Asturias. Oviedo

Dra. Isabel Chirivella González. H. Clínico Universitario. Valencia

SESIÓN SEOM-GEPAC: DIÁLOGOS DE CÁNCER CON LOS PACIENTES

Moderadores:

Dr. Juan Jesús Cruz Hernández. *Presidente SEOM. H. Clínico Universitario. Salamanca*

Dña. Begoña Barragán. *Presidenta del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)*

09:30 - 10:30h

La Imagen del Cáncer en la Sociedad. ¿Avanzamos hacia la Normalización del Cáncer?

- **Oncólogo:** **Dra. Yolanda Escobar Álvarez.** *H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*
- **Periodista:** **D. Emilio de Benito.** *Redactor de Salud de El País*
- **Paciente:** **D. Victor Rodríguez.** *Director de GEPAC*

10:30 - 11:30h

¿Está Estigmatizado el Paciente con Cáncer? Hacia la Integración Laboral y Social del Paciente con Cáncer?

- **Oncólogo:** **Dra. Cristina Grávalos.** *H. Universitario 12 de Octubre. Madrid*
- **Periodista:** **D. Francisco Cañizares.** *Presidente de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS)*
- **Paciente:** **D. Diego Villalón.** *Trabajador Social*

11:30 - 12:00h

PAUSA CAFÉ

12:00 - 13:00 h

¿Se Hereda el Cáncer? Cáncer Hereditario y Consejo Genético

- **Oncólogo:** **Dr. Germán Marcos.** *H. Rio Ortega. Valladolid*
- **Periodista:** **D. Carles Francino.** *Director Hoy por Hoy SER*
- **Paciente:** *Pendiente de confirmar*

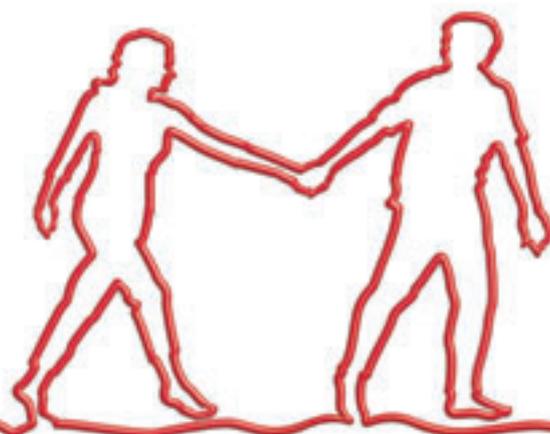
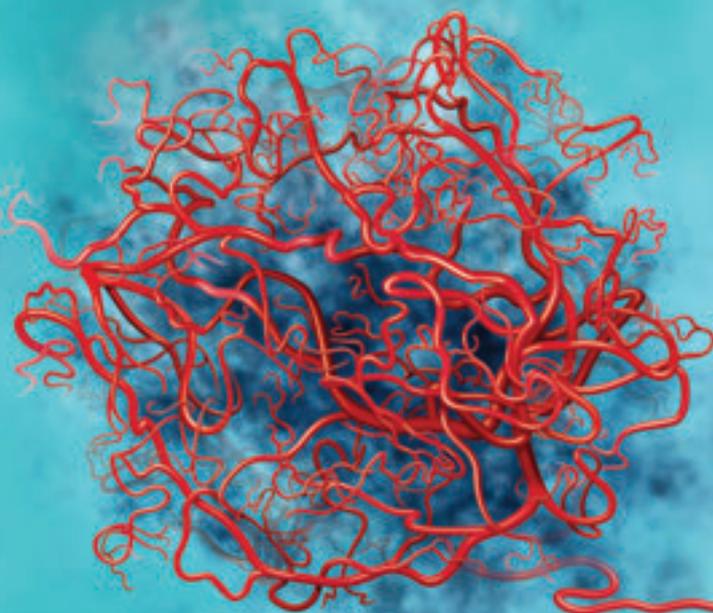
13:00 - 14:00h

Terapias Alternativas a Juicio. Mitos y Realidades

- **Oncólogo:** **Dr. Pedro Pérez Segura.** *H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid*
- **Periodista:** **D^a. Elsa González.** *Presidenta de la Federación de Asociaciones de Periodistas de España (FAPE)*
- **Paciente:** **D^a. Begoña Barragán.** *Presidenta de GEPAC*

El paradigma del tratamiento del CPNM está cambiando...

Controla la angiogénesis



Prolonga la supervivencia

Avastin hasta progresión proporcionó mayor supervivencia, >18 meses en los pacientes que lograron control de la enfermedad¹⁻³

03.12-AVA-443

Inducción y Mantenimiento en CPNM



www.antiangiogenesis.es



Roche Farma, S.A.
C/ Eucalipto, 33
28016 Madrid
Tel.: 91 324 81 00
Fax: 91 324 83 30
www.roche.es

1. Sandler A.B., Byrtek M., Fages S., Schiller J., Dowlati A., Brahmer J., Johnson D.H.. Clinical patterns and outcomes for the bevacizumab maintenance population in the ECOG E4599 study of patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): results of an exploratory analysis. *J Thorac Oncol* 2011 Jun; 6 (6) (Suppl. 2): 51310-11 (abstr.P3.216).
2. J. Laskin, V. Hirsh, A.C. Cheng, J. Mezger, E. Damsin. Final safety data from patients (pts) who received maintenance (mvt) bevacizumab (bv) in the M019390 (SAIL) trial: first-line bv plus chemotherapy (ct) in advanced or recurrent non-small cell lung cancer (NSCLC). *Ann Oncol* 2010 Oct; 21(Suppl. 8): viii143-44.
3. M.P. Kosty, J.R. Brahmer, M. Jahanzeb, P. Kumar, R. Robles, A.J. Wozniak, L. Leon, E.D. Flick, D. Dalal, T.J. Lynch. Use of Bevacizumab (BV) After Induction Therapy is Associated With Survival Benefit in Patients (pts) With Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC) in the ARIES Observational Cohort Study (OCS). *Eur J Cancer* 2011; 47 (Suppl. 1):598 (abstr. 9020).

desde cincuenta aerotransmitida, transitoria, indico de proteinuria hasta síndrome nefrótico, siendo la gran mayoría de los casos proteinuria de grado 1. Se registró proteinuria de grado 1 en el 2% de los pacientes tratados, en embargo, en pacientes en tratamiento por el carcinoma de células renales metastásico y/o avanzado se registró en hasta un 1% en pacientes con mínima o ninguna proteinuria al inicio del estudio. La proteinuria de grado 4 (síndrome nefrótico) se observó en hasta el 1,4% de los pacientes tratados. La proteinuria observada en los ensayos clínicos no se asoció a insuficiencia renal y más aún requirió la interrupción permanente del tratamiento. Se recomendaron pruebas de laboratorio antes de comenzar el tratamiento con Avelin. En la mayoría de los ensayos clínicos donde los niveles de proteinuria en la orina fueron $> 2 \text{ g/24 h}$, el tratamiento con Avelin fue suspendido hasta la recuperación de niveles $< 2 \text{ g/24 h}$. Hemorragia (ver sección 4.6). En los ensayos clínicos en todas las indicaciones, la incidencia global de episodios hemorrágicos de grado 3-5 según la escala NCI-CTC, osciló desde 0,4% hasta 5% en los pacientes tratados con Avelin, comparado con hasta un 2,9% de los pacientes en el grupo de quimioterapia control. Los episodios hemorrágicos observados en los ensayos clínicos fueron en su mayoría hemorragias asociadas al tumor (ver más adelante) y hemorragias mucocutáneas menores (p.ej., epistaxis). Hemorragias asociadas al tumor (ver sección 4.4). La hemorragia pulmonar/hemoptisis grave o masiva se observó principalmente en ensayos con pacientes con cáncer de pulmón no escamoso (CPNM). Los posibles factores de riesgo incluyen hemorragia de células escamosas, tratamiento con fármacos antineoplásicos/inflamatorios, tratamiento con anticoagulantes, radioterapia previa, tratamiento con Avelin, historial médico previo de alteraciones, localización del tumor central y cavitación de tumores antes o durante el tratamiento. Las únicas variables que mostraron una correlación estadísticamente significativa con la hemorragia fueron el tratamiento con Avelin y la histología de células escamosas. Los pacientes con CPNM con un tipo histológico de diagnóstico de células escamosas o con histología de tipo celular mixto con predominio de células escamosas se excluyeron de los ensayos fase II posteriores, mientras que los pacientes con histología tumoral desdoblada sí se incluyeron. En pacientes con CPNM excluyendo los que tenían una histología con predominio de células escamosas, se observaron reacciones de todos los grados con una frecuencia de hasta el 9% en los pacientes tratados con Avelin + quimioterapia comparado con el 5% en los pacientes tratados con quimioterapia sola. Las reacciones de grado 3-5 se han observado en hasta el 2,3% de los pacientes tratados con Avelin + quimioterapia comparado con el 1% con quimioterapia sola. La hemorragia pulmonar/hemoptisis grave o masiva pudo presentarse de forma repentina y hasta dos tercios de las hemorragias pulmonares graves tuvieron un desenlace mortal. En pacientes con cáncer colorrectal se han notificado hemorragias gastrointestinales, incluyendo hemorragia rectal y melena, y se evaluaron como hemorragias asociadas al tumor. También se observaron casos raros de hemorragias asociadas al tumor en otros tipos y localizaciones tumorales, incluyendo casos de hemorragia en el sistema nervioso central (SNC) en pacientes con metástasis en el SNC (ver sección 4.6). No se realizó de manera prospectiva en los ensayos clínicos aleatorizados la incidencia de hemorragia en el SNC en pacientes con metástasis no tratadas localizadas en el SNC que recibieron bevacizumab. En un análisis exploratorio retrospectivo de los datos de 13 ensayos aleatorizados finalizados en pacientes con diferentes tipos de tumores, 7 pacientes (0,2%) con metástasis cerebral experimentaron hemorragia del SNC (de grado 4) cuando fueron tratados con bevacizumab, en comparación con 1 caso (grado 5) de 16 pacientes (1%) cuando no fueron tratados con bevacizumab. En dos ensayos posteriores en pacientes con metástasis cerebral tratadas (que incluyeron alrededor de 800 pacientes), cuando se realizó el análisis de seguridad provisional se notificó un caso de grado 2 de hemorragia en el SNC (1,2%) en los 83 pacientes tratados con bevacizumab. Durante todos los ensayos clínicos, se observó hemorragia mucocutánea hasta en el 57% de los pacientes tratados con Avelin. La más frecuente fueron casos de epistaxis de grado 1 según la escala NCI-CTC que duraron menos de 5 minutos, no requirieron ni necesidad de hospitalización ni tampoco requirieron ningún cambio en el régimen de tratamiento con Avelin. Los datos clínicos de seguridad sugieren que la incidencia de hemorragias mucocutáneas menores (p.ej., epistaxis) puede ser dependiente de la dosis. Asimismo, con menor frecuencia se produjeron casos de hemorragias mucocutáneas menores en otras localizaciones, tales como hemorragia gingival o hemorragia vaginal. Trombocitopenia (ver sección 4.6). Trombocitopenia arterial. En los pacientes tratados con Avelin en todas las indicaciones, se observó un aumento en la incidencia de acontecimientos trombocitopenicos arteriales, incluyendo accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, ataques isquémicos transitorios y otros acontecimientos trombocitopenicos arteriales. En los ensayos clínicos, la incidencia global de los acontecimientos trombocitopenicos arteriales fue de hasta un 0,8% en los brazos que incluyeron Avelin comparado con hasta el 0,7% en los brazos de quimioterapia control. Se notificó desenlace mortal en el 0,8% de los pacientes tratados con Avelin comparado con el 0,5% de los pacientes tratados con quimioterapia sola. Se notificaron accidentes cerebrovasculares (incluyendo ataques isquémicos transitorios) en hasta el 2,3% de los pacientes tratados con Avelin en combinación con quimioterapia comparado con el 0,5% de los pacientes tratados con quimioterapia sola. Se notificó infarto de miocardio en el 1,4% de los pacientes tratados con Avelin en combinación con quimioterapia comparado con el 0,7% de los pacientes tratados con quimioterapia sola. Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). En un ensayo clínico para evaluar Avelin en combinación con 5-fluorouracilo (5-FU) y Avelin, se incluyeron pacientes con cáncer colorrectal metastásico que no eran candidatos para el tratamiento con irinotecan. En este ensayo se observaron acontecimientos trombocitopenicos arteriales en el 17% (1/100) de los pacientes comparado con el 5,8% (9/156) en el grupo de quimioterapia control. Trombocitopenia venosa: La incidencia de acontecimientos trombocitopenicos venosos en los ensayos clínicos fue similar en los pacientes tratados con Avelin en combinación con quimioterapia comparado con aquellos que recibieron solo la quimioterapia control. Los acontecimientos trombocitopenicos venosos incluyeron trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y trombocitopenia. En los ensayos clínicos en todas las indicaciones, la incidencia global de acontecimientos trombocitopenicos venosos osciló desde 2,0% hasta 17,2% de los pacientes tratados con Avelin en comparación con el 1,2% hasta 15,6% en los brazos control. Se han notificado acontecimientos trombocitopenicos venosos de grado 3-5 en hasta un 7,8% de los pacientes tratados con quimioterapia + bevacizumab en comparación con hasta un 4,9% en pacientes tratados con quimioterapia sola. Los pacientes que han sufrido un acontecimiento trombocitopenico venoso pueden tener un riesgo mayor de recurrencia con Avelin en combinación con quimioterapia que con quimioterapia sola. Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). En los ensayos clínicos con Avelin, se observó insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) en todas las indicaciones de cáncer estudiadas hasta la fecha, aunque fue más frecuente en pacientes con cáncer de mama metastásico. En cuatro ensayos fase II en pacientes con cáncer de mama metastásico (AF210g, E210, E210/1700 y AF294g) se notificó hasta en un 1,9% de los pacientes tratados con Avelin en combinación con quimioterapia (CC) de grado 3 o superior en comparación con hasta un 0,9% en los brazos control. En los pacientes del ensayo AF294g que recibieron antineoplásicos de forma concomitante con bevacizumab, las incidencias de CC de grado 3 o superior en los brazos control y con bevacizumab fueron similares a las de otros ensayos en cáncer de mama metastásico: 2,8% en el brazo de antineoplásicos + bevacizumab y 2% en el brazo de antineoplásicos + placebo. Además, en el ensayo AF294g las incidencias de CC de cualquier grado fueron similares entre el brazo de antineoplásicos + Avelin (8,2%) y el de antineoplásicos + placebo (8,2%). Tras la terapia clínica asociada, se observó una mejoría de los síntomas y/o de la función ventricular izquierda en la mayoría de los pacientes que desarrollaron CC durante los ensayos en OIM. En la mayoría de los ensayos clínicos con Avelin, se excluyeron los pacientes con CC preexistente de grado 3-4 de la VHA New York Heart Association, por lo tanto, no se dispone de información relacionada con el riesgo de agravamiento de la CC en este población. La exposición previa a antineoplásicos y/o la radiación previa sobre la pared torácica puede ser un posible factor de riesgo para el desarrollo de CC. En una población de cáncer de mama con infirmitad de células 3 grandes, se observó un incremento de la incidencia de CC cuando recibieron bevacizumab con una dosis acumulada de doxorubicina superior a 300 mg/m². Este ensayo clínico fue el comparó fluorouracilo/epidoxifina/doxorubicina/vincristina/prednisona (F-CHOP) más bevacizumab con F-CHOP sin bevacizumab. Mientras que la incidencia de CC fue, en ambos brazos, superior a la observada previamente por la terapia de doxorubicina, la tasa fue mayor en el grupo de F-CHOP con bevacizumab. Estos resultados sugieren que se debería considerar una observación clínica estrecha con evaluaciones cardiológicas apropiadas en aquellos pacientes expuestos a dosis de doxorubicina acumuladas mayores de 300 mg/m² cuando se combine con bevacizumab. Reacciones de hipersensibilidad / reacciones a la perfusión (ver sección 4.4 y Experiencia postcomercialización). En algunos ensayos clínicos, se notificaron reacciones analíticas y de tipo anafiláctico con mayor frecuencia en los pacientes que habían recibido Avelin en combinación con quimioterapia que en los que habían recibido quimioterapia sola. La incidencia de estas reacciones en algunos ensayos clínicos con Avelin se incrementó hasta un 5% en los pacientes tratados con bevacizumab. Pacientes de edad avanzada. En los ensayos clínicos aleatorizados, la edad > 65 años estaba asociada con un aumento del riesgo de acontecimientos trombocitopenicos arteriales, incluyendo accidentes cerebrovasculares, ataques isquémicos transitorios e infartos de miocardio. Otras reacciones durante el tratamiento con Avelin que se observaron con una mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años fueron leucopenia y trombocitopenia de grado 3-4, y neutropenia, diarrea, náuseas, vómitos y fatiga de todos los grados en comparación con los de edad < 65 años (Trombocitopenia, ver secciones 4.4 y 4.8). No se observó un aumento en la incidencia de otras reacciones, incluyendo perforación gastrointestinal, complicaciones en la coagulación, hipertensión, proteinuria, insuficiencia cardíaca congestiva y hemorragia, en los pacientes de edad avanzada > 65 años tratados con Avelin en comparación con los pacientes < 65 años tratados con Avelin. Pérdida de peso. No se ha establecido la seguridad de Avelin en niños y adolescentes. Insuficiencia cardíaca congestiva (ver secciones 4.4 y 4.8). En el ensayo NSARP C-01, fase II de Avelin en el tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de colon, se evaluó en 205 mujeres premenopausadas la incidencia de nuevos casos de insuficiencia cardíaca, definida como un aumento de 3 o más meses, nivel de FSH $> 20 \text{ mIU/mL}$, y un valor negativo de t-HCG por tres tests de ensayo. Nuevos casos de insuficiencia cardíaca se notificaron en un 2,8% de las pacientes de grupo FOLFOX-4 en comparación con un 3% del grupo FOLFOX-4-bevacizumab. En el 80,2% de estas mujeres evaluadas se registró la función cardíaca tras la retirada del tratamiento con bevacizumab. Se desconoce el efecto a largo plazo del tratamiento con bevacizumab en la fertilidad. Anomalías de laboratorio. La disminución del recuento de neutrófilos, la disminución del recuento de glóbulos blancos y la presencia de proteínas en la orina pueden estar asociadas con el tratamiento con Avelin. En los ensayos clínicos, globalmente, las siguientes anomalías de laboratorio de grado 3 y 4 aparecieron en pacientes tratados con Avelin con un 2% de diferencia en comparación con los grupos control correspondientes: hipercalcemia, disminución de la hemoglobina, hipotensión, hiponatremia, disminución del recuento de glóbulos blancos, aumento de la ratio normalizada internacional (RNI).

Experiencia postcomercialización. Tabla 2. Reacciones adversas notificadas durante la experiencia postcomercialización.

Clasificación por órganos y sistemas	Reacciones (frecuencia)
Trastornos del sistema nervioso	Ecefalopatía hipertensiva (mayor riesgo (ver sección 4.4 e hipertensión en la sección 4.8) Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (rare) (ver sección 4.8)
Trastornos vasculares	Microangiopatía trombótica renal, clínicamente manifestada como proteinuria (frecuencia no conocida). Para más información de proteinuria ver la sección 4.4 y Proteinuria en la sección 4.8.
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Perforación del septum nasal (no conocida) Hipertensión pulmonar (no conocida) Dolor torácico (frecuencia no conocida)
Trastornos gastrointestinales	Úlceras gastrointestinales (no conocida)
Trastornos hepato biliares	Perforación de la vesícula biliar (no conocida)
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones de hipersensibilidad / reacciones a la perfusión (frecuencia no conocida) con las siguientes manifestaciones posibles: diarrea/síndrome respiratorio, subconjuntivitis/eritema/infección, hipertensión o hipertensión, desaturación de oxígeno, dolor torácico, escalofríos y náuseas/vómitos (ver también sección 4.4 y Reacciones de hipersensibilidad/reacciones a la perfusión)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Se han notificado casos de osteonecrosis del maxilar (OM) en pacientes tratados con Avelin, la mayoría de los cuales aparecieron en pacientes que tenían factores de riesgo identificados de OM, en concreto la exposición a bifosfonatos (i.e. y/o antedecentes de enfermedad dental que requirió de procesos dentales invasivos (ver también sección 4.4)

* Si se especifica, la frecuencia se ha obtenido de los datos de los ensayos clínicos.

4.8 **Indicaciones.** La dosis más alta ensayada en humanos (20 mg/kg de peso corporal, por vía intravenosa, cada 2 semanas) se asoció con mínima pero en varios pacientes 5. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: antiangiogénico, código ATC: L01XC01. Mecanismo de acción: Bevacizumab se une al factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), factor clave de la vasculogénesis y la angiogénesis, inhibiendo así la unión de este a sus receptores R1 (VEGFR 1) y R2 (VEGFR 2), situados en la superficie de las células endoteliales. La neutralización de la actividad biológica del VEGF produce una regresión de la vascularización de los tumores, normaliza la vascularización residual del tumor e inhibe la neovascularización tumoral, inhibiendo así el crecimiento del tumor. Efectos farmacodinámicos. La administración de bevacizumab o del anticuerpo murino correspondiente en ratones inmunodeficientes (huye) sobre hipertensión (modelos de cáncer) resultó en una amplia actividad antitumoral sobre varios tipos de cáncer humano, incluyendo colon, mama, páncreas y próstata. Se inhibió la progresión de la enfermedad metastásica y se redujo la permeabilidad microvascular. Eficacia clínica. **Carcinoma metastásico de colon o recto (E210, E210/1700).** La seguridad y la eficacia de la dosis recomendada (5 mg/kg de peso corporal cada dos semanas) en carcinoma metastásico de colon o recto fueron evaluadas en

ensayos clínicos aleatorizados controlados con comparador activo, en combinación con una quimioterapia de primera línea basada en fluoropirimidinas. Avelin se combinó con dos regímenes quimioterápicos: **AF210g.** Un esquema semanal de fluorouracilo (5-FU) fluorouracilo en bolos (bolus) (FU) durante un total de 4 semanas de cada ciclo de 6 semanas (Regimen de Selo). **AF210g.** En combinación con 5-FU en bolos (bolus) (FU) durante un total de 4 semanas de cada ciclo de 6 semanas (Regimen de Roswell Park). **AF210g.** En combinación con 5-FU en bolos (bolus) (FU) durante un total de 6 semanas de cada ciclo de 6 semanas (Regimen de Roswell Park) en pacientes que no eran candidatos óptimos para un tratamiento de primera línea con irinotecan. Se llevaron a cabo dos ensayos adicionales en primera línea (E100) y segunda línea (E200) de tratamiento del carcinoma metastásico de colon o recto, con Avelin administrado en combinación con FOLFOX-4 (FU + CApecitabina) o XELOX (Capecitabina/Oxaliplatino) en las siguientes regímenes posológicos: **40/800mg.** Avelin a una dosis de 7,5 mg/kg de peso corporal cada 3 semanas en combinación con capecitabina oral y oxaliplatino intravenoso (XELOX) a 1 mg/kg de Avelin cada 2 semanas en combinación con leucovorin + 5-fluorouracilo en bolos, seguido de una perfusión de 5-fluorouracilo con oxaliplatino intravenoso (FOLFOX-4). **AF210g.** En este ensayo clínico fase II, aleatorizado, doble ciego controlado con comparador activo se estudió Avelin en combinación con FU, como tratamiento de primera línea del carcinoma metastásico de colon o recto. Se aleatorizaron 103 pacientes para ser tratados con FU + placebo (Brazo 1) o FU + Avelin (5 mg/kg) cada 2 semanas, Brazo 2 (ver Tabla 2). Un tercer grupo de 110 pacientes recibieron FU en bolos + Avelin (Brazo 3). Ni y como estaba planificado, se interrumpió la inclusión de pacientes en el Brazo 2 una vez que se determinó y se consideró aceptable la seguridad de Avelin con el régimen de FU. Todos los tratamientos se administraron hasta progresión de la enfermedad. La media de edad fue de 58,4 años. En la escala ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group de calidad de vida, el 58,8% de los pacientes tenía una puntuación de 1, el 42% tenía un ECOG 1 y el 0,4% un ECOG 2. Previamente, el 15,8% habían recibido radioterapia y el 28,4% quimioterapia. La variable principal de eficacia del ensayo fue la supervivencia global. La adición de Avelin a FU, do lugar a un aumento estadísticamente significativo de la supervivencia global, la supervivencia libre de progresión y la tasa de respuesta global (ver Tabla 3). El beneficio clínico, medido como supervivencia global, se observó en todos los subgrupos pre-especificados de pacientes, incluyendo aquellos definidos según la edad, género, rendimiento general, localización del tumor primario, número de lugares adyuvantes y duración de la enfermedad metastásica. Los resultados de eficacia de Avelin en combinación con quimioterapia FU se muestran en la Tabla 3.

Tabla 1. Resultados de eficacia del ensayo AF210g.

	AF210g	
	Brazo 1: FU + placebo	Brazo 2: FU + Avelin
Supervivencia global		
Mediana del tiempo (meses)	15,6	20,3
Intervalo de confianza del 95%	14,29 - 16,99	18,46 - 24,18
Razón de riesgo ¹	0,662	Valor de p = 0,0004
Supervivencia libre de progresión		
Mediana del tiempo (meses)	6,2	10,6
Razón de riesgo	0,54	Valor de p = 0,0001
Tasa de respuesta global		
Tasa (%)	34,8	44,8
		Valor de p = 0,0038

¹ 5 mg/kg cada 2 semanas. ² Relativo al brazo control.

Entre los 110 pacientes aleatorizados al Brazo 3 (5-FU + Avelin), antes de la interrupción de inclusión de pacientes en este brazo, la mediana de la supervivencia global fue de 18,5 meses y la mediana de la supervivencia libre de progresión fue de 6,8 meses. AF210g. Ensayo clínico fase II, aleatorizado, doble ciego controlado con comparador activo, en el que se evaluaron la eficacia y la seguridad de Avelin en combinación con 5-FU como tratamiento de primera línea de cáncer colorrectal metastásico en pacientes que no eran candidatos óptimos para el tratamiento en primera línea con irinotecan. Se aleatorizaron 103 pacientes en el brazo de 5-FU + placebo y 104 pacientes en el brazo de 5-FU + Avelin (5 mg/kg) cada 2 semanas. Todos los tratamientos se administraron hasta progresión de la enfermedad. La adición de Avelin 5 mg/kg cada dos semanas a 5-FU aumentó la tasa de respuesta objetiva, prolongó significativamente la supervivencia libre de progresión y mostró una tendencia a una supervivencia más larga si se comparó con el tratamiento con 5-FU solo. AF210g. Ensayo clínico fase II, aleatorizado, doble ciego controlado con comparador activo, en el que se investigó Avelin en combinación con 5-FU para el tratamiento en primera línea de cáncer colorrectal metastásico. La media de edad fue de 64 años. El 19% de los pacientes habían recibido quimioterapia y el 14% radioterapia previas. Se aleatorizaron 71 pacientes para ser tratados con 5-FU + Avelin (5 mg/kg) cada 2 semanas, un tercer grupo de 33 pacientes fue tratado con 5-FU en bolos + Avelin (10 mg/kg) cada 2 semanas. Los pacientes fueron tratados hasta la progresión de la enfermedad. Las variables principales del ensayo fueron la tasa de respuesta objetiva y la supervivencia libre de progresión. La adición de 5 mg/kg de Avelin cada dos semanas a 5-FU do lugar a un aumento en la tasa de respuesta objetiva, a la prolongación de la supervivencia libre de progresión y una tendencia a supervivencia más larga en comparación con 5-FU solo (ver Tabla 4). Estos datos de eficacia son concordantes con los resultados obtenidos en el ensayo AF210g. Los datos de eficacia de los ensayos AF210g y AF210g en los que se investigó Avelin en combinación con 5-FU se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de eficacia de los ensayos AF210g y AF210g.

	AF210g			AF210g	
	5-FU	5-FU + Avelin ¹	5-FU + Avelin ²	5-FU + placebo	5-FU + Avelin
Supervivencia global					
Mediana del tiempo (meses)	13,6	17,7	19,2	12,9	16,6
Intervalo de confianza del 95%	-	-	-	10,35 - 16,95	13,03 - 19,32
Razón de riesgo ¹	-	0,52	1,01	-	0,79
Valor de p	-	0,013	0,878	-	0,16
Supervivencia libre de progresión					
Mediana del tiempo (meses)	5,2	9,0	7,2	5,5	9,2
Razón de riesgo	-	0,44	0,69	-	0,5
Valor de p	-	0,0048	0,217	-	0,0002
Tasa de respuesta global					
Tasa (%)	16,7	40,3	24,2	15,2	26
Intervalo de confianza del 95%	7,0 - 30,5	24,4 - 57,8	11,7 - 42,6	9,2 - 23,9	18,1 - 35,8
Valor de p	-	0,029	0,43	-	0,050
Duración de la respuesta					
Mediana del tiempo (meses)	NR	9,3	5,0	6,8	9,2
Percentil 25-75 (meses)	5,5 - NR	6,1 - NR	3,8 - 7,8	5,99 - 9,17	5,88 - 13,01

¹ 5 mg/kg cada 2 semanas. ² 10 mg/kg cada 2 semanas. ³ Relativo al brazo control. NR = no alcanzado.

NSARP. Ensayo clínico fase II aleatorizado, doble ciego (para bevacizumab), en el que se investigó Avelin a una dosis de 7,5 mg/kg en combinación con capecitabina oral y oxaliplatino (XELOX), administrado en un esquema de 3 semanas; o Avelin a una dosis de 5 mg/kg en combinación con leucovorin + 5-fluorouracilo en bolos, seguido de una perfusión de 5-fluorouracilo con oxaliplatino (FOLFOX-4), administrado en un esquema de 2 semanas. El ensayo tuvo dos fases: una fase inicial abierta de dos brazos (Parte I) en la que los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos diferentes de tratamiento (XELOX y FOLFOX-4) y una fase posterior con un diseño factorial 2 x 2 de 4 brazos (Parte II) en la que los pacientes fueron aleatorizados a cuatro grupos de tratamiento (XELOX + placebo, FOLFOX-4 + placebo, XELOX + Avelin, FOLFOX-4 + Avelin). En la Parte I la asignación del tratamiento fue doble ciego con respecto a Avelin. Se aleatorizaron aproximadamente 200 pacientes en cada uno de los 4 brazos de la Parte I del ensayo clínico.

Tabla 5. Regímenes de tratamiento en el ensayo NSARP (C09).

	Tratamiento	Dosis inicial	Esquema
FOLFOX-4	Oxaliplatino	85 mg/m ² IV 2 h	Oxaliplatino el día 1
	Leucovorin	300 mg/m ² IV 2 h	Leucovorin los días 1 y 2
FOLFOX-4 + Avelin	5-Fluorouracilo	400 mg/m ² IV en bolos, 800 mg/m ² IV 22 h	5-Fluorouracilo IV en bolos/perfusión, cada uno los días 1 y 2
	Placebo o Avelin	5 mg/kg IV 30-60 min	Día 1, antes de FOLFOX-4, cada 2 semanas
XELOX	Oxaliplatino	130 mg/m ² IV 2 h	Oxaliplatino el día 1
	Capecitabina	1000 mg/m ² oral 2 veces al día	Capecitabina oral 2 veces al día durante 2 semanas (seguido de 1 semana de descanso)
XELOX + Avelin	Placebo o Avelin	7,5 mg/kg IV 30-60 min	Día 1, antes de XELOX, cada 3 semanas

5-Fluorouracilo: IV en bolos inmediatamente después de leucovorin

La variable principal de eficacia del ensayo fue la duración de la supervivencia libre de progresión. En este ensayo hubo dos objetivos principales: mostrar que XELOX era no inferior a FOLFOX-4 y mostrar que Avelin en combinación con FOLFOX-4 o XELOX era superior frente a la quimioterapia sola. Se cumplieron los dos objetivos principales. En la comparación global se demostró la no inferioridad de los brazos que contenían XELOX frente a los que contenían FOLFOX-4 en la población de pacientes incluidos por protocolo en términos de supervivencia libre de progresión y supervivencia global. En la comparación global se demostró la superioridad de los brazos que contenían Avelin frente a los brazos que contenían quimioterapia sola en la población por intención de tratar en términos de supervivencia libre de progresión (Tabla 6). Los análisis secundarios de supervivencia libre de progresión, en base a la evaluación de la respuesta durante el tratamiento, confirmaron el beneficio clínico significativamente superior para los pacientes tratados con Avelin (los análisis se muestran en la Tabla 6), siendo consistente con el beneficio estadísticamente significativo observado en el análisis agrupado.

Tabla 6. Resultados principales de eficacia del análisis de superioridad (Población por intención de tratar [ITT], ensayo NCI998)

Variable (meses)	FOLFUX-4 + XELOX + placebo (n= 79)	FOLFUX-4 + XELOX + bevacizumab (n= 88)	Valor de p
Variable principal			
Mediana de SLP (meses) ^a	8,0	8,4	0,003
Razón de riesgos (IC del 95%) ^b	0,83 (0,72-0,96)		
Variables secundarias			
Mediana de SLP durante el tratamiento (meses) ^a	7,9	10,4	<0,001
Razón de riesgos (IC del 95%) ^b	0,63 (0,52-0,75)		
Tasa de respuesta global (Evaluación de investigadores) ^c	49,2%	46,5%	
Mediana de supervivencia global ^d	18,9	21,2	0,016
Razón de riesgos (IC del 95%) ^e	0,86 (0,76-1,00)		

^a Análisis de supervivencia global en la fecha de corte de datos clínicos: 31 de enero de 2007. ^b Análisis principal en la fecha de corte de datos clínicos: 31 de enero de 2008. ^c Referente a brazo control.

En el subgrupo de tratamiento con FOLFUX, la mediana de la supervivencia libre de progresión fue de 8,0 meses en los pacientes tratados con placebo y de 8,4 meses en los tratados con bevacizumab, razón de riesgo (razón de riesgo) HR = 0,83, IC del 95% = [0,73; 0,96] valor de p = 0,003. En el subgrupo de tratamiento con FOLFUX, la mediana de la supervivencia global fue de 20,3 meses en los pacientes tratados con placebo y de 21,2 meses en los tratados con bevacizumab, HR = 0,84, IC del 95% = [0,75; 0,94] valor de p = 0,007, siendo los resultados correspondientes en el subgrupo de tratamiento con XELOX de 18,2 meses, HR = 0,84, IC del 95% = [0,68; 1,04] valor de p = 0,008. ECGO E3200: En este ensayo clínico fase III, aleatorizado, abierto y controlado con comparador activo se investigó en pacientes con cáncer colorrectal avanzado tratados previamente (segunda línea) la administración de Avastin a una dosis de 15 mg/kg en combinación con fluorouracilo en bolo y después 5-fluorouracilo en perfusión con oxaliplatino IV (FOLFUX-4), administrado en un esquema de 2 semanas. En los brazos con quimioterapia se utilizó el régimen de FOLFUX-4 con el mismo esquema y dosis que se muestra en la Tabla 6 para el ensayo NCI998. La variable principal de eficacia del ensayo fue la supervivencia global, que se definió como el tiempo que transcurre desde la aleatorización hasta la muerte por cualquier causa. Se aleatorizaron 829 pacientes (de los cuales 282 recibieron FOLFUX-4, 280 Avastin + FOLFUX-4 y 267 Avastin en monoterapia). La adición de Avastin a FOLFUX-4 de como resultado una prolongación de la supervivencia estadísticamente significativa. También se observaron mejorías estadísticamente significativas en la supervivencia libre de progresión y en la tasa de respuesta objetiva (ver Tabla 7).

Tabla 7. Resultados de eficacia del ensayo E3200.

	E3200	
	FOLFUX-4	FOLFUX-4 + Avastin
Número de pacientes	292	293
Supervivencia global		
Mediana del tiempo (meses)	18,8	21,0
Intervalo de confianza del 95%	18,12 - 11,86	
Razón de riesgo ^a	0,751 (valor de p = 0,0012)	
Supervivencia libre de progresión		
Mediana del tiempo (meses)	4,5	7,5
Razón de riesgos	0,518 (valor de p < 0,0001)	
Tasa de respuesta objetiva		
Tasa	8,6%	22,2%
	(valor de p < 0,0001)	

^a 15 mg/kg cada 2 semanas. ^b Referente al brazo control.

No se observaron diferencias significativas en la duración de la supervivencia global entre los pacientes que recibieron Avastin en monoterapia y los pacientes tratados con FOLFUX-4. La supervivencia libre de progresión y la tasa de respuesta objetiva fueron inferiores en el brazo de Avastin en monoterapia comparado con el brazo de FOLFUX-4. En ensayos clínicos aleatorizados no se ha estudiado el tratar nuevamente con Avastin beneficiosa a los pacientes con cáncer colorrectal metastásico que habían sido tratados previamente con Avastin. **Cáncer de mama metastásico (CM).** Se diseñaron dos grandes ensayos fase III con el fin de investigar el efecto del tratamiento de Avastin en combinación con dos agentes quimioterápicos de forma individual, en los que se midió como variable principal la SLP. En ambos ensayos se observó una mejoría clínicamente y estadísticamente significativa en SLP. A continuación se resumen los resultados de SLP para los agentes quimioterápicos de forma individual incluidos en la indicación: **Ensayo E2100 (paclitaxel)** Mediana de SLP aumentó 5,5 meses, razón de riesgo 0,421 (valor de p < 0,0001), IC del 95% 0,340; 0,516. **Ensayo AF3544 (epidociclovir)** Mediana de SLP aumentó 2,9 meses, razón de riesgo 0,89 (valor de p = 0,0002), IC del 95% 0,84; 0,94. A continuación se proporcionan los detalles de cada ensayo y sus resultados. ECGO E2100: El ensayo E2100, multicéntrico, aleatorizado, abierto y controlado con comparador activo, en el que se evaluó Avastin en combinación con paclitaxel para el tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente recidivante en pacientes que no habían recibido previamente quimioterapia para la enfermedad metastásica y localmente recidivante. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir paclitaxel solo (95 mg/m² IV durante 1 hora una vez a la semana, tres semanas de cada cuatro) o en combinación con Avastin (10 mg/kg en perfusión IV cada dos semanas). Se permitió que los pacientes hubieran recibido tratamiento hormonal previo para la enfermedad metastásica. La terapia adyuvante con tamoxifeno se permitió solo en aquellos casos en que hubiera sido completada al menos 12 meses antes de la incorporación al ensayo. De los 732 pacientes del ensayo, la mayoría eran pacientes con tumores HER2 negativos (96%), salvo un pequeño número con estatus HER2 desconocido (9%) o HER2 positivo (2%), que habían sido tratados previamente con trastuzumab o no se consideraron candidatas para trastuzumab. Además, el 65% de los pacientes habían recibido quimioterapia en adyuvancia, incluyendo un 19% con tratamiento previo de tamoxifeno y un 49% con tratamiento previo de antihormonas. Se excluyeron aquellos pacientes con metástasis en el sistema nervioso central, incluyendo los tratados previamente o con lesiones cerebrales resacasas. En el ensayo E2100, los pacientes se trataron hasta la progresión de la enfermedad. En aquellas situaciones en que se requirió la interrupción temprana de la quimioterapia, el tratamiento continuó con Avastin en monoterapia hasta la progresión de la enfermedad. Las características basales de los pacientes fueron similares entre los brazos del ensayo. La variable principal del ensayo fue la supervivencia libre de progresión (SLP), basada en la evaluación de los investigadores del ensayo de la progresión de la enfermedad. Además, también se realizó una revisión independiente de la variable principal. En la Tabla 8 se recogen los resultados de este ensayo.

Tabla 8. Resultados de eficacia del ensayo E2100.

Supervivencia libre de progresión	Evaluación de los investigadores ^a		Evaluación del Comité de revisión independiente	
	Paclitaxel (n= 354)	Paclitaxel/Avastin (n= 368)	Paclitaxel (n= 354)	Paclitaxel/Avastin (n= 368)
Mediana de SLP (meses)	5,8	11,4	5,8	11,3
Razón de riesgos (IC del 95%)	0,421 (0,340; 0,516)		0,483 (0,385; 0,607)	
Valor de p	< 0,0001			
Tasa de respuesta (pacientes con enfermedad medible)	Evaluación de los investigadores		Evaluación del Comité de revisión independiente	
	Paclitaxel (n= 213)	Paclitaxel/Avastin (n= 252)	Paclitaxel (n= 243)	Paclitaxel/Avastin (n= 228)
Nº pacientes con respuesta objetiva	23,4	48,0	22,2	48,9
Valor de p	< 0,0001			

^a análisis principal

Supervivencia global	Paclitaxel (n= 354)		Paclitaxel/Avastin (n= 368)	
	Mediana de supervivencia global (meses)	24,8		26,5
Razón de riesgos (IC del 95%)	0,889 (0,722; 1,048)			
Valor de p	0,1374			

El beneficio clínico de Avastin, medido mediante la SLP, se observó en todos los subgrupos pre-especificados en el ensayo (incluyendo el intervalo libre de enfermedad, el número de metástasis, la quimioterapia adyuvante previa y el estatus de los receptores de estrógenos (RE)). **AF3544 (Ensayo AF3544)** fue III, multicéntrico, aleatorizado, controlado con placebo fue diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de Avastin en combinación con quimioterapia comparado con quimioterapia más placebo como tratamiento de primera línea para pacientes con cáncer de mama metastásico o localmente recidivante HER2 negativo. La quimioterapia fue elegida a juicio del investigador antes de la aleatorización en una proporción 2:1 para recibir Avastin y quimioterapia o quimioterapia y placebo. Las quimioterapias elegidas que se administraron cada 3 semanas incluyen capecitabina, taxano (paclitaxel unido a prelinex, docetaxel), agentes basados en antracina (epidociclovir, ciclofosfáido, epirubicina, ciclofosfáido, 5-fluorouracilo) o doxorubicina, 5-fluorouracilo) epirubicina/ ciclofosfáido. Avastin o placebo fueron administrados a una dosis de 15 mg/kg cada 2 semanas. Este ensayo incluyó una fase de tratamiento ciego, una fase opcional tras progresión abierta, y una fase de seguimiento de supervivencia. Durante la fase de tratamiento ciego, los pacientes recibieron quimioterapia y el medicamento de ensayo (Avastin o placebo) cada 3 semanas hasta progresión de la enfermedad, toxicidad limitante del tratamiento, o fallecimiento. En caso de progresión de la enfermedad confirmada, los pacientes que entraron en la fase opcional abierta pudieron recibir Avastin junto a una amplia gama de tratamientos de segunda línea abiertamente. Se realizaron análisis estadísticos de forma independiente para 11 pacientes que recibieron capecitabina en combinación con Avastin o placebo; 2 pacientes que recibieron quimioterapia basada en taxano o en antracina en combinación con Avastin o placebo. La variable principal del ensayo fue la SLP evaluada por el investigador. Adicionalmente, la variable principal fue también evaluada por un Comité de revisión independiente (CRI). En la Tabla 9 se presentan los resultados de los análisis definidos en el protocolo final para la supervivencia libre de progresión y la tasa de respuesta para la cohorte de capecitabina analizados independientemente en el ensayo AF3544. También se presentan los resultados de un análisis de supervivencia global exploratorio que incluye un seguimiento adicional de 7 meses (aproximadamente el 48% de los pacientes habían fallecido). El porcentaje de pacientes que recibieron Avastin en la fase abierta fue del 62,1% en el brazo de capecitabina + placebo y del 49,9% en el brazo de capecitabina + Avastin.

Tabla 9. Resultados de eficacia para el ensayo AF3544 - Capecitabina y Avastin/Placebo (Cap+ Avastin/Pl)

Supervivencia libre de progresión ^a	Evaluación de los investigadores		Evaluación del Comité de revisión independiente	
	Cap + Pl (n= 258)	Cap + Avastin (n=438)	Cap + Pl (n= 258)	Cap + Avastin (n=438)
Mediana de SLP (meses)	5,7	6,8	6,1	6,8
Razón de riesgos frente a placebo (IC del 95%)	0,69 (0,59; 0,80)		0,68 (0,54; 0,86)	
Valor de p	0,0002			
Tasa de respuesta (en pacientes con enfermedad diagnosticable) ^b	Evaluación de los investigadores		Evaluación del Comité de revisión independiente	
	Cap + Pl (n= 161)	Cap + Avastin (n=328)	Cap + Pl (n= 161)	Cap + Avastin (n=328)
Nº pacientes con respuesta objetiva	23,6	38,4	23,6	38,4
Valor de p	0,0007			
Supervivencia global ^c	Evaluación de los investigadores		Evaluación del Comité de revisión independiente	
	Cap + Pl (n= 161)	Cap + Avastin (n=328)	Cap + Pl (n= 161)	Cap + Avastin (n=328)
Razón de riesgos (IC del 95%)	0,88 (0,69; 1,13)		0,88 (0,69; 1,13)	
Valor de p (exploratorio)	0,33			

^a 1000 mg/m² administrado vía oral dos veces al día durante 14 días cada 3 semanas. ^b El análisis estadístico incluyó todos los acontecimientos de progresión y fallecimiento excepto aquellos donde la terapia fuera de protocolo (NP) se inició antes de que se confirmara la progresión de la enfermedad. Los datos de estos pacientes se censuraron en la última evaluación del tumor antes de comenzar el tratamiento fuera del protocolo.

Se realizó un análisis no estratificado de SLP (evaluado por el investigador) que no censuró para tratamiento fuera de protocolo antes de la progresión de la enfermedad. Los resultados de estos análisis fueron muy similares a los resultados del objetivo principal de SLP. **Cáncer de Páncreas (CPM).** En los ensayos E4999 y E01704 se investigaron la seguridad y eficacia de Avastin asociado a quimioterapia basada en platino, en el tratamiento en primera línea de pacientes con cáncer de páncreas no mucinoso (CPM) con un tipo histológico en predominio de células escamosas. En el ensayo E4999 se ha demostrado un beneficio en la supervivencia global con una dosis de bevacizumab de 15 mg/kg cada 3 semanas. El ensayo E01704 ha demostrado que tanto la dosis de 15 mg/kg cada 3 semanas como la de 7,5 mg/kg cada tres semanas de bevacizumab aumentan la supervivencia libre de progresión y la tasa de respuesta. **E4999** En el ensayo E4999 multicéntrico, abierto, aleatorizado y controlado con comparador activo se evaluó Avastin como tratamiento en primera línea de pacientes con CPM localmente avanzado (estado IIIb con o sin metástasis pleural maligna), metastásico o recidivante con un tipo histológico en predominio de células escamosas. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir quimioterapia basada en platino (FC: paclitaxel 200 mg/m² y carboplatino AUC = 6,2, ambos mediante perfusión IV) en el día 1 de cada ciclo de 3 semanas hasta 8 ciclos o FC en combinación con Avastin a una dosis de 15 mg/kg mediante perfusión IV el día 1 de cada ciclo de 3 semanas. Tras la finalización de los seis ciclos de quimioterapia con carboplatino-paclitaxel o tras la interrupción temprana de la quimioterapia, los pacientes en el brazo de Avastin + carboplatino-paclitaxel continuaron recibiendo Avastin en monoterapia cada 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad. Se aleatorizaron 879 pacientes para los dos brazos. Durante el ensayo, de los pacientes que recibieron el tratamiento de estudio, el 32,2% (284/882) de los pacientes recibió entre 7-12 administraciones de Avastin y el 21,7% (191/882) de los pacientes recibió 13 o más administraciones de Avastin. El objetivo principal fue la duración de supervivencia. En la Tabla 10 se presentan los resultados.

Tabla 10. Resultados de eficacia del ensayo E4999.

	Brazo 1 Carboplatino/ Paclitaxel		Brazo 2 Carboplatino/ Paclitaxel + Avastin 15 mg/kg cada 3 semanas	
	Número de pacientes	444	434	
Supervivencia global				
Mediana del tiempo (meses)	10,3	12,3		
Razón de riesgos	0,80 (p = 0,003)		IC del 95% (0,69; 0,93)	
Supervivencia libre de progresión				
Mediana del tiempo (meses)	4,8	6,4		
Razón de riesgos	0,65 (p < 0,0001)		IC del 95% (0,56; 0,76)	
Tasa de respuesta global				
Tasa (%)	12,8	26,0 (p < 0,0001)		

En un análisis exploratorio, el beneficio de Avastin en la supervivencia global fue menos pronunciado en el subgrupo de pacientes que no tenían histología de adenocarcinoma. **E01704** En el ensayo E01704 fase III aleatorizado, doble ciego de Avastin asociado a cisplatino y gemcitabina controlado frente a cisplatino, cisplatino y gemcitabina se incluyeron pacientes con CPM localmente avanzado (estado IIb con metástasis de ganglios linfáticos supradiaphragmáticos y con o sin metástasis o pleural maligna, metastásico o recidivante con un tipo histológico en predominio de células escamosas) que recibieron quimioterapia previa. La variable principal de eficacia fue la supervivencia libre de progresión, las variables secundarias del ensayo incluyeron la duración de la supervivencia global. Los pacientes fueron aleatorizados para la quimioterapia basada en platino (perfusión de 80 mg/m² IV de cisplatino en el día 1 y perfusión de 1200 mg/m² IV de gemcitabina en los días 1 y 8 de cada ciclo de 3 semanas hasta 8 ciclos (GG + GG) en combinación con Avastin a una dosis de 7,5 o 15 mg/kg mediante perfusión IV el día 1 de cada ciclo de 3 semanas. En los brazos que controlan Avastin, los pacientes podían recibir Avastin en monoterapia una vez cada 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad o hasta que la toxicidad no fuera tolerable. Los resultados del ensayo muestran que el 94% (277 / 296) de los pacientes incluidos según recibiendo bevacizumab en monoterapia en el ciclo 7. Una alta proporción de pacientes (aproximadamente el 52%) continuó recibiendo diferentes terapias anticancerígenas no especificadas en el protocolo, lo cual podría tener impacto en el análisis de la supervivencia global. Los resultados de eficacia se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11. Resultados de eficacia del ensayo E01704.

	Cisplatino/Gemcitabina + Placebo		Cisplatino/Gemcitabina + Avastin 7,5 mg/kg cada 3 semanas		Cisplatino/Gemcitabina + Avastin 15 mg/kg cada 3 semanas	
	Número de pacientes	347	345	345	351	
Supervivencia libre de progresión						
Mediana del tiempo (meses)	6,1	6,7 (p = 0,026)	6,5	6,5 (p < 0,0001)		
Razón de riesgos	0,75 (0,62; 0,91)		0,82 (0,68; 0,98)			
Tasa de mejor respuesta global ^a	30,1%	34,1% (p < 0,0001)	30,4%	30,4% (p < 0,0023)		

^a Pacientes con enfermedad diagnosticable al inicio.

Supervivencia global	Cisplatino/Gemcitabina + Placebo		Cisplatino/Gemcitabina + Avastin 7,5 mg/kg cada 3 semanas		Cisplatino/Gemcitabina + Avastin 15 mg/kg cada 3 semanas	
	Mediana (meses)	13,1	13,8 (p = 0,4203)	13,4	13,4 (p = 0,7913)	
Razón de riesgos	0,90 (0,78; 1,03)		1,03 (0,88; 1,23)			

Cáncer de Células Reales avanzado y/o metastásico (CRM). Avastin en combinación con Interferón alfa-2a para el Tratamiento en Primera Línea del Cáncer de Células Reales Avanzado y/o Metastásico (E01705) Se realizó un ensayo clínico fase III aleatorizado, doble ciego, en el que se evaluó la eficacia y la seguridad de Avastin en combinación con interferón IFN alfa-2a (Pleoron®) frente a IFN alfa-2a en monoterapia como tratamiento en primera línea del CRM. Los 640 pacientes aleatorizados (341 tratados) tenían un estado funcional de Karnofsky (KPS) ≥ 70%, no tenían metástasis en el sistema nervioso central y tenían una adecuada función orgánica. Los pacientes fueron randomizados por carcinoma primario de células renales. Se administró 10 mg/kg de Avastin cada 2 semanas hasta progresión de la enfermedad. Se administró IFN alfa-2a durante 52 semanas o hasta progresión de la enfermedad a una dosis inicial recomendada de 9 MU tres veces por semana, permitiendo una reducción de la dosis a 3 MU tres veces por semana en 2 etapas. Los pacientes fueron distribuidos según las características demográficas y la puntuación Motor y los brazos de tratamiento demostraron estar bien equilibrados según los factores pronósticos. El objetivo principal fue la supervivencia global, y dentro de los objetivos secundarios del ensayo se incluyó la supervivencia libre de progresión. La adición de Avastin al IFN alfa-2a aumentó significativamente la SLP y la tasa de respuesta tumoral objetiva. Estos resultados se confirmaron a través de una revisión radiológica independiente. Sin embargo, el aumento de 7 meses en la supervivencia global (objetivo principal) no fue significativo (HR: 0,91). Una alta proporción de pacientes (aproximadamente 62% IFN placebo y 55% Avastin/IFN) recibieron tras el ensayo diferentes tratamientos anticancerígenos no especificados, incluyendo agentes antiangiogénicos, y que podrían haber impactado en el análisis de la supervivencia global. Los resultados de eficacia se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12. Resultados de eficacia del ensayo E01705.

	E01705	
	Placebo + IFN	Av + IFN
Número de pacientes	322	317
Supervivencia libre de progresión		
Mediana del tiempo (meses)	5,4	10,2
Razón de riesgos (IC del 95%)	0,60 (0,52; 0,75) (valor de p < 0,0001)	
Tasa de respuesta objetiva (%) en pacientes con enfermedad medible		
n	289	308
Tasa de respuesta	12,8%	31,4%
	(valor de p < 0,0001)	

^a Interferón alfa-2a 9 MU 3 veces por semana. ^b Bevacizumab 10 mg/kg cada 2 semanas.

Supervivencia global	E01705	
	Placebo + IFN	Av + IFN
Mediana (meses)	21,2	23,3
Índice de riesgo (IC del 95%)	0,91 (0,78; 1,07) (valor de p = 0,3380)	

Haciendo un poco de Historia...

...2003

De izda. a dcha: Vicente Alberola, Amalio Ordóñez, Angel Jiménez Lacave, Javier García-Conde, Manuel González Barón, José Andrés Moreno Nogueira, Manuel Morales y Agustí Barnadas.



Esta fotografía es una instantánea de los ponentes del Simposio Educativo "Avances en Soporte" celebrada en el marco del **IX Congreso SEOM (Tenerife) en 2003**. La mesa estuvo compuesta por los siguientes doctores y se abordaron los siguientes temas:

Presidente: Dr. Manuel González Barón. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid.

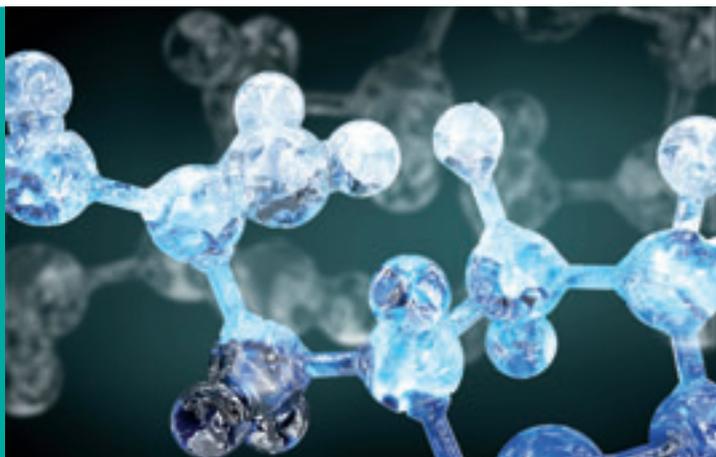
Moderador: Dr. Javier García-Conde Bru. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

- **"Anemia en Cáncer ¿Es sólo un Problema de Calidad de Vida?"**
Dr. José A. Moreno Nogueira. Hospital Iniversitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- **"El Síndrome de Anorexia Caquexia"**
Dr. Vicente Alberola Candel. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
- **"Nuevos Factores de Crecimiento o Nuevas Formulaciones de los mismos"**
Dr. Agustí Barnadas i Molins. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona.
- **"Relación Coste-Efectividad en el Tratamiento del Dolor Irruptivo"**
Dr. Amalio Ordóñez Gallego. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid.
- **"Indicaciones y Complicaciones del Acceso Vascular Prolongado en el Paciente Neoplásico"**
Dr. Manuel Morales González. Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife.
- **"Toxicidad de las Nuevas Drogas en Oncología: Como evitar Toxicidades Graves"**
Dr. Ángel Jiménez Lacave. Hospital General de Asturias. Oviedo.

En esta Sección queremos incluir fotografías históricas, conmemorativas o memorables relacionadas con la Oncología Médica de nuestro país y, por supuesto, con los socios de SEOM.

Desde estas páginas le invitamos a que nos envíe fotografías del pasado que tengan un especial interés. Las imágenes pueden ser enviadas tanto en formato digital a prensa@seom.org o en papel a la sede de la Sociedad.

Noticias de Grupos Cooperativos

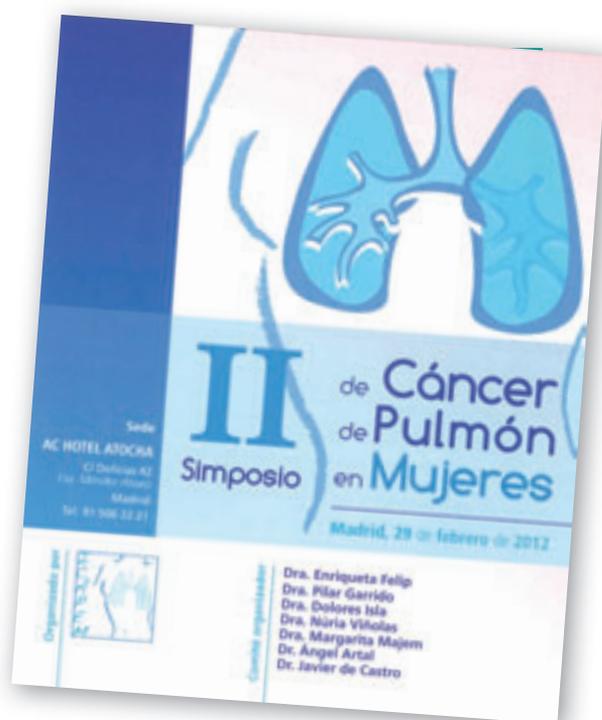


II Simposio de Cáncer de Pulmón en Mujeres

El 29 de febrero de 2012 se celebró en Madrid el *II Simposio de Cáncer de Pulmón en Mujeres* bajo la coordinación del Grupo ICAPEM. El comité organizador estuvo compuesto por los doctores Enriqueta Felip, Pilar Garrido, Dolores Isla, Núria Viñolas, Margarita Majem, Ángel Artal y Javier de Castro.

En 2006 se produjeron 3.000 nuevos casos de mujeres con cáncer de pulmón. Este año habrá 5.000 nuevas enfermas por este tumor. Además, para este 2012 también se estima que 20.000 hombres sean diagnosticados con esta patología.

La inauguración oficial de este Simposio corrió a cargo de las doctoras Dolores Isla y Núria Viñolas y el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM. El Simposio abordó temas como la biología molecular y los aspectos clínicos del cáncer de pulmón en mujeres y se presentó la actualización de la base de datos WORLD07. Del mismo modo, se presentó el estudio nacional para evaluar el conocimiento de las consecuencias del tabaquismo en mujeres.



8 de marzo, Día del Riñón

Con motivo del Día del Riñón que se celebra anualmente el 8 de marzo, el SOGUG (Grupo Español de Oncología Genitourinaria) lanzó un comunicado en donde estimaba un incremento anual del 3-4 por ciento de casos de cáncer renal en España.

SOGUG ha querido poner de relieve la importancia de seguir impulsando la investigación clínica en el cáncer renal y su abordaje multidisciplinar. A juicio de su presidente, el Dr. Daniel Castellano, "las nuevas terapias han revolucionado en los últimos seis años el tratamiento de la enfermedad avanzada".

V Curso GOTEL

Formación en Linfomas

El V Curso GOTEL de Formación en Linfomas se celebró los días 13 y 14 abril en Sevilla bajo la coordinación científica de los doctores Manuel Codes Manuel de Villena y Luis de la Cruz Merino, jefe y médico adjunto respectivamente del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Al curso asistieron más de 150 especialistas oncólogos de ámbito nacional e internacional para debatir los últimos avances en el tratamiento del linfoma.

El encuentro estuvo avalado por la Sociedad Española de Oncología Médica y acreditado por la Consejería de Salud andaluza.

Los síndromes linfoproliferativos constituyen un amplio y heterogéneo grupo de neoplasias en las que se han producido notables avances en los últimos años. Según los expertos, la incidencia estimada de linfomas en la provincia de Sevilla es de unos 300-350/año, siendo la del área hospitalaria Virgen Macarena de unos 70 casos/año.

Se trató de una edición dirigida también a los médicos residentes en periodo de formación y aquellos que ya completaron su residencia pero que desearon ampliar sus

conocimientos de un modo riguroso, mediante un curso intensivo en el que se expongan desde los aspectos básicos de los linfomas, hasta las novedades terapéuticas y las expectativas de futuro.

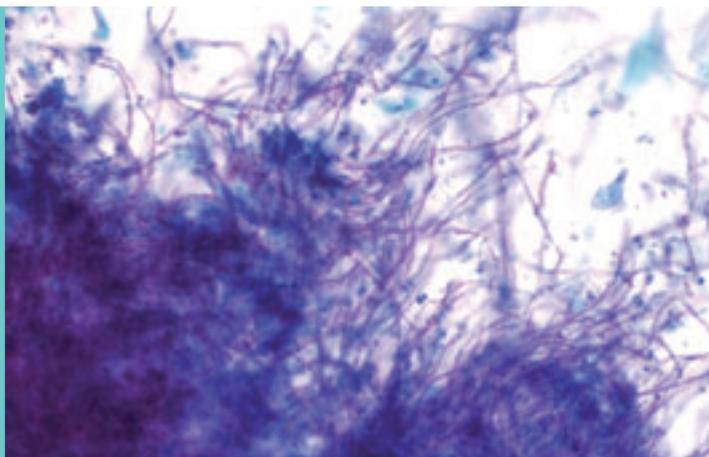
Entre las figuras relevantes a nivel mundial con las que contó esta reunión se encontraba el doctor Fernando Cabanillas, que dió la conferencia magistral 'Principales Nuevos Avances en Síndromes Linfoproliferativos'. Procedente del Centro de Cáncer del Hospital Auxilio Mutuo de San Juan de Puerto Rico, se trata de una de las figuras más importantes en el tratamiento de los linfomas a nivel mundial.

Los doctores Manuel Codes y Luis de la Cruz, miembros activos del Grupo, lideran en la actualidad varios proyectos de investigación en base a los linfomas como el ensayo clínico "GOYA". Éste es un ensayo multicéntrico internacional fase III en Linfoma no Hodgkin B de células grandes con GA101 (RO5072759)+ CHOP versus Rituximab + CHOP; sólo abierto en ocho centros en España. En la misma línea se encuentra el "Estudio clínico y mecanismos moleculares implicados en el desarrollo del linfoma folicular transformado" que forma parte del Grupo GOTEL.

Programa Científico Viernes 13 de abril

APERTURA DEL CURSO		
09:30 - 09:45	Presentación y bienvenida Dr. Manuel E. Codes Manuel de Villena, Serv. de Oncología Médica, Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla	
09:45 - 10:00	Epidemiología de los síndromes linfoproliferativos Prof. Adriación Nieto García, Depto. Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla	
10:00 - 10:30	Clasificación y factores pronósticos de los linfomas Dr. José L. Villar Rodríguez, Serv. de Anatomía Patológica, Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla	
10:30 - 10:50	Café	
SESIÓN 1: LINFOMA FOLICULAR		
Moderador: Dr. José A. Moreno Noguera, Sevilla		
10:50 - 11:20	Microambiente tumoral en Linfoma Folicular. Influencia en la biología y en el pronóstico Dr. Tomás Álvarez Naranjo, Serv. de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Cintas, Torbosa (Teruel)	
11:20 - 11:40	Tratamiento de inducción en primera línea del Linfoma Folicular Dr. Francisco Libro Sempér, Serv. de Oncología Médica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid	

Secciones SEOM



Nuevos Comités Ejecutivos de las Secciones SEOM

Con la renovación parcial de la Junta Directiva de SEOM, se ha pasado a renovar los comités ejecutivos de las Secciones y Grupos de Trabajo de la Sociedad.



Nueva composición

- **Dra. Yolanda Escobar** (coordinadora).
- **Dra. Ana Casas** (secretario).
- **Dra. Ana Blasco** (Vocal).
- **Dr. Javier Espinosa** (vocal).
- **Dra. Pilar Lianes** (vocal - representante de Junta Directiva).
- **Dra. M^a del Mar Muñoz** (vocal).
- **Dr. Ramón de las Peñas** (vocal).
- **Dr. Juan Antonio Virizuela** (vocal asesor).



Si desea adherirse a la Sección para estar informado de todas las actividades y comunicaciones que realizan, puede solicitarlo en la Secretaría de la SEOM. Actualmente hay 40 socios SEOM adheridos a la Sección SEOM de Cuidados Continuos.

Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer

1ª Parte

Cada año se curan más pacientes con distintos tipos de cáncer y afortunadamente se cuenta con más largos supervivientes (pacientes curados que ya no reciben tratamiento y que al menos ha transcurrido un periodo de cinco años desde el diagnóstico) que requieren un seguimiento especial y coordinado con otras especialidades.

La Sociedad Española de Oncología Médica estima que cada año habrá 100.000 nuevos largos supervivientes con necesidades especiales que hay que definir adecuadamente. Los aspectos físicos, sociales, laborales, psicológicos y emocionales de estos largos supervivientes tienen que estar caracterizados, investigados y tratados por equipos multidisciplinares e interdisciplinares.

Es necesario identificar los problemas de salud específicos de estos pacientes y afrontarlos de forma estructurada. De ahí que SEOM y concretamente la **Sección SEOM de Cuidados Continuos lleve tiempo trabajando en su análisis y valoración y haya hecho una recopilación en este monográfico.**

Este documento es la antesala del Plan Integral para la Asistencia al Largo Superviviente de Cáncer que SEOM está desarrollando y que verá la luz en los próximos meses.

Los problemas de salud relacionados con las secuelas de la enfermedad y con el tratamiento empezarán a ser un importante problema de salud en 2015. Esto requerirá el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas y de planes de asistencia para estos pacientes.

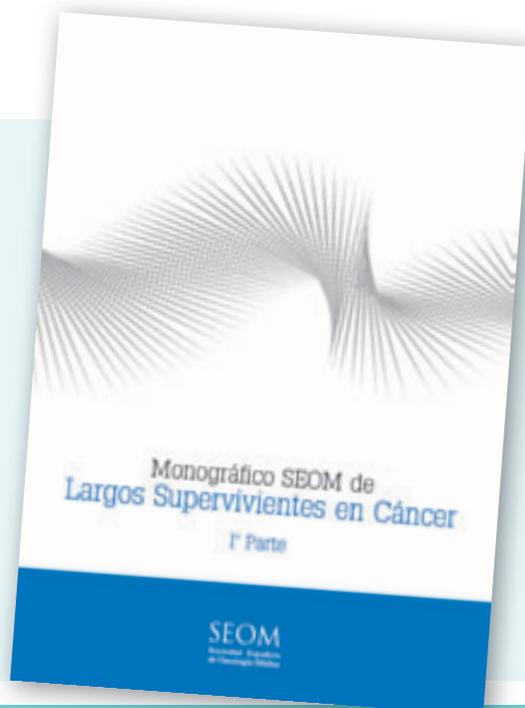
La identificación de patologías asociadas como pueden ser problemas óseos, cognitivos, de memoria, de comprensión, la toxicidad gonadal, la disfunción sexual, etc. es fundamental para organizar la asistencia de los largos supervivientes.

Este documento SEOM constará de dos partes. En esta primera se recogen 7 capítulos con aspectos analizados por oncólogos médicos junto con el punto de vista de un largo superviviente.

Para la Sociedad y para la Sección SEOM de Cuidados Continuos la organización de la atención a los largos supervivientes es un área prioritaria. Con este documento los especialistas que lo consulten obtendrán una visión amplia de las dificultades que puede tener este colectivo que afortunadamente se va incrementando.

Sumario

- **Supervivientes al cáncer en España: situación actual.**
Dr. Francisco Barón Duarte.
- **Astenia en los supervivientes: su reconocimiento y tratamiento.**
Dr. César A. Rodríguez.
- **Toxicidad gonadal en pacientes con cáncer.**
Dra. Ana Blasco.
- **Disfunción sexual y cáncer.**
Dra. Yolanda Escobar.
- **Problemas psicológicos y emocionales del superviviente.**
Dr. Juan A. Virizuela.
- **Deterioro cognitivo inducido por el tratamiento antineoplásico.**
Dr. Jaime Feliú.
- **Segundas neoplasias en el largo superviviente.**
Dr. Javier Espinosa.



Este informe puede consultarse en la web de la SEOM con sus contraseñas de socio. Si desea un ejemplar físico solicítelo en la Secretaría de SEOM -91 577 52 81 o seom@seom.org



Nueva composición

- **Dra. Carmen Guillén Ponce** (coordinador).
- **Dra. Isabel Chirivella González** (secretario).
- **Dra. Rocío García-Carbonero** (vocal- representante de Junta Directiva).
- **Dr. Santiago González Santiago** (vocal).
- **Dr. Rafael Morales Chamorro** (vocal).
- **Dr. Luis Robles Díaz** (vocal).
- **Dr. Alexandre Teule Vega** (vocal).



Si desea adherirse a la Sección para estar informado de todas las actividades y comunicaciones que realizan, puede solicitarlo en la Secretaría de la SEOM. Actualmente hay 128 socios SEOM adheridos a la Sección SEOM de Cáncer Hereditario.



Una iniciativa de SEOM para
Residentes y Adjuntos Jóvenes

Nueva composición

- **Dr. Agustí Barnadas i Molins** (coordinador).
- **Dr. Joaquím Bosch Barrera.**
- **Dr. Jesús Corral Jaime.**
- **Dra. Elisabeth Pérez Ruiz.**
- **Dr. Victor Moreno García.**
- **Dra. Andrea Ruiz Valdepeñas-Martín.**
- **Dr. Wilver Federico Carbonell Luyo.**

Desde aquí invitamos a todos los residentes y adjuntos jóvenes a que participen activamente en este Grupo que pretende ser un punto de encuentro y un foro de debate entre este joven colectivo y la SEOM.

V concurso **+mir**

de **casos clínicos para residentes** de **Oncología Médica** *2012*

COORDINADOR

Dr. Agustín Barnadas i Molins

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Joaquim Bosch Barrera

Hospital Universitario Josep Trueta - Instituto Catalán de Oncología (ICO). Girona

Dr. José David Cumplido Burón

Hospital de Torrevieja. Torrevieja

Dr. Javier Espinosa Arranz

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Dra. M^a Elena García-Martínez

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

Dra. Paula Jiménez Fonseca

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica



Una iniciativa de SEOM para
Residentes y Adjuntos Jóvenes

La Sección +MIR se creó dentro de la SEOM en febrero de 2006 con el fin de aumentar el vínculo de los residentes de Oncología Médica con la Sociedad de manera bidireccional. Una de las actividades puestas en marcha fue la convocatoria del "Concurso +mir de casos clínicos para residentes de Oncología Médica" del que convocamos la quinta edición con el ánimo de tener la gran acogida de las anteriores.

El concurso tiene como finalidad recopilar casos clínicos de interés tanto para los residentes de Oncología Médica como para cualquier miembro de la SEOM, facilitando una herramienta que permita a los especialistas españoles comunicar los resultados de sus trabajos y compartir experiencias clínicas y educativas con otros compañeros de especialidad.

Con estos objetivos nos permitimos solicitar la colaboración tanto de los futuros especialistas como de los tutores para animar a sus residentes de Oncología Médica a participar en este interesante proyecto.

Agradecemos sinceramente el apoyo de Roche a esta iniciativa de la Sección +MIR de la SEOM.

El Comité Científico

Bases de participación

La presentación de un caso clínico al concurso implica necesariamente la aceptación íntegra e incondicional de las presentes bases por parte del participante.

1) Quién puede participar

- En la elaboración del caso solo podrán participar **médicos residentes**.
- El primer firmante o autor principal deber ser **residente de Oncología Médica y socio de la SEOM**, o adjuntar con el envío del caso la solicitud para serlo.
- Los **colaboradores** serán un máximo de **cuatro residentes** de Oncología Médica u otras especialidades.
- Cada autor principal sólo podrá presentar un caso clínico.
- El caso debe ser **inédito**. No pueden enviarse casos clínicos publicados anteriormente o presentados a otros concursos.
- Todo trabajo ha de ser **supervisado por el responsable de formación** de los residentes, que será el encargado de garantizar la calidad del caso. Sólo se admite un supervisor por caso.
- Del total de los firmantes del caso (incluido el supervisor) al menos **la mitad** de los mismos debe pertenecer a la **SEOM**.

2) Envío de casos

Para redactar el caso clínico se seguirán las **normas de entrega de originales** que se indican.

Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico:

soportecasosclnicos@luzan5.es

Indicar en el asunto: CCC ONCO 2012

Para cualquier duda, puede llamar al teléfono: 91 405 72 60 (Att. Laura Herrero)

La fecha límite para la recepción de casos es hasta el 15 de mayo de 2012

3) Admisión y selección

El Comité Científico se compone por las personas reseñadas en portada. Previa comprobación del cumplimiento de las normas de entrega de originales, el Comité procederá a analizar, calificar, seleccionar y votar los casos clínicos que deben ser objeto, por un lado, de los premios establecidos en la base 4) y, por otro, de su inclusión en la obra científica final. Asimismo, el Comité Científico se hará cargo de la revisión de esta obra y tendrá la facultad de incluir correcciones o modificaciones en los trabajos en aras de una mayor coherencia y unificación de la obra final.

4) Premios y finalistas

De todos los casos presentados, el Comité otorgará los siguientes premios:

Primer premio	1.200 euros*
Segundo premio	900 euros*
Tercer premio	600 euros*

*cantidades netas

Asimismo, se seleccionarán tres finalistas. Estos seis primeros casos recibirán un diploma acreditativo además de la publicación del trabajo en el Boletín de la SEOM. Los trabajos premiados se darán a conocer en el II Simposio Nacional de la SEOM, que se celebrará del 24 al 26 de octubre de 2012 en Madrid.

El Comité se reserva el derecho de dejar desierto cualquiera de los premios.

5) Patrocinio

Este concurso se realiza gracias a una beca educacional sin restricciones de Roche.

Derechos de propiedad intelectual

La presentación de un caso clínico lleva implícita la cesión, con carácter de exclusivo, a Luzán 5, S.A. de Ediciones de los derechos de divulgación, reproducción, distribución y comunicación pública de su aportación para su inclusión en la obra denominada V Concurso +MIR de casos clínicos para residentes de Oncología Médica 2012, para su explotación comercial en formato papel (tales como libro, revistas, monografía, guías) y formato electrónico, tanto en soportes off line (tales como CD, DVD o unidades de memoria) como a través de descarga o comercio electrónico utilizando redes de comunicación (tales como Internet, telefonía móvil o lectores portátiles de libros electrónicos). El cesionario podrá valerse de terceros en el proceso de creación y comercialización de la obra en dichos formatos, autorizando el autor las transformaciones de la misma a fin de la adaptación a los formatos de explotación cedidos. La cesión se hace para la totalidad del territorio mundial, con una duración de 10 años. El participante autoriza a la cesionaria para la transmisión de los derechos a otras partes intervinientes en la relación, incluyendo a Equalmás 5, S.L. y a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). El autor responde de la originalidad y del uso pacífico de las aportaciones escritas en el V Concurso +MIR de casos clínicos para residentes de Oncología Médica 2012, e igualmente garantiza el uso pacífico de las imágenes que acompañen a los textos escritos, eximiendo de cualquier responsabilidad a la cesionaria Luzán 5, S.A. de Ediciones sobre las potenciales reclamaciones que en concepto de autoría y explotación patrimonial puedan existir sobre la totalidad del material por él aportado, afrontando los gastos que pudieran derivarse de dichas reclamaciones. El autor asegura que dicho material, tanto el escrito como el de las imágenes, goza de las autorizaciones correspondientes para el uso aquí destinado, así como para la cesión de los derechos de explotación que, con su incorporación al concurso referido, otorga.

Protección de datos personales

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos personales que sean proporcionados serán incorporados y serán tratados en un fichero denominado "Autores y Colaboradores" debidamente registrado en la Agencia de Protección de Datos del que es responsable Luzán 5, S.A. de Ediciones, con la finalidad de gestionar su participación en el proyecto. Al rellenar los datos personales, usted nos autoriza de manera expresa para enviarle información –incluso finalizada nuestra relación comercial– sobre productos y servicios de interés que sean organizados y promovidos por Luzán 5, S.A. de Ediciones (tales como eventos, concursos, congresos, formación, etc.), tanto por e-mail, fax o cualquier otro medio electrónico o físico, presente o futuro. Le informamos de que potencialmente sus datos pueden ser cedidos al laboratorio patrocinador del proyecto y/o a la sociedad científica que lo avala, así como a la empresa Equalmás 5, S.L. (con el mismo objeto social que Luzán 5, S.A. de Ediciones) para las mismas finalidades que las descritas. Si usted no desea que sus datos sean cedidos o tratados para las finalidades adicionales mencionadas, o está interesado en ejercer los derechos de Acceso, Rectificación y Cancelación, puede dirigir un escrito, con ref. LOPD, a Luzán 5, S.A. de Ediciones, en pasaje Virgen de la Alegría nº 14, 28027 Madrid, o a lopd@luzan5.com. El/los responsables del fichero se comprometen a guardar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad del fichero.

Normas para la entrega de originales

El caso se presentará en un archivo (o varios si las imágenes se adjuntan como archivos), dentro del cual las diferentes partes que a continuación describimos se separarán con salto de página.

En una primera página del documento, aparecerán únicamente los siguientes datos:

- Título del caso (debe hacer referencia a las principales manifestaciones clínicas con las que se inició la enfermedad sin ofrecer el diagnóstico).
- Nombre y dos apellidos del autor principal (solo podrán aparecer como autor principal médicos residentes de Oncología Médica, socios de la SEOM).
- Nombre y dos apellidos de los colaboradores (hasta un máximo de cuatro residentes).
- Nombre y dos apellidos de la persona de contacto indicando su teléfono (preferiblemente móvil) y correo electrónico para comunicación de dudas o aclaraciones.
- Servicio y centro de trabajo al que pertenezcan los autores, así como la dirección, código postal y teléfono del mismo.
- Nombre y dos apellidos del supervisor del trabajo, junto con el cargo que desempeña en el servicio.
- Sección a la que pertenece el caso, a elegir entre:

I. Complicaciones del tratamiento
II. Tumores poco frecuentes

III. Casos ilustrativos de la historia natural de los tumores
IV. Presentaciones inusuales de los tumores

V. Síndromes paraneoplásicos
VI. Miscelánea

El texto:

- El caso clínico se presentará en páginas aparte de la de datos e irá precedido por el título (el mismo que figure en la primera página).
- El texto se presentará mecanografiado en Word, usando tipografía Times New Roman con tamaño de letra 12 puntos e interlineado sencillo. La extensión será de **1.500 palabras como máximo**.
- El caso se abrirá con una introducción de 10-15 líneas. Seguidamente, se estructurará en diferentes epígrafes siguiendo el orden lógico de exposición: anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento y evolución. Al final del caso clínico se añadirá una discusión breve de aproximadamente 15 líneas de texto. **La información debe exponerse de manera clara, ordenada y completa, evitando el uso de abreviaturas y expresando los resultados de las pruebas con sus correspondientes unidades de medida.**
- Se debe omitir toda referencia a datos personales identificativos de los enfermos o de sus familiares (nombres propios, lugares de residencia, etc.), así como cualquier información de los mismos que no sea relevante para el caso. Igualmente se deben eliminar los nombres de hospitales, instituciones o servicios concretos.
- Respecto a los tratamientos, se deben indicar los principios activos y no las marcas comerciales.

Bibliografía:

- Se citarán hasta un máximo de cinco referencias por cada caso clínico presentado. Para estas citas se deberán seguir las recomendaciones de las normas de Vancouver.
- Las referencias aparecerán en el texto con un número en superíndice (no se deben utilizar las herramientas de Word de "Notas al pie", "Referencia cruzada", hipervínculos, etc.); las citas se recogerán al final del texto por orden de aparición.

Palabras clave:

- En cada caso clínico se destacarán cinco palabras clave, con las que se pueda identificar fácilmente cada trabajo y hagan posible una búsqueda rápida del mismo.

Tablas y figuras:

- Para complementar el texto se aceptará **un máximo de dos figuras y una tabla**, debidamente numeradas y con su pie de foto o título correspondiente. Si se hace una composición de fotos, no se admitirán más de dos fotos por composición.
- Las características de las imágenes deben ser las siguientes: tamaño mínimo 10 x 8 cm y resolución 300 pixels/pulgada. El tipo de archivo ha de ser: JPG, TIF, PSD o PDF. Es IMPRESCINDIBLE que el tamaño de la imagen sea el especificado, pues, en caso contrario, al no cumplir la calidad necesaria para su publicación, el caso podrá ser eliminado.
- Se deberá indicar dentro del texto el lugar exacto donde va referida la figura o tabla.
- Si el número de figuras y/o tablas excede de lo señalado en estas normas, se suprimirán las sobrantes.
- Si se incluyen imágenes de pacientes que puedan ser identificables, **se debe adjuntar un consentimiento escrito firmado por el enfermo o tutor (en caso de menores de edad)**. Este es un requerimiento indispensable; si no se aporta el citado consentimiento, se eliminarán las imágenes o, en última instancia, el caso clínico.

Los casos que incumplan estas normas o cuya redacción no alcance la calidad suficiente para su publicación serán eliminados del concurso y, en consecuencia, no aparecerán en la posterior obra final, bajo valoración y criterio del Comité.

Concurso Banco de Imágenes



Tercera Imagen Ganadora

Lesión temporal izquierda con captación de contraste en anillo

Petra Rosado Varela, Sara Estalella Mendoza, Cristina Cortés Carmona

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Correspondencia: Petra Rosado Varela. **Correo-e:** petri_84@hotmail.com

Descripción. Varón de 65 años, diagnosticado de osteosarcoma temporal izquierdo bien diferenciado, que fue tratado mediante resección radical y radioterapia adyuvante en enero de 2009.

Consultó un año después por afasia mixta y hemiparesia derecha de un mes de evolución, asociando desorientación y trastornos del comportamiento. Se realizó RMN craneal en la que se apreció una tumoración intraaxial temporal izquierda con captación heterogénea de contraste en anillo e importante edema vasogénico perilesional (*Figuras 1 y 2*). Se completó el estudio mediante espectroscopia, que sugirió radionecrosis como primera posibilidad diagnóstica. En PET-TAC toracoabdominal y de sistema nervioso central se apreciaron extensas áreas hipometabólicas a nivel de lóbulo temporal, parietal y frontal compatibles con edema y radionecrosis.

Conclusión. Sirva este caso para reflexionar sobre la importancia de una interpretación precisa de las pruebas de imagen en el diagnóstico diferencial oncológico.

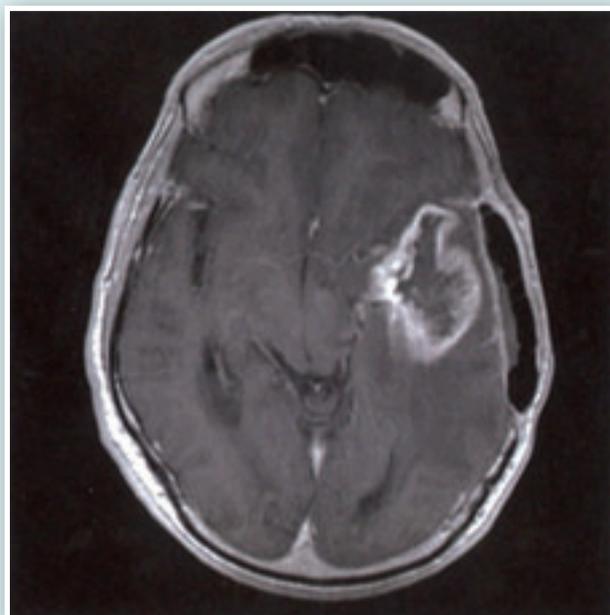


Figura 1

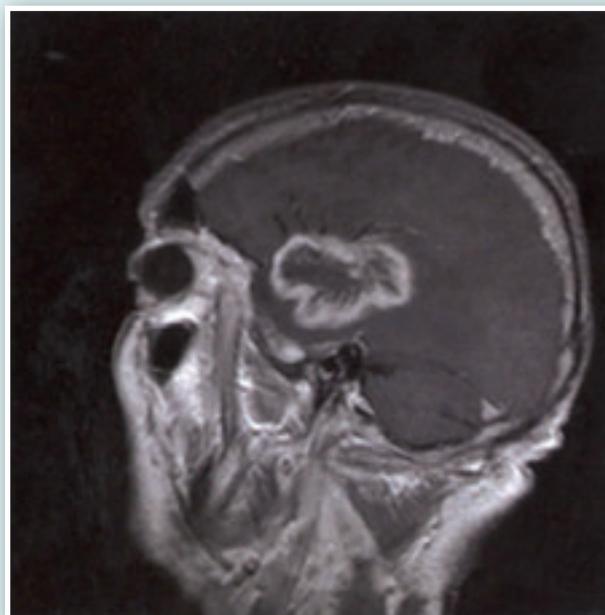


Figura 2

¡La Sección +MIR os anima a seguir participando!

Entrevista a

Ramón Mel



Ramón Mel
Director Unidad de Oncología GSK

Natural de Lugo donde nació en 1975, casado y disfrutando de 3 niños de edades entre los 11 años y los 18 meses, Ramón Mel es Licenciado en Farmacia con especialidad Industrial por la Universidad de Santiago de Compostela. Completó su formación académica en 2003 con un MBA en el Instituto de Empresa de Madrid a donde había llegado 2 años antes para trabajar en la Industria Farmacéutica.

Su trayectoria ha estado ligada a compañías como Aventis Pharma, Pfizer y desde 2006 GSK donde actualmente dirige las unidades de Oncología y Hospitales de la compañía británica.

Puede parecer mentira que un gallego sea fanático de algo, pero él lo es y mucho de su familia, su tierra, la pintura y su trabajo del cual se siente muy orgulloso y al cual está profundamente vinculado.

¿Qué opinión tiene de la SEOM?

Nuestra relación con la SEOM y mi opinión sobre la filosofía y actividades que se llevan a cabo desde la misma no puede ser más positiva.

La Sociedad ha sabido integrar perfectamente la relación de trabajo con los diferentes colectivos que se encuentran alrededor de la Oncología. Los pacientes como eje y centro de todas las actuaciones, los oncólogos y otros colectivos sanitarios relacionados con la Especialidad, los gestores, los medios de comunicación, la industria farmacéutica, etc. Creo que a este respecto SEOM es un ejemplo de integración positiva y suma de esfuerzos para las mejoras en el ámbito oncológico.

■ **Hacemos un enorme esfuerzo en mejorar y ampliar la formación de los oncólogos en temas tanto científicos como de otros ámbitos que redundan en mejoras asistenciales**

¿Qué vías de colaboración con SEOM propone?

Con la SEOM coincidimos en dos líneas de actuación fundamentales para nosotros. Por un lado el ser capaces de centrar toda nuestra actuación en beneficios concretos para los pacientes con cáncer, mejorando para ello la información a estos colectivos en lo que yo llamo “con la Sociedad (científica) para la sociedad (pacientes)”. Esto se centra en colaborar con SEOM en actividades que permitan un mejor conocimiento y manejo de las patologías oncológicas.

El segundo gran eje de actuación es el de la formación del colectivo de Oncología Médica. Al igual que el primer punto forma parte de nuestro compromiso como compañía y hacemos un enorme esfuerzo en mejorar y ampliar la formación de los oncólogos en temas tanto científicos como de otros ámbitos que redundan en mejoras asistenciales como puede ser la gestión.

■ **Se ha puesto en marcha en colaboración con una escuela de negocios y SEOM un curso especializado en gestión de Servicios y Unidades de Oncología Médica**

¿Qué tipo de acciones directas ha realizado en el último año?

No es fácil destacar actividades porque la relación de trabajo con la SEOM es muy variada y fructífera. No obstante señalaría la colaboración que iniciamos el pasado año para la puesta en marcha en colaboración con una escuela de negocios y SEOM de un curso especializado en gestión de Servicios y Unidades de Oncología Médica. Un curso específicamente diseñado para atender las necesidades de este colectivo en lo que a gestión se refiere y que se desarrollará a lo largo de un año académico. Se cuenta para ello con ponentes procedentes de la propia escuela de negocios y otros del ámbito de la gestión hospitalaria, Oncología Médica, etc. A este respecto quiero señalar que para su diseño y puesta en marcha ha sido fundamental el apoyo recibido por la anterior y actual Junta Directiva de la SEOM y muy especialmente por los doctores Pilar Garrido y Ramon Colomer, almas mater del mismo y co-directores del programa.

¿Qué aporta una sociedad científica como SEOM a la industria farmacéutica?

Un marco de colaboración de gran calidad con unas finalidades que encajan perfectamente con las nuestras. Lo más importante para nosotros en GSK es la posibilidad de poder contribuir como socios de la SEOM a mejoras en campos como la formación, la difusión de información científica o el mayor conocimiento de pacientes y sus familias de patologías oncológicas.

■ En GSK aspiramos a contribuir a doblar la supervivencia en cáncer en los próximos 10 años

¿Cómo ve el futuro de la Oncología Médica en España?

Por raro que parezca hablar de ello en estos momentos, plagado todavía de oportunidades, la Oncología Médica española tiene un prestigio internacional que sorprende y tiene grandes oportunidades de desarrollarse todavía más.

■ Trabajamos en áreas como el sarcoma de tejidos blandos, el melanoma y el cáncer de páncreas

Como sector tenemos la fortuna de contar con una gran calidad asistencial y de investigación en Oncología, Grupos Cooperativos que amplían sus redes de colaboración y fronteras, Clínicos cada vez mejor formados en España y en otros países. Todo ello es una garantía de éxito actual y de continuar con mejoras a futuro.

¿Qué líneas de investigación en Oncología tiene GSK en desarrollo?

En GSK aspiramos a contribuir a doblar la supervivencia en cáncer en los próximos 10 años. Es un objetivo ambicioso y en él se centra toda nuestra actividad investigadora. Por tanto nuestras líneas de investigación se focalizan en mejoras terapéuticas para patologías con necesidades médicas muy claras y no satisfechas. Trabajamos en áreas como el sarcoma de tejidos blandos, el melanoma y el cáncer de páncreas. Buscamos asimismo ser capaces de adelan-

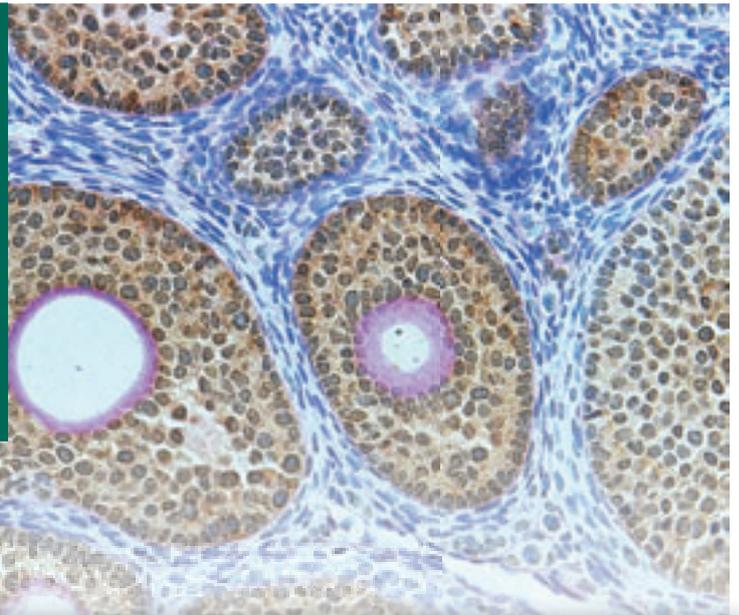
arnos en el tratamiento de la enfermedad y de combatirla con nuevos y más eficaces mecanismos. En este sentido un grupo de la compañía desarrolla monográficamente soluciones inmunoterapéuticas para determinados tipos de cáncer.

Asimismo colaboramos con instituciones académicas o compañías privadas para mejorar los procedimientos diagnósticos de estas patologías y ser capaces de aportar las mejores soluciones para cada tipo de paciente.

■ La Oncología Médica española tiene un prestigio internacional que sorprende y tiene grandes oportunidades de desarrollarse todavía más

Ramón Mel

Noticias de Grupos de Trabajo SEOM



Editorial del Grupo SEOM de Enfermedad Tromboembólica y Cáncer

El Grupo de Trabajo SEOM de Enfermedad Tromboembólica y Cáncer que coordina el Dr. Andrés Muñoz ha publicado un editorial en la revista científica *Clinical & Translational Oncology (CTO)* en febrero de 2012.

La revista *CTO* se puede consultar a través de la web de la SEOM con su usuario y contraseña de socio.

Clin Transl Oncol (2012) 14:160
DOI 10.1007/s12094-012-0777-3

CORRESPONDENCE

Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) Cancer and Thrombosis Working Group

Andrés J. Muñoz Martín · Vanesa Pachón Olmos · Miguel Martín Jiménez · Emilio Alba Consejo · Juan Jesús Cruz Hernández, on behalf of SEOM Cancer and Thrombosis Working Group

Received: 1 December 2011 / Accepted: 8 December 2011

Currently, venous and arterial thromboembolic disease is considered one of the main causes of morbidity and mortality among cancer patients. Multiple studies have evidenced the association between thromboembolic disease and a poor overall prognosis. Recently, an increased incidence of thromboembolic events of multifactorial aetiology has been observed. Some of the main related causes are improved diagnosis methods and the introduction of new antitumour drugs. Given all of these circumstances, thromboembolic disease is a challenge for all specialists involved in caring for cancer patients and especially for medical oncology specialists. Since 2006, the main clinical oncology societies in the world have paid special attention to this disease, and among their activities we should highlight the various

clinical guidelines specific for cancer patients. In 2009, the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) set up a series of initiatives and published the first SEOM Consensus on Thromboembolic Disease in Cancer Patients with the aim of increasing awareness of this condition and achieving optimum management of cancer patients. This work programme was completed last year with the publication of the first SEOM Clinical Guidelines on Cancer and Thromboembolic Disease.

In March 2011, in response to this demand and in order to continue with the programme initiated in 2009, the SEOM created a specific Working Group for Cancer and Thrombosis. This Working Group is initially being participated in by over 20 centres across Spain and is made up of various medical specialists, all members of SEOM. This Working Group was started with the aim of raising awareness of thromboembolic disease among medical oncologists and collaborating with other societies and specialists involved in the management of this disease. Three areas have been created within the group, in order to promote three independent working programmes. First of all, a research area to develop a specific clinical and translational research programme. Second, a training education programme addressed at specialist physicians and physicians-in-training. And finally, a care and dissemination programme aimed at creating the proper clinical tools to ensure proper care (clinical guidelines, consensus documents and revisions/updates) and other aspects aimed at improving the level of information for patients and their families on this disease. Naturally, our intention is to collaborate with other national and international working groups involved in this major issue. Therefore we would appreciate it if you could publish this letter in order to make this SEOM initiative widely known.

A.J. Muñoz Martín (✉) · M. Martín Jiménez
Medical Oncology Service
General University Hospital Gregorio Marañón
C/ Doctor Esquerdo, 46
ES-28007 Madrid, Spain
e-mail: andresmunoz@bionmail.com

V. Pachón Olmos
University Hospital Ramón y Cajal
Madrid, Spain

E. Alba Consejo
Clinical University Hospital Vagen de la Victoria
Málaga, Spain

J.J. Cruz Hernández
Clinical University Hospital
Salamanca, Spain

Grupo CICOM con la Formación Continuada para los Coordinadores de Ensayos Clínicos en Oncología Médica

Próximo evento

Taller Teórico-Práctico
de Buena Práctica Clínica

Taller de Diseño Ensayos
Clínicos en Oncología.
¿El tamaño Importa?

¿Cuál es el verdadero sentido de la BPC? ¿De qué depende el tamaño muestral de los Ensayos Clínicos?
¿Por qué unos necesitan 50 pacientes y otros 2000?

Fecha: Miércoles 23 de mayo de 2012 de 10:30 a 13:30 h. • Lugar: SEOM. C/ Velázquez, 7 - 3ª Plta. • 28001 Madrid

Plazas limitadas. Apúntate en la SEOM. Tel.: 91 577 52 81 • Mas información en www.grupocicom.es o coordinadorescicom@gmail.com

Participa en el

02^o SIMPOSIO
NACIONAL
S E O M

Presenta tu Comunicación

Por primera vez en un simposio o congreso SEOM existe un apartado para enviar comunicaciones relacionadas con Ensayos Clínicos y más concretamente para coordinadores de Ensayos Clínicos.

Es la oportunidad de presentar tus proyectos, tus ideas, la manera de organizarlos, vuestras aplicaciones,... es el momento.

Normas de envío

Para el envío de las comunicaciones debe ir a la Página Web de la SEOM y dentro de la web del Simposio, utilizar el sistema on-line de envío de comunicaciones.

Pasos a seguir en la web: Registrarse (se le asignará un nombre de usuario y contraseña), introducir nombre de usuario y contraseña y envío de Comunicaciones On-line.

Tema: CICOM (DATA MANAGERS).

Por favor, tenga en cuenta las siguientes normativas:

- Todas las Comunicaciones Científicas deben enviarse antes del **15 de mayo de 2012**.
- Se admiten como máximo 10 autores en las Comunicaciones Científicas.
- El primer autor (autor presentador) deberá figurar con nombre y dos apellidos completos.
- Las comunicaciones deberán estar estructuradas de la siguiente manera: Título, Autores, Filiación (indicando el Servicio y el Centro de Trabajo. En caso de haber distintas filiaciones utilizará asteriscos para asociarse a ellos) y Texto con los siguientes apartados:
* *Introducción y Objetivos*, * *Material y Métodos*, * *Resultados* y * *Conclusión*
- Las comunicaciones tendrán un máximo de 300 palabras (1.800 caracteres aprox. incluyendo caracteres con espacios).
- El primer autor será el encargado de realizar la exposición.
- Los resúmenes serán enviados exclusivamente vía web a través de la página www.seom2012.org siguiendo las instrucciones expuestas.
- De todos los trabajos recibidos, se elegirán 4 para comunicaciones orales que será presentadas el martes **23 de octubre** entre las 19:00 y las 20:00 horas. Todos los trabajos irán al libro de comunicaciones.
- La organización podrá rechazar cualquier comunicación que no se adapte a cualquiera de las normas expuestas.
- Antes del 15 de julio de 2012 se notificará al autor presentador de la comunicación si esta ha sido aceptada o no.

¡Es una buena oportunidad de darnos a conocer! Aprovechémosla

Entrevista al Dr. Andrés J. Muñoz

Coordinador del Grupo de Trabajo SEOM de Trombosis y Cáncer



Andrés J. Muñoz

En marzo de 2011 se formó el Grupo de Trabajo SEOM en Trombosis, promovido por el Dr. Miguel Martín, jefe de Servicio de Oncología Médica, coordinado por el Dr. Andrés J. Muñoz, oncólogo médico, ambos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Ellos fueron los promotores de este nuevo Grupo de Trabajo centrado en la trombosis arterial y venosa que afecta al paciente con cáncer.

¿Cómo surgió la necesidad de crear un Grupo de Trabajo tan específico como éste bajo el paraguas de la SEOM?

En los últimos años hemos asistido a un importante incremento de pacientes que sufren eventos tromboembólicos en nuestras consultas y es de destacar que los fenómenos tromboembólicos empeoran significativamente el pronóstico. A estos pacientes tenemos que tratarlos con efectividad, pero actualmente el oncólogo médico no está adecuadamente formado en el manejo de esta complicación. Además hasta hace unos años teníamos el problema añadido de que no existía literatura científica suficiente al respecto. Este hecho ha cambiado significativamente en los últimos 5 años en los que se ha observado un notable incremento en las publicaciones médicas, sobre todo a nivel de guías clínicas y metaanálisis.

La esencia de la creación de este Grupo de Trabajo es mejorar la atención al paciente oncológico, crear un programa de investigación específico en este campo y mejorar la formación de los oncólogos médicos. El oncólogo médico controla a la perfección otros efectos secundarios de los tratamientos quimioterápicos como la astenia, la neutropenia febril, el dolor... pero sobre enfermedad tromboembólica, aún tenemos camino por recorrer.

■ La esencia de la creación de este Grupo de Trabajo es mejorar la atención al paciente oncológico

¿Cómo se estructura el Grupo de Trabajo? ¿Sigue abierto a nuevas incorporaciones?

El Grupo sigue la normativa interna de la SEOM sobre la creación de Secciones, Comisiones y Grupos de Trabajo de la Sociedad y que está reflejada en sus Estatutos. Concretamente, se estructura en tres grandes áreas: investigación, formación-educación y asistencial-divulgación. Estas áreas se pondrán en marcha de forma efectiva a lo largo de este año. En el área de investigación se desarrollará un programa de investigación clínica y traslacional específico. El programa de formación-educativo está orientado esencialmente a los oncólogos, a mejorar su conocimiento sobre esta complicación. Y en la última área de divulgación y asistencia se quiere dotar al profesional y al paciente de herramientas adecuadas que garanticen el correcto manejo y conocimiento de la trombosis. En este camino se han publicado ya varios documentos científicos como el Consenso SEOM sobre Trombosis en el paciente oncológico, una Guía Clínica

SEOM sobre Trombosis y Cáncer y se está editando un folleto ONCOvida.

El Grupo sigue abierto a nuevas incorporaciones. Actualmente somos 25 hospitales lo que representa casi la totalidad de la geografía española, pero hay grandes ciudades en las que no tenemos representación. Para crear una estructura estable de estudio en este campo es fundamental que sea una red multicéntrica y para ello necesitamos muchos socios interesados en trabajar en la enfermedad tromboembólica.

¿Cuántos pacientes con cáncer pueden estar afectados por trombosis?

No hay unas cifras concretas al respecto. Aproximadamente en los Servicios de Oncología españoles se estima que la incidencia de enfermedad tromboembólica oscila entre un 2 y un 8% de los pacientes tratados con quimioterapia. La incidencia de este fenómeno varía mucho según el tipo de tumor. En cáncer de páncreas se cifra entre un 30-35%, en otros tumores con elevada prevalencia como es el cáncer colorrectal o de pulmón, los pacientes que tienen problemas tromboembólicos pueden ascender a un 10-15% del total. En cambio los pacientes que padecen tumores de mama o de cabeza y cuello sufren de forma significativa mucho menos esta complicación.

¿Podría resumirnos cuales son los proyectos que se desarrollarán próximamente?

La Guía Clínica SEOM sobre Trombosis y Cáncer de 2012 y el primer Consenso SEOM que se presentó en 2009 en Barcelona en el XII Congreso Nacional SEOM son dos puntos importantes de partida para el Grupo. A este respecto actualmente se está trabajando en la edición del Segundo Consenso SEOM sobre Trombosis.

El objetivo principal del Grupo de Trabajo para este año es hacer un programa de investigación propio con proyectos específicos. En estos momentos se han presentado algunos a la Junta Directiva de la SEOM para que sean evaluados y aprobados y podamos comenzar a trabajar en ellos. Son tiempos difíciles para realizar proyectos de investigación independientes por la época de recortes en la que vivimos, pero debemos esforzarnos en buscar recursos e ideas que permitan desarrollarlos.

Por otra parte, el Grupo de Trabajo ha participado en un estudio epidemiológico internacional de la mano de una compañía farmacéutica con notable experiencia en el campo de la trombosis y se han enviado varias revisiones

sobre trombosis y cáncer a la revista Clinical & Translational Oncology para su publicación con el objetivo de formar a todos los oncólogos médicos y profesionales interesados en este campo.

Además el Grupo de Trabajo va a tener presencia en el próximo Simposio Nacional SEOM que tendrá lugar a finales de octubre en Madrid. Se celebrará un Simposio Educativo en la mañana del viernes en donde se abordarán aspectos como los factores de riesgo y epidemiología, la profilaxis y el tratamiento en los pacientes con cáncer. También serán abordados los factores asociados a los fenómenos tromboembólicos con nuevas dianas biológicas y los fármacos emergentes en este tratamiento. Tendremos la oportunidad de poder ver otros trabajos en otras sesiones de comunicaciones y posters.

¿Qué mensaje le quiere transmitir al oncólogo médico?

En primer lugar desearía que se incorporaran más oncólogos al Grupo. De todos los perfiles, tanto residentes como adjuntos jóvenes, como jefe de Servicio o Sección. Todo aquel que tenga interés en estos fenómenos, que cada vez afectan más a nuestros pacientes, tiene cabida en el Grupo de Trabajo. Es este año cuando el Grupo de Trabajo se pone en marcha realmente cuando necesitamos la colaboración de todos para llevar a cabo esta empresa. En segundo lugar reivindicar el papel del oncólogo médico en el manejo de esta complicación, es el especialista que mejor conoce las

peculiaridades de la trombosis en la población de pacientes con cáncer. Y por último estamos ante una revolución en el conocimiento, tratamiento y profilaxis de la enfermedad tromboembólica en los pacientes con cáncer y los oncólogos médicos no debemos ser ajenos a este hecho. A modo de ejemplo, recientemente se ha publicado en New England Journal of Medicine un ensayo clínico internacional, multicéntrico, en el que hemos colaborado numerosos Centros españoles, que abre un cambio en la práctica clínica de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en el paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia en un medio extrahospitalario. Sin olvidar que múltiples trabajos han venido sugiriendo un beneficio específico en la supervivencia de los pacientes con cáncer de los tratamientos anticoagulantes independientemente del mecanismo antitrombótico.

■ El objetivo principal del Grupo de Trabajo para este año es hacer un programa de investigación propio con proyectos específicos

Agenda

A continuación le informamos de los eventos oncológicos que tendrán lugar durante los próximos meses de los cuales tenemos constancia en la Secretaría de la SEOM. Si desean información adicional pueden consultarla en la página web de la SEOM (www.seom.org). Si desean enviarnos información de las actividades que vayan a realizar pónganse en contacto con la Secretaría de la SEOM (91 577 52 81 o seom@seom.org).

MAYO 12

4 de mayo de 2012

II Jornada Grupo GIDO "Carcinoma Broncopulmonar no microcítico: Definición y Tratamiento de la Enfermedad Localmente Avanzada"

Valencia

Secretaría Técnica: GIDO
Tel.: 656 864 816 / E-mail: secretaria@gido.es

8 de mayo de 2012

Actualización y nuevos retos en el tratamiento del cáncer de mama HER2+

Madrid

Coordinadores: Dr. Carlos Jara y Dr. Juan Guerra
Contacto para confirmar asistencia:
secretaria_tecnica@oncosurmadrid.com

Del 9 al 11 de mayo de 2012

IX Congreso Nacional de Voluntariado en Cuidados Paliativos

Badajoz

Web del Congreso: www.secpal2012badajoz.com

10 de mayo de 2012

Cara a Cara con el Cáncer de Mama

Madrid

Organizadores: Dra. Laura Estévez y Dr. Ignasi Tusquets
Secretaría Técnica: TACTICS MD
Tel.: 93 451 17 24 / Fax: 93 451 43 66 / E-mail: info@tacticsmd.net

10 y 11 de mayo de 2012

VII Curso Neurooncología Médica

Madrid

Secretaría Técnica: GEINO
Tel.: 93 434 44 12 / Fax: 93 253 11 68
E-mail: secretaria@geino.es

17 y 18 de mayo de 2012

III MasterClass: Manejo óptimo de tumores prevalentes y de sus síndromes dolorosos

Madrid

Organizadora: Dra. Yolanda Escobar
Secretaría Técnica: Clover
Tel.: 91 803 72 79 / E-mail: raul.martinez@clover-sgm.es

18 de mayo de 2012

Jornada científica de la SAC sobre "Nuevos estándares en el Tratamiento del Cáncer de Cabeza y Cuello"

Granada

Organizador: Sociedad Andaluza de Cancerología (SAC)
Más información:
Désiré Gálvez - Oncology Product Manager Merck, S.L
Tel.: 91 745 44 34 / E-mail: desire.galvez@merckgroup.com

23 de mayo de 2012

Grupo CICOM. Talleres formación continuada coordinadores de ensayos clínicos en Oncología Médica

Madrid

Organizador: Grupo CICOM (Coordinadores de investigación clínica en Oncología Médica)
Secretaría Técnica: SEOM
Tel.: 91 577 52 81 / E-mail: seom@seom.org (Att/ Rosario)
Más información: www.grupocimom.es

24 de mayo de 2012

<i>I Jornada Oncológica Multidisciplinar "Controversias en el Carcinoma No Microcítico De Pulmón IIIA-N2</i>	Madrid	Organizadores: Dr. Ramón Pérez Carrión, Dra. Belén Rubio, Dr. Felipe Couñago, Dr. Javier Moradiellos Secretaría Técnica: D ^a . Mercedes Mancebo López. Hospital Universitario Quirón, Madrid Tel.: 902 151 016 / Fax: 91 452 19 68 E-mail: mmancebo.mad@quiron.es
--	--------	--

24 y 25 de mayo de 2012

<i>IV Simposium Bases Biológicas del Cáncer y Terapias Personalizadas</i>	Salamanca	Organizan: Dr. Juan Jesús Cruz, Dr. César A. Rodríguez, Hospital Clínico Universitario de Salamanca Secretaría Técnica: TACTICS MD Tel.: 93 451 17 24 / E-mail: info@tacticsmd.net
---	-----------	--

29 de mayo de 2012

<i>Primer Taller de Trabajo en Cáncer de Mama Hormonosensible</i>	Madrid	Coordinadores: Dra. Eva Ciruelos y Dr. Luis Manso. Contacto para confirmar asistencia: secretaria_tecnica@oncosurmadrid.com
---	--------	--

JUNIO 12

Del 1 al 5 de junio de 2012

<i>48th ASCO</i>	Chicago (USA)	Web: www.asco.org
-----------------------------	---------------	-------------------

7 y 8 de junio de 2012

<i>5th Familial Cancer Conference</i>	Madrid	Organizadores: Javier Benítez (CNIO), Rosalind Eeles (The Royal Marsden Hospital) and Hans Vasen (Leiden University Medical Centre) Web: www.cnio.es/eventos/index.asp?ev=3
--	--------	--

13 de junio de 2012

<i>Sesiones Interhospitalarias Madrileñas de Cáncer de Mama</i>	Madrid	Coordinadores: Dr. Miguel Martín Jiménez y Dr. Carlos Jara Sánchez Secretaría Técnica: Luis Del Río Jiménez (Hospital Universitario Fundación Alcorcón) Tel.: 91 621 99 18 / E-mail: ldelrio@fhacorcon.es
---	--------	---

14 y 15 de junio de 2012

<i>III Symposium del Grupo Español Multidisciplinar de Melanoma (GEM)</i>	Madrid	Secretaría Técnica: GEM Tel.: 93 434 44 12 / Fax 93 253 11 68 E-mail: secretaria@groupgem.org
---	--------	---

15 y 16 de junio de 2012

<i>5^a Revisión GEICAM de Avances en Cáncer de Mama (RAGMA 12)</i>	Madrid	Coordinadores: Dr. José E. Alés Martínez, Dra. Lourdes Calvo Martínez, Dr. Manuel Ramos Vázquez, Dr. Pedro Sánchez Rovira Secretaría Científica: GEICAM. E-mail: egutierrez@geicam.org Secretaría Técnica: Doctaforum. E-mail: Monica_Villarreal@doctaforum.com Web: www.doctaforum.net/eventos/ragma2012/index.asp
--	--------	---

Del 20 al 23 de junio de 2012

<i>XXIV Curso Avanzado de Oncología Médica</i>	San Lorenzo de El Escorial, Madrid	Coordinador: Dr. Hernán Cortés-Funes Secretaría Técnica: Doctaforum. Ángeles González Tel.: (+34) 91 372 02 03 / E-mail: caom2012@doctaforum.com Web: www.doctaforum.com/com
--	------------------------------------	---

Del 21 al 23 de junio de 2012

<i>International Clinical Research Conference on A-T2013</i>	Cambridge	Secretaría Técnica: AEFAT (Asociación Española Familia Ataxia-Telangiectasia). Contacto: Patxi Villen / Tel.: 651 563 998 E-mail: medicinayciencia@aefat.es / Web: www.aefat.es Información: www.atsociety.org.uk/research_conference2012.htm
--	-----------	--

22 de junio de 2012

<i>Simposio "Sarcomas Osteogénico y Metástasis Óseas: Actualización"</i>	Granada	Coordinador: Dr. Joaquín Belón
--	---------	--------------------------------

29 de junio de 2012

<i>XII Jornadas de Revisión de ASCO (Madrid)</i>	Madrid	Coordinadores: Dr. Manuel Dómine, Fundación Jiménez Díaz (Madrid) y Dr. Joan Carles, Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) Web: www.doctaforum.com/postasco
--	--------	--

JULIO 12

6 de Julio de 2012

<i>XII Jornadas de Revisión de ASCO (Barcelona)</i>	Barcelona	Coordinadores: Dr. Joan Carles, Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) y Dr. Manuel Dómine, Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Web: www.doctaforum.com/postasco
---	-----------	--

SEPTIEMBRE 12

27 y 28 de septiembre de 2012

<i>III Curso de Formación Conjunta en Tumores de Cabeza y Cuello</i>	Madrid	Secretaría Técnica: Serini3 SL Tel.: 91 630 90 96
--	--------	--

Del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2012

<i>37th ESMO 2012</i>	Viena (Austria)	Web: www.esmo.org
----------------------------------	-----------------	---

OCTUBRE 12

Del 17 al 19 de octubre de 2012

<i>7th European Spring Oncology Conference</i>	Marbella	Coordinadores: : Dr. Hernán Cortés-Funes (Madrid) y Dr. Bruce Chabner (Massachusetts) Secretaría Técnica: BN&CO Congress and Event Management Tel.: 91 571 93 90 / 91 571 92 10 / Fax: 91 571 92 06 Web: www.esocmarbella.com
---	----------	--

18 y 19 de octubre de 2012

<i>VIII Simposium de Tumores Germinales Testiculares</i>	A Coruña	Organizadores: Dr. Luis León Mateos y Dr. Sergio Vázquez Estévez Secretaría Técnica: Doctaforum Tel.: 91 372 02 03 / E-mail: grupogerminal@doctaforum.com Web: www.doctaforum.com/grupogerminal
--	----------	--

19 de octubre de 2012

<i>VIII Simposio GETNE</i>	Sevilla	Organizadores: Dra. Rocío García Carbonero, Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), Dr. Enrique Grande, Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid), Dra. Encarnación González, Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), Dr. Javier Aller, Hospital Universitario Puerta del Hierro, (Madrid), Dra. Ruth Vera, Hospital Provincial de Navarra, (Pamplona) y Dra. Elena Martín, Hospital Universitario de la Princesa (Madrid) Secretaría Técnica: TACTICS MD Tel.: 93 451 17 24 / E-mail: info@tacticsmd.net
----------------------------	---------	---

Del 24 al 26 de octubre de 2012

2º Simposio Nacional SEOM	Madrid	Organiza: SEOM Presidente: Dr. Juan Jesús Cruz Coordinador Científico: Dr. César A. Rodríguez Tel.: 91 577 52 81 ext.2 E-mail: congresos@seom.org
---------------------------	--------	---

NOVIEMBRE 12

Del 14 al 16 de noviembre de 2012

XVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Cancerología	Jaén	Secretaría Técnica: Full Congress SL Tel.: 952 34 90 04 / E-mail: sac@fullcongress.es
--	------	--

Del 15 al 17 de noviembre de 2012

XVI Curso R4: En el Umbral de la Práctica Oncológica	Barcelona	Organizador: Dr. José Ramón Germá Lluch – ICO-Hospital Durán i Reynals Email de contacto: susana.villarta@pierre-fabre.es
--	-----------	--

16 de noviembre de 2012

IV Reunión Científica de SOLTI	Madrid	Presidente: Dr. Josep Baselga (Massachusetts General Hospital Cancer Center, Boston,MA) Secretaría Técnica: BN&CO Tel.: 91 571 93 90 / 91 571 92 10 / Fax: 91 571 92 06 Web: www.reunioncientificasolti.com
--------------------------------	--------	--

22 y 23 de noviembre de 2012

III Simposio Científico SOGUG	Madrid	Secretaría Técnica: TACTICS MD Tel.: 93 451 17 24 / E-mail: info@tacticsmd.net
-------------------------------	--------	---

29 de noviembre de 2012

2ºnd START-CIOCC International Symposium	Madrid	Organizado por Fundación INTHEOS (Investigational Therapeutics in Oncological Sciences) Coordinador: Dr. Emiliano Calvo, START Madrid, CIOCC Madrid Secretaría Técnica: TACTICS MD Tel.: 93 451 17 24 Email: info@tacticsmd.net
--	--------	---

29 y 30 de noviembre de 2012

VI Simposio Educativo del GECP	Granada	Organizadores: Dr. Bartomeu Massutí, Hospital General Universitario (Alicante) y Dr. Rafael Rosell, ICO, Hospital Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) Secretaría Técnica: www.doctaforum.com/gecp
--------------------------------	---------	--

DICIEMBRE 12

13 y 14 de diciembre de 2012

XX Simposio TTD Internacional Avances en el Tratamiento de Tumores Digestivos	Granada	Coordinador: Dra. Encarna González Flores Secretaría Técnica: Sede del Grupo TTD. Att: Susana Rodríguez Fernández. Plaza de Castilla, 3 8ºD-1 • 28046 Madrid Tel.: 91 378 82 75 / Fax: 91 378 82 76 E-mail: simposiottd@ttgroup.org
---	---------	--

Hemeroteca

Onda Madrid – Salud al Día – 23 de febrero de 2012

En el programa de radio especializado en Salud que emite diariamente Onda Madrid, el Dr. Antonio González habla con ellos sobre cáncer de ovario.

Clara – 1 de marzo de 2012

En un extenso reportaje sobre diferentes tipos de cáncer que afectan a las mujeres, esta revista habló con portavoces de la SEOM para profundizar en cáncer de mama, de útero, de colon, de cérvix y de ovario.

Diario Médico – 7 de marzo de 2012

Tras un estudio publicado en una revista científica en donde se actualizaban las cifras de mortalidad de cáncer en Europa, el Dr. Jesús García Mata, habló con este diario para analizar la realidad de España en esta cuestión.

Diario de Navarra – 3 de marzo de 2012

El Dr. Emilio Alba, expresidente de SEOM, en su intervención en un Congreso para estudiantes, afirmó que “después de los fumadores, las personas con sobrepeso podrían constituir el segundo gran grupo de riesgo de cáncer”.

El Mundo – 14 de marzo de 2012

Con el titular ¿castigados (por enfermos) sin carnet de conducir? Se abre un amplio reportaje en donde se profundiza en la normativa legal que se aplica a los pacientes con cáncer en la renovación del carnet de conducir. El diario habló con un portavoz de la Sociedad.

Esradio – En casa del Herrero – 20 de marzo de 2012

El Dr. Jesús García Mata habla con esta radio sobre la renovación del carnet de conducir de los pacientes con cáncer.

La Gaceta de Salamanca – 21 de marzo de 2012

La SEOM formará a periodistas en un seminario sobre cáncer en Salamanca el 19 y 20 de abril.

Osaca – 24 de marzo de 2012

Lo mío se llama cáncer. Des-estigmatizar el impacto que aún tiene esta palabra es el fin de este artículo.

TV Galicia – Informativos - 5 de abril de 2012

El Dr. Jesús García Mata interviene sobre el tema renovación del carnet de conducir de los pacientes con cáncer.

XL Semanal – 8 de abril de 2012

En un extenso reportaje que se aborda las enfermedades del hombre, este suplemento indaga en el cáncer de próstata, pulmón y colon. Para ello habla con portavoces de la SEOM.

Diario de Sevilla – 12 de abril de 2012

La detección precoz, principal reto frente al cáncer de ovario. El diagnóstico en su primera fase, que permite tasas de curación del 80%, solo se produce en el 20% de los casos. La primera asociación de mujeres afectadas, ASA-CO, intentará redimir este déficit. La SEOM y GEICO ha apoyado la creación de esta asociación.

La Razón – A Tu Salud – 15 de abril de 2012

Ovario, un cáncer escondido. Con este titular se abre una noticia para presentar a ASACO. Ha colaborado GEICO y SEOM.

ABC Galicia – 20 de abril de 2012

El Dr. Cruz, presidente de SEOM, participó como jurado en la entrega del premio Ramiro Carregal. El galardonado fue Mariano Barbacid por su carrera investigadora sobre el cáncer.

La Gaceta de Salamanca – 21 de abril de 2012

Los oncólogos piden ayuda a los medios para inculcar hábitos de vida saludables.

Correo Farmacéutico – 23 de abril de 2012

Ejercicio aeróbico diario, indicado en la prevención de mama y colon. La Dra. María López habla con este diario sobre estos aspectos.

El Adelanto de Salamanca – 21 de abril de 2012

Los oncólogos recalcan que su área no es el agujero del gasto sanitario.

FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:.....
PRIMER APELLIDO:.....
SEGUNDO APELLIDO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:.....

DIRECCIONES (indique con una X la dirección en la que desee recibir la correspondencia de la SEOM):

DOMICILIO HABITUAL

Calle/Avenida/Plaza:.....
C.P.:..... Población:..... Provincia:.....
Teléfono:..... Fax:..... E-Mail:.....

LUGAR DE TRABAJO

Centro:.....
Departamento:..... Cargo:.....
Calle/Avenida/Plaza:.....
C.P.:..... Población:..... Provincia:.....
Teléfono:..... Fax:..... E-Mail:.....
Año de comienzo de la Residencia:..... Año de Finalización:.....

Envío de Correspondencia

Domicilio Habitual

Lugar de Trabajo

SOLICITA EL CAMBIO DE LOS DATOS PERSONALES QUE FIGURAN EN SU FICHA DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN POR LOS DATOS DEL ACTUAL DOCUMENTO

AUTORIZACION BANCARIA

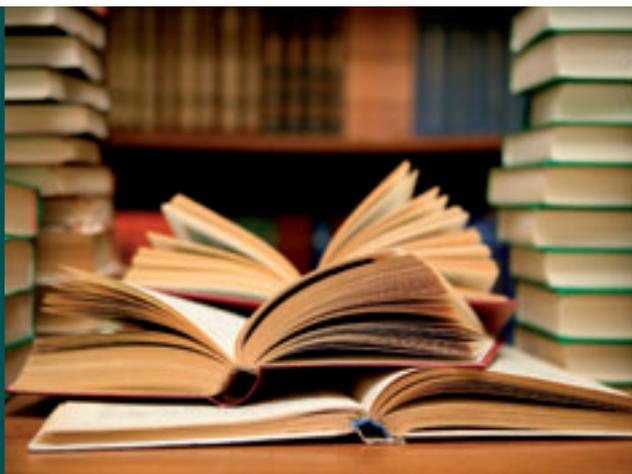
EL Dr. con D.N.I.:
Autoriza que le sean cargados en cuenta los recibos anuales de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA MEDICA.

DATOS BANCARIOS

BANCO o CAJA:.....
AGENCIA:..... N.º.....
DIRECCION: CALLE o PLAZA:..... N.º.....
POBLACION:..... PROVINCIA:..... C.P.:.....
N.º CUENTA:.....
ENTIDAD OFICINA D.C N.º DE CUENTA

FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE:

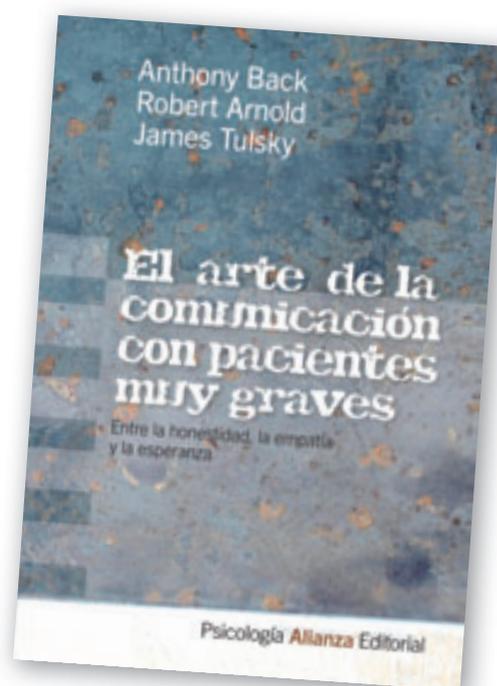
Publicaciones



El arte de la comunicación con pacientes muy graves

“*El arte de la comunicación con pacientes muy graves*” es la traducción al español de la obra original “*Mastering Communication with Seriously ill Patients*”, editada en 2009 por Anthony Black, Robert Arnold y James Tulsky.

En este libro de 224 páginas se definen las diversas funciones que ha de cumplir la comunicación entre el médico, el paciente y los familiares. Hay que dar las malas noticias, informar sobre los cuidados paliativos ordinarios y específicos para la fase terminal, preguntar al paciente sobre testamentos vitales y órdenes de no reanimación, hablar de temas espirituales y existenciales, de la necesidad de tomar decisiones en familia, del «enseñamiento terapéutico» y de otros problemas que hay que encarar en la fase final de una enfermedad. Se presentan los datos obtenidos en investigaciones empíricas junto a la propia experiencia de los autores para elaborar un mapa que sirva de guía en las difíciles conversaciones en las que se contempla una posible muerte.



Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico

Quince profesionales del Hospital General “La Mancha Centro” de Alcázar de San Juan (Ciudad Real), centro dependiente del Gobierno de Castilla-La Mancha, han aunado sus conocimientos en la edición de este libro de 248 páginas con el objetivo de mejorar la atención que reciben los enfermos oncológicos paliativos, tanto los ingresados como los que están en domicilio; además de abordar el tratamiento del dolor, la radioterapia o la actuación de enfermería, incluye terapias alternativas.

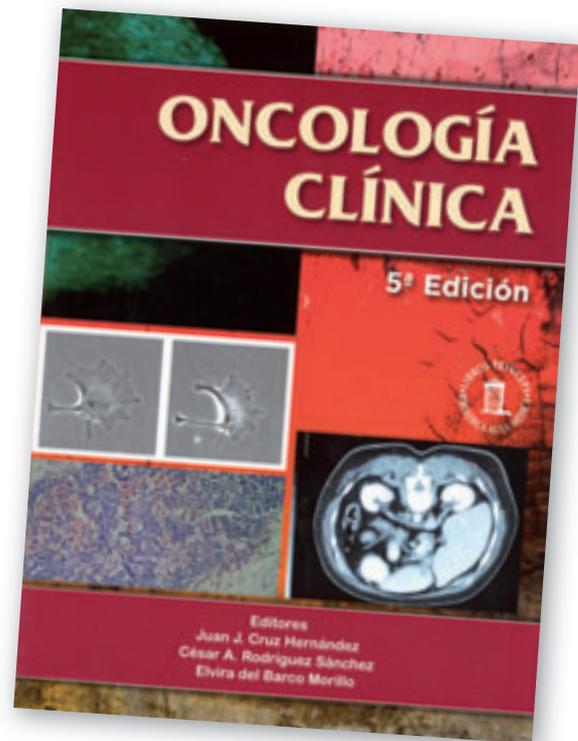
La publicación -coordinada por la jefa de Servicio de Oncología del Hospital Mancha Centro, Dra. Sara Cerezo, y la enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos, Natalia López-Casero es fruto de la celebración de los cursos de cuidados paliativos que ►►►

Oncología Clínica. 5ª Edición

Los doctores Juan Jesús Cruz, César A. Rodríguez y Elvira del Barco, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, son los editores del manual *“Oncología Clínica”*, publicación que ya va por su quinta edición.

Hace 13 años se presentó la primera edición de este libro que por aquel entonces se tituló *“Lecciones de Oncología Clínica”*, basado en la experiencia de este Servicio impartiendo la asignatura de Oncología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. En esta última edición se recogen la prevención, el diagnóstico, el tratamiento integrado y su base pronóstico de todos los tumores exceptuando los pediátricos y los hematológicos. El programa desarrollado es el consensuado en las últimas reuniones de los Profesores de Oncología Médica de España para adaptarlo al Espacio Europeo de Educación Superior que entró en vigor el pasado curso.

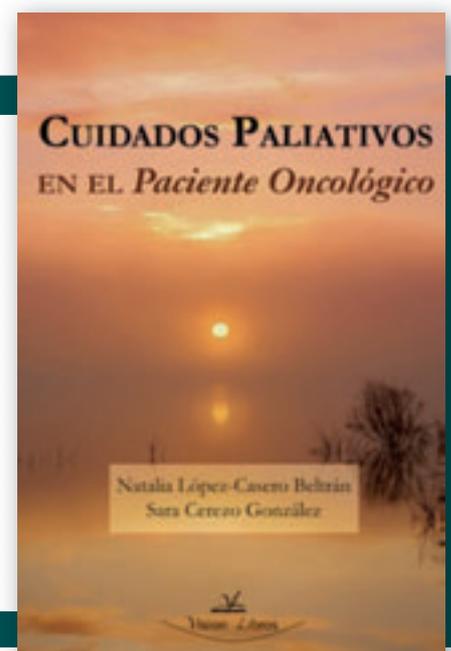
Los diferentes capítulos del libro han sido redactados por miembros de la Cátedra y Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca, sacrificando la riqueza que supone la aportación de autores de otros hospitales españoles, para mantener el objetivo de homogeneidad.



viene organizado el centro hospitalario desde hace más de siete años para dotar a los profesionales sanitarios de los conocimientos necesarios para el manejo adecuado del enfermo en situación paliativa.

Es un libro hecho por y para especialistas, quienes lo pueden utilizar como libro de consulta en determinadas disciplinas, como por ejemplo el tratamiento del dolor o la radioterapia, y que además incluye los cri-

terios de actuación a nivel de enfermería ante un enfermo en situación terminal. En sus páginas también hay un hueco para las terapias alternativas como tratamiento complementario de los cuidados paliativos. Además de la terapia floral, y más concretamente de las Flores de Bach, el libro incluye información sobre anatheósis, a través de la cual se intenta enseñar al paciente a indagar en sí mismo para poder encauzar todo lo que le está pasando.



Premios y Becas



Convocatoria Becas SEOM 2012

Becas SEOM para Proyectos de Investigación

Número de Premios: 2. **Dotación:** 15.000 €. *

Requisitos de los solicitantes:

Médico Especialista en Oncología Médica.
Miembro de la SEOM.

Condiciones del proyecto:

- Proyecto de investigación original, que no esté ligado a ningún ensayo clínico ni a proyectos de investigación competitivos.
- Área de Investigación: temas relacionados con la oncología.
- Se dará prioridad a los proyectos con preferencia de aplicabilidad clínica. Proyecto de investigación que se realice en España.
- Proyectos de investigación coordinados o dirigidos en Unidades de Oncología Médica.

Formato de la solicitud:

Debe presentarse una Memoria del Proyecto de investigación, que debe tener los siguientes apartados:

- Título.
- Investigador principal.
- Duración (máximo 2 años).
- Resumen (máximo 250 palabras).
- Antecedentes y estado actual del tema.
- Bibliografía más relevante comentada.
- Hipótesis.
- Objetivos.
- Metodología (Diseño, objeto de estudio, variables, recogida y análisis de datos y limitaciones del estudio).
- Plan de trabajo (etapas de desarrollo y distribución de las tareas del Equipo Investigador).
- Experiencia del Equipo Investigador.
- Plan de Difusión (relevancia del proyecto en cuanto a impacto clínico y bibliométrico).
- Medios disponibles para la realización del proyecto.
- Justificación detallada de la ayuda solicitada.
- Presupuesto solicitado (incluyendo gastos de personal, inventariable, fungible y contratación de servicios, viajes y congresos).

Informe final:

El investigador deberá remitir un informe final previo a la publicación de los datos para su archivo en la SEOM. A criterio de la Comisión se solicitará una exposición presencial cuando se considere necesario.

Publicación:

Las publicaciones o comunicaciones realizadas deberán consignar explícitamente la existencia del soporte de la beca de la SEOM.

La no mención explícita puede ser causa de reclamación de la SEOM.

El Boletín de la SEOM podrá publicar o reproducir los resultados parciales o finales del estudio.

Duración:

El periodo temporal previsto debe ser de máximo 2 años.

Plazos:

- El 15 de marzo de 2012 se realiza la convocatoria y difusión a los miembros de SEOM.
- **El 15 de junio de 2012 finaliza el plazo de presentación de proyectos.**
- En septiembre de 2012 se realizará el fallo de las becas.
- En octubre de 2012 se hará la entrega de las Becas durante el 2º Simposio Nacional SEOM de Madrid.

Presentación:

Enviar original de la solicitud en papel a la Secretaría de la SEOM en C/ Velázquez, 7 – 3º, 28001 Madrid y copia en formato electrónico a marinacasanueva.congresos@seom.org. En el exterior del sobre deberá constar la modalidad de Beca, la fecha de solicitud y nombre del solicitante.

Jurado y Evaluación:

El jurado estará formado por miembros designados por la Junta Directiva de la SEOM que emitirán un informe en base a los siguientes criterios:

- Interés científico del proyecto (puntuar de 0 a 5).
- Originalidad y aplicabilidad del proyecto (puntuar de 0 a 5).
- Experiencia del equipo investigador, haciendo hincapié en los últimos 5 años (puntuar de 0 a 5).

Adjudicación:

La decisión del Jurado se transcribirá en un acta y el fallo será inapelable. El Jurado podrá decidir no adjudicar la totalidad de las becas previstas si considera que los proyectos presentados no alcanzan el nivel adecuado.

Pagos:

Se harán 2 pagos de:

- 7.500 € en el momento de la concesión de la beca.
- 7.500 € al recibir el informe preliminar al transcurrir la mitad del periodo temporal previsto.

Las Memorias remitidas serán archivadas en la Secretaría de la SEOM y no se mantendrá correspondencia sobre las mismas.

Características de las becas e incompatibilidades:

1. La concesión y disfrute de estas Becas no implica relación laboral alguna con la SEOM ni con su Fundación, ni supone ningún compromiso de incorporación posterior de los becarios a sus plantillas.
2. En el impreso de solicitud deberá figurar información acerca de si se ha solicitado o se tiene concedida alguna otra beca o ayuda, y cuál es el montante de la misma.
3. El disfrute de una Beca al amparo de esta convocatoria es incompatible con cualquier otra Beca SEOM, pero sí es compatible con otras becas o ayudas ya sean subvencionadas con fondos públicos o privados. No obstante, en ese caso, la SEOM se reserva el derecho de no conceder la beca si estima que el proyecto ya está suficientemente subvencionado.
4. El becario podrá durante la vigencia de la Beca desarrollar otros trabajos o estudios, siempre que no interfieran con el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la SEOM.

La participación en la Convocatoria supone la aceptación de sus bases.

**Fondos de la Fundación SEOM obtenidos gracias a las donaciones anónimas de particulares a la Campaña “+1 Frente al Cáncer Súmate”.*

Becas SEOM de Estancia de Dos Años para Formación en Investigación Translacional en Centros de Referencia en el Extranjero

Número de Becas: 4 **Dotación:** 70.000 € cada una.

Duración: La dotación económica prevista es de dos años.

Requisitos de los solicitantes:

- Médicos Especialistas en Oncología Médica hasta 5 años desde el término de la residencia o Residentes de Oncología.
- Médica de cuarto año.
- Miembro de la SEOM.
- Alto nivel de inglés hablado y escrito.

Ámbito: Europa, Estados Unidos y Canadá.

Formato de la solicitud:

- Nombre del solicitante.
- CV del solicitante en inglés.
- Memoria justificativa del solicitante en inglés (máximo 5 folios Arial 12 doble espacio)- Anexo2.
- Cartas de recomendación – Anexo 2.
- Carta de aceptación del centro receptor (no es obligatorio pero se valorará positivamente).
- Si no tiene centro decidido, indicar preferencias de centro y líneas de investigación en la hoja de solicitud.

Después de la preselección del solicitante por la Comisión de Becas de la SEOM, este deberá ser entrevistado por el grupo receptor.

Plazos:

- El 15 de marzo de 2012 se realiza la convocatoria y difusión a los miembros de SEOM.
- **El 15 de junio de 2012 finaliza el plazo de presentación de proyectos.**
- En septiembre de 2012 se harán las entrevistas personales a los candidatos.
- En octubre de 2012 se hará la entrega de las Becas durante el 2º Simposio Nacional SEOM de Madrid.

Presentación:

Enviar original de la solicitud en papel a la Secretaría de la SEOM en C/ Velázquez, 7 – 3º-28001 Madrid y copia en formato electrónico a marinacasanueva.congresos@seom.org. En el exterior del sobre deberá constar la modalidad de Beca, la fecha de solicitud y nombre del solicitante.

Evaluación:

Cada solicitud presentada será revisada por dos miembros del Jurado que emitirán un informe en base a los siguientes criterios (máx 50 pts):

- Curriculum vitae del solicitante (puntuar de 0 a 16) – Seguir plantilla modelo.
- Cartas de recomendación (de 0 a 4) – Seguir índice Anexo 2.
- Memoria justificativa de la solicitud de ayuda (de 0 a 10) – Seguir índice Anexo 2.
- Entrevista personal en inglés (de 0 a 20) – Ver Anexo 2.

Jurado: El Jurado estará formado por miembros designados por la Junta Directiva de la SEOM.

Adjudicación:

- La decisión del Jurado se transcribirá en un acta y el fallo será inapelable. El Jurado podrá decidir no adjudicar la totalidad de las ayudas previstas si considera que las solicitudes presentadas no alcanzan el nivel adecuado.
- El plazo máximo de incorporación al centro será de 1 año desde la concesión de la beca.

Informes:

1. Durante los tres primeros meses de incorporación al centro se deberá remitir una memoria del proyecto a realizar en los dos años.
2. Una vez transcurrido el primer año de estancia se deberá remitir a SEOM una memoria de evaluación firmada por el becado y por el Jefe de Grupo del centro receptor.
3. Al finalizar la estancia se deberá remitir una memoria final del trabajo realizado y justificación de la actividad (publicaciones, comunicaciones generadas, etc.) junto con una carta del director del Centro receptor.

Es deseable que la actividad desarrollada por el candidato durante los 2 años de la beca permita alcanzar el grado PhD europeo o del país receptor del investigador, o en caso de contar ya con un PhD la estancia deberá encuadrarse en un Post-doc con posibles publicaciones que avalen el adecuado aprovechamiento de la estancia.

A criterio de la Comisión de Becas se solicitará una exposición presencial cuando se considere necesario.

Publicación:

Las publicaciones o comunicaciones generadas a raíz de esta Beca deberán consignar explícitamente la existencia del soporte de la SEOM. La no mención explícita puede ser causa de reclamación por parte de la Sociedad.

Cualquier opinión expresada en estas publicaciones o comunicaciones son las de sus autores y no reflejan necesariamente las de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). La SEOM y su Fundación no se responsabilizan de los criterios expuestos en ellos.

El Boletín de la SEOM podrá publicar o reproducir los resultados parciales o finales del estudio.

Pagos:

Se realizarán dos pagos:

- 35.000 € en el momento de incorporación al centro.
- 35.000 € una vez transcurrido el primer año de la estancia y una vez recibida la memoria de evaluación con el Vº Bº del receptor.

Si el proyecto supera los dos años, el solicitante podrá pedir la Beca FIS de ampliación de estudios para el tercer año y sucesivos donde la SEOM se compromete a ayudarlo en los trámites necesarios para dicha solicitud.

Las Memorias remitidas serán archivadas en la Secretaría de la SEOM y no se mantendrá correspondencia sobre las mismas.

Características de las becas e incompatibilidades:

1. La concesión y disfrute de estas Becas no implica relación laboral alguna con la SEOM ni con su Fundación, ni supone ningún compromiso de incorporación posterior de los becarios a sus plantillas.
2. En el impreso de solicitud deberá figurar información acerca de si se ha solicitado o se tiene concedida alguna otra beca o ayuda, y cuál es el montante de la misma.
3. El disfrute de una Beca al amparo de esta convocatoria es incompatible con cualquier otra Beca SEOM, pero sí es compatible con otras becas o ayudas ya sean subvencionadas con fondos públicos o privados. No obstante, en ese caso, la SEOM se reserva el derecho de no conceder la beca si estima que el proyecto ya está suficientemente subvencionado.
4. El becario podrá durante la vigencia de la Beca desarrollar otros trabajos o estudios, siempre que no interfieran con el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la SEOM.

La participación en la Convocatoria supone la aceptación de sus bases.

Anexo 1. Lista de Investigadores, centros y líneas de investigación

Professor Alan Answorth.

The Institute of Cancer Research.
London, United Kingdom.
DNA repair.

Professor Paul Workman.

The Institute of Cancer Research.
Sutton, United Kingdom.
Heat Shock Proteins and drug development.

Professor Michael Stratton.

The Wellcome Trust Sanger Institute.
Cambridge, United Kingdom.
Cancer genome project.

Professor Peter Carmeliet.

Versalius Research Centre, Katholieke Universiteit Leuven.
Leuven, Belgium.
Angiogenesis and cancer.

Professor Joan Massague.

Memorial Sloan Kettering Cancer Centre.
Manhattan, New York, United States.
Cancer Metastasis.

Professor Robert Kerbel.

Sunnybrook Health Science Centre, University of Toronto.
Toronto, Canada.
Angiogénesis y cáncer.

Professor Charles L. Sawyers.

Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre.
Manhattan, New York, United States.
Molecular targeted drugs and resistance.

Professor Lisa S. Coumms.

Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, UCSF.
San Francisco, California, United States.
Inflammation and Cancer.

Ana María González - Angulo, M.D., M.Sc.

MD Anderson Cancer Center, Houston, TX.
Laboratorio de Biología Molecular de Mama.

Bruce E. Johnson.

Dana Farber Cancer Center/Harvard University (Boston).
Transducción de señal en cáncer de pulmón.

Tyler Jacks.

MIT Center for Cancer Research, Harvard University (Boston).
Ciclo celular, genes supresores y oncogenes.

Stephen Baylin.

The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins (Baltimore).
Epigenética.

Kenneth Kinzler.

Ludwig Center at Johns Hopkins University, (Baltimore).
Alteraciones genéticas en cáncer de colon.

W. K. Alfred Yung.

The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center (Houston).
Neuro-oncología.

James L. Abbruzzese.

The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center (Houston).
Cáncer de páncreas.

Michael F. Clarke.

Stanford Cancer Center (Stanford University, Palo Alto, CA).
Cancer stem cell.

Patrick O. Brown.

Stanford Cancer Center (Stanford University, Palo Alto, CA).
Expresión génica y regulación de la expresión génica.

Jaap Verweij.

Department of Oncology, Erasmus University Medical Center (Rotterdam).
Fases-I en nuevos fármacos.

Bruce Ponder.

Cancer Research UK Cambridge Research Institute (Cambridge, UK).
Susceptibilidad genética en cáncer.

Stephen Smale.

UCLA's Jonsson Comprehensive Cancer Center (Los Angeles).
Regulación transcripcional.

Allan Weissman.

National Cancer Institute, NIH (Bethesda).
Transducción de señal en proliferación y apoptosis.

Paul Meltzer.

National Cancer Institute, NIH (Bethesda).
Inestabilidad genética y cromosómica en cáncer.

Michael Gottesman.

National Cancer Institute, NIH (Bethesda).
Mecanismos moleculares de resistencia.

Antonio Jimeno M.D., Ph.D.

University of Colorado Cancer Center (USA).
Investigación traslacional de eventos moleculares en muestras de pacientes tratados con inhibidores de hedgehog y PI3K.

Anexo 2.

Baremo de puntuación: Máximo 50 puntos.

1) Valoración de los méritos del candidato/a. Máximo 16 puntos:

- a) Nota media del expediente académico (Aprobado = 1, Notable = 2, Sobresaliente = 3 y Matrícula de honor = 4). **Máximo 3,5 puntos.**
- b) Estudios de post-grado (Cursos de doctorado =1 punto, Suficiencia investigadora = 2 puntos, Título de doctor = 3.5, Título de doctor "Cum Laude" = 4). **Máximo 3,5 puntos.**
- c) Otra Diplomatura o Licenciatura o maestría 1 punto. **Máximo 2 puntos.**
- d) Publicaciones. **Máximo 3,5 puntos.**
- Revistas indexadas en el primer cuartil: 1er autor o co-autor (0.5 pts), 2do o 3er autor (0.35 pts).
 - Revistas indexadas después del 1er cuartil: 1er autor o co-autor (0.25 pts), 2do o 3er autor (0.15 pts).
- e) Comunicaciones a congresos científicos. **Máximo 2 puntos.**
- Comunicaciones orales en congresos internacionales: 1er autor (0.35 pts), 2do o 3er autor (0.2 pts).
 - Comunicaciones orales en congresos nacionales: 1er autor (0.2 pts), 2do o 3er autor (0.1 pts).
 - Poster a congresos internacionales: 1er autor (0.25 pts), 2do o posterior (0.1 pts).
 - Poster a congresos nacionales: 1er autor (0.15 pts), 2do o posterior (0.05 pts).
- f) Otros méritos (conocimiento de Inglés, premios científicos, otras titulaciones no universitarias). **Máximo 0,5 puntos.**
- g) Participación en ensayos clínicos. **Máximo 0,5 puntos.**
- h) Participación en proyectos de investigación competitivos. **Máximo 0,5 puntos.**

2) Cartas de recomendación (2 referencias). Máximo 4 puntos.

Las cartas de recomendación seguirán el modelo adjunto preestablecido en el cual el referente detallará su relación con el solicitante, del cual valorarán y argumentarán las siguientes características:

- Potencial investigador.
- Capacidad de pensamiento crítico.
- Capacidad de trabajo.
- Capacidad de creativa.
- Mayor/es logros durante su residencia/formación.
- Interés y capacidad de alcanzar objetivos.

De acuerdo con la argumentación de cada punto, el referente asignará una puntuación de 0 a 4 a cada una de las características (0= mediocre, 1= bueno, 2 = muy bueno, 3= excelente, 4 = extraordinario).

Finalmente, un revisor independiente y ciego para las puntuaciones asignadas, asignará puntuaciones basadas únicamente en la argumentación de ambos referentes. La puntuación final corresponderá a la media final de estas tres puntuaciones.

3) Memoria justificativa de la solicitud de ayuda. Máximo 10 puntos.

El solicitante completará junto a la solicitud una memoria del solicitante explicando su motivación, interés, expectativas y planes de futuro. Dicha carta será redactada en inglés y siguiendo un modelo adjunto en el que se responderá a las siguientes preguntas cerradas:

- Which is the applicant experience and interest in medical and/or translational research?
- What is the interest of the applicant in becoming a Clinician (medical oncologist) Scientist?
- Which are the strongest applicant abilities to become a successful researcher?
- How would receiving this award affect the applicant's career in short term?
- What's it the applicant medium and long-term career plan?
- How would awarding the applicant with this training fellowship help the Spanish oncology?
- In which project/s would the applicant be more interested and why?

Esta memoria será revisada y puntuada por dos revisores de forma independiente, puntuando cada uno de ellos los siguientes aspectos con una valoración de 1 a 5. La puntuación final corresponderá a la suma de la puntuación media de ambos evaluadores.

4) Entrevista personal. Máximo 20 puntos.

El solicitante será finalmente entrevistado por un panel consistente en dos miembros de la Comisión de becas. La entrevista se realizará en inglés. Las preguntas en dichas entrevistas se basarán tanto en los méritos curriculares del solicitante, como en sus cartas de recomendación y carta personal. Así mismo podrían ser introducidas preguntas tipo similares para todos los solicitantes. La puntuación final se otorgará por consenso del panel evaluador.

Becas SEOM de Estancia de Un Año para Formación en Investigación Clínica Aplicada en Centros de Referencia en el Extranjero

Número de Becas: 2. **Dotación:** 35.000 € cada una.

Duración: La dotación económica prevista es de un año.

Requisitos de los solicitantes:

- Médicos Especialistas en Oncología Médica hasta 5 años desde el término de la residencia o Residentes de Oncología Médica de cuarto año.
- Miembro de la SEOM.
- Alto nivel de inglés hablado y escrito.

Ámbito: Europa y Canadá.

Formato de la solicitud:

- Nombre del solicitante.
- CV del solicitante en inglés.
- Memoria justificativa del solicitante en español (máximo 5 folios Arial 12 a doble espacio) – Anexo 2.
- Cartas de recomendación – Anexo 2.
- Carta de aceptación del centro receptor (no es obligatorio pero se valorará positivamente).
- Si no tiene centro decidido, indicar preferencias de centro y líneas de investigación en la hoja de solicitud.
- Después de la preselección del solicitante por la Comisión de Becas de la SEOM, este deberá ser entrevistado por el grupo receptor.

Plazos:

- El 15 de marzo de 2012 se realiza la convocatoria y difusión a los miembros de SEOM.
- **El 15 de junio de 2012 finaliza el plazo de presentación de proyectos.**
- En septiembre de 2012 se harán las entrevistas personales a los candidatos.
- En octubre de 2012 se hará la entrega de las Becas durante el 2º Simposio Nacional SEOM de Madrid.

Presentación:

Enviar original de la solicitud en papel a la Secretaría de la SEOM en C/ Velázquez, 7 – 3º-28001 Madrid y copia en formato electrónico a marinacasanueva.congresos@seom.org. En el exterior del sobre deberá constar la modalidad de Beca, la fecha de envío y nombre del solicitante.

Evaluación:

Cada solicitud presentada será revisada por dos evaluadores que emitirán un informe en base a los siguientes criterios (máx 50 ptos):

- Entrevista personal en inglés (de 0 a 25) – Ver Anexo 2.
- Memoria justificativa del solicitante (de 0 a 15) - Seguir índice Anexo 2.
- Curriculum vitae del solicitante (puntuar de 0 a 8) – Seguir plantilla modelo.
- Cartas de recomendación (de 0 a 2) – Seguir índice Anexo 2.

Jurado: El Jurado estará formado por miembros designados por la Junta Directiva de la SEOM.

Adjudicación:

- La decisión del Jurado se transcribirá en un acta y el fallo será inapelable. El Jurado podrá decidir no adjudicar la totalidad de las ayudas previstas si considera que las solicitudes presentadas no alcanzan el nivel adecuado.
- El plazo máximo de incorporación al centro será de 1 año desde la concesión de la beca.

Informes:

1. Durante los tres primeros meses de incorporación al centro se deberá remitir una memoria del proyecto a realizar.
2. Al finalizar la estancia se deberá remitir una memoria final del trabajo realizado y justificación de la actividad (publicaciones, comunicaciones generadas, etc.) junto con una carta del director del Centro receptor.

Publicación:

Las publicaciones o comunicaciones generadas a raíz de esta Beca deberán consignar explícitamente la existencia del soporte de la SEOM. La no mención explícita puede ser causa de reclamación por parte de la Sociedad.

Cualquier opinión expresada en estas publicaciones o comunicaciones son las de sus autores y no reflejan necesariamente las de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). La SEOM y su Fundación no se responsabilizan de los criterios expuestos en ellos.

El Boletín de la SEOM podrá publicar o reproducir los resultados parciales o finales del estudio.

Pagos:

Se realizará un pago de 35.000 € en el momento de la incorporación al nuevo centro.

Las Memorias remitidas serán archivadas en la Secretaría de la SEOM y no se mantendrá correspondencia sobre las mismas.

Características de las becas e incompatibilidades:

1. La concesión y disfrute de estas Becas no implica relación laboral alguna con la SEOM ni con su Fundación, ni supone ningún compromiso de incorporación posterior de los becarios a sus plantillas.
2. En el impreso de solicitud deberá figurar información acerca de si se ha solicitado o se tiene concedida alguna otra beca o ayuda, y cuál es el montante de la misma.
3. El disfrute de una Beca al amparo de esta convocatoria es incompatible con cualquier otra Beca SEOM, pero sí es compatible con otras becas o ayudas ya sean subvencionadas con fondos públicos o privados. No obstante, en ese caso, la SEOM se reserva el derecho de no conceder la beca si estima que el proyecto ya está suficientemente subvencionado.
4. El becario podrá durante la vigencia de la Beca desarrollar otros trabajos o estudios, siempre que no interfieran con el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la SEOM.

La participación en la Convocatoria supone la aceptación de sus bases.

Anexo 1. Lista de Investigadores, centros y líneas de investigación

Professor Robert Kerbel.

Sunnybrook Health Science Centre, University of Toronto.
Toronto, Canada.
Angiogénesis y cáncer.

Jaap Verweij.

Department of Oncology, Erasmus University Medical Center (Rotterdam).
Fases-I en nuevos fármacos.

Bruce Ponder.

Cancer Research UK Cambridge Research Institute (Cambridge, UK).
Susceptibilidad genética en cáncer.

El centro receptor se decidirá entre el becado y la Comisión de Becas SEOM.

Anexo 2.

Baremo de puntuación: Máximo 50 puntos.

1) Entrevista personal. Máximo 25 puntos.

El solicitante será entrevistado por dos miembros de la Comisión de becas. La entrevista será realizada en inglés. Las preguntas en dichas entrevistas se basarán en la memoria justificativa del interés y motivación del candidato, en su curriculum vitae y en las cartas de recomendación. Así mismo podrían ser introducidas preguntas tipo similares para todos los solicitantes.

2) Memoria justificativa del solicitante. Máximo 15 puntos.

El solicitante completará junto a la solicitud una memoria del solicitante explicando su motivación, interés, expectativas y planes de futuro. Dicha carta será redactada en inglés y siguiendo un modelo adjunto en el que se responderá a las siguientes preguntas cerradas:

- Which is the applicant experience and interest in medical and/or translational research?
- What is the interest of the applicant in becoming a Clinician (medical oncologist) Scientist?
- Which are the strongest applicant abilities to become a successful researcher?
- How would receiving this award affect the applicant's career in short term?
- What's it the applicant medium and long-term career plan?
- How would awarding the applicant with this training fellowship help the Spanish oncology?
- In which project/s would the applicant be more interested and why?

Esta memoria será revisada y puntuada por dos revisores de forma independiente, puntuando cada uno de ellos los siguientes aspectos con una valoración de 0 a 15. La puntuación final corresponderá a la suma de la puntuación media de ambos evaluadores.

3) Valoración de los méritos del candidato/a. Máximo 8 puntos.

a) Nota media del expediente académico (Aprobado = 1, Notable = 2, Sobresaliente = 3 y Matrícula de honor = 4). **Máximo 2 puntos.**

b) Estudios de post-grado (Cursos de doctorado = 1 punto, Suficiencia investigadora = 2 puntos, Título de doctor = 3.5, Título de doctor "Cum Laude" = 4). **Máximo 2 puntos.**

c) Otra Diplomatura o Licenciatura o maestría 1 punto. **Máximo 1 puntos.**

d) Publicaciones. Máximo 1 punto.

- Revistas indexadas en el primer cuartil: 1er autor o co-autor (0.5 pts), 2do o 3er autor (0.35 pts).
- Revistas indexadas después del 1er cuartil: 1er autor o co-autor (0.25 pts), 2do o 3er autor (0.15 pts).

e) Comunicaciones a congresos científicos. Máximo 1 puntos.

- Comunicaciones orales en congresos internacionales: 1er autor (0.35 pts), 2do o 3er autor (0.2 pts).
- Comunicaciones orales en congresos nacionales: 1er autor (0.2 pts), 2do o 3er autor (0.1 pts).
- Poster a congresos internacionales: 1er autor (0.25 pts), 2do o posterior (0.1 pts).
- Poster a congresos nacionales: 1er autor (0.15 pts), 2do o posterior (0.05 pts).

f) Otros méritos (conocimiento de Inglés, premios científicos, otras titulaciones no universitarias). **Máximo 1 puntos.**

4) Cartas de recomendación (2 referencias). Máximo 2 puntos.

Las cartas de recomendación seguirán el modelo adjunto preestablecido en el cual el referente detallará su relación con el solicitante, del cual valorarán y argumentarán las siguientes características:

- Potencial investigador.
- Capacidad de pensamiento crítico.
- Capacidad de trabajo.
- Capacidad creativa.
- Mayor/es logros durante su residencia/formación.
- Interés y capacidad de alcanzar objetivos.

De acuerdo con la argumentación de cada punto, el referente asignará una puntuación de 0 a 4 a cada una de las características (0= mediocre, 0,50= bueno, 1 = muy bueno, 1,5= excelente, 2 = extraordinario).

Finalmente, un revisor independiente y ciego para las puntuaciones asignadas, asignará puntuaciones basadas únicamente en la argumentación de ambos referentes. La puntuación final corresponderá a la media final de estas tres puntuaciones.

Becas SEOM / Asociación Oncológica Esperanza de Vida para Proyectos de Investigación

Número de Premios: 1. **Dotación:** 15.000 €. *

Requisitos de los solicitantes:

- Médico Especialista en Oncología Médica.
- Miembro de la SEOM.

Condiciones del proyecto:

- Proyecto de investigación original, que no esté ligado a ningún ensayo clínico ni a proyectos de investigación competitivos.
- Área de Investigación: temas relacionados con la oncología.
- Se dará prioridad a los proyectos con preferencia de aplicabilidad clínica. Proyecto de investigación que se realice en España.
- Proyectos de investigación coordinados o dirigidos en Unidades de Oncología Médica.

Formato de la solicitud:

Debe presentarse una Memoria del Proyecto de investigación, que debe tener los siguientes apartados:

- Título.
- Investigador principal.
- Duración (máximo 2 años).
- Resumen (máximo 250 palabras).
- Antecedentes y estado actual del tema.
- Bibliografía más relevante comentada.
- Hipótesis.
- Objetivos.
- Metodología (Diseño, objeto de estudio, variables, recogida y análisis de datos y limitaciones del estudio).
- Plan de trabajo (etapas de desarrollo y distribución de las tareas del Equipo Investigador).
- Experiencia del Equipo Investigador.
- Plan de Difusión (relevancia del proyecto en cuanto a impacto clínico y bibliométrico).
- Medios disponibles para la realización del proyecto.
- Justificación detallada de la ayuda solicitada.
- Presupuesto solicitado (incluyendo gastos de personal, inventariable, fungible y contratación de servicios, viajes y congresos).

Informe final:

El investigador deberá remitir un informe final previo a la publicación de los datos para su archivo en la SEOM. A criterio de la Comisión se solicitará una exposición presencial cuando se considere necesario.

Publicación:

Las publicaciones o comunicaciones realizadas deberán consignar explícitamente la existencia del soporte de la beca de la SEOM.

La no mención explícita puede ser causa de reclamación de la SEOM.

El Boletín de la SEOM podrá publicar o reproducir los resultados parciales o finales del estudio.

Duración: El periodo temporal previsto debe ser de máximo 2 años.

Plazos:

- El 15 de marzo de 2012 se realiza la convocatoria y difusión a los miembros de SEOM.
- **El 15 de junio de 2012 finaliza el plazo de presentación de proyectos.**
- En septiembre de 2012 se realizará el fallo de la beca.
- En octubre de 2012 se hará la entrega de la Beca durante el 2º Simposio Nacional SEOM de Madrid.

Presentación:

Enviar original de la solicitud en papel a la Secretaría de la SEOM en C/Velázquez, 7 – 3º, 28001 Madrid y copia en formato electrónico a marinacasanueva.congresos@seom.org. En el exterior del sobre deberá constar la modalidad de Beca, la fecha de solicitud y nombre del solicitante.

Jurado y Evaluación:

El jurado estará formado por miembros designados por la Junta Directiva de la SEOM que emitirán un informe en base a los siguientes criterios:

- Interés científico del proyecto (puntuar de 0 a 5).
- Originalidad y aplicabilidad del proyecto (puntuar de 0 a 5).
- Experiencia del equipo investigador, haciendo hincapié en los últimos 5 años (puntuar de 0 a 5).

Adjudicación:

La decisión del Jurado se transcribirá en un acta y el fallo será inapelable. El Jurado podrá decidir no adjudicar la totalidad de las becas previstas si considera que los proyectos presentados no alcanzan el nivel adecuado.

Pagos:

Se harán 2 pagos de:

- 7.500 € en el momento de la concesión de la beca.
- 7.500 € al recibir el informe preliminar al transcurrir la mitad del periodo temporal previsto.

Las Memorias remitidas serán archivadas en la Secretaría de la SEOM y no se mantendrá correspondencia sobre las mismas.

Características de las becas e incompatibilidades:

1. La concesión y disfrute de estas Becas no implica relación laboral alguna con la SEOM ni con su Fundación, ni supone ningún compromiso de incorporación posterior de los becarios a sus plantillas.
2. En el impreso de solicitud deberá figurar información acerca de si se ha solicitado o se tiene concedida alguna otra beca o ayuda, y cuál es el montante de la misma.
3. El disfrute de una Beca al amparo de esta convocatoria es incompatible con cualquier otra Beca SEOM, pero sí es compatible con otras becas o ayudas ya sean subvencionadas con fondos públicos o privados. No obstante, en ese caso, la SEOM se reserva el derecho de no conceder la beca si estima que el proyecto ya está suficientemente subvencionado.
4. El becario podrá durante la vigencia de la Beca desarrollar otros trabajos o estudios, siempre que no interfieran con el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la SEOM.

La participación en la Convocatoria supone la aceptación de sus bases.

**7.500€ gracias a la donación de la Asociación Oncológica Esperanza de Vida de Badajoz y 7.500€ de la Fundación SEOM de los fondos obtenidos gracias a las donaciones anónimas de particulares a la Campaña "+1 Frente al Cáncer Súmate".*

Beca SEOM a Jóvenes Investigadores 2008-2009

Memoria Definitiva del Proyecto de Investigación

Título

La pérdida de reserva orgánica como detector de fragilidad en ancianos con cáncer tratados con quimioterapia

Investigador principal:

María José Molina Garrido

Investigadores colaboradores:

Carmen Guillén Ponce

Centros colaboradores:

Sección de Oncología Médica del Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca;
Servicio de Oncología Médica del Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Resumen *(Objetivos y metodología de trabajo)*

El objetivo de este trabajo es identificar la presencia de fragilidad en el anciano con cáncer, analizando su reserva funcional. Para conseguirlo, se hará un estudio prospectivo con pacientes oncológicos mayores de 70 años valorados de forma ambulatoria en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, y se recogerá datos pertenecientes a la reserva funcional en distintos niveles del organismo: a nivel pulmonar (mediante peak-flow), a nivel cerebral (mediante la evaluación cognitiva, con el MMSE de Folstein), a nivel renal (mediante el cálculo del aclaramiento de creatinina), y a nivel muscular, (a través de la fuerza de prensión de la mano, la masa muscular esquelética y la velocidad de la marcha).

Tras el último ciclo de quimioterapia (tiempo calculado de 6 meses), se analizará qué parámetros de la reserva orgánica, se han visto afectados en más del 30%, y por tanto, cuáles pueden ser más sensibles para definir a un paciente frágil, a priori, es decir, previo a iniciar tratamiento con citostáticos. Esto podría ayudar a predecir si una situación estresante, como es la quimioterapia, podría precipitar o adelantar la situación de fragilidad.

Además, se analizará si el cuestionario VES-13, el que más ampliamente se utiliza en el ámbito de la Oncogeriatría, es realmente útil o no para valorar la reserva del organismo.

La inclusión de pacientes se realizará de forma consecutiva a lo largo de 18 meses, y el análisis posterior y la obtención de conclusiones, se hará durante los 6 meses siguientes.

Introducción. *Antecedentes y estado actual del tema*

En Estados Unidos y en Europa, los ancianos representan entre el 13-15% de la población total. La expectativa de vida se ha incrementado entre los hombres, desde los 48 años en 1900 hasta los 71 años en 1980; y entre las mujeres, desde los 51 años hasta los 77,7 años (1). Se estima que en los países industrializados, la expectativa de vida de las mujeres podría superar los 90 años de edad (2).

En la actualidad, el 50% de los tumores malignos ocurren en personas con 65 años o más; en el año 2020, si continúa la tendencia actual de crecimiento de la población, se estima que el 60% de todos los cánceres afectarán a ancianos (1). Los datos del Registro sobre Supervivencia y Epidemiología (SEER: Surveillance, Epidemiology and End Results) del Instituto Nacional del Cáncer, indican que las personas con 65 años o más tienen 11 veces más riesgo de desarrollar cáncer que los más jóvenes (3).

Con el envejecimiento, se produce el declive múltiple de órganos y sistemas (función cardíaca, pulmonar, renal, musculoesquelética), lo que conduce al deterioro de la función física, y por ende, a la dependencia funcional del anciano. Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%; este proceso se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrinos. Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. Asimismo, hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción. En el aparato respiratorio, con la edad, la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial de los pulmones. Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debido a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución de la PO₂, afectándose a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar. El aumento de la edad también produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical; el número de glomérulos se reduce. Junto a estos, también se producen cambios a nivel del sistema endocrino, del aparato cardiovascular, del sistema inmunitario, de los órganos de los sentidos..., y disminuye el número de células del sistema nervioso, que varía en función de cada área del cerebro.

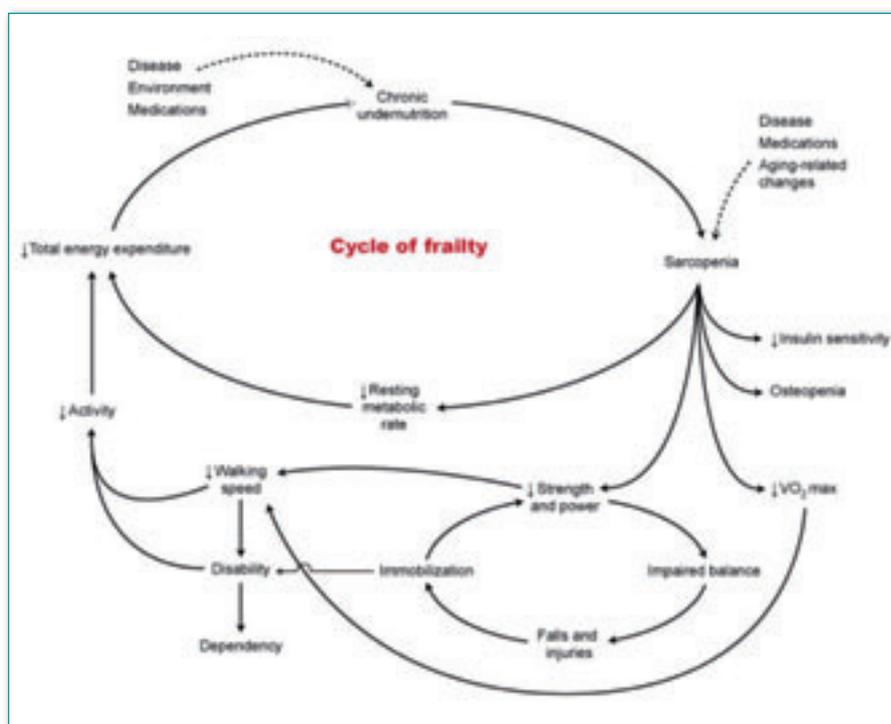
De forma contraria a lo que se cree, no todos los ancianos son frágiles (4). Sólo entre el 3-7% de los ancianos entre 65 y 75 años lo son. La incidencia de fragilidad aumenta con la edad, superando el 32% en los mayores de 90 años (5).

La prevalencia de anciano frágil en población española oscila entre el 21 y el 27,5% en pacientes mayores de 65 años (6) y hasta del 46% en mayores de 85 años (7), aunque estos valores dependen mucho de los criterios empleados en la definición de fragilidad, y del tipo de comunidad estudiada.

La fragilidad es un síndrome biológico del anciano que se caracteriza por la pérdida de reserva en múltiples órganos y sistemas. Puede desencadenarse por una enfermedad, por la falta de actividad, por un aporte nutricional insuficiente, por estrés y/o por los cambios fisiológicos asociados a la edad. Se manifiesta como una pérdida de masa muscular (sarcopenia), como un mal funcionamiento de los sistemas inflamatorios y neuroendocrinos y/o como una mala regulación de la energía. En los pacientes frágiles existe una menor capacidad de iniciar las respuestas fisiológicas necesarias para mantener la homeostasis en un momento de estrés agudo. Una vez que el individuo se convierte en frágil, se inicia una espiral de procesos, progresivos, que conducen a la incapacidad del paciente y finalmente a su muerte (8). Buchner la definió como un "Estado de reserva fisiológica disminuida que lleva asociado un aumento del riesgo de discapacidad" (9). Por este motivo, la fragilidad ha llegado a definirse como "Discapacidad preclínica" (10).

Los sistemas orgánicos tienen un "exceso" de función, un margen de pérdida del 70%. Cuando la función normal se aproxima al 30% de su valor, la vulnerabilidad es máxima; por debajo de estos valores aparece la insuficiencia (discapacidad) y cuando estos valores se acercan al 0-10%, aparece el "fallo para el desempeño" o síndrome de declinar ("failure to thrive") (11).

En todos los casos, la fragilidad es consecuencia de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y adelanta la institucionalización y la muerte. Existe unanimidad en cuanto a que no se trata de un proceso de "todo o nada", sino de una evolución continua desde la no-fragilidad hasta la fragilidad (12). En la actualidad, prefiere hablarse del "ciclo de la fragilidad", que aparece reflejado en la siguiente figura:



El cuestionario VES-13 (Vulnerable Elders Survey) es una herramienta diseñada para hacer un cribado de los ancianos no ingresados que tienen riesgo de fragilidad. Dicha encuesta incluye datos tales como la edad, la propia percepción del estado de salud, las limitaciones en la función física, y la dependencia funcional. Fue el grupo de Saliba et al el que desarrolló esta encuesta (13).

El VES-13 puede administrarse de forma directa, o bien por teléfono. Una puntuación ≥ 3 vs 0-2, identifica un 32% de los pacientes vulnerables. Este grupo "vulnerable" tiene un riesgo 4 veces mayor de muerte o de dependencia funcional cuando se compara con el grupo con puntuaciones inferiores (14).

Con este estudio, pretendemos descubrir qué parámetros de reserva funcional son más útiles para predecir la fragilidad pre-quimioterapia, y con cuáles se relaciona mejor el cuestionario empleado tradicionalmente en ese ámbito: el cuestionario VES-13.

Hipótesis de trabajo

La hipótesis fundamental del estudio es que la fragilidad del anciano con cáncer se manifiesta como pérdida de la reserva funcional de los distintos sistemas y aparatos, y que la detección de dicha pérdida funcional, permitirá identificar a los ancianos frágiles, y excluirlos de un tratamiento con quimioterapia.

Objetivos

Este estudio se planteó con la finalidad de conseguir una serie de objetivos:

Objetivos primarios:

- Emplear parámetros de reserva funcional en la valoración del estado de fragilidad en el anciano con cáncer en tratamiento con quimioterapia.
- Identificar cuáles de estos parámetros permiten reconocer, a priori, a un paciente frágil (aquellos que varíen en $>30\%$ con la administración de la quimioterapia).
- Una vez identificados dichos parámetros, comprobar su correlación con el cuestionario VES-13.

Objetivos secundarios:

- Conocer las características socio-demográficas de la población oncológica mayor de 70 años, en tratamiento con quimioterapia, del Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca.
- Conocer la prevalencia de vulnerabilidad entre ancianos oncológicos en base a la aplicación del cuestionario VES-13.

Metodología

Diseño: Estudio de tipo prospectivo observacional en el marco de las consultas externas de Oncología Médica del Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca.

Periodo del Estudio: Entre diciembre de 2009 y diciembre 2011.

Sujetos de Estudio: Todos los pacientes ancianos, valorados de forma consecutiva, con diagnóstico de cáncer, que acudan a consultas externas de dicho hospital.

• *Criterios de inclusión.* Pacientes que cumplan todos los siguientes criterios:

1. Edad ≥ 70 años.
2. Diagnóstico de cáncer, de cualquier tipo y cualquier estadio, en el periodo comprendido entre diciembre 2009 y agosto 2011).
3. Ser candidato a la administración de quimioterapia.

4. No estar ingresado en el hospital.
 5. No estar institucionalizado.
 6. Habla española o inglesa, o ir acompañado por un familiar de cualquiera de esas dos lenguas, que sirva de traductor e intérprete.
 7. Tener capacidad para hacer todos los tests que vamos a aplicar. Esto implica que el paciente tenga movilidad de extremidades superiores e inferiores (imprescindible para medir la fuerza de extremidades inferiores, y utilizar el dinamómetro de mano).
 8. Dar su consentimiento, por escrito, de la aceptación de participar en este estudio.
- **Criterios de exclusión.** No se podrá incluir a los pacientes que reúnan alguno de los siguientes criterios:
 1. Incumplir cualquiera de los criterios de inclusión.
 2. Haber estado ingresado en el hospital durante las dos semanas previas a la inclusión en el estudio (la situación funcional podría estar afectada como consecuencia de dicho ingreso).
 3. En caso de incapacidad de la lectura del consentimiento, negativa de los familiares y/o acompañantes a colaborar con el paciente en la cumplimentación del cuestionario.
 4. Pacientes con una expectativa de vida <3 meses.
 5. Contraindicaciones de recibir quimioterapia.
 6. Disfunción orgánica que desaconseje su uso.
 7. Infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular agudo en los 6 meses previos al diagnóstico del tumor.

Variables:

A. Variables que caracterizan la población de estudio:

- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Nivel cultural o de estudios:
 - Analfabeto.
 - Lee y escribe.
 - Estudios primarios o más avanzados.
- Estado civil:
 - Casado/a.
 - Viudo/a.
 - Soltero/a.

B. Variables relacionadas con el tumor:

- Tipo de tumor.
 - Cáncer de mama.
 - Cáncer del tracto digestivo.
 - Cáncer de pulmón.
 - Cáncer urológico o prostático.
 - Otros.
- Estadio tumoral:
 - Estadios I-III.
 - Estadio IV.
- Tipo de tratamiento:
 - Citostático en monoterapia (asociado o no a agente biológico).
 - Poli quimioterapia (asociada o no a agente biológico).

C. Variables de fragilidad relacionadas con la reserva del organismo:

- **Impedanciometría:** La técnica se basa en que los diferentes componentes del organismo tienen una resistencia distinta al paso de una corriente alterna. Para la realización del test se aplican electrodos emisores de una corriente alterna débil y receptores de la misma corriente residual (una vez atraviesa el organismo). Según una serie de ecuaciones que tienen en cuenta la longitud del cuerpo y el resultado de las mediciones de corriente obtenidas, se es capaz de obtener el porcentaje de los diferentes componentes de forma directa o indirecta (masa grasa, masa magra y agua corporal total). La medida de la masa muscular esquelética permite conocer la reserva muscular del paciente y distinguir la presencia de sarcopenia. La masa muscular esquelética se expresará como índice de masa muscular esquelética (MME= masa muscular esquelética/masa del cuerpo x 100) **(15,16)**.

- **Fuerza de prensión manual:** Esta prueba consiste en medir la fuerza máxima de prensión de cada mano. Para ello, se empleará un dinamómetro digital de prensión manual adaptable con una precisión de 0,5 Kg. El sujeto deberá estar de pie y coger el dinamómetro. La mano ejecutante deberá estar en línea con el antebrazo, el codo deberá estar extendido y el brazo estará colocado lateralmente al cuerpo, pero sin tocarlo, con la palma de la mano orientada hacia el muslo. El sujeto flexionará los dedos de la mano con la máxima fuerza posible, manteniendo la posición de partida. Se anotarán los cuatro intentos, dos con cada mano. Posteriormente, se seleccionará el mejor resultado obtenido en cada mano, para posteriormente, calcular la media de prensión bimanual.
- **Función de miembro inferior:** Velocidad de la marcha a paso rápido o confortable. Se realiza sobre distancias relativamente cortas (en nuestro proyecto, 5 metros) para evitar la influencia del factor resistencia sobre su realización. La media de velocidad en mayores de 60 años está entre 0,6 y 1,45 m/seg para velocidad confortable y entre 0,84 y 2,1 m/seg para velocidad rápida. Velocidades de marcha en ancianos independientes de la comunidad <1 m/seg se han relacionado con mortalidad, deterioro precoz de la movilidad, mal estado de salud, caídas, necesidad de ayuda y hospitalización (17). Asimismo, la pérdida de 0,1 m/seg de velocidad de marcha en un año, aumenta el riesgo de mortalidad a los 5 años (18-20).
- **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo:** Se trata de una adaptación y validación española del test original “Mini-Mental Status Examination” (MMSE) de Folstein (1975). Constituye un instrumento de amplio uso, tanto en la actividad asistencial, como en investigación clínica. Un aspecto relevante de este test es que constituye el “gold standard” en la determinación del déficit cognitivo en muchos estudios de validación sobre pruebas de evaluación cognitiva. El objetivo del MEC es cuantificar el potencial cognitivo y detectar sus posibles desórdenes funcionales de forma rápida y práctica. Consta de una serie de ítems con los que se valora 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial. Para los pacientes en edad geriátrica (≥ 65 años), el punto de corte de mejor rendimiento global es de 23/24 (MEC-35).
- **Peak flow:** El Flujo Espiratorio Máximo (PEF) o Peak-Flow es el mayor flujo que se alcanza durante una maniobra de espiración forzada. Se expresa en litros/minuto. La medición del peak-flow se determina en posición de pie. Se coloca el indicador a cero. Se sujeta el medidor en posición horizontal sin interferir en el recorrido del indicador. Se efectúa una inspiración máxima. Se cierran los labios alrededor de la boquilla, evitando bloquear la salida del aire con la lengua; se debe soplar de forma explosiva lo más rápido y fuerte posible, realizar la lectura y anotar su valor. Posteriormente, se debe colocar el indicador a cero, y repetir el proceso dos veces más y registrar su valor más alto. Estudios recientes indican que la función pulmonar es un predictor independiente de mortalidad en el anciano (21).
- **Aclaramiento de creatinina:** Las cifras de creatinina sérica se usan habitualmente como un fiel indicador de cómo se encuentra la función renal de los pacientes. Sin embargo, en los ancianos, cuya masa muscular suele estar disminuida (y por tanto está disminuida la cantidad de “materia prima” para generar creatinina), la relación entre creatinina y función renal puede no ser tan fiable. Por este motivo, el aclaramiento de creatinina, calculado según la fórmula de Cockcroft-Gault, es un parámetro de función renal más fiable que el valor de creatinina sérica (22).

En el grupo tratado con Qt, estas variables de reserva fisiológica se determinan antes de iniciar el tratamiento (pre-) y 4 meses tras el comienzo del mismo (post). En el grupo sin Qt, se determinan en la primera visita a las consultas de Oncología Médica, y 4 meses después.

D. Variables de fragilidad basadas en cuestionarios:

- Cuestionario VES-13.

E. **Variables de fin:** Se obtendrá una variable final (VF) para cada una de las variables de resultado, mediante la resta del valor final (post-quimioterapia) y el inicial (pre-quimioterapia). Esta VF permitirá conocer si la diferencia ha sido o no, mayor al 30%.

F. Registro de variaciones:

- Dependientes del paciente:
 - Paciente que acude solo al Hospital de Día y no es capaz de comprender la finalidad del estudio, aunque expresa su deseo de participar tras informar a la familia.
 - Paciente que acude al Hospital de Día acompañado por un familiar de edad similar, y no tenemos certeza de que hayan comprendido bien la finalidad del estudio.
 - Decisión de abandonar el estudio una vez iniciado éste.

- Dependientes del tratamiento:
 - Pacientes que, por su neoplasia o por el estadio tumoral, se les administra quimioterapia de forma indefinida, manteniéndola hasta toxicidad, tolerancia o progresión. En este caso, se considerará, de forma arbitraria, que finalizó la quimioterapia tras recibir 6 ciclos de la misma (tiempo aproximado de duración del tratamiento, de 4 meses).
 - En los casos en los que la quimioterapia se administre semanalmente, se considerará que un ciclo consta de 3 semanas consecutivas de quimioterapia, y también se contabilizarán los resultados una vez transcurridos unos 4 meses de tratamiento con citostáticos.
 - Pacientes que hayan suspendido precozmente el tratamiento planeado, por progresión de la enfermedad durante la administración del mismo.

Recogida y análisis de datos: La recogida de datos se llevó a cabo por la investigadora principal del proyecto en la primera visita del paciente, después de que éste haya sido informado y haya dado su consentimiento a participar en el mismo.

El análisis estadístico que corresponde a este tipo de estudio se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.0. Dicho análisis incluyó una serie de pasos:

1. Análisis descriptivo de los datos, utilizando media, mediana, desviación típica y percentiles en las variables cuantitativas, y porcentajes en las cualitativas.
2. Análisis de diferencias entre ambos grupos, el grupo tratado con quimioterapia (Qt) y el grupo sin Qt, mediante análisis de diferencia de medias para las variables cuantitativas, y chi-cuadrado para las variables cualitativas.
3. Para identificar si existe o no diferencias significativas entre cada una de las variables a estudio (pre- y post-quimioterapia), se empleó la prueba t de Student-Fisher para grupos independientes, siguiendo un diseño pre-post, con inclusión de un grupo control de pacientes oncológicos no tratados con quimioterapia. Las variables en las que la diferencia sea >30% serán las variables predictoras de fragilidad, y se utilizarán para el siguiente análisis.
4. Un análisis de regresión logística, para conocer cuáles de los parámetros en los que se ha producido una pérdida >30%, se asocian a una puntuación ≥ 3 en el cuestionario VES-13 aplicado antes de la quimioterapia.

Cálculo del tamaño muestral: Se incluyó en este estudio a todos los ancianos mayores de 70 años tratados con quimioterapia en el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca. En la actualidad, al año, se atiende un total de unas 400 nuevas visitas en la Sección de Oncología, de las cuales, 100 corresponden a ancianos, y de estos, 35-40 son candidatos a recibir quimioterapia. Por este motivo, en el periodo de tiempo indicado, se pretendía incluir un total de 50-60 pacientes tratados con Qt, número suficiente para identificar los parámetros de reserva funcional indicativos de fragilidad, y para elaborar un modelo predictivo.

Limitaciones del estudio: A priori, la principal limitación que puede comprometer la consecución de los objetivos planteados, es la sobrecarga asistencial a la que están sometidas las consultas externas de la Sección de Oncología Médica. Otra limitación a tener en cuenta será el grado de participación de los pacientes atendidos.

Modificaciones del estudio inicial: A pesar de que inicialmente en el estudio se planteó utilizar el cuestionario MMSE para evaluar la situación cognitiva de los pacientes, su aplicación resultó muy complicada, y se precisaba mucho tiempo; por este motivo, tras los 5 primeros pacientes, se aplicó el cuestionario de Pfeiffer.

Inicialmente se planteó un estudio con un solo grupo, el grupo de los pacientes tratados con quimioterapia, pero finalmente, se llevó a cabo un estudio con un segundo grupo, el de pacientes sin quimioterapia, el grupo "control", con la finalidad de eliminar los factores extraños que pudieran actuar entre la primera y la segunda medición.

Y, aunque se preveía iniciar el estudio en junio 2009, se produjo una demora de 6 meses, hasta la concesión de esta beca (octubre 2009), la autorización del estudio por parte del Comité de Ensayos Clínicos del Hospital, y la obtención del material necesario para llevarlo a cabo. Por este motivo, el inicio se produjo en diciembre de 2009, y la finalización, en agosto de 2011.

Y por último, como no hubo ningún parámetro que se modificara un 30% con respecto a su valor inicial, en el análisis de regresión logística para evaluar cuáles de estos parámetros se asociaban a una puntuación de VES-13 ≥ 3 , se incluyeron aquellas variables en las que se había producido un cambio significativo tras la Qt en la prueba t de Student-Fisher para grupos independientes.

Resultados

Características sociodemográficas y características de las neoplasias de los pacientes incluidos en el estudio.

Se incluyó en el estudio un total de 110 pacientes, pero 4 no completaron el estudio: un paciente, con diagnóstico de cáncer gástrico y afectación pulmonar, se trasladó a otro hospital para recibir el tratamiento; otro paciente, con cáncer de colon estadio III, presentó un infarto agudo de miocardio tras primer ciclo de tratamiento; otro, con cáncer de próstata y afectación ósea, hormonorrefractario, falleció antes de iniciar el tratamiento por rotura de aneurisma aórtico; y otro, con cáncer gástrico y afectación peritoneal, interrumpió el tratamiento por toxicidad. Definitivamente, se analizaron los datos de 59 tratados con quimioterapia (grupo A), y 47 sin tratamiento con citostáticos (grupo B).

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 78,34 años (desviación típica 4,72), con un rango comprendido entre 70,31 y 91,62 años.

Treinta y tres pacientes (32,4%) se trataron con monoterapia asociada o no a un agente biológico, y los 25 restantes (24,5%), con poliquimioterapia.

Sesenta pacientes eran del sexo masculino (58,8%). Cincuenta (49%) tenían una situación basal (medida mediante el índice ECOG) de 0, seguido por 43 pacientes (42,2%), con ECOG 1, 8 pacientes (7,8%) con ECOG 2, y 1 paciente (1%) con ECOG 3. Setenta y cuatro (72,5%) estaban casados, 22 (21,6%) eran viudos, 4 (3,9%) estaban solteros, y había 2 (2%) divorciados.

Sesenta y dos individuos (60,8%) sabían leer y escribir, 22 (21,6%) tenían estudios primarios, 12 (11,8) tenían estudios secundarios, y 6 (5,9%), no sabían leer ni escribir.

Sesenta pacientes (58,8%) consideraban que su salud era buena, 38 (37,3%), que era regular, y 4 (3,9%), que tenían mala salud.

Cuarenta y siete pacientes (46,1%) consideraban que su salud era igual a la de los individuos de su edad, 44 (43,1%) consideraban que tenían una salud mejor que la de sus congéneres, y 11 (10,8%) opinaban que tenían una salud peor que los de su edad.

Los tumores más habituales fueron los digestivos, en 37 casos (36,3%), seguidos por los tumores de mama y ginecológicos, en 24 casos (23,5%), 17 casos (16,7%) de tumores urológicos y prostáticos, 12 casos (11,8%) con cáncer de pulmón, y en 12 pacientes (11,8%), había otros tumores.

Había 41 pacientes con tumores estadio III (40,2%), 31 pacientes con tumores metastáticos (30,4%), 20 pacientes (19,6%) con tumores estadio II y 10 pacientes (9,8%) con tumores estadio I.

Datos derivados de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y parámetros de reserva funcional y fisiológica de los pacientes de la muestra en la situación basal.

En el total de la muestra, había 4 pacientes (3,9%) con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según el índice de Barthel, 8 pacientes (8,7%) dependientes en actividades instrumentales (AIVD) según el índice de Lawton-Brody, 4 pacientes (4%) con deterioro intelectual según el cuestionario de Pfeiffer, 10 pacientes (9,8%) con alta comorbilidad según el índice de Charlson (puntuación ≥ 3), 42 pacientes (41,6%) con riesgo de desnutrición según el índice Nutritive Screening Initiative (NSI) (puntuación ≥ 3), ningún paciente tenía un alto riesgo de institucionalización según la escala sociofamiliar de Gijón y 38 pacientes eran consumidores severos de fármacos (≥ 5 fármacos al día).

Las puntuaciones correspondientes a cada uno de los componentes de la VGI aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Puntuaciones de los componentes de la VGI en la situación inicial.

	BARTHEL	LB	GIJON	PFEIFFER	NSI	FARMACOS	CHARLSON
Media	93,60	5,640	3,72	,64	2,56	3,87	,96
Mediana	97,50	4,000	3,50	,00	2,00	3,00	1,00
D.E.	10,543	2,0769	1,962	1,064	2,109	2,460	,984
Mínimo	45	2,0	0	0	0	0	0
Máximo	100	10,0	12	6	8	13	5

Los valores derivados de la evaluación de la reserva funcional de los individuos incluidos en el estudio aparecen en la Tabla 2.

Tabla 2. Valores relativos a los datos de reserva funcional analizados en este estudio, en la primera determinación o determinación basal.

	PESO	IMPED	IMC	MME	VELOC	PEAK	DINAM	ACL
Media	68,83	465,73	27,21	18,96	0,98	229,22	8,67	67,76
Mediana	68,90	460	26,75	19,01	0,98	210	3	65,34
D.E.	0,239	0,240	0,239	0,240	0,240	0,239	0,239	0,240
Mínimo	44,60	258	18,10	14,56	0,25	90	0	17,75
Máximo	104,20	651	40,90	25,05	1,81	550	42,5	121,20

Comparando ambos grupos (el que recibió quimioterapia, y el que no), no había diferencias significativas en cuanto a la edad ($p=0,897$), el sexo ($p=0,347$), la situación basal medida mediante el ECOG ($p=0,559$), el estado civil ($p=0,472$), el nivel de estudios ($p=0,997$), la autopercepción de su estado de salud ($p=0,403$), el tipo de tumor ($p=0,718$), el consumo de fármacos ($p=0,588$), la comorbilidad ($p=0,337$), el riesgo de fragilidad [Barber ($p=0,609$), VES-13 ($p=0,280$) y criterios de Linda Fried ($p=0,270$)], la dependencia en ABVD ($p=0,733$), la puntuación en AIVD ($p=0,078$), la situación social ($p=0,058$), el riesgo de desnutrición ($p=0,546$). En cuanto a los parámetros de reserva fisiológica, tampoco había diferencias en cuanto al peso ($p=0,854$), la talla ($p=0,194$), el índice de masa corporal ($p=0,285$), la impedanciometría ($p=0,338$), la masa muscular ($p=0,363$), la velocidad de la marcha ($p=0,097$), la fuerza de presión manual ($p=0,183$), ni el aclaramiento de creatinina ($p=0,159$).

Los únicos parámetros que diferenciaban de forma significativa al grupo tratado con Qt (grupo A) y al no tratado con Qt (grupo B) fueron la puntuación en el cuestionario de Pfeiffer (0,456 errores en el grupo A vs 0,89 errores en el grupo B; $p=0,037$), el estadio tumoral metastático (47,4% en los pacientes del grupo A vs 8,9% en los del grupo B; $p<0,001$) y la capacidad pulmonar medida mediante peak-flow (206,40 l/min vs 258,11 l/min en el grupo sin Qt; $p=0,011$).

Análisis de la presencia de vulnerabilidad en la muestra.

Treinta y cuatro pacientes (34%) no tenían riesgo de fragilidad según el cuestionario de Barber. El 21,3% ($n=20$) de los pacientes eran frágiles según los criterios de Linda Fried. Según el cuestionario VES-13, el 24,5% ($n=25$) tenían riesgo de fragilidad.

Las puntuaciones correspondientes a cada uno de estos parámetros aparecen reflejados en la Tabla 3.

Tabla 3. Puntuaciones correspondientes a los cuestionarios de fragilidad.

	BARBER	VES13	FRIED
Media	1,07	1,87	1,73
Mediana	1,00	1,00	1,00
D.E.	1,112	1,886	1,039
Mínimo	0	0	0
Máximo	5	9	7

Correlación entre los parámetros de reserva funcional y el VES-13 de vulnerabilidad

Considerando como definición de fragilidad un cambio $\geq 30\%$ (descenso en unas variables o incremento en otras) en el valor de los parámetros de reserva funcional tras la quimioterapia en comparación con el valor previo a la misma, se calculó el porcentaje de variación debido al tratamiento, que fue el siguiente: se produjo reducción en el peso (del 0,59%), en IMC (del 0,525%), en el índice de masa muscular esquelética (del 2,09%), en la fuerza de presión manual (del 13,38%) y en el aclaramiento de creatinina (del 23,12%); por el contrario, se produjo un aumento en la impedanciometría (del 8,43%), de la velocidad de la marcha (del 1,71%), y en el peak-flow (del 1,79%). Por tanto, en los pacientes tratados con quimioterapia, no se produjo un cambio $\geq 30\%$ en ninguna de las variables de reserva fisiológica.

Sin embargo, al analizar si se habían modificado de forma significativa alguno de los parámetros de reserva fisiológica entre el grupo A (tratado con Qt) y el grupo B (sin Qt), se observó que había diferencias significativas en cuanto a impedanciometría (diferencia 42,47; IC 95%: 16,62 a 68,32 $p=0,022$) y el aclaramiento de creatinina (diferencia -4,64; IC 

95%: -8,56 a -0,73; $p=0,021$). De estos resultados se deduce que con la quimioterapia, se produce un aumento en la impedanciometría de los individuos ancianos de 42,47 ohmios y una reducción del aclaramiento de creatinina de 4,64 ml/minuto.

En cuanto a los parámetros de la VGI, considerando la totalidad de la muestra, la quimioterapia implicaba modificaciones significativas en la puntuación de ABVD (diferencia -4,41; IC 95%: -7,83 a -0,98; $p=0,012$), el riesgo de fragilidad medido mediante el cuestionario de Barber (diferencia 0,57; IC 95%: 0,05 a 1,09; $p=0,031$), riesgo de desnutrición medido por el NSI (diferencia 0,97; IC 95%: 0,04 a 1,90; $p=0,042$) y riesgo de fragilidad determinado por el cuestionario VES-13 (diferencia 1,20; IC 95% 0,40 a 1,99; $p=0,004$).

Posteriormente, para el grupo A, se hizo un análisis de regresión logística binaria incluyendo los únicos parámetros de reserva funcional en los que se apreciaban diferencias significativas al comparar las medias (post y pre) (aclaramiento de creatinina e impedanciometría), incluyendo como posibles variables de confusión la edad, el sexo, el estadio tumoral y la situación basal medida mediante ECOG.

Los resultados de aplicar una regresión logística con los parámetros citados fueron los siguientes: estadio tumoral (OR 4,262; IC 95%: 0,908-20,002; $p=0,066$), edad (OR 1,247; IC 95%: 1,021-1,524; $p=0,031$); aclaramiento de creatinina (OR 0,997; IC 95%: 0,955-1,042; $p=0,905$); impedanciometría (OR 1,058; IC 95%: 0,979-1,144; $p=0,154$); MME (OR 2,536; IC 95%: 0,364-17,673; $p=0,347$); impedanciometría x MME (OR 0,996; IC 95%: 0,992-1,001; $p=0,097$). El coeficiente R^2 de Cox y Snell fue de 0,242; y el coeficiente R^2 de Nagelkerke fue de 0,342 (estos coeficiente indican el porcentaje de influencia que tienen las variables independientes analizadas sobre la variable dependiente).

Sólo la edad se asociaba de forma significativa a presentar una puntuación de VES-13 \geq 3; ninguno de los parámetros de reserva fisiológica en los que se objetiva un cambio significativo con la administración de Qt, se asoció con el riesgo de fragilidad descrito por el VES-13.

La sensibilidad de este modelo para predecir fragilidad según el índice VES-13 es del 41,2%, la especificidad, del 92,3% y de forma global, este modelo permite clasificar correctamente al 76,8% de los individuos con riesgo de fragilidad según el índice VES-13 (poder de discriminación del modelo). El índice de bondad del modelo de Hosmer y Lemeshow tenía una $p=0,699$.

Y, al haberse incluido en el modelo una variable cuantitativa (edad), se hizo un estudio de linealidad, que mostró una correlación lineal positiva significativa para dicha variable (R^2 0,409; B 0,204; $p<0,005$).

Discusión

El estudio presente es el primero que se ha diseñado, en el ámbito de la Oncogeriatría, para evaluar la importancia de las variables de reserva fisiológica en la determinación de la fragilidad. El diseño, con un grupo de pacientes tratados con quimioterapia, y otro grupo, con pacientes sin tratamiento, favorece que las conclusiones tengan consistencia interna.

Determinados factores hacen que se trate de un estudio muy aplicable a otras poblaciones españolas: la edad media de la población, de 78,34 años; tratamiento con poliquimioterapia en la cuarta parte de los pacientes tratados; predominio de los tumores más habituales en la población anciana general: mama y ginecológicos, urológicos y prostáticos, pulmón y digestivos; y la inclusión de hasta un tercio de pacientes con enfermedad avanzada.

Los datos derivados de la VGI son muy representativos de otras series españolas de ancianos oncológicos, descritas por el momento, como la serie publicada en una región mediterránea (23). Se trata de una población con buena situación funcional, escaso deterioro cognitivo, poca comorbilidad y bajo riesgo de institucionalización, pero con un riesgo importante de desnutrición y un consumo farmacológico importante. En la serie española de Abizanda et al, que incluía pacientes ancianos en general (no sólo ancianos con cáncer), la puntuación media del índice de Barthel fue de 82,1 puntos, la puntuación media del índice de Lawton-Brody fue de 5,1 puntos, y el consumo medio de fármacos, de 5,9 (24).

En cuanto a los valores de reserva funcional, no hay datos descritos en la literatura en cuanto a ancianos con cáncer. Sí que se dispone de datos de población española geriátrica en general. En el estudio FRADEA, de Abizanda et al, la fuerza

► prensora fue de 23,1 Kg como media (8,67 Kg en nuestra muestra), y la velocidad media de la marcha, de 0,79 m/seg (0,98 m/seg en nuestra muestra) **(24)**. Aunque no hay ningún estudio con ancianos oncológicos que recojan datos de este tipo, se observa que los ancianos oncológicos tienen, en valores absolutos, mayor velocidad de la marcha que los ancianos en general (de la cohorte FRADEA), pero menor fuerza de presión manual.

Comparando el grupo A (tratamiento con Qt) y el grupo B (no Qt), de entre todos los parámetros utilizados para evaluar cambios asociados a la quimioterapia, sólo la función renal, medida mediante la fórmula de Cockcroft y Gault, y la impedancia, medida mediante impedanciómetro TANITA-300, se modifican de forma significativa.

De acuerdo con el estudio de Insuficiencia Renal y Fármacos antineoplásicos (Renal Insufficiency and Anticancer Medications, IRMA), entre el 50 y el 60% de los pacientes oncológicos tienen alterada la función renal **(25)**. En el individuo de edad avanzada, se produce un deterioro de la función renal; múltiples citostáticos se eliminan vía renal, por lo que se recomienda la determinación del aclaramiento de creatinina en todo anciano previo a la administración de tratamiento **(26)**. Hay abundante literatura científica que asocia la administración de citostáticos en ancianos, con la aparición de deterioro de la función renal, y algunos de ellos dan recomendaciones para evitar esta complicación **(26-30)**.

Según este estudio, el detrimento de la función renal por la administración de quimioterapia es mayor que el atribuible simplemente a la edad.

Y también se ha observado un aumento en la impedancia como consecuencia de la administración de quimioterapia. La impedanciometría, basándose en las diferentes características conductoras de la masa grasa y de la masa libre de grasa debido a su diferente grado de hidratación **(31,32)**, realiza el cálculo del agua corporal total y, a partir de este parámetro, estima la masa libre de grasa, que restada del peso corporal permite el cálculo del peso y porcentaje de grasa corporal. Depende con ello de diversas estimaciones, con sus consiguientes fuentes de error **(33,34)**.

Los resultados obtenidos con la impedanciometría total permiten también considerar esta técnica como una alternativa válida frente a la utilización del pliegue del tríceps o de la suma de cuatro pliegues cutáneos. La impedanciometría es una técnica no invasiva ni molesta para el paciente, fácil de realizar, con buena fiabilidad **(31,32)** y bajo coste, siendo previsible, como apunta el Consenso SEEDO 2000 **(35)**, que su utilización se incremente.

La impedanciometría o bioimpedancia (BIA) es un método que se basa en la conducción de una corriente eléctrica a través de tejidos biológicos. La BIA de cuerpo total de una sola frecuencia consiste en la aplicación de una pequeña corriente eléctrica alternante al cuerpo de un sujeto y, en la medición de la oposición diferencial (impedancia) de los distintos tejidos del cuerpo al flujo de esa corriente eléctrica. Los tejidos con poca agua y electrolitos, como grasa y hueso, son peores conductores eléctricos y ofrecen mayor resistencia al paso de la corriente. Otros tejidos, como sangre, músculos y vísceras son buenos conductores eléctricos. Por lo tanto, a mayor contenido de tejido adiposo, mayor es la impedancia. Los resultados de este estudio, resaltan la idea de que la quimioterapia induce cambios en la fisiología del anciano, y, en concreto, en este caso, aumenta la impedancia, es decir, empeora la conducción de la corriente eléctrica en el cuerpo del anciano.

Como resumen, por tanto, la quimioterapia empeora la función renal del anciano (detrimento de 4,64 ml/min del aclaramiento de creatinina), y empeora la conducción de la corriente eléctrica (aumento en 42,47 ohmios en la impedancia), probablemente, a expensas de un aumento en el tejido adiposo. Estos dos factores parecen ser los parámetros más sensibles al cambio en ancianos tratados con quimioterapia, estudios posteriores deberán evaluar si dichos cambios son reversibles o no.

Los datos derivados de la presencia de fragilidad en esta muestra, también son similares a los datos de la literatura española (series españolas de ancianos en general, no oncológicos). Mientras que en el estudio de Lérida, la prevalencia de fragilidad medida mediante los criterios de Linda Fried, era del 8,5% **(36)**, en el estudio de Peñagrande, lo era del 10,3% **(37)**; en el de Albacete, del 16,9% **(38)**, alcanzando un 20,4% en el de Leganés **(39)**. Nuestro estudio refleja valores muy similares a estas dos últimas series (prevalencia del 21,3%). Y, teniendo en cuenta los criterios de fragilidad según el cuestionario VES-13, el riesgo de fragilidad en nuestro trabajo es del 24,5%, menor que el de otras series con ancianos oncológicos, aunque se trata de series no españolas; por ejemplo, en la serie de Mohile et al, que incluía sólo ancianos con cáncer de próstata, el riesgo de fragilidad según el cuestionario VES-13 era del 50%; **(40)**; en la serie de Luciani et al, el riesgo de fragilidad era del 53,7% **(41)**. Por otro lado, en la única serie española publicada al respecto con población geriátrica oncológica, la prevalencia de fragilidad medida con el cuestionario VES-13 fue del 29,3%, valor muy parecido al observado en este estudio, e inferior en valor absoluto, al descrito en series extranjeras **(42)**.

Sólo la edad se relacionó de forma significativa al riesgo de fragilidad medido mediante el cuestionario VES-13 (OR 1,247; $p=0,031$); ninguno de los parámetros de reserva fisiológica en los que se objetiva un cambio significativo con la administración de Q_t , se asociaba al riesgo de fragilidad. Aunque este modelo sólo explica entre el 24,2% y el 34,2% de la variabilidad de la puntuación del cuestionario VES-13, permite clasificar correctamente al 76,8% de los individuos con riesgo de fragilidad. Hay otros estudios que han relacionado la edad con el riesgo de fragilidad, pero utilizando los criterios de Linda Fried como definición de fragilidad (37-39). Estos mismos estudios determinan otros factores relacionados con el riesgo de fragilidad, como el sexo femenino (36-39), la comorbilidad (36,37,39), la discapacidad (36,37,39) o la necesidad de ayuda social (38). En futuros estudios, deberían utilizarse los criterios de L. Fried para evaluar fragilidad en el anciano con cáncer (en la actualidad, el cuestionario VES-13 es el más difundido en la Oncogeriatría), por ser los criterios que permiten la definición de fragilidad. En este sentido, el estudio ONCOFRÁGIL, que se está llevando a cabo en la Unidad de Cáncer en el Anciano de la Sección de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, permitirá resolver muchas dudas actuales, así como conocer bien cuál es el papel del cuestionario VES-13, de los criterios de Linda Fried y de otra multitud de índices y de escalas relacionadas con la fragilidad, en esta muestra específica de la población.

Bibliografía

1. Yancik R, Ries LAG. Aging and cancer in America: demographic and epidemiologic perspectives. *Hematol/Oncol Clin North Am* 2000;14:17-23.
2. Franceschi S, La Vecchia C. Cancer epidemiology in the elderly. *Crit Rev Oncol Hematol* 2001;39:219-226.
3. Miller BA, Ries LAG, Hankey BF et al. SEER statistic review, 1973-1990, NIH Report No.93-2789. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1993.
4. Wilson JF. Frailty-and its dangerous effects-might be presentable. *Ann Intern Med* 2004;141:489-492.
5. Walston J, McBurnie MA, Newman A et al. Frailty and activation of the inflammation and coagulation Systems with and without clinical comorbidities: results from the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2333-2342.
6. Santos Eggimann B. *J Gerontol* 2009.doi 10.1093/gerona/glp012.
7. Report of the Council on scientific affairs: American Medical Association. White paper on elderly Herat. *Arch Intern Med* 1990;150:2459-2472.
8. Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med* 1999;130(11):945-948.
9. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8(1): 1-17.
10. Alarcón T, González-Montalvo JI. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 1-45.
11. Bortz II W. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol* 2002;57A:M283-8.
12. Woodhouse KW, O'Mahony MS. Frailty and ageing. *Age Ageing* 1997;26:245-246.
13. Saliba D, Orlando M, Wenger N, Hays R, Rubenstein LZ. Identifying a Short Functional Disability Screen for Older Persons. *J Gerontol* 2000; 55A: M750-756.
14. Saliba, S, Elliott M, Rubenstein LA, Solomon DH, et al. The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community. *Journal of the American Geriatric Society*. 2001;49:1691-9.
15. Chien MY, Huang TY, Wu YT. Prevalence of sarcopenia estimated using a bioelectrical impedance analysis prediction equation in community-dwelling elderly people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(9):1710-5.
16. Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc*. 2002 May;50(5):889-96.
17. Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, Valera M, Kaplan R, Camera LA et al. Gain velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1304-9.
18. Perera S, Studenski S, Chandler JM, Guralnick JM. Magnitude and patterns of decline in health and function in 1 year affect subsequent 5 year survival. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:894-900.
19. Cesari M, Kritchevsky SB, Penninx BW, Nicklas BJ, Simonsick EM, Newman AB et al. Prognostic value of usual gait speed in well-functioning older people-results from the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1675-80.
20. Studenski S, Perera S, Wallace D, Chandler JM, Duncan PW, Rooney E. Physical performance measures in the clinical setting. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:314-22.
21. Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Gu L, Bienias JL, Bennett DA. Pulmonary function, muscle strength and mortality in old age. *Mech Ageing Dev* 2008;129(11):625-31.
22. Swedko P, Clark H, Paramsothy K, Akbari A. Serum creatinine is an inadequate creening test for renal failure in elderly patients. *Arch Intern Med* 2003; 163: 356-360.

23. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Development of a cancer-specific Comprehensive Geriatric Assessment in a University Hospital in Spain. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;77:148-61.
24. Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, García Noguerras I, Esquinas Requena JL. Normal data of functional assessment tools of the elderly in Spain: The FRADEA Study. *Aten Primaria*. 2011 Jun 28.
25. Launay-Vacher V, Oudard S, Janus N et al. Prevalence of renal insufficiency in cancer patients and implications for anticancer drug Management: the renal insufficiency and anticancer medications (IRMA) study. *Cancer* 2007;110:1376-84.
26. Lichtman SM, Wildiers H, Launay-Vacher V, Steer C, Chatelut E, Aapro M. International Society of Geriatric Oncology (SIOG) recommendations for the adjustment of dosing in elderly cancer patients with renal insufficiency. *Eur J Cancer* 2007;43:14-34.
27. Launay-Vacher V, Chatelut E, Lichtman SM, Wildiers H, Steer C, Aapro M; International Society of Geriatric Oncology. Renal insufficiency in elderly cancer patients: International Society of Geriatric Oncology clinical practice recommendations. *Ann Oncol* 2007;18:1314-21.
28. Launay-Vacher V, Spano JP, Janus N, Gligorov J, Ray-Coquard I, Oudard S, Pourrat X, Morere JF, Beuzeboc P, Deray G; Renal Insufficiency and Anticancer Medications (IRMA) Study Group. Renal insufficiency and anticancer drugs in elderly cancer patients: a subgroup analysis of the IRMA study. *Crit Rev Oncol Hematol* 2009;70:124-33.
29. Launay-Vacher V, Etesami R, Janus N, Spano JP, Ray-Coquard I, Oudard S, Gligorov J, Pourrat X, Beuzeboc P, Deray G, Morere JF; Renal Insufficiency Anticancer Medications (IRMA) Study Group. Lung cancer and renal insufficiency: prevalence and anticancer drug issues. *Lung* 2009;187:69-74.
30. Launay-Vacher V, Gligorov J, Le Tourneau C, Janus N, Spano JP, Ray-Coquard I, Oudard S, Pourrat X, Morere JF, Deray G, Beuzeboc P; Renal Insufficiency and Anticancer Medications (IRMA) Study Group. Prevalence of renal insufficiency in breast cancer patients and related pharmacological issues. *Breast Cancer Res Treat* 2010;124:745-53.
31. Martín Moreno V, Antoranz González MJ, Fernández Herranz S, Morales Barrios P, García González A. Factores clínicos y biológicos que influyen en la medición de la grasa corporal mediante bioimpedanciometría con el monitor Omron BF 300. *Endocrinología y Nutrición* 2001; 48: 259-265.
32. Martín Moreno V, Gómez Gandoy JB, Antoranz González MJ, Fernández Herranz S, Gómez de la Cámara A, de Oya Otero M. Validación del monitor de medición de la grasa corporal por impedancia bioeléctrica OMRON BF 300. *Aten Primaria* 2001; 28: 174-181.
33. Bracco D, Thiébaud D, Chiolero RL, Landry M, Burckhardt P, Schutz Y. Segmental body composition assessed by bioelectrical impedance analysis and DEXA in humans. *J Appl Physiol* 1996; 81: 2580-2587.
34. Biggs J, Cha K, Horch K. Electrical resistivity of the upper arm and leg yields good estimates of whole body fat. *Physiol Meas* 2001; 22: 1-12.
35. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597.
36. Jürschik Gimenez P, Escobar Bravo MA, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio Piloto. *Aten Primaria* 2011;43:190-6.
37. Castell Alcalá MV, Otero Pulme A, Sánchez Santos T, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria* 2010;42:520-7.
38. Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, López Mimenez M, Sánchez Jurado PM, Atienzar Núñez P et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (FRADEA) razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011;46:81-8.
39. Fernández-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2370-1.
40. Mohile SG, Bylow K, Dale W, Dignam J, Martin K, Petrylak DP, Stadler WM, Rodin M. A pilot study of the vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. *Cancer*. 2007 Feb 15;109(4):802-10.
41. Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C, Marussi D, Codecà C, Di Maria G, Caldiera SE, Floriani I, Zonato S, Ferrari D, Foa P. Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol* 2010;28:2046-50.
42. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Comparison of two frailty screening tools in older women with early breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;79:51-64.

Memoria de la producción científica derivada de esta beca

1. Premios conseguidos y otras menciones:

- Premio al *mejor póster de las XVI Jornadas de Actualización en Psicogeriatría*. Barcelona, 12-13 mayo 2011. María José Molina Garrido, Carmen Guillén Ponce, María Muñoz Sánchez, Carolina Ortega Ruipérez, Amaya Olaverri Hernández, Jose Antonio Santiago Crespo. **¿Se asocia el deterioro cognitivo a un mayor riesgo de fragilidad en ancianos oncológicos?**
- *Primer premio en la categoría de proyectos de investigación* en el ámbito sociosanitario, por el proyecto: “La pérdida de reserva orgánica como detector de fragilidad en ancianos con cáncer tratados con quimioterapia”. Cuenca, 17 de diciembre de 2009. **VI Edición de los Premios de Investigación del Centro de Estudios Sociosanitarios de Cuenca, avalado por la Universidad de Castilla la Mancha.**

2. Comunicaciones orales a congresos:

- **MJ Molina-Garrido**, C Guillén-Ponce, MM Muñoz Sánchez, JA Santiago Crespo, A Olaverri Hernández, C Ortega Ruipérez. Reversibility of cognitive impairment in elderly patients treated with chemotherapy. 11th SIOG Meeting. **Society International Oncology Geriatric (SIOG)**. París, 4-5 noviembre 2011.
- **MJ Molina-Garrido**, C Guillén-Ponce, MM Muñoz-Sánchez, JA Santiago Crespo, C Ortega Ruipérez, A Olaverri Hernández. “Changes in the functional reserve of elderly individuals treated with chemotherapy” for the VII IAGG European Congress “HEALTHY AND ACTIVE AGEING FOR ALL EUROPEANS – II”. Bologna (Italy) from 14th to 17th April, 2011.

3. Comunicaciones escritas-tipo póster:

- **María José Molina-Garrido**, Carmen Guillén-Ponce, Coral Gallego Torres, Juana Vega, Concepción Bermejo, M^a Sol Sevilla, Ramón Verdú, Teresa García. Diseño del primer modelo predictor de fragilidad en ancianos diagnosticados de cáncer. **Congreso Nacional SEOM**. Málaga, octubre 2011.
- **María-José Molina-Garrido**, Carmen Guillén-Ponce, María del Mar Muñoz Sánchez, Jose Antonio Santiago Crespo, Amaya Olaverri Hernández, Carolina Ortega Ruipérez, Ana Mochales Fernández, Coral Gallego Torres. Validación del cuestionario de Barber como herramienta de cribado de fragilidad en población anciana oncológica española. **Congreso Nacional SEOM**. Málaga, octubre 2011.
- **María José Molina-Garrido**, Carmen Guillén-Ponce, Jose Antonio Santiago Crespo, María del Mar Muñoz Sánchez, Amaya Olaverri Hernández, Carolina Ortega Ruipérez, María Ortiz Monreal, Laura Haro Martínez, Ana Mochales Fernández. Cambios en la Valoración Geriátrica Integral del anciano secundarios al tratamiento con quimioterapia. **Congreso Nacional SEOM**. Málaga, octubre 2011.
- **María José Molina-Garrido**, Carmen Guillén-Ponce, Milagros Recuenco Belmar, Encarnación Granados García, Ascensión Pardo Mohorte, Rosa Herráiz Mora, María del Mar Muñoz Sánchez, Jose Antonio Santiago Crespo, Carolina Ortega Ruipérez, Amaya Olaverri Hernández. ¿Se relaciona la reserva fisiológica del anciano con cáncer, con el riesgo de fragilidad?. Nuevo índice de fragilidad. **Congreso Nacional SEOM**. Málaga, octubre 2011.
- **María José Molina-Garrido**, Carmen Guillén-Ponce, Encarnación Granados García, Milagros Recuenco Belmar, Rosa Herráiz Mora, Ascensión Pardo Mohorte, Amaya Olaverri Hernández, Carolina Ortega Ruipérez, María del Mar Muñoz Sánchez, Jose Antonio Santiago Crespo. ¿Cómo predecir la fragilidad en ancianos que van a ser tratados con quimioterapia? **Congreso Nacional SEOM**. Málaga, octubre 2011.
- **MJ Molina-Garrido**, C Guillén-Ponce. “Ability of the Comprehensive Geriatric Assessment to predict frailty in elderly patients diagnosed with cancer in a General hospital”. **ESMO 2011**. Estocolmo. Ann Oncol 2011.



Sociedad Española de Medicina Oral

Producto aceptado por la SEMO

XEROSTOM[®]

con **Saliactive[®]**

PUEDA HACER ALGO MÁS POR SU PACIENTE

XEROSTOM con saliactive, es una línea de productos específica para el tratamiento de la boca seca o Xerostomía, que ha demostrado científicamente su elevada eficacia en pacientes sometidos a tratamiento oncológico paliando la sintomatología bucal producida por dichos tratamientos.

Previo al tratamiento oncológico o inmunodepresor

- Previene la aparición de mucositis oral, llagas o aftas de la cavidad oral.
- Previene la aparición de infecciones.
- Previene la aparición de dolor en la cavidad oral.

Durante el tratamiento oncológico o inmunodepresor

- Alivia el dolor inducido por mucositis oral, estomatitis, llagas o aftas.
- Favorece el cumplimiento del tratamiento oncológico en mucositis oral graves.
- Facilita la ingesta de líquidos en mucositis de grados 3-4.
- Mejora la disgeusia.
- Mejora la calidad de vida del paciente con mucositis.

Después del tratamiento oncológico o inmunodepresor

- Mejora la calidad de vida del paciente con xerostomía o boca seca.
- Único que aumenta un 200% el flujo salival no estimulado¹.
- Alivia el dolor inducido por xerostomía y mucositis persistentes.
- Mejora la sequedad de boca, lengua y garganta.
- Mitiga la sed por falta de saliva.



- Máxima eficacia de manera selectiva y segura. Único que aumenta un 200% el flujo salival no estimulado tras una semana de uso combinado del dentífrico, colutorio, sustituto salival y spray.¹
- Estos buenos resultados se deben a la combinación sinérgica de diferentes propiedades beneficiosas: **Antiinflamatoria, Bacteriostática, Cicatrizante, Antiirritante, Lubrificante, Calmante, Hidrante, Lenitiva.**
- Apto en niños, diabéticos y fenilketonúricos.
- Sin ácidos, sin alcohol, sin azúcares y sin sustancias irritantes.
- Protección las 24 horas por ser la línea más completa, 7 formas farmacéuticas de uso tópico bien diferenciadas, siendo 5 de uso exclusivo hospitalario.
- Xerostom es el único producto aprobado y aceptado por la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO).
- Resultados clínicamente probados (1).
- Indicado en: *Afta o estomatitis aftosa, Mucositis oral, Xerostomía, Mucositis y Xerostomía, Postcirugía oral o tratamientos dentales.*



Producto de venta en farmacias

biocosmetics laboratories · www.xerostom.com · info@biocosmetics.es

Para recibir información y muestras gratuitas de la línea Xerostom envíenos este cupón cumplimentado:

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Especialidad: _____ Teléfono de contacto: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 E-mail: _____ Centro de trabajo: _____

Enviar a: Departamento de atención al cliente biocosmetics laboratories, C/Araquil, 11 28023 - Madrid - Tlf: 913 571 583

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le comunicamos que sus datos personales serán incluidos en ficheros cuyo responsable es Laboratorio Biocosmetics, S.L para el envío de comunicaciones comerciales. Igualmente se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante comunicación escrita dirigida a la dirección de correo postal (C/ Araquil, 11 28023 Madrid) o correo electrónico a info@biocosmetics.es

SEOM ref: 1204

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. JURNISTA, 4 mg comprimidos de liberación prolongada. JURNISTA, 8 mg comprimidos de liberación prolongada. JURNISTA, 16 mg comprimidos de liberación prolongada. JURNISTA, 32 mg comprimidos de liberación prolongada. JURNISTA, 64 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido de JURNISTA 4 mg contiene 4,36 mg y libera 4 mg de hidrocóloro de hidromorfona, equivalente a 3,56 mg de hidromorfona. Cada comprimido de JURNISTA 8 mg contiene 8,72 mg y libera 8 mg de hidrocóloro de hidromorfona, equivalente a 7,12 mg de hidromorfona. Cada comprimido de JURNISTA 16 mg contiene 16,35 mg y libera 16 mg de hidrocóloro de hidromorfona, equivalente a 14,24 mg de hidromorfona. Cada comprimido de JURNISTA 32 mg contiene y libera 32,00 mg de hidrocóloro de hidromorfona, equivalente a 28,48 mg de hidromorfona. Cada comprimido de JURNISTA 64 mg contiene y libera 64,00 mg de hidrocóloro de hidromorfona, equivalente a 56,96 mg de hidromorfona. Excipientes: Cada comprimido contiene la siguiente cantidad de lactosa: Comprimido de 4 mg: 0,01 mg; Comprimido de 8 mg: 4,37 mg; Comprimido de 16 mg: 6,81 mg; Comprimido de 32 mg: 10,02 mg; Comprimido de 64 mg: 8,03 mg. Para la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido de liberación prolongada. JURNISTA, 4 mg comprimidos de liberación prolongada: beige pálido, redondos, biconvexos, con "HM 4" impreso con tinta negra en un lado. JURNISTA, 8 mg comprimidos de liberación prolongada: rojos, redondos, biconvexos, con "HM 8" impreso con tinta negra en un lado. JURNISTA, 16 mg comprimidos de liberación prolongada: amarillos, redondos, biconvexos, con "HM 16" impreso con tinta negra en un lado. JURNISTA, 32 mg comprimidos de liberación prolongada: blancos, redondos, biconvexos, con "HM 32" impreso con tinta negra en un lado. JURNISTA, 64 mg comprimidos de liberación prolongada: azules, redondos, biconvexos, con "HM 64" impreso con tinta negra en un lado. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** JURNISTA está indicado en el tratamiento de dolor intenso. **4.2 Posología y forma de administración.** La administración segura y eficaz de JURNISTA en pacientes con dolor, al igual que ocurre con otros analgésicos opioides, requiere una evaluación global del paciente. Así mismo, la selección de la dosis dependerá de la naturaleza del dolor, así como de la situación clínica concurrente del paciente. Debido a la variabilidad interindividual en la respuesta a opioides, se recomienda que todos los pacientes comiencen con dosis bajas y adecuada al nivel de analgesia requerido, manteniendo un balance aceptable con el perfil de reacciones adversas. Como con otros opioides mayores, al inicio del tratamiento se deben considerar medidas profilácticas para prevenir reacciones adversas conocidas (por ejemplo estreñimiento). Se deben dar instrucciones a los pacientes para que traguen el comprimido de JURNISTA entero con un vaso de agua, aproximadamente a la misma hora cada día, y nunca masticarlo, dividirlo o machucarlo. Pacientes que actualmente no están en tratamiento de forma rutinaria con opioides: La dosis inicial en la mayoría de los pacientes debería ser 8 mg cada 24 horas y no debería exceder 8 mg cada 24 horas. Algunos pacientes pueden beneficiarse de una dosis inicial de titulación de 4 mg cada 24 horas para mejorar la tolerabilidad. Si se requiere, la dosis de titulación puede aumentarse o disminuirse en 4 ó 8 mg cada 24 horas, dependiendo de la respuesta y de los requerimientos analgésicos suplementarios. Debido a que el ajuste de dosis hasta alcanzar la analgesia adecuada es más lento con preparaciones de opioides de liberación controlada, puede ser aconsejable iniciar el tratamiento con preparaciones convencionales de liberación inmediata (por ejemplo, hidromorfona de liberación inmediata o morfina de liberación inmediata) y después convertirlas a la dosis diaria total apropiada de JURNISTA. Usar la tabla adjunta para realizar la conversión. Pacientes que están actualmente en tratamiento con opioides de forma regular: En pacientes que actualmente toman analgésicos opioides, la dosis inicial de JURNISTA se debe basar en la dosis diaria del opioide anterior, usando los factores equianalgésicos estándares. Para otros opioides diferentes a la morfina, primero se debería calcular la dosis diaria total equivalente de morfina, y posteriormente utilizar la tabla siguiente para determinar la dosis diaria total equivalente de JURNISTA. Probablemente ningún factor fijo de conversión es satisfactorio en todos los pacientes, debido a las diferencias interindividuales y de formulaciones. Por lo tanto, se debe hacer la conversión a la dosis de inicio recomendada de JURNISTA, y seguirse de una estrecha supervisión del paciente. Las posologías se deberían redondear a la baja en intervalos de 4 mg, ajustándolas a la dosis disponible más adecuada (JURNISTA, comprimidos de 4, 8, 16, 32 y 64 mg), y de acuerdo a lo recomendado clínicamente. Cuando se inicie el tratamiento con JURNISTA, se debe interrumpir la administración de todos los analgésicos opioides cuya acción dure veinticuatro horas. JURNISTA se puede usar de forma segura, con dosis habituales de analgésicos no opioides y analgésicos complementarios. **Analgesia Adicional:** Además del tratamiento con JURNISTA una vez al día, los pacientes con dolor crónico pueden tener a su disposición fármacos contra el dolor imputo en preparaciones de liberación inmediata (por ejemplo hidromorfona de liberación inmediata o morfina de liberación inmediata). Se debe usar la tabla de conversión para la conversión de las dosis. Las dosis individuales complementarias de hidromorfona de liberación inmediata o morfina de liberación inmediata, generalmente no deben exceder el 10%-25% de la dosis de JURNISTA de 24 horas (ver tabla siguiente). Individualización de la dosis y tratamiento de mantenimiento: Una vez iniciado el tratamiento con JURNISTA, pueden ser necesarios ajustes de dosis para obtener el mejor equilibrio para el paciente entre el alivio del dolor y los efectos secundarios debido a los opioides. Puede ser necesario un aumento gradual de la dosis, si la intensidad del dolor aumenta o la analgesia es inadecuada. Para permitir que los efectos producidos por el cambio de dosis se establezcan, no se debe aumentar la dosis en intervalos inferiores a 2 días. Como norma, en cada ajuste de dosis, se deben considerar incrementos del 25 %-100 % de la dosis diaria de JURNISTA administrada hasta ese momento. Una vez que los pacientes estén estabilizados con el tratamiento de JURNISTA, puede mantenerse la dosis el tiempo que sea necesario. Los ajustes de dosis y la necesidad de continuar en tratamiento con opioides de veinticuatro horas de duración, deben reevaluarse periódicamente. **Uso en Niños y Adolescentes:** No se recomienda el uso de JURNISTA en niños y adolescentes menores de 18 años, debido a que no se dispone de datos suficientes de seguridad y eficacia. **Uso en Ancianos:** El ajuste posológico en los ancianos es a menudo complejo. Por lo tanto, el tratamiento con hidromorfona se debe iniciar con precaución y se debe reducir la dosis inicial. **Insuficiencia Renal y Hepática:** Después de la administración de una dosis única de hidromorfona comprimidos de liberación inmediata, se observaron los siguientes resultados en estudios clínicos: En pacientes con insuficiencia hepática moderada (puntuaciones 7-9 en la escala de Child-Pugh) la exposición (AUC en plasma) y las concentraciones plasmáticas máximas de hidromorfona fueron aproximadamente 4 veces más altas comparadas con las del grupo control y la vida media de eliminación se mantuvo inalterada. En pacientes con insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina de 40-60 ml/minuto), la exposición (AUC en plasma) a hidromorfona, fue aproximadamente 2 veces más altas que la de aquellos pacientes con función renal normal y la vida media de eliminación se mantuvo inalterada. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), la exposición (AUC en plasma) a hidromorfona fue aproximadamente 4 veces mayor que la de aquellos pacientes con función renal normal y la vida media de eliminación fue 3 veces más larga. Por tanto, los pacientes con insuficiencia hepática o renal moderada, deben empezar con dosis reducidas y deben ser supervisados estrechamente durante los ajustes de dosis. En pacientes con insuficiencia renal grave, se debe considerar también un aumento del intervalo entre dosis y en estos pacientes, la supervisión debe mantenerse durante el tratamiento de mantenimiento. **Suspensión del Tratamiento:** En aquellos pacientes con dependencia física a opioides que reciben administración diaria de hidromorfona, la interrupción brusca del tratamiento con JURNISTA causará síndrome de abstinencia ("retrada"). Si la interrupción del tratamiento con JURNISTA está indicada, se debe reducir la dosis de JURNISTA al 50 % cada 2 días, hasta que se alcance la dosis más baja posible. En ese momento podrá interrumpirse el tratamiento de forma segura. Si aparecen signos de abstinencia, se debe interrumpir la disminución progresiva de la dosis para aumentarla ligeramente hasta que los signos y los síntomas de abstinencia a opioides desaparezcan. Entonces, deberá reanudarse la disminución progresiva de hidromorfona, utilizando períodos de tiempo más largos entre cada reducción de dosis, o convirtiendo a una dosis equianalgésica de otro opioide, para seguir disminuyéndola progresivamente. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a hidromorfona o a alguno de los excipientes. Pacientes que han tenido intervenciones quirúrgicas y/o enfermedades subyacentes que pudieran dar lugar a estenosis del tracto gastrointestinal, o que

tengan "asas ciegas" del tracto gastrointestinal u obstrucción gastrointestinal. Tratamiento del dolor agudo o postoperatorio. Pacientes con disminución grave de la función hepática. Pacientes con insuficiencia respiratoria. Pacientes con dolor abdominal agudo de origen desconocido. Pacientes con crisis asmáticas. Tratamientos concomitantes con inhibidores de monoaminoxidasa (IMAOs) o en los primeros 14 días tras la interrupción del tratamiento (ver sección 4.5). Tratamientos concomitantes con buprenorfina, nalbupina o pentazocina (ver sección 4.5). Pacientes en estado de coma. Niños. Durante el parto y alumbramiento. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Los analgésicos opioides, incluyendo la hidromorfona, pueden provocar hipotensión grave en aquellos individuos cuya capacidad para mantener la tensión arterial se ve afectada por la disminución de volumen sanguíneo o por la administración de ciertos medicamentos concomitantes, tales como fenotiazinas o anestésicos generales. JURNISTA no debe utilizarse, en situaciones con riesgo de íleo paralítico. Ante la sospecha de íleo paralítico, debe interrumpirse el tratamiento con JURNISTA. En el caso de cordotomía plantificada u otras intervenciones quirúrgicas antiálgicas, los pacientes no deben ser tratados con JURNISTA en las primeras 24 horas tras la cirugía. A partir de entonces, si fuera necesario, se debe utilizar una nueva dosis, de acuerdo con el nivel de analgesia requerido. **Insuficiencia respiratoria:** El riesgo más importante de las preparaciones a base de opioides es la depresión respiratoria, presentándose con más frecuencia en situaciones de sobredosis, en ancianos, en pacientes debilitados y en aquellos que padecen enfermedades que están acompañadas por hipoxia o hipercapnia. En estos casos incluso dosis moderadas pueden producir insuficiencia respiratoria grave. JURNISTA, al igual que todos los opioides, debe utilizarse con extrema precaución en pacientes que tienen una considerable disminución de la reserva respiratoria, una depresión respiratoria preexistente y en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El dolor intenso antagoniza los efectos de la depresión respiratoria de los opioides. Sin embargo, el dolor puede desaparecer repentinamente y la depresión respiratoria puede volver a manifestarse rápidamente. Los pacientes que están programados para una cirugía con anestesia regional o bloqueos de las vías de transmisión de dolor, no deben recibir JURNISTA durante las 24 horas previas a la intervención. La administración concomitante de hidromorfona con otros analgésicos opioides se asocia con un aumento de riesgo de insuficiencia respiratoria. Por lo tanto, cuando hidromorfona se administra concomitantemente con otros analgésicos es importante reducir la dosis de hidromorfona. **Traumatismo craneal e hipertensión intracraneal:** Los efectos depresores respiratorios de los opioides, junto a la retención de dióxido de carbono y la elevación secundaria de la presión del líquido cefalorraquídeo, pueden aumentar notablemente en presencia de hipertensión intracraneal o traumatismo craneal. En pacientes con traumatismo craneal, los opioides pueden enmascarar los signos neurológicos de aumentos adicionales de la presión intracraneal. JURNISTA sólo debe ser administrado, en estas circunstancias, con extrema precaución y cuando se considere indispensable. **Tracto gastrointestinal y músculo liso:** La hidromorfona, al igual que otros opioides, produce una reducción de la motilidad gastrointestinal asociada con un aumento de tono del músculo liso. Uno de los efectos secundarios más frecuentemente notificados durante el tratamiento con opioides es el estreñimiento. Se deben recomendar medidas para prevenir el estreñimiento y se debe considerar el empleo de un laxante de forma profiláctica. La hidromorfona debe utilizarse con especial precaución en pacientes con estreñimiento crónico. Enfermedades clínicas o medicamentos que provocan una reducción repentina y significativa del tiempo de tránsito gastrointestinal, pueden producir una disminución de la absorción de hidromorfona liberada por JURNISTA comprimidos de liberación prolongada y pueden conducir potencialmente a síndromes de abstinencia en pacientes con dependencia física a opioides. La administración de opioides puede enmascarar el diagnóstico o el curso clínico de enfermedades abdominales agudas. Es importante, por lo tanto, asegurarse antes del inicio del tratamiento, que el paciente no sufre oclusión intestinal, sobre todo de tipo íleo. La hidromorfona también puede causar un aumento de la presión de las vías biliares como consecuencia de espasmos en el esfínter de Oddi. Por tanto, en pacientes con inflamación o trastornos obstructivos del intestino, pancreatitis aguda secundaria a trastornos de las vías biliares y en pacientes que van a someterse a cirugía biliar, hay que tomar precauciones en la administración de JURNISTA. El comprimido de JURNISTA es indeformable y su forma no se modifica durante su paso por el tracto gastrointestinal. En pacientes con estenosis conocidas, se han comunicado episodios muy raros de síntomas obstructivos asociados con la toma de fármacos con formulaciones de liberación controlada no deformables (ver sección 4.3). Se debe advertir a los pacientes que no deben alarmarse si les parece ver el comprimido de JURNISTA en sus deposiciones, ya que simplemente se trata de la cubierta exterior no soluble. **Pacientes con riesgo especial:** JURNISTA, al igual que todos los analgésicos opioides, se debe administrar con precaución y a dosis bajas en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia hepática de leve a moderada, insuficiencia adrenocortical, mixedema, hipotirodismo, hipertrofia prostática o estenosis uretral. También deben tomarse precauciones adicionales en la administración de JURNISTA, en pacientes con depresión del sistema nervioso central, cifosiscoliosis, psicosis tóxica, alcoholismo agudo, delirium tremens o trastornos convulsivos. **Empleo en el Anciano:** Los ancianos son más propensos a sufrir efectos secundarios del sistema nervioso central (confusión) y alteraciones gastrointestinales, y suelen presentar una disminución fisiológica de la función renal. Por lo tanto, deben tomarse precauciones adicionales y debe reducirse la dosis inicial. El empleo de otros medicamentos concomitantes, sobre todo de antidepresivos tricíclicos, aumenta el riesgo de confusión y estreñimiento. En el anciano son frecuentes las enfermedades prostáticas y de vías urinarias. Esto contribuye a un aumento de riesgo de retención urinaria. Todas estas consideraciones deben tenerse en cuenta para aumentar las precauciones, más que para restringir el uso de opioides en ancianos. Incluso si la dosis es alta, un aumento de la dosis no refleja un desarrollo de tolerancia. **Dependencia al medicamento:** JURNISTA se debe utilizar con precaución en pacientes alcohólicos y con otros drogodependencias debido a que en estas poblaciones de pacientes, se observa con mayor frecuencia un aumento de la tolerancia a los opioides y una mayor incidencia de dependencia psicológica. En caso de abuso por vía parenteral, los excipientes de los comprimidos podrían causar complicaciones mortales. Con el uso continuado de opioides, incluyendo JURNISTA, cabe esperar el desarrollo de tolerancia y dependencia física. El abuso deliberado de JURNISTA, como pasa con otros opioides, puede aparecer, y se caracteriza por cambios en el comportamiento, que no se presentan en pacientes cuyo dolor es tratado de manera apropiada con JURNISTA. Se cree que el desarrollo de dependencia psicológica o adicción, sólo ocurre en individuos que pueden estar predispuestos de algún modo; y no cabe esperar esta respuesta con la administración adecuada de opioides para el manejo del dolor. Sin embargo, incluso si un paciente ha utilizado mal los opioides en el pasado, la hidromorfona u otros opioides pueden estar indicados en el tratamiento de dolor intenso. La necesidad de aumentar la dosis podría deberse a la patología subyacente y debe ser reevaluada. En la mayoría de los casos esta demanda refleja una necesidad real para el alivio de dolor y no se debe confundir con un empleo inadecuado del fármaco. El empleo de hidromorfona por deportistas de competición implicará su descalificación. La hidromorfona puede dar resultado positivo durante las comprobaciones antidopaje. Contiene lactosa. Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a galactosa, deficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa, no deberían tomar este medicamento. El uso concomitante de JURNISTA y alcohol puede aumentar las reacciones adversas de JURNISTA, se debe evitar el uso concomitante. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** La administración concomitante de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) y opioides puede producir excitación o depresión del Sistema Nervioso Central (SNC), hipotensión o hipertensión. JURNISTA está contraindicado en pacientes que toman IMAOs (ver sección 4.3). El empleo concomitante de hidromorfona con agonistas/antagonistas de la morfina (buprenorfina, nalbupina, pentazocina) podría conducir a una reducción del efecto analgésico por el bloqueo competitivo de los receptores, así como a un riesgo de síndrome de abstinencia, por lo tanto, esta combinación está contraindicada (ver sección 4.3). El empleo concomitante

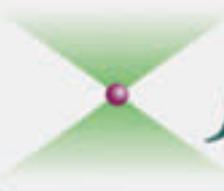
Opioides Anterior	Opioides Anterior (Dosis Diaria)	Opioides Anterior (Factor de Conversión)
Morfina	60	0,6
Hidromorfona	1	4

Dosis Diaria de JURNISTA (mg)	Comprimidos de Hidromorfona de Liberación Inmediata (mg por dosis)	Morfina de Liberación Inmediata (mg)
4	-	1
8	2	10
16	2	10-15
32	4	20-30
64	8	40-60

de los opioides, para seguir disminuyéndola progresivamente. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a hidromorfona o a alguno de los excipientes. Pacientes que han tenido intervenciones quirúrgicas y/o enfermedades subyacentes que pudieran dar lugar a estenosis del tracto gastrointestinal, o que tengan "asas ciegas" del tracto gastrointestinal u obstrucción gastrointestinal. Tratamiento del dolor agudo o postoperatorio. Pacientes con disminución grave de la función hepática. Pacientes con insuficiencia respiratoria. Pacientes con dolor abdominal agudo de origen desconocido. Pacientes con crisis asmáticas. Tratamientos concomitantes con inhibidores de monoaminoxidasa (IMAOs) o en los primeros 14 días tras la interrupción del tratamiento (ver sección 4.5). Tratamientos concomitantes con buprenorfina, nalbupina o pentazocina (ver sección 4.5). Pacientes en estado de coma. Niños. Durante el parto y alumbramiento. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Los analgésicos opioides, incluyendo la hidromorfona, pueden provocar hipotensión grave en aquellos individuos cuya capacidad para mantener la tensión arterial se ve afectada por la disminución de volumen sanguíneo o por la administración de ciertos medicamentos concomitantes, tales como fenotiazinas o anestésicos generales. JURNISTA no debe utilizarse, en situaciones con riesgo de íleo paralítico. Ante la sospecha de íleo paralítico, debe interrumpirse el tratamiento con JURNISTA. En el caso de cordotomía plantificada u otras intervenciones quirúrgicas antiálgicas, los pacientes no deben ser tratados con JURNISTA en las primeras 24 horas tras la cirugía. A partir de entonces, si fuera necesario, se debe utilizar una nueva dosis, de acuerdo con el nivel de analgesia requerido. **Insuficiencia respiratoria:** El riesgo más importante de las preparaciones a base de opioides es la depresión respiratoria, presentándose con más frecuencia en situaciones de sobredosis, en ancianos, en pacientes debilitados y en aquellos que padecen enfermedades que están acompañadas por hipoxia o hipercapnia. En estos casos incluso dosis moderadas pueden producir insuficiencia respiratoria grave. JURNISTA, al igual que todos los opioides, debe utilizarse con extrema precaución en pacientes que tienen una considerable disminución de la reserva respiratoria, una depresión respiratoria preexistente y en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El dolor intenso antagoniza los efectos de la depresión respiratoria de los opioides. Sin embargo, el dolor puede desaparecer repentinamente y la depresión respiratoria puede volver a manifestarse rápidamente. Los pacientes que están programados para una cirugía con anestesia regional o bloqueos de las vías de transmisión de dolor, no deben recibir JURNISTA durante las 24 horas previas a la intervención. La administración concomitante de hidromorfona con otros analgésicos opioides se asocia con un aumento de riesgo de insuficiencia respiratoria. Por lo tanto, cuando hidromorfona se administra concomitantemente con otros analgésicos es importante reducir la dosis de hidromorfona. **Traumatismo craneal e hipertensión intracraneal:** Los efectos depresores respiratorios de los opioides, junto a la retención de dióxido de carbono y la elevación secundaria de la presión del líquido cefalorraquídeo, pueden aumentar notablemente en presencia de hipertensión intracraneal o traumatismo craneal. En pacientes con traumatismo craneal, los opioides pueden enmascarar los signos neurológicos de aumentos adicionales de la presión intracraneal. JURNISTA sólo debe ser administrado, en estas circunstancias, con extrema precaución y cuando se considere indispensable. **Tracto gastrointestinal y músculo liso:** La hidromorfona, al igual que otros opioides, produce una reducción de la motilidad gastrointestinal asociada con un aumento de tono del músculo liso. Uno de los efectos secundarios más frecuentemente notificados durante el tratamiento con opioides es el estreñimiento. Se deben recomendar medidas para prevenir el estreñimiento y se debe considerar el empleo de un laxante de forma profiláctica. La hidromorfona debe utilizarse con especial precaución en pacientes con estreñimiento crónico. Enfermedades clínicas o medicamentos que provocan una reducción repentina y significativa del tiempo de tránsito gastrointestinal, pueden producir una disminución de la absorción de hidromorfona liberada por JURNISTA comprimidos de liberación prolongada y pueden conducir potencialmente a síndromes de abstinencia en pacientes con dependencia física a opioides. La administración de opioides puede enmascarar el diagnóstico o el curso clínico de enfermedades abdominales agudas. Es importante, por lo tanto, asegurarse antes del inicio del tratamiento, que el paciente no sufre oclusión intestinal, sobre todo de tipo íleo. La hidromorfona también puede causar un aumento de la presión de las vías biliares como consecuencia de espasmos en el esfínter de Oddi. Por tanto, en pacientes con inflamación o trastornos obstructivos del intestino, pancreatitis aguda secundaria a trastornos de las vías biliares y en pacientes que van a someterse a cirugía biliar, hay que tomar precauciones en la administración de JURNISTA. El comprimido de JURNISTA es indeformable y su forma no se modifica durante su paso por el tracto gastrointestinal. En pacientes con estenosis conocidas, se han comunicado episodios muy raros de síntomas obstructivos asociados con la toma de fármacos con formulaciones de liberación controlada no deformables (ver sección 4.3). Se debe advertir a los pacientes que no deben alarmarse si les parece ver el comprimido de JURNISTA en sus deposiciones, ya que simplemente se trata de la cubierta exterior no soluble. **Pacientes con riesgo especial:** JURNISTA, al igual que todos los analgésicos opioides, se debe administrar con precaución y a dosis bajas en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia hepática de leve a moderada, insuficiencia adrenocortical, mixedema, hipotirodismo, hipertrofia prostática o estenosis uretral. También deben tomarse precauciones adicionales en la administración de JURNISTA, en pacientes con depresión del sistema nervioso central, cifosiscoliosis, psicosis tóxica, alcoholismo agudo, delirium tremens o trastornos convulsivos. **Empleo en el Anciano:** Los ancianos son más propensos a sufrir efectos secundarios del sistema nervioso central (confusión) y alteraciones gastrointestinales, y suelen presentar una disminución fisiológica de la función renal. Por lo tanto, deben tomarse precauciones adicionales y debe reducirse la dosis inicial. El empleo de otros medicamentos concomitantes, sobre todo de antidepresivos tricíclicos, aumenta el riesgo de confusión y estreñimiento. En el anciano son frecuentes las enfermedades prostáticas y de vías urinarias. Esto contribuye a un aumento de riesgo de retención urinaria. Todas estas consideraciones deben tenerse en cuenta para aumentar las precauciones, más que para restringir el uso de opioides en ancianos. Incluso si la dosis es alta, un aumento de la dosis no refleja un desarrollo de tolerancia. **Dependencia al medicamento:** JURNISTA se debe utilizar con precaución en pacientes alcohólicos y con otros drogodependencias debido a que en estas poblaciones de pacientes, se observa con mayor frecuencia un aumento de la tolerancia a los opioides y una mayor incidencia de dependencia psicológica. En caso de abuso por vía parenteral, los excipientes de los comprimidos podrían causar complicaciones mortales. Con el uso continuado de opioides, incluyendo JURNISTA, cabe esperar el desarrollo de tolerancia y dependencia física. El abuso deliberado de JURNISTA, como pasa con otros opioides, puede aparecer, y se caracteriza por cambios en el comportamiento, que no se presentan en pacientes cuyo dolor es tratado de manera apropiada con JURNISTA. Se cree que el desarrollo de dependencia psicológica o adicción, sólo ocurre en individuos que pueden estar predispuestos de algún modo; y no cabe esperar esta respuesta con la administración adecuada de opioides para el manejo del dolor. Sin embargo, incluso si un paciente ha utilizado mal los opioides en el pasado, la hidromorfona u otros opioides pueden estar indicados en el tratamiento de dolor intenso. La necesidad de aumentar la dosis podría deberse a la patología subyacente y debe ser reevaluada. En la mayoría de los casos esta demanda refleja una necesidad real para el alivio de dolor y no se debe confundir con un empleo inadecuado del fármaco. El empleo de hidromorfona por deportistas de competición implicará su descalificación. La hidromorfona puede dar resultado positivo durante las comprobaciones antidopaje. Contiene lactosa. Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a galactosa, deficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa, no deberían tomar este medicamento. El uso concomitante de JURNISTA y alcohol puede aumentar las reacciones adversas de JURNISTA, se debe evitar el uso concomitante. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** La administración concomitante de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) y opioides puede producir excitación o depresión del Sistema Nervioso Central (SNC), hipotensión o hipertensión. JURNISTA está contraindicado en pacientes que toman IMAOs (ver sección 4.3). El empleo concomitante de hidromorfona con agonistas/antagonistas de la morfina (buprenorfina, nalbupina, pentazocina) podría conducir a una reducción del efecto analgésico por el bloqueo competitivo de los receptores, así como a un riesgo de síndrome de abstinencia, por lo tanto, esta combinación está contraindicada (ver sección 4.3). El empleo concomitante



LA RUTA DIRECTA HACIA LA EFICACIA EN ANALGESIA



Jurnista
(hidromorfona HCL Liberación Prolongada)



Go from Strength to Strength. Partner with MSD Oncology



MSD Oncology

Combining our strengths. Sharing our
success. Inspiring by innovation



MSD ONCOLOGÍA

Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 38 - 28027 Madrid. www.msd.es
Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, EE.UU. Todos los derechos reservados.
04-2012-ONC-2011-E-6706-J (04-2012-ONC-2010-EMEAC-12030-J) (Creado: Enero 2011)

univadis
un servicio de 