

SEOM

Sociedad Española de Oncología Médica

N.º 148



ESMO
2023

REGISTRATION
MAIN ENTRANCE



CON ACENTO ESPAÑOL

Madrid recibe a 33.000 oncólogos de todo el mundo en un ESMO'23 con claro protagonismo español en estudios que van a cambiar la práctica clínica

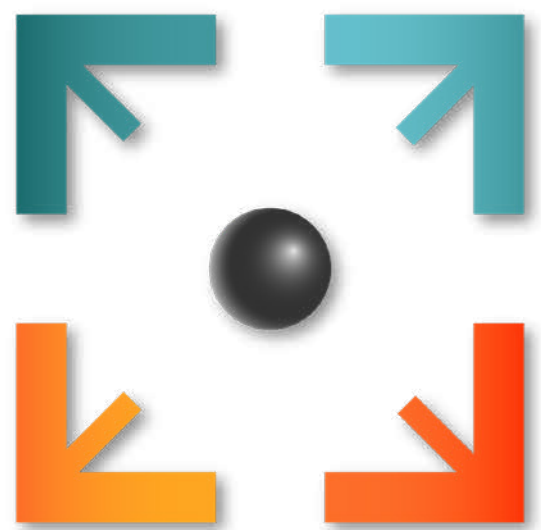


SEOM, garante del asesoramiento y formación de procedimientos para la acreditación

SEOM llevó a la Cumbre Europea de la Salud los retos y desafíos en cáncer

Entrevista a la Dra. Elena Martín Pérez, primera mujer presidenta de AEC

1 y 2 de febrero de 2024



2º CURSO SEOM+MIR LIDERANDO EL FUTURO

Un **curso formativo** diseñado para ayudarte a adquirir nuevas habilidades y competencias en comunicación y negociación en el entorno laboral, necesarias **para los líderes de la Oncología del futuro.**

Identificar tu camino profesional y explorar las diferentes salidas que la Oncología Médica te ofrece.

Coordinadores:

Dr. Ramon Colomer. H. Universitario La Princesa. Madrid

Dra. Elena Élez. H. Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Dra. Noelia Tarazona Llaveró. H. Clínico Universitario de Valencia

Dr. Pablo Jiménez Labaig. The Royal Marsden Hospital NHS Foundation Trust, London



#mirSEOMLiderazgo

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

Carta del presidente 5

Noticias 8

- La Dra. Rosario García Campelo, coordinadora de la nueva Comisión de Calidad, explica sus objetivos
- ESMO pide establecer el olvido oncológico a los cinco años de remisión de la enfermedad
- SEOM y BioSim firman un convenio para reforzar el conocimiento de los biosimilares entre los profesionales y pacientes oncológicos
- Abierta la inscripción al Máster SEOM online de Oncología Médica hasta el 31 de enero
- Dr. Zugazagoitia, en el Yale Cancer Center, protagoniza el nuevo podcast en la serie SEOM por el mundo
- CTO publica una actualización del manejo del paciente anciano con CRC
- Consenso para optimizar el manejo de ancianos con CPCNP con EGFR mutado avanzado
- Gracias a la investigación seguimos mejorando el pronóstico de las pacientes con cáncer de mama
- SEOM y SEEO elaboran la 'Guía para Enfermería sobre el manejo de pacientes en tratamiento oncológico con inmunoterapia'
- El 68,75% de las enfermeras que administran tratamientos oncológicos tienen formación específica
- El Congreso mundial de Cardio-Oncología resaltó el trabajo multidisciplinar para mejorar la supervivencia de los pacientes con cáncer
- Atención integral, trabajo en red, equidad y registro de resultados, algunos de los retos en el abordaje del cáncer



- Dr. César A. Rodríguez: "Es esencial que el acceso a fármacos sea ágil y priorizar la evaluación clínica"
- Diferencias en el abordaje de los pacientes con cáncer, en el 68.º Congreso de la SEFH
- La Dra. Echavarría recuerda la necesidad de avanzar en el diagnóstico precoz del cáncer
- Comunicación, liderazgo e inteligencia emocional para mejorar la formación de los estudiantes de Medicina
- SEOM transmite a los estudiantes la importancia de la Oncología Médica como especialidad del presente y del futuro
- Obituario

Avalés Científicos 32

Reportaje 34

- Vejiga, pulmón, mama, colon, cérvix y tiroides protagonizan los highlights de ESMO'23

Desde mi Hospital 52

- El estudio DIPCAN de Digitalización y manejo integral de la Medicina Personalizada en CANcer permite disponer de un test genómico gratuito

Mujeres en Oncología 56

- Dra. Elena Martín Pérez, presidenta de la AEC: "Debe normalizarse que una mujer sea la primera en su ámbito y consiga, igual que los hombres, puestos de responsabilidad"



Pacientes 63

- FECMA recomienda la ampliación del cribado de cáncer de mama con mamografía a mujeres desde los 45 años

Secciones SEOM 64

- +MIR.** Síndrome de takotsubo asociado al tratamiento con inhibidores de BRAF y MEK, primer premio del 16.º Concurso de Casos Clínicos para residentes
- TROMBOSIS Y CÁNCER.** SEEO y SEOM impulsan el I curso de formación en trombosis asociada a cáncer
- ONCOGERIATRÍA.** SIOG2023 ha destacado por el aumento del interés científico en el manejo del paciente anciano con cáncer
- BIOÉTICA.** Problemas éticos en la comunicación del pronóstico a pacientes oncológicos. Compaginar autonomía y bienestar, honestidad y compasión
- CÁNCER FAMILIAR Y HEREDITARIO.** La 13.ª edición del Curso SEOM en Cáncer Hereditario comienza el próximo 29 de enero
- PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ.** Continúan las charlas de SEOM sobre prevención del cáncer en grandes empresas

Grupos de Trabajo SEOM 74

- CICOM.** Organiza un simposio satélite en el Congreso del Grupo TTD el 15 de diciembre
- CÁNCER, TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE.** Presenta sus actividades en el I Foro de la Alianza Médica contra el cambio climático

Grupos Cooperativos 81

- GECP.** #ConNombresyApellidos, GECP reclama la universalización de la Medicina de Precisión con motivo del Día Mundial
- GEICAM.** Estará presente en San Antonio Breast Cancer Symposium 2023
- ICAPEM.** Pone sobre la mesa la realidad del cáncer de pulmón en mujeres
- GEIS.** Conoce la actividad reciente en formación e investigación
- GETICA.** Participa en las tertulias online sobre inmunoterapia y cáncer de FMI
- TTCC.** Realizará el simposio sobre avances de impacto en cáncer de cabeza y cuello el 14 de diciembre

PRESIDENTE
Dr. César A. Rodríguez Sánchez

VICEPRESIDENTE
Dr. Javier de Castro Carpeno

SECRETARIO
Dr. César Serrano García

TESORERO
Dra. Sara López-Tarruella Cobo

VOCALES
Dr. Manuel Cobo Dols
Dra. Susana de la Cruz Sánchez
Dr. Javier Gallego Plazas
Dra. Rosario García Campelo
Dra. María José Méndez Vidal
Dra. Eva Muñoz Couselo
Dr. Javier Puente Vázquez
Dra. María José Safont Aguilera

SECRETARÍA CIENTÍFICA
Dra. Isabel Echevarría Díaz-Guardamino
Dra. Mónica Granja Ortega
Dr. Rodrigo Sánchez-Bayona

GERENCIA
Dña. María García de Parada Miranda: mariaparada@seom.org

COMUNICACIÓN, PACIENTES Y ACCESO
Dña. Mayte Brea Carrasco. Directora: maytebrea@seom.org
D. José García Hernández: josegarcia@seom.org
Dña. Marisa Barrios Pasamón: marisabarrios@seom.org

CONGRESOS Y MARKETING
Dña. Mónica Díaz del Saz. Directora: monicadiaz@seom.org
Dña. Rut Ródenas Sánchez: rutrodenas@seom.org

GESTIÓN DE PROYECTOS
Dña. Marina Casanueva Tomás: marinacasanueva@seom.org
Dña. Carmen Poveda Poveda: carmenpoveda@seom.org
Dña. Natascha Prah Agueda: nataschaprah@seom.org

SOPORTE IT
Dña. Blanca del Real Pasquín: blancadelreal@seom.org

SECRETARÍA TÉCNICA: seom@seom.org
Dña. Ángeles Martínez Morales: angelesmartinez@seom.org
Dña. Elena Utasá Salmón: elenautasa@seom.org
D. Julio Falconi Villanueva: juliofalconi@seom.org

Soporte válido: 2/18-R-CM
ISSN: 1698-3505
Dep. Legal: M-9192/2001
Edita: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
Diseño y Maquetación: Mares Ideas Publicitarias, S.L.
Una publicación de: Fundación SEOM

En la revista se pueden incluir en determinados apartados nombres de fármacos o marcas. Esta situación, en ningún caso, conlleva una influencia de dichas marcas o productos en la línea científica y los contenidos de la Revista SEOM.

Artículo Destacado 88

- "Progression-free survival, disease-free survival and other composite end points in oncology: improved reporting is needed"

Hemeroteca 92

Redes 94

Diamante



Platino



Oro



Plata



Bronce



Carta del presidente

Carta del presidente

Dr. César A. Rodríguez Sánchez
Presidente SEOM 2023-2025

Queridos socios, compañeros y amigos,

La Oncología española ha tenido un papel muy relevante en el Congreso de ESMO recientemente celebrado en Madrid. ESMO23 ha reunido a más de 33.000 oncólogos de todo el mundo y ha quedado patente la destacada participación española, no solo en la cantidad de trabajos presentados, sino en la calidad de los mismos, bien como investigadores principales o como coautores de muchos de los estudios, algunos de los cuales cambiarán la práctica clínica en diversos tumores. Además, tenemos que estar orgullosos de que ESMO de nuevo esté presidida por un oncólogo médico español, como es nuestro compañero el Dr. Andrés Cervantes, de que se elijan Madrid y Barcelona como sedes para celebrar el congreso europeo que año tras año amplía sus fronteras y de la gran trascendencia científica de los oncólogos españoles. La fortaleza de la investigación oncológica en España coincide con un momento en el que ESMO ha ganado protagonismo con respecto a otras citas, como el Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), en cuanto a presentación de estudios de relevancia. Se ha producido claramente un cambio de tendencia y creo que podemos afirmar que ESMO es ya el principal foro de información médica en Oncología a nivel mundial.

Por todo ello, desde SEOM hemos querido evidenciar y poner en valor toda esta excelencia. En las páginas centrales podéis ver

un amplio reportaje con lo más destacado de ESMO que incluye la participación de los investigadores españoles y de los Grupos Cooperativos. Asimismo, nuestro stand se convirtió, una nueva vez más, en punto de encuentro de todos y además, este año, en un set de entrevistas a los investigadores españoles, socios de SEOM, para difundir en nuestras redes sociales los avances presentados.

La visión y misión de nuestra Sociedad, SEOM, incluye como ejes fundamentales la defensa y promoción de la calidad, la equidad y el acceso a la atención del paciente oncológico. En los próximos años va a ser necesaria la acreditación de los centros con diferentes estándares de calidad y SEOM debe constituirse como garante del asesoramiento y formación en todos los requerimientos y procedimientos que van a ser necesarios. Desde La Comisión de Calidad estamos trabajando en ello ya que el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer que tiene como objetivo el establecimiento de aquí a 2025 de una Red de Infraestructuras Integrales del Cáncer, vinculando Centros Integrales del Cáncer reconocidos, y Redes de atención del cáncer en todos los Estados miembros, para facilitar la adopción de servicios de detección precoz, el cribado, el diagnóstico, el tratamiento, el apoyo a los supervivientes del cáncer, la investigación y la formación del personal oncológico con garantías de calidad. Os recomiendo que leáis el reportaje de apertura de la sección de noticias para ampliar información.

También en línea con la Estrategia europea contra el cáncer, representando a SEOM en la "European Health Summit" tuve la oportunidad de abordar en un reciente foro celebrado en Murcia, los retos y desafíos que tenemos por delante, e hice especial hincapié en el trabajo en red para llevar a cabo con éxito este plan, sin olvidar a los pacientes y bajo criterios de equidad para evitar desigualdad y mejorar la agilidad de las decisiones y actuaciones.

Teniendo muy presente a los pacientes, SEOM participó en la rueda de prensa institucional que organizó ESMO antes de su Congreso y que centró en el derecho al olvido oncológico. Ahí expresamos nuestra opinión coincidente con ESMO. Establecer cinco años libre de enfermedad es un período razonable y lógico para garantizar la igualdad de todos los supervivientes de cáncer, independientemente de dónde vivan. Desde SEOM, consideramos que el establecer el plazo de cinco años de manera general es adecuado, protege y permite el beneficio de la mayor parte de los pacientes, cuyo riesgo de recaída a partir de ese periodo de tiempo es, en la inmensa mayoría de los casos, muy bajo. Es necesario, no obstante, desarrollar la normativa de manera que elimine incertidumbres en el uso de algunos términos, evitando diferentes interpretaciones y aclarando para cada escenario el momento desde el cual debe contabilizarse dicho periodo de tiempo de cinco años. Y, en cuanto a la demanda que desde algunos ámbitos se realiza acerca de evaluar los plazos en función de los diferentes tipos de tumor, estadios o tratamientos, es posible que se puedan establecer plazos diferentes en función de los diferentes diagnósticos, en un contexto tan variable como es el cáncer, pero hasta que eso sea posible, en función de evidencias más sólidas, se debe primar el beneficio de los ciudadanos. Como siempre, desde SEOM nos brindamos a colaborar con la administración para trasladar la evidencia científica necesaria.

También hemos estado presentes en el XV Congreso de Educación Médica del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) y pudimos transmitir, el papel de la Oncología Médica como especialidad del presente y del futuro, explicando el cambio de paradigma de los últimos años que está transformando la historia natural de la enfermedad, como la apasionante profesión de oncólogo médico y la importancia de la comunicación, liderazgo e inteligencia emocional en la relación médico-paciente.

En cuanto a la formación postgrado, os recuerdo que ya se ha abierto la inscripción para el Máster SEOM compuesto por 27

cursos, con 1.500 horas formativas, 60 créditos ECTS y con la acreditación universitaria de la Universitat de Girona, y la nueva edición, la 13.ª, del curso de Cáncer Hereditario.

Como sabéis la formación es uno de los objetivos de SEOM y ponemos mucho empeño para ofrecer la mejor capacitación en diferentes ámbitos y no solo pensando en el oncólogo médico. Para nuestra gran aliada, como es la Enfermería Oncológica, hemos desarrollado conjuntamente el primer curso de formación en trombosis asociada a cáncer y hemos elaborado, también en colaboración con la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, una guía sobre inmunoterapia.

Pensando en los pacientes, hace unos días presentamos el vídeo, editado conjuntamente con la Asociación Española de Biosimilares, "Qué son los biosimilares en Oncología y para qué sirven". Un material audiovisual sencillo y práctico que todos podemos recomendar a los pacientes con cáncer.

Tampoco nos olvidamos de los pacientes ancianos y continuamos publicando consensos y buscando nueva evidencia científica para mejorar el manejo de estos pacientes.

Seguimos trabajando y colaborando con todas las asociaciones de pacientes que nos solicitan su apoyo, como ha sido el caso de la Federación de Mujeres de Cáncer de Mama, con motivo del día mundial del cáncer de mama.

Hemos iniciado una colaboración con la Comisión Nacional del Mercado de Valores y estamos impartiendo charlas de prevención para sus trabajadores y vamos a continuar con nuevas empresas.

Y por último, os invito a que leáis la interesante entrevista a la Dra. Elena Martín, primera presidenta de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Desde la Junta Directiva seguimos trabajando en proyectos de valor que aporten beneficio a los pacientes por cáncer. Gracias a todos por vuestra confianza, colaboración y apoyo.

Aprovechamos para deseáros a todos una muy Feliz Navidad y un próspero 2024.

En SEOM todos sumamos frente al cáncer.

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Querida paciente, ha pasado ya un tiempo,
y tu sigues aquí, con tu eterna sonrisa.

Hemos pasado por mucho juntos,
y a pesar de nuestras diferencias lo nuestro sigue funcionando.

Prometo no agobiarte demasiado con mis consejos.
Sé cómo valoras tu espacio, tu independencia.

Prometo intentar que eso cambie lo menos posible.
Y prometo seguir trabajando e investigando para que eso sea posible.

Juntos, frente a cualquier adversidad.

Oncólogos CM

Oncólogos CM



Las pacientes de CMM

CMM PARTIENDO MOMENTOS

Comprometidos con las pacientes
de Cáncer de Mama Metastásico



La Dra. Rosario García Campelo, coordinadora de la nueva Comisión de Calidad, explica sus objetivos

“SEOM, garante del asesoramiento y formación de procedimientos necesarios para la acreditación”

La Sociedad Española de Oncología Médica cuenta con una nueva Comisión, de Calidad. “La visión y misión de nuestra sociedad, SEOM, incluye como ejes fundamentales la defensa y promoción de la calidad, la equidad y el acceso a la atención del paciente oncológico; en los próximos años será muy relevante la acreditación de los centros con diferentes estándares de calidad y SEOM debe constituirse como garante del asesoramiento y formación en todos los requerimientos y procedimientos que van a ser necesarios”, explica su coordinadora, la **Dra. Rosario García Campelo**, jefa del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC).

“La calidad, según la definición del Institute of Medicine, es el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente”, añade la Dra. García Campelo. Y especifica que “la calidad, por tanto, mide hasta qué punto, en la provisión de servicios de salud, se obtiene el resultado deseado, el óptimo, de acuerdo con el estado del conocimiento existente y el contexto propio donde estos servicios se ofrecen”.

Por lo tanto, la coordinadora de la Comisión afirma que “el principal objetivo es disminuir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la efectividad, eficiencia, equidad y, en conjunto, la calidad de la atención sanitaria ofrecida”. Por lo tanto, “avanzando un paso más en esta estrategia de mejora de la calidad de la práctica asistencial, SEOM pone en marcha esta Comisión que centra sus objetivos en poner en marcha iniciativas de evaluación de la práctica clínica en Oncología,

con el consiguiente impacto que la mejora en la calidad puede suponer en la atención, satisfacción y bienestar de los pacientes que atendemos”.

Respecto a los objetivos marcados, uno de los principales, señala la Dra. García Campelo, “es proporcionar a los profesionales implicados en el cuidado de pacientes con cáncer, formación e instrumentos para analizar la adecuación de la práctica asistencial oncológica, que en último término busca garantizar la calidad de los procesos asistenciales, a través de la evaluación y seguimiento de los resultados obtenidos, con cultura de orientación a la mejora y fomento de la seguridad a todos los niveles, haciendo partícipes a los pacientes y familiares de los procesos de mejora a implantar”.

En este sentido, indica, “uno de los retos inmediatos que se presenta se centra en una de las iniciativas enmarcadas en el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer que tiene como objetivo el establecimiento de aquí a 2025 de una Red de Infraestructuras Integrales del Cáncer, vinculando Centros Integrales del Cáncer reconocidos, y Redes de atención del cáncer en todos los Estados miembros, para facilitar la adopción de servicios de detección precoz, el cribado, el diagnóstico, el tratamiento, el apoyo a los supervivientes del cáncer, la investigación y la formación del personal oncológico con garantías de calidad”.

En cuanto a cómo puede afectar en el día a día del oncólogo médico la acreditación en calidad, la coordinadora expone que “la evaluación (ya sea autoevaluación o evaluación externa) nunca debe ser interpretada como un sistema de control, sino como un sistema que permite el análisis, la reflexión crítica, la obtención de información sobre lo que

hacemos y cómo lo hacemos y, en caso necesario, cuáles son los aspectos a mejorar, implementar o utilizar adecuadamente”. “Las acreditaciones en calidad tienen en cuenta aspectos fundamentales como el diagnóstico, tratamiento y cuidados continuos de los enfermos de cáncer con una visión multidisciplinar que implica a todos los profesionales sanitarios, a cada institución, pero siempre centrados en el paciente y contando con su participación”, comenta. Y añade: “Puede abordar también aspectos tan relevantes como la prevención, la investigación y la docencia, siendo todos los ciudadanos los que pueden convertirse en destinatarios y beneficiarios finales; el conocimiento, análisis e implementación de estrategias de mejora demuestra un compromiso de los oncólogos por seguir mejorando en la atención que ofrecemos a nuestros enfermos, y dar respuesta a los múltiples retos que supone una especialidad con innovación y complejidad creciente y en constante evolución”.

Respecto al paciente oncológico, en su opinión, puede percibir la calidad asistencial al observar la mejora de los procesos que le repercuten directamente (reducción de tiempos

de espera, incremento de controles de seguridad, más información sobre su enfermedad y tratamiento, necesidades no cubiertas, infraestructuras y capacidad técnica, acogida y relaciones humanas)”.

La Dra. García Campelo asume el reto de coordinadora a nivel personal y profesional “con enorme ilusión y compromiso con nuestros pacientes y con todos los profesionales e instituciones involucrados en el cuidado y atención al paciente con cáncer” ya que “las mejoras en calidad en la atención que prestamos suponen una enorme oportunidad para fomentar fortalezas e identificar áreas de mejora, que en último término buscan dar la mejor respuesta a las necesidades de los pacientes, sus familias y la sociedad en su conjunto”. Y quiere resaltar que: “Los miembros de esta Comisión, que han iniciado esta andadura con enorme ilusión, disponibilidad, generosidad, compromiso y conocimiento, serán fundamentales en este gran reto de mejora de la calidad asistencial en la atención global al paciente con cáncer en nuestro país”. ■

Comisión de Calidad



MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE CALIDAD

Dra. Rosario García Campelo.

Coordinadora. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC).

Dr. Guillermo Alonso-Jáudenes Curbera.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC).

Dra. M.ª Auxiliadora Gómez España.

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Dr. Antonio González Martín.

Clínica Universidad de Navarra en Madrid.

Dra. Yolanda Jerez Gilarranz.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Dr. Rafael Morales Chamorro.

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Dra. Claudia Valverde Morales.

Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona.

Dr. David Vicente Baz.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.



SEOM considera un período razonable para garantizar la igualdad de los supervivientes de cáncer

ESMO pide establecer el olvido oncológico a los cinco años de remisión de la enfermedad



De izquierda a derecha, Dr. Andrés Cervantes, M.ª Fernanda Picón, Dr. Ramón Reyes, Dra. Ángela Lamarca y Dr. César A. Rodríguez.

La tasa de supervivencia de los pacientes oncológicos ha mejorado en las últimas décadas gracias a los avances de los tratamientos. Se estima que alrededor de 20 millones de personas viven después de un diagnóstico de cáncer, de las cuales el 35% son supervivientes a largo plazo (fueron diagnosticados hace diez años o más). Este nuevo paradigma ha dado lugar a un número creciente de supervivientes de cáncer en Europa, que, sin embargo, siguen sufriendo diversas formas de discriminación relacionadas con su enfermedad ya superada, como la contratación de seguros de salud o vida, solicitar préstamos bancarios, o querer adoptar o emprender, entre otras.

En este sentido, la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), en colaboración con la Sociedad Española de Oncología

Médica (SEOM) y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), organizó una rueda de prensa institucional, antes de comenzar su congreso, donde reunió a distintos expertos que, moderados por la **Dra. Ángela Lamarca**, han debatido sobre un principio fundamental que busca proteger la privacidad y la dignidad de aquellas personas que han superado un cáncer, así como evitar cualquier tipo de discriminación –relacionada con la enfermedad– que se pueda producir a la hora de evaluar su solvencia económica.

Se trata del derecho al olvido oncológico. Como ha introducido el **Dr. Andrés Cervantes**, presidente de la Sociedad Europea de Oncología Médica, desde la sociedad científica contribuirán como parte interesada al Código de Conducta

de la UE que pretende asegurar que los cambios en la atención oncológica se reflejen en las prácticas comerciales de los proveedores de servicios financieros, con el fin de garantizar que los supervivientes de cáncer puedan vivir sus vidas sin ser estigmatizados o discriminados debido a su historial médico. “Nuestra posición es clara, aquellos que han sufrido un cáncer no pueden estar estigmatizados y deben recuperar su vida con normalidad lo antes posible; para ello pedimos establecer el “olvido oncológico” a los cinco años de desaparecer la enfermedad”.

La mejora de la detección precoz y de los tratamientos oncológicos, con terapias cada vez más dirigidas y personalizadas a cada paciente, ha alargado la esperanza de vida y muchos logran superar la enfermedad o cronificarla. En concreto, la supervivencia a cinco años del diagnóstico fue de más del 55% en hombres y de casi el 62% en mujeres en pacientes detectados entre 2008 y 2013 en España. Esto se traduce en que la supervivencia al cáncer se ha duplicado en 40 años.

En la mayoría de los cánceres, si se producen recaídas, éstas son más frecuentes en los dos o tres primeros años, menos comunes entre el tercer y el quinto año y, después, aún menos probables. “Sabemos que después de cinco años estos pacientes tienen una esperanza de vida igual a la de la población general de su misma edad y mismas características. Consideramos, por tanto, que cinco años en remisión completa es un período razonable y lógico para garantizar la igualdad de todos los supervivientes de cáncer, independientemente de dónde vivan”, ha pedido el presidente de ESMO.

Legislación europea

Desde una perspectiva política, en febrero de 2022 surgieron acciones concretas en este sentido a nivel de las instituciones europeas, cuando el Parlamento Europeo aprobó una resolución destinada a establecer un plazo hasta 2025 para que los Estados miembros de la UE regulen el “derecho al olvido oncológico”. En concreto, este derecho propone que, después de un período razonable de tiempo desde la remisión, los registros médicos relacionados con el cáncer sean inaccesibles para terceros, que no estén directamente implicados en la asistencia sanitaria, para evitar que esta información se utilice en su contra. España ha adoptado este derecho con la reciente entrada en vigor del Real Decreto-Ley 5/2023 reduciendo a cinco años el plazo de remisión, como ya hizo también Francia.

El **Dr. César A. Rodríguez**, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica, coincide con ESMO y opina que establecer el plazo de cinco años de manera general es adecuado y permite el beneficio de la mayor parte de los pacientes, cuyo riesgo de recaída a partir de ese periodo de tiempo es muy bajo. “Es necesario, no obstante, desarrollar la normativa de manera que elimine incertidumbres en el uso de algunos términos como “tratamiento radical” o establecer el momento desde el cual debe contabilizarse dicho periodo de tiempo de cinco años”.

Finalmente, en cuanto a la demanda que desde algunos ámbitos se realiza acerca de evaluar los plazos en función de los diferentes tipos de tumor, estadios o tratamientos, manifiesta que “es posible que se puedan establecer plazos diferentes en función de los diferentes diagnósticos, en un contexto tan variable como es el cáncer, pero hasta que eso sea posible, en función de evidencias más sólidas, se debe primar el beneficio de los ciudadanos”, ha manifestado el Dr. Rodríguez.

A su vez, el **Dr. Ramón Reyes**, presidente de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), ha señalado que “el derecho al olvido oncológico es un avance muy positivo, pero es importante informar

adecuadamente a los pacientes de cómo ejercerlo. En España, el aumento de la supervivencia en pacientes con cáncer nos enfrenta a una nueva realidad: la reinserción laboral. Más del 38% de los nuevos diagnósticos está en edad laboral y, una vez terminado el tratamiento, se enfrentan a dificultades para mantener o recuperar sus empleos. Es esencial que las administraciones públicas y las empresas colaboren para facilitar la adaptación del trabajo, el regreso gradual y el apoyo psicológico a estos supervivientes”.

Por su parte María Fernanda Picón, directora de Comercio Internacional de BNP Paribas para España, Portugal, Grecia, Israel y Suiza y paciente de cáncer de mama, ha explicado que “el cáncer cambió mi vida, pero en lugar de caer en el victimismo, encontré fuerzas para dar voz a una injusticia que afecta a muchos; mi objetivo es desmitificar la enfermedad y promover el “BIENvivir” en lugar de simplemente sobrevivir”. Y ha añadido que “a pesar de mi privilegio de contar con el apoyo de mi empresa, sé que la mayoría de los supervivientes de cáncer no tienen esta suerte y es crucial lograr un consenso a nivel nacional para que todos los pacientes de cáncer puedan avanzar en sus vidas y carreras”. ■

“

Es necesario desarrollar la normativa de manera que elimine incertidumbres en el uso de algunos términos como “tratamiento radical” o establecer el momento desde el cual debe contabilizarse dicho periodo de tiempo de cinco años

SEOM y BioSim firman un convenio para reforzar el conocimiento de los biosimilares entre los profesionales y pacientes oncológicos

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BioSim) han firmado un convenio para promover iniciativas colaborativas con el fin de reforzar el conocimiento de los biosimilares tanto a profesionales como a pacientes oncológicos. En este marco de trabajo se ha llevado a cabo la primera actividad, la creación y lanzamiento de un vídeo sobre biosimilares que los oncólogos médicos pueden recomendar a sus pacientes titulado “Biosimilares en Oncología: ¿Qué son y qué aportan a los pacientes?” y que se focaliza en dar a conocer las exigentes pruebas que deben pasar los biosimilares antes de su comercialización para garantizar su calidad, eficacia y seguridad.

En el mismo se explica que estos fármacos son similares a los originales, con una variabilidad controlada que no compromete ni la eficacia ni la seguridad. Asimismo, se especifica que tienen estudios que demuestran esa comparabilidad con unos criterios muy estrictos regulados por las autoridades sanitarias, así como un estricto control de calidad y seguridad. Y, además, contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario.

“Para SEOM es un privilegio haber firmado este convenio que ha dado como uno de sus primeros frutos este vídeo dirigido a pacientes con el que queremos hacer llegar, de una manera rigurosa y a la vez sencilla, el papel de los biosimilares en el tratamiento del cáncer”, señala el **Dr. César A. Rodríguez**, presidente de SEOM, quien además, indica que “el objetivo es trasladar a la población el valor de los biosimilares en lo que se refiere a la sostenibilidad del Sistema Nacional



Dr. César A. Rodríguez, presidente de SEOM y Encarnación Cruz, directora general de BioSim.

de Salud (SNS), eficacia y seguridad y las garantías que ofrecen en el tratamiento”.

Joaquín Rodrigo, presidente de BioSim, cree que “el inicio de esta colaboración es un momento importante para nuestra Asociación. Los oncólogos médicos tienen un contacto directo y continuo con los biosimilares desde la aprobación de los primeros anticuerpos monoclonales, hace ya más de cinco años. La experiencia y el conocimiento que disponen de las necesidades informativas sobre los biosimilares que les trasladan los pacientes hacen que el vídeo que acaba de publicarse sea tan relevante. Es necesario disminuir la incertidumbre sobre la seguridad y eficacia del medicamento durante el periodo de tratamiento”.

Los biosimilares en Oncología tienen ya una elevada penetración. Encarna Cruz, directora general de BioSim, comenta que “en lo que llevamos de 2023, los biosimilares de los principios activos destinados al tratamiento de procesos oncológicos, tales como bevacizumab, trastuzumab y rituximab, representan ya un 87% del

consumo en envases”. “Hemos tenido, continúa Cruz, una enorme receptividad por parte de estos profesionales médicos que han confiado en la evidencia científica que hay detrás de los biosimilares y las ventajas de su utilización. Muchos de ellos confían en que el ahorro derivado de la utilización de biosimilares les permita acceder a la innovación de alto coste”. ■



Abierta la inscripción al Máster SEOM online de Oncología Médica hasta el 31 de enero

Hasta el próximo 31 de enero de 2024 estará abierto el plazo de inscripción a la octava edición del Máster SEOM online en Oncología Médica. Este máster está dirigido exclusivamente a especialistas en Oncología Médica o residentes de esta especialidad a partir del tercer año. Tiene 1.500 horas formativas (60 créditos ECTS), cuenta con la acreditación universitaria de la Universitat de Girona y está adaptado al Plan Bolonia. Está compuesto por 27 cursos sobre diferentes patologías o temas relacionados con la profesión.

El programa desarrolla los aspectos esenciales y actualizados para la formación académica de la Oncología Médica, desde la epidemiología e investigación, hasta el diagnóstico y tratamiento de diferentes tipos de tumor. El tiempo disponible para realizarlo es de tres años académicos.

Cursos individuales

Máster SEOM también ofrece realizar de forma individual uno o varios de los cursos de formación, obteniendo en este caso sus correspondientes créditos del SNS.

El itinerario formativo del Máster SEOM consiste en la actualización de los especialistas de Oncología Médica mediante los Cursos Individuales de Formación, aunque también pueden realizarlos otros especialistas que estén interesados en los mismos. Cada curso individual está acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (créditos SNS) y se debe completar en un año desde la fecha de inscripción.

SEOM ofrece, para estas iniciativas docentes, becas parciales de formación a los socios de SEOM, que deberán ser miembros durante todo el período académico. A los nuevos socios Adheridos Permanentes se les exigirá una permanencia mínima de cinco años en la Sociedad. ■

| CURSOS | MÁSTER | | CURSOS INDIVIDUALES | | COLABORA |
|--|------------|---------------|---------------------|--------------|-------------|
| | HORAS ECTS | CRÉDITOS ECTS | HORAS SNS | CRÉDITOS SNS | |
| Cáncer de Cabeza y Cuello | 62,5 | 2,5 | 25 | 3,6 | |
| Cáncer de Mama | 150 | 6 | 65 | 8,5 | |
| Cáncer de Próstata | 100 | 4 | 20 | 3,2 | |
| Cáncer de Pulmón | 75 | 3 | 35 | 5,4 | |
| Cáncer de Tiroides | 12,5 | 0,5 | 5 | 0,8 | AstraZeneca |
| Cáncer del Sistema Nervioso Central | 25 | 1 | 10 | 1,6 | |
| Cáncer Gastrointestinal | 100 | 4 | 40 | 6,6 | |
| Cáncer Genitourinario | 25 | 1 | 12 | 1,9 | |
| Cáncer Ginecológico | 75 | 3 | 30 | 4,4 | CSK |
| Consejo Genético en Cáncer | 62,5 | 2,5 | 28 | 4,4 | |
| Cuidados Continuos: Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos | 25 | 1 | 15 | 2,4 | |
| Enfermedad Tromboembólica Venosa | 12,5 | 0,5 | 5 | 0,8 | |
| Epidemiología y Prevención | 25 | 1 | 9 | 1,4 | |
| Estadística para Oncólogos | 75 | 3 | 30 | 4,4 | |
| Farmacología Clínica Oncológica | 37,5 | 1,5 | 20 | 3,2 | |
| Habilidades Comunicativas | 25 | 1 | 8 | 1,3 | |
| Inmunooncología | 37,5 | 1,5 | 18 | 2,9 | |
| Investigación Clínica en Oncología | 75 | 3 | 30 | 4,4 | |
| Linfomas y Mielomas | 50 | 2 | 20 | 3,2 | |
| Medicina Personalizada de Precisión | 50 | 2 | 27 | 3,9 | |
| Melanoma | 37,5 | 1,5 | 30 | 4,4 | |
| Oncogeriatría | 12,5 | 0,5 | 6 | 1 | |
| Origen y Biología del Cáncer | 37,5 | 1,5 | 12 | 1,9 | |
| Sarcoma | 50 | 2 | 22 | 3,2 | |
| Tumores Neuroendocrinos | 37,5 | 1,5 | 12 | 1,9 | |
| Tumores de Origen Desconocido | 37,5 | 1,5 | 10 | 1,6 | |
| Urgencias Oncológicas | 37,5 | 1,5 | 12 | 1,9 | |
| Trabajo fin de Máster | 150 | 6 | - | - | |

SEOM
Sociedad Española
de Oncología MédicaMÁSTER
ONCOLOGÍA MÉDICA

SEOM



Más información

Dr. Zugazagoitia, en el Yale Cancer Center, protagoniza el nuevo podcast de la serie SEOM por el mundo

Ya está disponible un nuevo podcast, dirigido a oncólogos médicos, donde la periodista Mamen Mendizábal entrevista al **Dr. Jon Zugazagoitia**, oncólogo médico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, que realizó una estancia de dos años en el Yale

Cancer Center de Connecticut con una Beca SEOM/Roche en 2016. Es el tercer capítulo de la nueva serie titulada 'SEOM por el mundo' donde oncólogos españoles que realizan o han realizado estancias de formación e investigación en centros de referencia en el extranjero, gracias al Programa de Becas, Proyectos

y Premios SEOM, cuentan sus experiencias, y que ello sirva de inspiración a otros oncólogos. El canal Oncopodcast es posible gracias a la colaboración sin restricciones de **Bayer**. ■

Oncopodcast



CTO publica una actualización del manejo del paciente anciano con CRC

La revista *Clinical & Translational Oncology (CTO)* ha publicado el paper *Actualización del manejo del paciente anciano con cáncer colorrectal (CRC)*, un consenso elaborado por especialistas de la Sección de Oncogeriatría de SEOM y de los Grupos Cooperativos TTD y GEMCAD.

El trabajo concluye que un abordaje multidisciplinar y la realización de una evaluación geriátrica antes de cada tratamiento son fundamentales. La evaluación geriátrica predice el riesgo de toxicidad y supervivencia y es de gran ayuda para adaptar el tratamiento individualizado. Además, permite detectar las vulnerabilidades de los

pacientes, facilitando intervenciones encaminadas a lograr menos morbilidad y toxicidad de los tratamientos administrados.

Este artículo, que cuenta con la colaboración sin restricciones de **Merck y Servier**, está publicado en open access para facilitar su acceso y difusión. ■

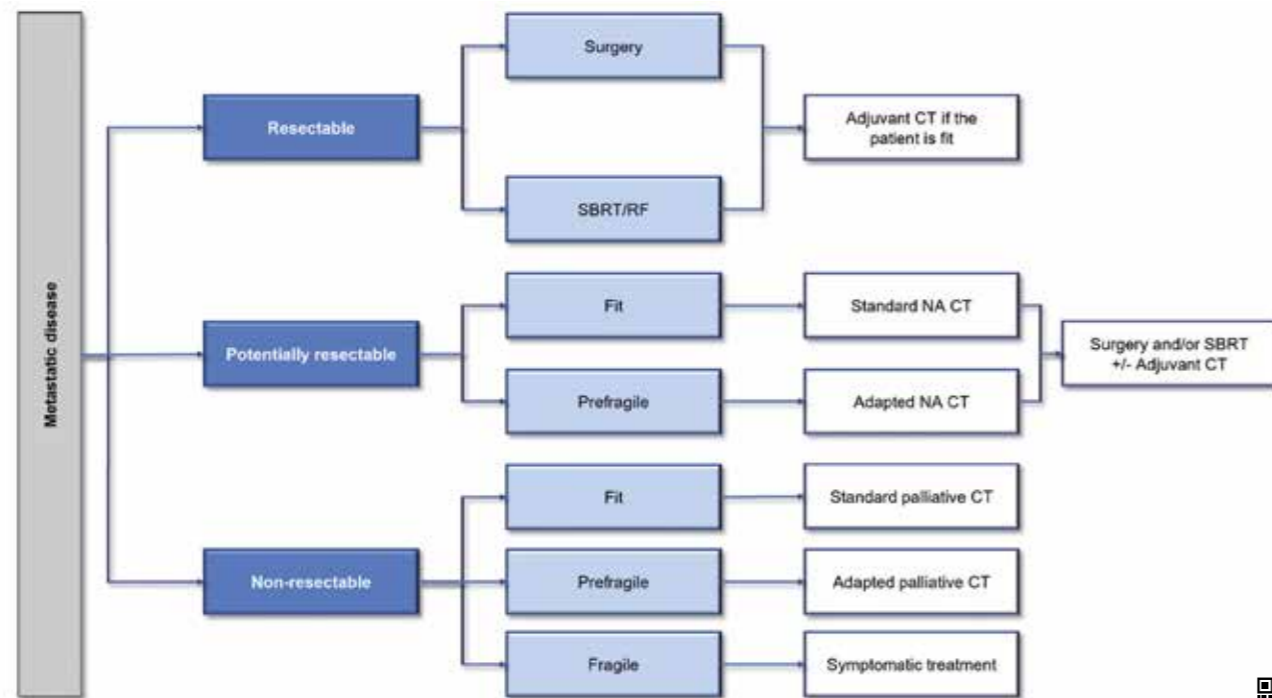


Fig. 2. Decision algorithm for the treatment of elderly patients with metastatic CRC based on resectability. CRC colorectal cancer; CT chemotherapy; NA neoadjuvant; RF radiofrequency; SBRT stereotactic body radiation therapy

Artículo



Consenso para optimizar el manejo de ancianos con CPCNP con EGFR mutado avanzado

La revista *Clinical & Translational Oncology (CTO)* ha publicado el paper *Expert consensus to optimize the management of older adult patients with advanced EGFR mutated non small cell lung cancer*, un consenso elaborado por la Sección SEOM de Oncogeriatría, el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) y la Asocia-

ción para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres (ICAPEM) donde se evalúa la evidencia científica disponible y se proponen una serie de recomendaciones para optimizar el abordaje de pacientes ancianos con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) con mutación EGFR avanzado.

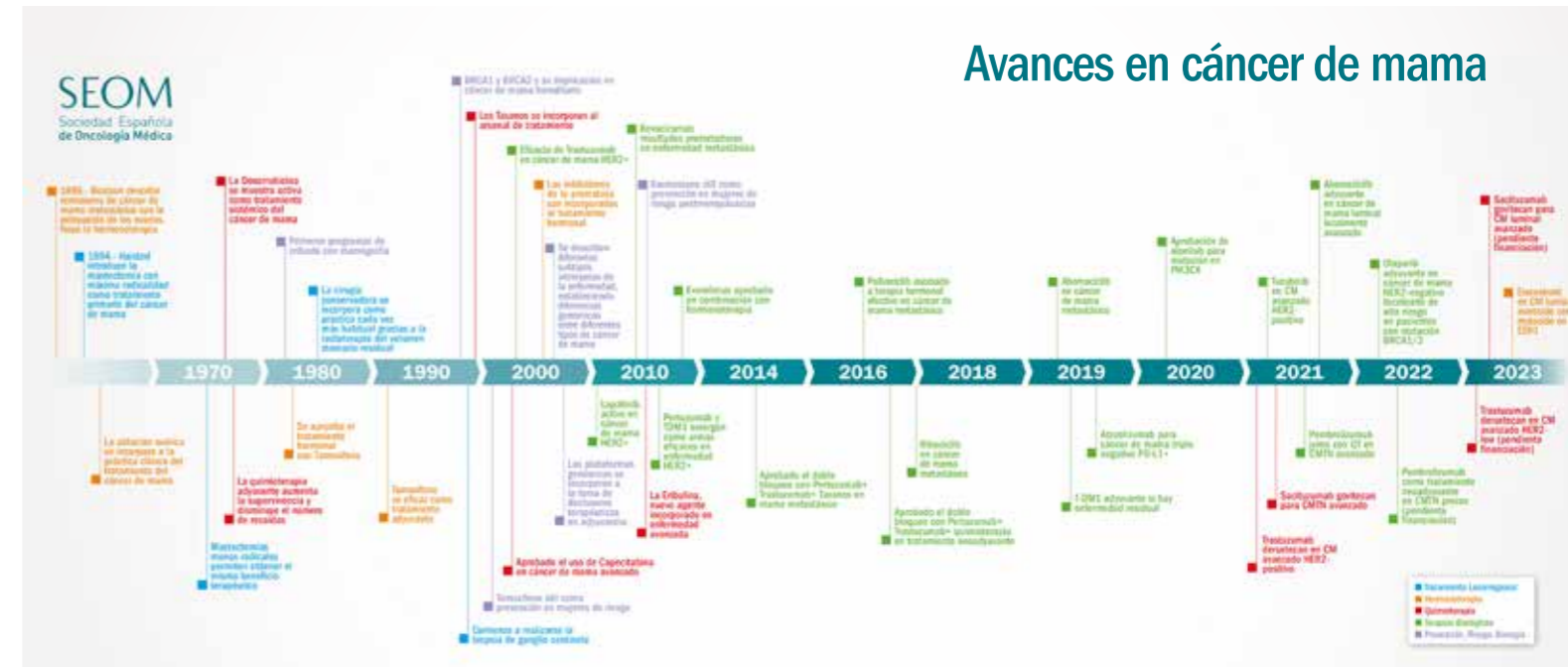
El artículo, que es posible gracias a la colaboración sin restricciones de **AstraZeneca**, está publicado en open access para facilitar su acceso y difusión. ■

Artículo



SEOM actualizó los avances en la patología el Día Mundial del Cáncer de Mama

Gracias a la investigación seguimos mejorando el pronóstico de las pacientes con cáncer de mama



El cáncer de mama es el tumor más frecuentemente diagnosticado en la mujer. Se estima que 1 de cada 8 mujeres lo padecerá, y que en 2023 se diagnosticarán en España unos 35.000 casos y fallecerán unas 6.000 mujeres por cáncer de mama. Sin embargo, la investigación en cáncer de mama ha logrado grandes avances en las últimas décadas, incrementando las curaciones, prolongando la supervivencia de las pacientes con cáncer avanzado, y mejorando su calidad de vida. En estos últimos años hemos vivido un cambio de paradigma en el tratamiento en los tres grandes subgrupos de cáncer de mama. En el marco de la campaña de comunicación "En Oncología cada AVANCE se escribe en Mayúsculas", SEOM da a conocer los avances médicos que se han sucedido en el tratamiento de los diferentes tumores, en este caso, del cáncer de mama, coincidiendo con el Día Mundial que se celebró el pasado 19 de octubre.

En estos últimos años hemos vivido el desarrollo de un grupo de fármacos, los conjugados anticuerpo-fármaco (ADC), en los que anticuerpos dirigidos frente a proteínas del tumor están unidos a un fármaco citotóxico, que es liberado dentro de la célula tumoral de forma selectiva. Entre ellos destaca trastuzumab deruxtecan, protagonista indiscutible de estos últimos años, al demostrar beneficios de gran magnitud en pacientes con cáncer de mama HER2-positivo avanzado en comparación con los tratamientos disponibles hasta la fecha. Los avances en este subtipo tumoral no se limitan a trastuzu-

ma deruxtecan, ya que se suma tucatinib, un nuevo fármaco con gran actividad a nivel del sistema nervioso central, lugar frecuente de metástasis en este grupo de pacientes. Estos fármacos se unen a fármacos muy activos desarrollados previamente, como trastuzumab, pertuzumab o TDM-1. Hace dos décadas, estos tumores eran considerados los de peor pronóstico, y en el momento actual, muchas pacientes logran largas supervivencias.

En cáncer de mama triple negativo, se consolida la inmunoterapia en primera línea de tratamiento entre las pacientes cuyo tumor expresa PD-L1, y sacituzumab-govitecan, un nuevo ADC, demuestra mejorar la supervivencia, un hito en estas pacientes de especial mal pronóstico. En las pacientes con cáncer de mama triple negativo precoz, se ha rediseñado el algoritmo terapéutico al irrumpir la inmunoterapia. Pembrolizumab, en combinación con la quimioterapia pre-quirúrgica, aumenta las respuestas completas patológicas y sobre todo, reduce de forma significativa las recidivas. En las pacientes con mutación en BRCA1/2 de alto riesgo, el tratamiento con olaparib durante un año ha demostrado disminuir la mortalidad en estas pacientes, y se ha incorporado al algoritmo terapéutico. ■

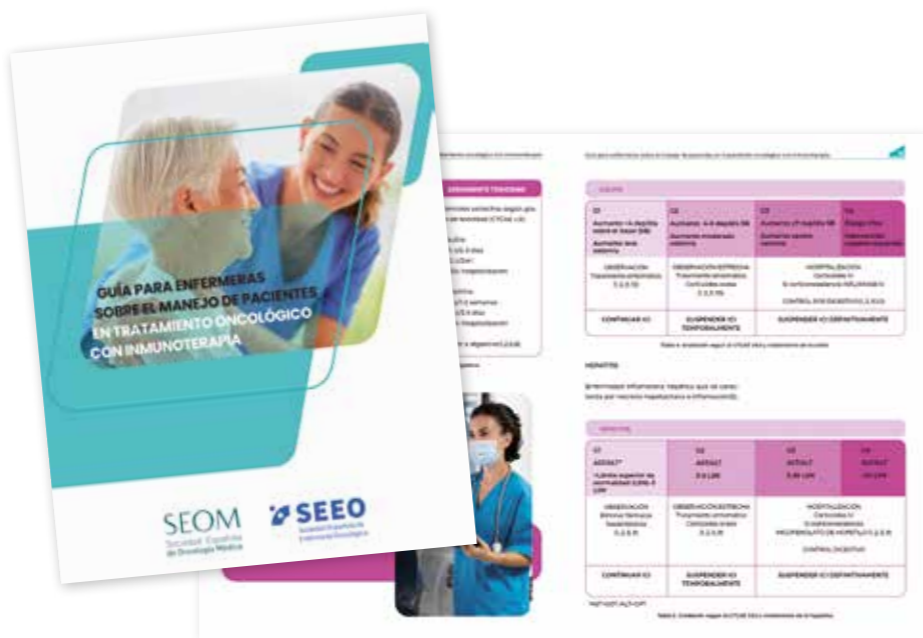
Avances en cáncer de mama



El objetivo es establecer una serie de recomendaciones basadas en la evidencia

SEOM y SEEO elaboran la ‘Guía para Enfermería sobre el manejo de pacientes en tratamiento oncológico con inmunoterapia’

Los doctores **Margarita Majem** y **Eduardo Castañon**, por parte de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y Jorgina Serra, Ana Soria, Antonia Miranda y Nuria López, por parte de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), han elaborado la *Guía para Enfermería sobre el manejo de pacientes en tratamiento oncológico con inmunoterapia* con el objetivo de ser una herramienta útil de recomendaciones para el manejo óptimo de los pacientes que reciben estos tratamientos.



Este documento, desarrollado dentro del Grupo de Trabajo SEOM-SEEO, “nace con el objetivo de ser un documento de consulta y formación para Enfermería; pretende ser un recurso basado en la mejor evidencia disponible que ayude a las enfermeras a enfrentarse al cuidado de los pacientes en tratamiento con ICIs mediante el desarrollo de competencias avanzadas”, subraya la Guía.

La misma especifica que “la inmunoterapia ofrece otra oportunidad para que las enfermeras de Oncología puedan proporcionar una atención integral a los pacientes desarrollando competencias avanzadas cuyo objetivo sea liderar proyectos de investigación basados en la evidencia científica”. Y en esta misma línea, indica que “las enfermeras oncológicas formadas en este campo tienen una labor fundamental en el control de los pacientes tratados con ICIs; son imprescindibles para educar a pacientes y cuidadores, realizar una detección precoz y una monitorización de efectos adversos inmunomediados, derivar a los pacientes a los especialistas necesarios y colaborar

en su seguimiento siendo parte activa de la toma de decisiones necesaria para que este tipo de tratamiento sea lo más eficaz y menos tóxico posible”.

“En las últimas décadas –subraya– el tratamiento oncológico ha avanzado de una manera considerable gracias a la llegada de tratamientos innovadores como es el caso de la inmunoterapia”. Y añade: “Este tipo de medicamento bloquea la señal inhibitoria del sistema inmunitario, de manera que el linfocito T no se inactiva al entrar en contacto con la célula cancerígena y el propio sistema inmunitario del paciente va a eliminar las células cancerígenas. Este cambio en el mecanismo de acción ha supuesto una revolución en el mundo de la Oncología Médica.

Además, hace hincapié en que “la inmunoterapia ha revolucionado el cam-

po de la Oncología, pero no ha desplazado a otros tratamientos como la radioterapia, la quimioterapia, la cirugía o la terapia dirigida. Lo fundamental es que se ha convertido en un pilar más en el tratamiento oncológico; además, de aportar sinergia a cada una de las otras terapias”.

“El perfil de toxicidad es distinto a cualquiera de los tratamientos mencionados anteriormente y esto hace que sea importante conocer su mecanismo de acción. El manejo de las toxicidades pueda resultar complejo y requiere de equipos multidisciplinares para su adecuado control, en los que la enfermera tiene un papel importante”, especifica. ■



Guía

SEOM y SEEO realizan una encuesta para conocer el estado actual de la Enfermería Oncológica

El 68,75% de las enfermeras que administran tratamientos oncológicos tienen formación específica

La mayoría de las enfermeras (el 68,75%) que administran tratamientos oncológicos tienen formación específica. En concreto, un 56,25% son generalistas con cursos específicos en cuidados al paciente oncológico. Y, además, un 12,50% cuenta con formación reglada universitaria en Oncología. Además, el 58,33% realizan investigación propia o en colaboración de los equipos médicos. Así lo pone de manifiesto una encuesta realizada por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) con el objetivo de conocer el estado actual de la Enfermería Oncológica en España que fue presentada en el Congreso SEOM2023.

La mayoría de los hospitales que la han contestado, de un total de 48, son polivalentes de tercer nivel. En concreto, el 58,33%. Y, realizan un tipo de tratamiento polivalente (66,67%). De media se llevan a cabo 13.763 tratamientos. Respecto al nú-

mero de enfermeras en el Hospital de Día en cada turno el promedio es de 4 y cada enfermera es responsable de un promedio de 5,81 puestos de tratamiento. Las plazas de oncólogos médicos de las que dispone el Servicio se encuentra de media entre 11 y 15.

Además del área de tratamiento el 93,75% de las enfermeras realizan otras actividades. El 75% participan en sesiones formativas multidisciplinares. Y, en un 60,42% de los casos esta enfermera tiene autonomía para hacer seguimiento del paciente a lo largo del tratamiento.

Dicho trabajo se encuadra dentro del convenio marco que ambas sociedades mantienen, fruto del cual se constituyó un Grupo de Trabajo Multidisciplinar, para colaborar en la definición de criterios de calidad en áreas comunes de ambas especialidades y en la realización de actividades conjuntas en formación de especialistas, en beneficio del paciente con cáncer.

En concreto en la elaboración de esta encuesta han participado por SEOM la **Dra. Margarita Majem Tarruella**, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona, y el **Dr. Jesús Corral Jaime**, del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. Y, por la SEEO, Dña. Gema González Monterrubio, del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid, y Dña. Jorgina Serra López, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona.

Uno de los siguientes pasos previstos es elaborar recomendaciones desde SEEO-SEOM sobre los nuevos roles de la enfermera oncológica.

Otros trabajos

Cabe destacar que SEOM y SEEO han llevado a cabo otros trabajos previamente como la edición de diferentes materiales divulgativos para pacientes en tratamiento con inmunoterapia, que explican qué es la inmunoterapia, cómo se administra y cuáles son los posibles efectos adversos y principales recomendaciones, de manera práctica y sencilla.

Dichos materiales se realizaron en formato audiovisual y escrito con el objetivo de permitir ampliar y complementar la información facilitada tanto en la consulta de Oncología Médica como en el Hospital de Día. Constituyen, por lo tanto, un recurso imprescindible de información práctica, sencilla y veraz sobre la inmunoterapia para los pacientes con cáncer. ■



Grupo de Trabajo

El Congreso mundial de Cardio-Oncología resaltó el trabajo multidisciplinar para mejorar la supervivencia de los pacientes con cáncer



Expertos reunidos en el Congreso destacaron la necesidad de trabajar de forma conjunta para prevenir efectos secundarios cardiovasculares que las terapias oncológicas pueden desencadenar.

Al menos uno de cada tres pacientes con cáncer desarrolla toxicidad cardiovascular. Esto ha llevado al nacimiento de una nueva disciplina, la Cardio-Oncología, que aborda las necesidades cardiovasculares de los pacientes con cáncer y optimiza su asistencia con un enfoque multidisciplinar. La Sociedad Internacional de Cardio-Oncología (ICOS), la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) organizaron en Madrid el Congreso Mundial de Cardio-Oncología en el que se puso de manifiesto la importancia de la colaboración entre las distintas especialidades médicas.

El **Dr. Javier de Castro**, vicepresidente de SEOM y miembro del Grupo de Trabajo de Cardio-Oncología, explicó en dicho foro que “SEOM, como garante de la atención integral del paciente oncológico, considera muy relevante preservar la salud cardiovascular de

los enfermos con cáncer”. “Para ello, resaltó, el trabajo multidisciplinar junto con cardiólogos y otros especialistas es básico no solo para la prevención de efectos secundarios cardiovasculares que las terapias oncológicas pueden desencadenar sino para favorecer la calidad de vida más allá de la enfermedad oncológica”.

“Por ello, la evaluación individualizada del riesgo antes del inicio de los tratamientos oncológicos es clave, al igual que el seguimiento de los pacientes durante el mismo y una vez se haya superado la enfermedad”, aseguró el Dr. De Castro. En este sentido, continuó explicando: “A medida que el número de pacientes supervivientes al cáncer se va incrementando de forma significativa, gracias a la eficacia de las nuevas terapias oncológicas, es fundamental concienciar a oncólogos y otros especialistas implicados en el cuidado de los pacientes de la necesidad de trabajar para que mantengan la mejor salud cardiovascular y puedan continuar su vida más allá del cáncer con un estado físico óptimo y sin secuelas”.

Para ello, SEOM lleva años trabajando con SEC y otras sociedades científicas para que la atención conjunta multidisciplinar de la salud cardiovascular esté disponible para todos los pacientes, por lo que las labores de divulgación, formación y desarrollo de guías de práctica clínica, reuniones conjuntas de trabajo y realización de proyectos ha sido y sigue siendo fundamental. “La celebración del congreso ICOS en España, destacó el vicepresidente de SEOM, es un hito que demuestra el nivel científico alcanzado por la Cardio-Oncología española y el nivel de colaboración entre los distintos profesionales; prueba de ello, es la presencia de la Oncología Médica en la coordinación del congreso, ponencias y mesas de debate. Reuniones científicas como esta servirán para seguir mejorando la calidad de la atención de los pacientes oncológicos”.

Por su parte la Dra. Teresa López, coordinadora del Grupo de Trabajo de Cardio-Oncología de SEC, apuntó que “la longevidad y calidad de vida de los supervivientes de cáncer ha mejorado drásticamente en los últimos años, debido en gran parte al desarrollo de nuevas opciones terapéuticas contra el cáncer. Esto ha aumentado el número de supervivientes de cáncer, pero también ha incrementado la incidencia y prevalencia de toxicidades relacionadas con los tratamientos antitumorales”. Y añadió: “Tanto es así que las toxicidades cardiovasculares relacionadas con los tratamientos antitumorales se han convertido en un desafío frecuente tanto para los pacientes como para los médicos”.

Como representante de SEHH, el Dr. Raúl Córdoba Mascuñano, miembro de su Junta Directiva, coincidió en resaltar que “es necesario realizar un verdadero abordaje multidisciplinar en todos los pacientes con cáncer, sobre todo en aquellos que serán largos supervivientes, en los que tenemos que cuidar de forma global su salud, tanto antes, durante como una vez finalizado el tratamiento”.

Retos en Cardio-Oncología

La jornada sobre investigación básica y traslacional celebrada en el CNIC fue la primera de estas características que se ha celebrado en Europa y reunió a investigadores de diferentes especialidades que atienden a pacientes con cáncer. La coordinación de estos profesionales permite que los investigadores básicos se centren en temas que son relevantes para mejorar la atención a los pacientes, y que los clínicos tengan acceso a esta información para validar los resultados de la investigación básica.

“En Cardio-Oncología hace falta conocer más en profundidad los mecanismos de toxicidad cardiovascular de los tratamientos antitumorales para desarrollar scores de riesgo y estrategias de prevención personalizadas”, explicó la coordinadora del Grupo de Trabajo de Cardio-Oncología de SEC.

Para poner en valor el simposio, y dar a conocer los aspectos más importantes que se van a tratar durante esta jornada, el Dr. Valentín Fuster, director general del CNIC y editor jefe de JACC, y Bonnie

Ky, editora de *JACC Cardio-Oncology*, así como los ponentes de la jornada, han escrito un artículo que se publicó el pasado 27 de septiembre en *JACC Cardio-Oncology*.

Temas de interés

Entre los temas de interés que se abordaron durante la jornada de investigación y el resto del congreso, destacan la sesión sobre inmunoterapia ligada al proyecto SIR-CVT, un registro puesto en marcha por SEC, SEOM y CNIC; RESILIENCE, proyecto estrella del CNIC, liderado por el Dr. Borja Ibáñez; y una charla sobre cómo las antraciclinas aceleran el envejecimiento celular y, por eso, producen insuficiencia cardíaca. Actualmente, explicó el Dr. Borja Ibáñez, coordinador del proyecto RESILIENCE y director científico del CNIC, “hay dos grandes necesidades clínicas no resueltas en relación con la cardiotoxicidad asociada al uso de antraciclinas: la falta de terapias capaces de prevenir o curar esta condición, y la ausencia de marcadores específicos para identificar el problema en sus primeras etapas”.

“

A medida que el número de pacientes supervivientes al cáncer se va incrementando de forma significativa es fundamental concienciar a oncólogos y otros especialistas de la necesidad de trabajar para que mantengan la mejor salud cardiovascular y puedan continuar su vida más allá del cáncer con un estado físico óptimo y sin secuelas

Además, la Cardio-Oncología no solo se centra en prevenir la toxicidad. Como se repasó en otra de las sesiones más destacadas, hay un aumento creciente en el número de pacientes con enfermedades cardiovasculares que desarrollan cáncer. De ahí que los cardiólogos tengan que organizar sus estrategias de cribado de cáncer y colaborar con Oncología para que, aunque sean pacientes de alto riesgo, puedan beneficiarse de los tratamientos que generalmente se les deniegan por alto riesgo. También se pusieron encima de la mesa las novedades en la patología de la mujer con cáncer y enfermedad cardiovascular, y cómo organizar de forma sostenible el seguimiento de niños y adultos supervivientes de cáncer. ■

Artículo publicado en
JACC Cardio-Oncology



La Cumbre europea de la salud abordó en Murcia los desafíos a los que se enfrenta la Oncología

Atención integral, trabajo en red, equidad y registro de resultados, algunos de los retos en el abordaje del cáncer



De izquierda a derecha: Dr. César A. Rodríguez, Dra. M.ª Isabel Moya, Dr. Andrés Cervantes y Dr. José Luis Alonso.

La estrategia europea contra el cáncer: de lo global a lo local' es el nombre de una de las mesas redondas que tuvo lugar dentro del 'European Health Summit', jornada sanitaria promovida por el Consejo General de Médicos (CGCOM) y el Colegio de Médicos de Murcia, que se celebró el pasado 26 de octubre en Murcia y en la que participó el presidente de SEOM, **Dr. César A. Rodríguez**. En su intervención abordó los retos y desafíos de la Estrategia Europea contra el cáncer, intentando dar respuesta a "si estamos preparados y cuáles son las barreras que vamos a encontrar".

En su opinión, "uno de los aspectos más importantes va a ser una organización asistencial diferente a la que estamos habi-

tuados basada en centros integrales del cáncer, lo que va a suponer un esfuerzo de acreditación y también de trabajo en red combinando el trabajo en equipo de centros de hospitales terciarios con centros más pequeños; en España nos encontramos con un gran desafío porque el modelo asistencial no está tan centralizado en esto, está más basado en hospitales generales, no en centros integrales como existen en otros países".

El Dr. Rodríguez hizo especial hincapié en el trabajo en red para llevar a cabo con éxito este plan, una situación que a su vez "plantea la necesidad de una gobernanza común para apoyar y dar soporte siempre teniendo en cuenta que los pacientes deben estar cerca de esa red, no necesariamente de un cen-

tro sanitario". Y resaltó que "es fundamental que todo esto se haga bajo criterios de equidad para evitar desigualdad y mejorar la agilidad de las decisiones y actuaciones".

En esta misma línea, apuntó que "este modelo también trae consigo implicaciones muy importantes en el desarrollo y diseño de los ensayos clínicos que deben permitir un acceso equitativo a la innovación de toda la población". Un aspecto que también tocó fue la necesidad de implantar nuevos cribados basada en evidencia y la participación de los pacientes en la práctica clínica diaria.

Finalmente subrayó como elemento clave la evaluación y registro de resultados, "algo de lo que hoy no disponemos porque no tenemos buen sistema de recogida de datos; es necesario implementar sistemas que nos permitan obtener resultados de las innovaciones terapéuticas que se van incorporando".

La mesa, que estuvo moderada por la **Dra. M.ª Isabel Moya**, vicepresidenta primera del CGCOM, contó también con la participación del **Dr. Andrés Cervantes**, presidente de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO); Pilar Aparicio, directora general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad; y el **Dr. José Luis Alonso**, jefe de Servicio de Oncología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

La Dra. Moya afirmó que se prevé que el cáncer aumente un 24% hasta 2030, un problema "que no es solo de salud ya que también tiene un gran impacto social y económico porque supone un 10% de todo el gasto sanitario" y resaltó la importancia de la prevención y los cribados porque "el 40% de los cánceres puede prevenirse".

El Dr. Andrés Cervantes, por su parte, puso de relieve la necesidad de "tomar medidas e intentar detener esta pandemia antes de que nos sobrepase". No obstante, destacó que España cuenta con mejores datos que la media de la Unión Europea tanto en incidencia como en mortalidad, lo que indica que se están haciendo relativamente bien las cosas. "Pero -añadió- no debemos perder de vista que el 11% de los casos que se detectan en Europa, serán españoles".

Respecto a los retos y necesidades para afrontar el cáncer, señaló como prioritarias las acciones en prevención y diagnóstico precoz porque van a ser determinantes, así como lo será la investigación para comprender mejor la enfermedad y sus factores de

riesgo a través del acceso al diagnóstico molecular, el desarrollo de herramientas de Inteligencia Artificial, la gestión de las grandes bases de datos sanitarios o el desarrollo de medicamentos.

También alertó sobre la importancia de tomar medidas en cuestiones concretas, como por ejemplo, la contaminación del aire. De hecho, puso encima de la mesa el aumento de cáncer de pulmón en mujeres no fumadoras mayores de 60 años y aseguró que "hay que tomar medidas para reducir la polución, que son claramente preventivas".

Otros de los grandes ejes del Plan Europeo que resaltó son la mejora de las pruebas diagnósticas y los tratamientos, así como la promoción del cuidado y calidad de vida tanto de los pacientes como de los cuidadores, especialmente en el caso de los largos supervivientes. "El Plan Europa contra el cáncer -resumió- aborda de una manera amplia, 360 grados, todos los aspectos relacionados con la enfermedad, conocerla mejor; y de ahí deriva un plan de acción de investigación, hacer prevención y diagnóstico precoz, mejores tratamientos y tecnologías para el diagnóstico y apoyo a los pacientes y familiares subrayando la importancia de los largos supervivientes".

Por su parte el Dr. José Luis Alonso resaltó la potencia del Plan Europeo Contra el Cáncer, pero puso de manifiesto la desconexión que existe entre lo que ofrece y consigue la Medicina en el cáncer y lo que la sociedad ofrece a los largos supervivientes: "Hay que reforzar los servicios sociales y todo lo que rodea al sistema sanitario", aseguró.

Asimismo, hizo hincapié en la necesidad de contar en los próximos años con más especialistas en Oncología. "En 20 años hay que duplicar el número de oncólogos, necesitaremos unos 3.500 y ahora tenemos 1.500". En este sentido, también apuntó la importancia de que otros especialistas no oncólogos le den más prioridad al cáncer, reforzando el abordaje multidisciplinar que redundaría en la mejora del sistema y la atención a los pacientes. La Oncología hoy está muy descentralizada, es necesario el trabajo en red".

En su intervención la directora general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad explicó la estrategia para el despliegue en España del Plan Europeo Contra el Cáncer, un plan "que está dotado con 4.000 millones de euros y que se conecta con otras grandes iniciativas en Europa como el programa Horizon y el plan #Eu4Health". Destacó que este plan gira en torno a ejes de actuación prioritarios como son la mejora de la calidad de vida de los pacientes, la detección precoz, la mejora del diagnóstico y tratamiento integral y prevención. ■

“

Uno de los aspectos más importantes va a ser una organización asistencial diferente a la que estamos habituados basada en centros integrales del cáncer

El presidente de SEOM intervino en el ciclo Impacto en España de la Estrategia Farmacéutica Europea

Dr. César A. Rodríguez: “Es esencial que el acceso a fármacos sea ágil y priorizar la evaluación clínica”



De izq. a dcha. Roberto Saldaña, José María López, Iciar Sanz de Madrid, Antonio Blázquez y el Dr. César A. Rodríguez.

El **Dr. César A. Rodríguez**, presidente de SEOM, participó hace unos días en el cuarto coloquio del ciclo ‘Impacto en España de la Estrategia Farmacéutica Europea’ (EFE), encuentro, organizado por Diario Farma, que contó también con la participación de Antonio Blázquez, jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS); Roberto Saldaña, director de Innovación y Participación Ciudadana de EUPATI; e Iciar Sanz de Madrid, directora del Departamento Internacional de Farmaindustria.

José María López Alemany, director de Diariefarma, introdujo el debate comentando que “la Comisión Europea ha identificado un problema de acceso a los medicamentos que representan una innovación terapéutica relevante; dado que dicho problema es transversal y ampliamente generalizado, la Comisión considera que puede intervenir para resolverlo”. Y añadió: “Sin embargo, es importante destacar que este desafío se manifiesta de maneras diferentes y afecta de forma distinta a cada país. En algunos, como Espa-

ña, se solicita la comercialización de una gran mayoría de los medicamentos aprobados; sin embargo, existe un problema con los plazos de comercialización”.

“

El sistema debe ser sostenible pero vamos a ver qué es imprescindible o cubre necesidades que no están bien cubiertas y no centrarnos sólo en factores puramente economicistas

En su intervención el presidente de SEOM aseguró que “en el centro de todo está el paciente y el que lidia con él, en el día a día, es el profesional sanitario y entendemos que la filosofía continúa siendo promover el mejor acceso, que sea lo más amplio posible a las indicaciones aprobadas que hayan demostrado resultados en

salud y de la forma más equitativa posible” aunque mostró su preocupación por el hecho de que “la industria pueda verse perjudicada y, en consecuencia, esto también afecte a la innovación”.

El Dr. Rodríguez aseguró que, para los profesionales, es esencial que el acceso sea “más fácil y ágil, que se acorten los tiempos de aprobación y el precio del reembolso, que el número de fármacos sea mayor y, sobre todo, la priorización en la evaluación, ya que no todas las innovaciones tienen el mismo valor”. Además, señaló que no se debe olvidar que el sistema debe ser sostenible “pero vamos a ver qué es imprescindible o cubre necesidades que no están bien cubiertas y no centrarnos sólo en factores puramente economicistas”, añadió. La decisión de incorporar nuevas terapias “no se debe basar solo en el coste, sino también en el valor y si contribuyen a mejorar la calidad asistencial”, señaló. Consideró asimismo fundamental contar con información transparente sobre los procedimientos y los resultados, lo que permitirá evaluar si “se está haciendo bien”. ■

La Dra. García Campelo ha intervenido en una mesa sobre 'Salud con perspectiva: abordaje diferencial en el paciente externo'

Diferencias en el abordaje de los pacientes con cáncer, en el 68.º Congreso de la SEFH



La Dra. Rosario García Campelo durante su intervención.

La **Dra. Rosario García Campelo**, miembro de la Comisión SEOM Mujeres en Oncología, ha participado en el 68.º Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), celebrado en Bilbao, en

la mesa *Salud con perspectiva: abordaje diferencial en el paciente externo* en la que ha recordado que el sexo y el género hacen que la respuesta a los tratamientos sea diferente, afecta al diagnóstico, a la do-

sificación... Por lo tanto, el sexo ha de ser un factor de estratificación en los ensayos clínicos. Así, ha subrayado las diferencias en toxicidad/eficacia, en acceso y resultado de cribados CCR, en la atención transgénero y en cáncer de pulmón.

En dicha mesa, moderada por Olga Delgado Sánchez, presidenta de SEFH y jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Espases, de Baleares, también han participado Gabriel Mercadal Orfila, adjunto del Servicio de Farmacia del Hospital Mateu Orfila, de Baleares, y Ana Juanes Borrego, farmacéutica adjunta del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, de Barcelona. ■

La Dra. Echavarría recuerda la necesidad de avanzar en el diagnóstico precoz del cáncer

La investigación y las nuevas tecnologías están llevando al cáncer a las puertas de una era de cambio. La medicina molecular, la inteligencia artificial o los anticuerpos conjugados son algunos de los nuevos conceptos que han llegado para quedarse y que cada día nos irán pareciendo más familiares. Todos ellos serán necesarios en un escenario en el que parece que la incidencia del cáncer no hace más que crecer y, además, en pacientes más jóvenes de lo habitual.

El estilo de vida occidental o la mejora en el diagnóstico del cáncer son algunas de las causas a las que han apuntado los expertos que han participado en la última mesa redonda de la segunda jornada del *IV Simposio del Observatorio de la Sanidad*, de El Español.



Dr. José Ángel García Sáenz (GEICAM), Ania Zubeldía (Daiichi Sankyo), José Andrés Gómez (El Español), Dr. Antonio Cubillo, Dr. Luis Madero y Dra. Isabel Echavarría.

En su turno de palabra, la **Dra. Isabel Echavarría**, secretaria científica de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y oncóloga médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, ha explicado que hasta una de cada tres muertes por cáncer se debe a factores de riesgo que son evitables. Por esta

razón, aunque los hábitos de vida saludable son viejos conocidos, ocuparán también un papel importante en el futuro de la prevención del cáncer. "Queda mucho por hacer, pero debemos avanzar en diagnósticos precoz. Por ejemplo, incorporar un cribado del cáncer de pulmón que ha demostrado salvar vidas", asegura. ■

SEOM participa en el XV Congreso de Educación Médica del CEMM

Comunicación, liderazgo e inteligencia emocional para mejorar la formación de los estudiantes de Medicina

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) asistió al XV Congreso de Educación Médica del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), que se celebró en Córdoba entre el 7 y el 9 de septiembre.

El Dr. Domingo A. Sánchez, miembro de la Sección +MIR de SEOM y oncólogo médico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, impartió como representante de la Sociedad un taller práctico sobre comunicación afectiva y efectiva como herramienta clave para la Medicina.

Una de las ideas que el Dr. Sánchez trasladó a los estudiantes de Medicina es la

del oncólogo médico como líder en el seguimiento y la comunicación con el paciente oncológico, así como la importancia de la comunicación afectiva. “El médico del futuro requiere de habilidades básicas que son el día a día del ejercicio

de la Oncología: habilidades comunicativas e inteligencia emocional”, dijo e insistió en la comunicación, el liderazgo y la inteligencia emocional para mejorar la formación de los estudiantes de Medicina en nuestro país. ■



El Dr. Sánchez, en el taller práctico sobre comunicación afectiva y efectiva.

La Dra. Pacheco y la Dra. Obispo participan en el XLI Congreso del CNEM

SEOM transmite a los estudiantes la importancia de la Oncología Médica como especialidad del presente y del futuro

SEOM ha participado en el XLI Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, celebrado el pasado 25 de octubre en Alicante organizado por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). La **Dra. Berta Obispo**, oncóloga médico del Hospital Infanta Leonor, y la **Dra. Vilma Pacheco**, oncóloga médico del Hospital de Torrejón, ambas miembros de la Sección +MIR de SEOM, fueron las representantes de la Sociedad.

La Dra. Obispo transmitió a los estudiantes la importancia de la Oncología Médica como especialidad del presente y del futuro, explicando el cambio de paradigma de los últimos años que está transformando la historia natural de la enfermedad. Asimismo, les trasladó qué es ser oncólogo y los motivos por los que escoger la especialidad ha-



Dra. Obispo.

Dra. Pacheco.

ejemplo de ganas de vivir y de ayudar a los demás.

Por su parte, la Dra. Pacheco expuso un caso clínico de paciente con melanoma metastásico largo superviviente en respuesta completa durante cinco años gracias a los avances de dianas moleculares y la Medicina de Precisión. En la parte clínica de la especialidad, la Dra. Pacheco habló de la importancia de la relación médico-paciente y de una adecuada formación en habilidades de comunicación dando algunos tips prácticos para su ejercicio como médicos.

En el taller, las doctoras Obispo y Pacheco, por último, destacaron la importancia del desarrollo profesional, cómo es y en qué consiste la Residencia en Oncología Médica y la manera de cultivar el talento. ■



OBITUARIO Dr. Manuel Ramos

Nacido en A Coruña en 1958, llegó a las instalaciones de esta fundación benéfico-privada, el Centro Oncológico de Galicia (COG), en el año 1983 para cursar su especialidad y ya no se fue. Trabajó hasta hace unas pocas semanas cuando la enfermedad a la que tanto esfuerzo dedicó le impidió seguir prestando un ejercicio profesional con el que se volcó en todos sus campos, de la asistencia a la Administración sin dejar de lado la investigación, durante cuatro décadas.

Fue miembro destacado dentro de la Oncología gallega y nacional, así como de las sociedades europeas y americanas. Participó en la Sociedad Oncológica de Galicia donde ocupó la Presidencia durante un mandato. También fue miembro de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) desde 1998,

del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) desde 1999 y académico de la Real Academia Gallega de Medicina y Cirugía desde 2007.

Ocupó la jefatura del Servicio de Oncología Médica, fue también subdirector y en 2009 accedió a la Dirección Médica, cargo que compatibilizó sin dejar de ver a sus pacientes. En el año 2015 fue nombrado director gerente de la institución.

Manuel Ramos vivió en primera línea e impulsó algunos de los avances y desarrollos más destacados del Centro Oncológico de Galicia de los últimos 40 años. Durante este tiempo se instaló el primer acelerador de Galicia en el centro y se han ido incorporando nuevos equipamientos y prestaciones para los pacientes oncológicos.

Investigador muy activo en los ensayos de cáncer de mama dentro del Grupo GEICAM, fue autor de numerosas publicaciones de alto impacto, que se han traducido en avances de tratamiento de los que se han beneficiado las pacientes en los últimos años.

Pero, ante todo, Manolo fue un AMIGO, con gran generosidad con los compañeros, ofreciéndonos siempre oportunidades de crecimiento profesional y personal. Tenía también una enorme capacidad de escucha y facilidad para entender a las personas. Era generador de confianza y serenidad a su alrededor tanto para los trabajábamos con él como para los pacientes.

Gracias, Manolo, por habernos permitido trabajar a tu lado durante estos años. Nos sentimos huérfanos desde que nos dejaste. Sigues y seguirás presente en nuestro día a día. ■

Dra. Margarita Amenedo
Jefa de Servicio de Oncología Médica
del Centro Oncológico de Galicia

Avales Científicos

EVENTOS CIENTÍFICOS

III Jornada Multidisciplinaria de Cáncer de Mama. Experiencia desde ambos lados

Madrid, 3 de octubre de 2023
Coordinadores: Dr. José Ángel García Sáenz y Dr. Manuel Ruiz Borrego

2nd UC SYNERGY: Networking Portugal and Spain

Madrid, 21 de octubre de 2023
Coordinadora: Dra. Aránzazu González del Alba Baamonde

IV Edición debates sobre inmunoterapia en cáncer de pulmón

Madrid, 30 de octubre de 2023
Coordinadora: Dra. Gema García Ledo

IV Jornada de revisión del Congreso Europeo de Oncología

2 de noviembre de 2023
Coordinadoras: Dra. M^a José Méndez Vidal, Dra. Begoña Pérez Valderrama y Dra. Aránzazu González del Alba Baamonde

5th Oncology Quality Care Symposium

Madrid, 2 y 3 de noviembre de 2023
Coordinador: Dr. Jesús García-Foncillas López

Lo mejor de ESMO

7 y 8 de noviembre de 2023
Coordinadores: Dra. Pilar García Alfonso, Dr. Alfredo Carrato Mena y Dr. Rafael López López

Mama 360: Un enfoque completo

Valencia, 8 y 9 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Ana Santaballa Bertrán

VIII Curso GEM de formación en cuestiones prácticas en el abordaje de melanoma y tumores cutáneos

Alcalá de Henares, 10 y 11 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Ainara Soria Rivas

Tratamiento Multidisciplinar del Cáncer de Esófago y de la Unión en estadio localizado

14 de noviembre de 2023
Coordinadora: D.^a Rebeca Noriega Díaz

Oncodebates 2023

Madrid, 16 de noviembre de 2023
Coordinadoras: Dra. Cristina Saura Manich y Dra. María Vidal Losada

Gestión del Paciente Oncológico – Lazos entre Hospital y AP

Madrid, 16 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Pilar García Alfonso

XIX Symposium GETNE 2023

Barcelona, 16 y 17 de noviembre de 2023
Coordinador: Dr. Jaume Capdevila Castillón

Envision Summit 2023

Madrid, 17 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Mafalda Oliveira

XV Symposium Geino

Barcelona, 20 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Estela Pineda Losada

2nd European Summit Action 2023 Agnostic Tumor in Oncology

Málaga, 21 de noviembre de 2023
Coordinador: Dr. Jesús García-Foncillas López

Jornada Juntas contra el cáncer

Coordinadores: Dr. Antonio Cubillo Gracián, Dra. Eva Ciruelos Gil, Dr. Joan Albanell Mestres y Dra. Teresa Curiel García

360 grados + 1: Factores de riesgo modificables y cáncer. ¡Tú también puedes!

Coordinadora: Dra. Elena Aguirre Ortega

12.º Foro de Cáncer de Mama para Pacientes

Coordinadora: Dra. Ana Casas Fernández de Tejerina

18as Jornadas Hitos Oncológicos

Madrid, 22 y 23 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Pilar García Alfonso

Cuidados Continuos en el Paciente Oncológico

Del 25 al 23 de noviembre de 2023
Coordinadores: Dr. Pedro Pérez Segura y Dra. Carmen Beato

Reuniones locales GETNE Noroeste. La Oncología de precisión dentro del manejo multidisciplinar del cáncer de tiroides

28 de noviembre de 2023
Coordinadora: Dra. Paula Jiménez Fonseca

I Workshop Learning Genomics

Valencia, 30 de noviembre de 2023
Coordinador: Dr. Pedro Pérez Segura

VII Jornada de sarcomas 2023

Madrid, 11 de diciembre de 2023
Coordinadora: Dra. Gloria Marquina Ospina

ACTIVIDADES ON-LINE Curso de adyuvancia sistémica en Oncología

Coordinador: Dr. Rodrigo Sánchez Bayona

Avances de impacto en cáncer de cabeza y cuello

Coordinador: Dr. Alberto Carral Maseda

ACTIVIDADES ON-LINE Hablemos de tiempo. Hablemos de próstata

Coordinadora: María Calvo Moa

BECAS

Carrera de las Ciudades contra el cáncer de páncreas/Beca Carmen Delgado/Miguel Pérez Mateo

Coordinadora: D.^a Cristina Sandín García

Avances en el tratamiento del cáncer de páncreas localmente avanzado



Dr. Ignacio Juez Oncología Médica

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

¿Cuáles son sus criterios de selección de pacientes para tratar con Oncosil?

Al participar en el registro observacional OSPREY y el estudio TRIPP-FFX los criterios son los mismos. Es decir, pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado irreseccable con tumores < de 7 cm y volumen de hasta 110 cc, ECOG adecuado y candidatos a recibir QT bien Gem.NAbPaclitaxel (OSPREY) o FOLFIRINOX (TRIPP-FFX).

¿Cómo combina el tratamiento de quimioterapia con Oncosil? ¿Necesita interrumpir temporalmente la quimioterapia o integra el tratamiento con Oncosil en los ciclos normales de quimioterapia?

El tratamiento de quimioterapia no se interrumpe, realizándose el tratamiento con Oncosil en la semana de descanso de Gem. Nabpaclitaxel o tras segundo ciclo de FOLFIRINOX.

¿Ha observado algún efecto adverso atribuible a Oncosil o al procedimiento de implantación? En caso afirmativo, ¿fue alguno de estos efectos adversos considerado grave?

Una de las grandes ventajas de Oncosil es la excelente tolerancia al mismo. En nuestros pacientes, no hemos evidenciado NINGÚN



Dr. Fernando Pereira

Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Bajo su perspectiva de cirujano, ¿cuáles son los beneficios de tratar con Oncosil a los pacientes con cáncer de páncreas?

Parece que produce respuestas objetivas morfológicas por técnicas de imagen (no solo metabólicas o por marcadores) con reducción de volumen del tumor, aspecto enormemente interesante para plantear un hipotético rescate quirúrgico, que no se detectan prácticamente nunca tras radioterapia externa.

efecto secundario grave y salvo ligeras molestias abdominales propias del procedimiento, no hemos tenido ningún efecto secundario atribuible a Oncosil. En estos pacientes donde la calidad de vida supone un objetivo tan importante, esto es algo muy relevante.

Desde su perspectiva como oncólogo, ¿cuáles son los beneficios de tratar con Oncosil a los pacientes de cáncer de páncreas?

El cáncer de páncreas es una enfermedad donde necesitamos mejorar nuestras armas terapéuticas para conseguir mejorar los objetivos de calidad de vida y supervivencia. El 30 % de los pacientes van a ser diagnosticados de forma localmente avanzada y en global un 30% de los pacientes con cáncer de páncreas van a fallecer por problemas locoregionales.

El tratamiento de los pacientes localmente avanzados requiere investigación. El papel de la Radioterapia es controvertido en este subgrupo de pacientes. En este contexto, la posibilidad de utilizar un tratamiento local que se tolera de forma excelente, que requiere un único día de tratamiento y administración de quimioterapia "intensa" sin interrupciones, es sin duda alguna una opción muy interesante a valorar. Si además de mejorar el control local, se obtiene una tasa de resección en torno a 23% en los estudios realizados, pudiendo intervenir a pacientes (conversión) y con ello aumentar la supervivencia, creo que estamos ante una opción de tratamiento beneficiosa para nuestros pacientes en el doble objetivo de calidad de vida y supervivencia.

¿Ha observado alguna diferencia en la resección de pacientes después del tratamiento con Oncosil en comparación con aquellos tratados con radioterapia convencional?

Nuestra experiencia se limita a 4 pacientes que han completado el tratamiento, en dos de los cuales intentamos la resección quirúrgica tras obtener respuesta parcial.

En uno de los casos la resecabilidad ya era muy dudosa de antemano, y la resección no fue posible. En el otro paciente realizamos una pancreatoduodenectomía con anastomosis pancreatogástrica y está sin evidencia de recidiva a los 14 meses de la cirugía.

De cualquier forma, sí hemos observado una muy alta tasa de control local en todos los pacientes tratados.

Apoyo Institucional

EVENTOS CIENTÍFICOS

360 grados en cáncer de mama. Módulo V

Coordinadora: Dra. Elena Aguirre Ortega

VIII Jornada NETs "Nuestra calidad de vida, un valor al alza"

Coordinadora: D.^a Blanca Guarás González

Los días más rosas

Coordinadora: D.^a Begoña Barragán García





Vejiga, pulmón, mama, colon, cérvix y tiroides protagonizan los highlights de ESMO'23

El Congreso ESMO 2023, que organizó la Sociedad Europea de Oncología Médica entre el 20 y el 24 de octubre en Madrid, reunió a más de 33.000 participantes, y ha sido de nuevo el escenario para la presentación de importantes estudios que cambiarán el manejo de los pacientes con cáncer.

Un año más, en el Congreso ESMO 2023 se han comunicado avances significativos con las terapias dirigidas, combinaciones de quimioterapia e inmunoterapia y nuevos conjugado anticuerpo-fármaco. No hay duda de que la Oncología Médica española se encuentra a la vanguardia de la especialidad con una gran actividad investigadora reflejada en este congreso.

En **cáncer de pulmón** destacan los estudios presentados en la sesión Presidencial, como el estudio ALINA, que evidenció un beneficio muy significativo en SLE y SLE a nivel de SNC con alectinib adyuvante frente a la quimioterapia en el tratamiento adyuvante del carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) localizado con mutación en ALK. Se presentaron también los resultados

del estudio LIBRETTO-431, que objetivó un importante beneficio con selpercatinib en comparación con la quimioterapia en CNMP avanzado con fusión de RET. Por otro lado, el estudio PAPILLON evidenció la superioridad en SLP de la combinación de quimioterapia y amivantamab frente a la quimioterapia en primera línea de tratamiento en CNMP con la inserción del exón 20 en EGFR. Por último, se presentaron en la Presidencial los resultados del estudio TROPION-Lung01 en el que se objetivó un beneficio con datopotamab-deruxtecan frente a docetaxel en CNMP avanzado pretratado. Se presentaron, asimismo, los resultados del estudio MARIPOSA y MARIPOSA-2 que evidenciaron un beneficio con amivantamab con o sin lazertinib y quimioterapia en CNMP avanzado con mutación en EGFR, tanto frente a osimertinib como tras la progresión a este fármaco.

El **Dr. Luis Paz-Ares**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, presentó los resultados del estudio DeLLphi-301 en el que se objetivó la actividad de tarlatamab en cáncer de pulmón microcítico avanzado y el estudio TROPION-Lung05 con datopotamab-deruxtecan. El **Dr. Antonio Cailles**, oncólogo médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, presentó los resultados del estudio LUPER con lurbinectedina y pembrolizumab en CMP avanzado; el **Dr. Enric Carcereny**, oncólogo médico del Institut Català d'Oncologia (ICO)-Badalona, el estudio TACTI-002 con eftilagimod Alpha; y el **Dr. Mariano Provencio**, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid, la actualización de resultados del estudio CheckMate 816.

Con respecto a los **tumores urológicos**, muy destacados en este ESMO 2023, en la sesión Presidencial se presentaron los resultados del estudio EV-302, en el que la combinación de enfortumab vedotin junto con pembrolizumab dobla la SLE y SG frente a la quimioterapia estándar en 1.ª línea de tratamiento del carcinoma urotelial de vejiga avanzado. En este mismo escenario, la adición de nivolumab a la quimioterapia estándar se asoció con un beneficio en SLE y SG. En **cáncer de próstata** destaca el estudio PSMAfore que evidenció un beneficio con lutecio en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración sin taxanos previos.

En **cáncer de mama**, cabe destacar la presentación de los estudios KEYNOTE-756 y CheckMate 7FL, en los que se evidencia un beneficio en respuestas patológicas con la combinación de inmunoterapia y quimioterapia en cáncer de mama luminal de alto riesgo. En la sesión Presidencial se presentaron los resultados del estudio TROPION-Breast01, con un beneficio en SLP con datopotamab deruxtecan frente a la quimioterapia en pacientes con CM luminal avanzado pre-tratado. Destaca, asimismo, la presentación por el **Dr. Tomás Pascual**, oncólogo médico del Hospital Clínic de Barcelona, del estudio HOPE, un estudio promovido por pacientes para la realización de análisis molecular en cáncer de mama avanzado.

En **cáncer de colon avanzado**, se presentaron en la Presidencial los resultados del estudio CodeBREAK 300 que objetivó un beneficio con la combinación de sotorasib y panitumumab frente al estándar de tratamiento. En **cáncer gástrico** o de la unión gastroesofágica se objetiva un beneficio con la combinación de durvalumab a la quimioterapia neoadyuvante en tasa de pCR. Destaca también el estudio SANO, que objetiva la no-inferioridad de la vigilancia estrecha tras la quimio-radioterapia neoadyuvante en cáncer de esófago frente a la cirugía.

Los investigadores españoles de nuevo tuvieron una gran presencia en este Congreso, con la presentación por la **Dra. Pilar García Alfonso**, jefa de Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, del estudio AFEMA con FOLFIRI-aflibercept en población anciana con cáncer de colon.

En **tumores de vía biliar**, la **Dra. Ángela Lamarca**, oncóloga médico del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, presentó un análisis post-hoc de los estudios ABC-01, 02 y 03. En **tumores neuroendocrinos**, el **Dr. Jaume Capdevilla**, oncólogo médico del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, presentó los datos del estudio CABATEN / GETNE-T1914 con cabozantinib y atezolizumab. La **Dra. Valentina Gambarde-lla**, oncóloga médico del Hospital Clínico Universitario de Valencia, presentó los resultados del estudio fase 1 con BI 764532 en pacientes con tumores DLL3-positivo.

En **tumores ginecológicos**, se han presentado numerosos avances en **cáncer de cérvix**, entre los que destaca el resultado del estudio INTERLACE, en el que se objetivó un beneficio con la quimioterapia de inducción seguida de quimio-radioterapia frente a la QT-RT en cáncer de cérvix, postulándose como un nuevo estándar de tratamiento en esta enfermedad. También en sesión Presidencial se presentaron los resultados del estudio InovaTV 301, que objetivó un beneficio con tisotumab vedotin frente a quimioterapia en cáncer de cérvix avanzado pretratado. Por otro lado, cabe señalar los resultados del estudio KEYNOTE-A18 en el que se evidencia un beneficio con pembrolizumab junto con la quimio-radioterapia en carcinoma de cérvix localmente avanzado de alto riesgo.

En **carcinoma de endometrio**, destaca el beneficio con atezolizumab junto con la quimioterapia en primera línea de tratamiento. En **cáncer de ovario**, el **Dr. Antonio González**, jefe de Servicio de Oncología Médica de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid, presentó los resultados del estudio ANITA, en el que no se objetiva un beneficio con atezolizumab junto con la quimioterapia seguido de niraparib.

El **cáncer de tiroides** se cuela en la sesión Presidencial, con la presentación del estudio LIBRETTTO-531, en el que se objetivó un beneficio significativo con selpercartinib en carcinoma

medular de tiroides. El **Dr. Alejandro García Álvarez**, oncólogo médico del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, presentó un estudio con xenographs de pacientes con carcinoma de tiroides con alteración en RET.

En la sesión de **tumores del Sistema Nervioso Central (SNC)**, la **Dra. María Vieito**, oncóloga médico del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, presentó la actualización de resultados del estudio que evaluó la combinación de trotaresib, temozolamida y radioterapia en pacientes con glioblastoma. Además, la **Dra. María Ángeles Vaz**, oncóloga médico del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, presentó los resultados del estudio GEINO1602, que evaluó la combinación de glasdegib, temozolamida y radioterapia. Por otro lado, el **Dr. Oriol Mirallas**, oncólogo médico del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, presentó un estudio de vida real de caracterización clínica y genómica en pacientes con glioma.

Además, el **Dr. Víctor Moreno**, oncólogo médico del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, presentó el estudio SURPASS con terapia celular T con o sin nivolumab en tumores sólidos.

Participación española

Sin duda, ha sido un Congreso ESMO muy satisfactorio, con grandes avances presentados y una participación española notable, tanto en la presentación de sus estudios como en las sesiones educativas o como discusores en muchas de las sesiones más importantes, poniendo de manifiesto una vez más el nivel y el gran prestigio de la Oncología española a nivel internacional. A continuación, reproducimos un resumen de las comunicaciones orales y pósteres presentados por los Grupos Cooperativos de Investigación:



GEICAM estuvo presente en ESMO'23 con un póster de un estudio propio de título *Body Mass Index as a predictive factor for efficacy of taxane-based chemotherapy in early breast cancer patients*, que reveló que en pacientes con cáncer de mama inicial tratados con taxanos, el índice de masa corporal (IMC) es un factor pronóstico, es decir, a mayor IMC, más desfavorable es el pronóstico de estas personas. Por otro lado, indicó menor eficacia del taxano docetaxel en los pacientes con cáncer de mama temprano y mayor IMC, en comparación con las personas con IMC normal, no sucediendo lo mismo con paclitaxel. Esto podría deberse a la distribución en el tejido adiposo, que hace que sea más tóxico y no logre el resultado

esperado en personas de mayor IMC, hipótesis que debe confirmarse en sucesivos análisis con otras series para poder sugerir que paclitaxel (y no docetaxel) pudiera ser el taxano de elección cuando tratemos a pacientes con mayor IMC.

El trabajo, presentado en el Congreso por el **Dr. José Ángel García Sáenz**, miembro de la Junta Directiva de GEICAM y uno de los autores del análisis, se basó en una muestra de 13.500 pacientes, analizados de manera individual, de siete estudios de GEICAM y del Translational Research In Oncology (TRIO), con el objetivo de estudiar el impacto que puede tener la adherencia de estos medicamentos al tejido adiposo en la eficacia del tratamiento.

Estudio



Durante el Congreso se presentaron como comunicación oral los resultados de un análisis de subgrupos del estudio NATALEE, un ensayo clínico fase III promovido por Novartis y liderado por el *Translational Research In Oncology* (TRIO). NATALEE evalúa la combinación del inhibidor de CDK4/6 ribociclib más terapia endocrina estándar en pacientes con cáncer de mama precoz con receptores hormonales positivos y HER2 negativo (RH+/HER2-), el subtipo tumoral más frecuente. El Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama, coordinador del estudio en España, contribuyó al mismo con la inclusión de 761 pacientes de 47 hospitales españoles de 12 comunidades autónomas, lo que sitúa a nuestro país como el segundo que más pacientes aportó tras Estados Unidos. Los resultados de este nuevo análisis presentados en el Congreso de ESMO 2023 confirman el beneficio estadísticamente significativo en la supervivencia libre de enfermedad invasiva para los pacientes con enfermedad localizada HR+/HER2- en estadio II y III que ya arrojó el primer análisis.

Análisis de subgrupos del estudio NATALEE



La segunda comunicación oral de estudios con participación de GEICAM presentada en el Congreso europeo analizó el impacto en la supervivencia de pacientes con cáncer de mama precoz incluidos en los estudios BCIRG-001 y BCIRG-005. Los resultados del análisis indican que tanto la obesidad severa al inicio del tratamiento con quimioterapia adyuvante como una pérdida del IMC superior al 10% durante el tratamiento se asocian a una peor supervivencia. Además, el papel pronóstico del IMC podría diferir entre los grupos de pacientes tratados con docetaxel de aquellos no tratados con docetaxel.

Comunicación oral



ESMO ha sido un Congreso que ha puesto de manifiesto el gran prestigio de la Oncología española.

Por último, se presentaron los siguientes tres pósteres Trial in Progress de estudios con participación de GEICAM: *Phase III study to evaluate the efficacy and safety of GLSI-100 (GP2 + GM-CSF) in breast cancer patients with residual disease or high-risk PCR after both neo-adjuvant and postoperative adjuvant anti-HER2 therapy, Flamingo-01*; *A phase 3 randomised open-label study of extended adjuvant therapy with camizetrant vs standard endocrine therapy (ET) in patients with ER+/HER2- early breast cancer (BC) and an intermediate or high risk of recurrence (CAMBRIA-1)* y *EORTC BCG 1984 – NOBLE – Neoadjuvant Olaparib and Durvalumab for patients with BRCA-associated Triple Negative Breast Cancer*.

Phase III study to evaluate the efficacy and safety of GLSI-100 (GP2 + GM-CSF) in breast cancer patients with residual disease or high-risk PCR after both neo-adjuvant and postoperative adjuvant anti-HER2 therapy, Flamingo-01.



A phase 3 randomised open-label study of extended adjuvant therapy with camizetrant vs standard endocrine therapy (ET) in patients with ER+/HER2- early breast cancer (BC) and an intermediate or high risk of recurrence (CAMBRIA-1).



EORTC BCG 1984 – NOBLE – Neoadjuvant Olaparib and Durvalumab for patients with BRCA-associated Triple Negative Breast Cancer.



GEINO presentó en ESMO'23:

■ **Mini-oral: Dra. Vieito.** *Real-world clinical and genomic characterization of gliomas: predictive and prognostic insights.* Autores: Oriol Mirallas, Gabriel Velilla, Fiorella Ruiz-Pace, Jesús Yaringaño, Teresa Gorria, Diego Gómez-Puerto, Alvaro Martínez-Monino, Daniel López-Valbuena, María Angeles Vaz, Ainhoa Hernández, María Aguados, Kira Raskina, Macarena Gonzalez, María Martínez, Joan Carles, Carmen Balaña, Rodrigo Dienstmann, Estela Pineda, Juan Manuel Sepúlveda, María Vieito.

■ **Póster: Dra. Vieito.** *Single-center retrospective analysis of patients with brain metastases included in early phase clinical trials.* Autores: G Pretelli, K Rojas, G Alonso, J Lostes, A

Hernando-Calvo, V Galvao, A Oberoi, B Ortega, O Saavedra, J Ginard, C Saura, E Elez, C Ortiz, E Muñoz-Couselo, I Braña, A Callejo, J Carles, E Felip, E Garralda, M Vieito.

■ **Presentación oral: Dra. Vaz.** *Glasdegib in Combination with Temozolomide and Radiotherapy in Patients with Newly Diagnosed Glioblastoma: Phase Ib/II GEINO 1602 trial.* Autores: María Ángeles Vaz, Sonia del Barco, Juan Manuel Sepúlveda, Miriam Alonso, Estela Pineda, Carmen Balana, María Martínez-García, Regina Gironés.



La **Dra. Claudia Valverde** participó el 24 de octubre en la sesión *Scientific Congress Highlights 2* presentando los datos más relevantes sobre sarcomas y el 22 de octubre realizó la presentación *A medical oncologists perspective* en la mesa debate sobre el manejo de los sarcomas retroperitoneales. La **Dra. Nadia Hindi** co-moderó el 21 de octubre la mesa sobre presentaciones miniorales en sarcomas y el 23 de octubre, la mesa *Genetic predisposition in patients with sarcoma*.

Además se presentaron los siguientes trabajos en forma de póster:

■ *Trabectedin plus radiotherapy on symptomatic advanced sarcoma patients, results from the SYNERGIAS study: a Spanish Group for Research in Sarcoma (GEIS) phase II study.* (GEIS-75). Póster. Autor principal: **Javier Martín-Broto**.

■ *IMMUNOSARC II Master Trial; phase II of sunitinib and nivolumab in vascular sarcomas cohort. A GEIS, ISG and UCL study.* Autor principal: **Nadia Hindi**.



El Grupo Español de Melanoma (GEM) remitió a ESMO'23 tres comunicaciones en forma de pósteres. El primero de ellos fue el póster 1159P *Characterization of Melanoma of Unknown Primary in the Era of Immunotherapy and Targeted Therapy in Spain: Results from the Prospective Real World Study GEM 1801*.

Nos preguntamos si tras unos 10 años de terapia dirigida e inmunoterapia podíamos caracterizar, con datos de vida real, la presentación clínica de los pacientes con melanoma de pri-

mario desconocido (MUP), su asignación terapéutica, evolución en términos de respuestas, toxicidad o perfil de recaída en relación con los pacientes con melanomas de primario conocido (MKP) en el mismo estadio, para lo cual analizamos los datos procedentes del registro GEM 1801.

Desde agosto de 2018 hasta diciembre de 2022, se registraron 893 pacientes evaluables, de los que 116 (13%) corresponden a MUP, con una mediana de edad 63 años. De los pacientes, 106 (91.4%) presentaban metástasis a distancia y la mayoría (48.3%) tenía ≥ 3 órganos afectos. La LDH estaba elevada en 48 pacientes (41.4%) y 66 (56.9%) presentaban mutación en BRAF. En adyuvancia, la inmunoterapia se prescribió con menos frecuencia que en los pacientes con primario conocido (15,5% frente a 27,2%; $p = 0,007$). La inmunoterapia también fue menos frecuente para la 1.ª línea en el entorno metastásico/localmente avanzado (52,1% frente a 64%; $p=0,025$). Por el contrario, más pacientes con MUP recibieron terapia dirigida (39,6% frente a 28,4%; $p = 0,028$). La mediana de seguimiento fue de 10,8 m (IC 95%: 9,3-13,7).

Los autores concluyen que el MUP es más prevalente en nuestra cohorte (13%) que en estudios similares. Por otro lado, los MUP en España comprenden una población con peores factores pronósticos (afectación multiorgánica, frecuentes metástasis cerebrales, peor ECOG y LDH elevada). Por último, un diagnóstico de MUP parece influir en la asignación terapéutica realizada.

El segundo estudio ha sido el póster 1114P *Encorafenib (E) plus binimetinib (B) in unresectable advanced or metastatic BRAFV600-mut melanoma, real-world evidence in Spain (GEM 2002 – BECARE)*. Este estudio pretende evaluar la eficacia y seguridad de la combinación EB en primera línea o segunda línea de tratamiento, tras inmunoterapia, en pacientes con melanoma avanzado/metastásico en condiciones de vida real. El objetivo primario es caracterizar la población de pacientes tratados con EB y evaluar la efectividad de este; los secundarios son analizar las tendencias en la secuencia del tratamiento, la duración del tratamiento de combinación, las suspensiones, los ajustes de dosis y las interrupciones permanentes. Así mismo, se evalúa la efectividad mediante la supervivencia libre de progresión (SLP), tiempo hasta la progresión, mejor respuesta, tasa de respuesta general, duración de ésta, tasa de control de la enfermedad, duración de éste y supervivencia global (SG). Por último, se analiza la seguridad y tolerabilidad de la combinación y se describe la influencia de los tratamientos sistémicos previos sobre la eficacia.

Para ello, se realiza un estudio retrospectivo no intervencionista en pacientes, ≥ 18 años, con melanoma irrecesable avanzado/metastásico BRAFV600-mut en 21 hospitales de Espa-

ña tratados con la combinación según la práctica clínica habitual, en primera línea o tras progresión a inmunoterapia.

De septiembre de 2021 a marzo de 2023 se incluyeron 117 pacientes con una mediana de edad de 59 años (rango: 23-89); 59,8 % hombres; 64,1 % con ECOG 0; todos los pacientes eran metastásicos a la inclusión y el 21,4 % presentaban metástasis cerebrales. La LDH estaba elevada en el 35,9% de los pacientes. La combinación EB se administró como segunda línea en 28 pacientes (23,9 %; 20 -71,4 %- con monoterapia, 4 -14,3 %- doble inmunoterapia y 4 -14,3 %- en ensayo clínico/no especificado).

Sin muertes relacionadas con el tratamiento a estudio, las toxicidades grado 3-4 más comunes fueron aumento de ALT (4,3%), diarrea (2,6%) y fatiga (1,7%). Hubo elevación de la creatinina, aumentó en 3 pacientes (2,6%) y alteraciones oculares en 6 (5,1%). EB se administró durante una mediana de 10,7 m (IC 95%: 8,2-12,6) y requirió reducciones o interrupciones de la dosis por eventos adversos en 29 (24,8%) y 37 (31,6%) pacientes respectivamente, finalizando el tratamiento por toxicidad en 6 (5,1%) pacientes.

La tasa de respuestas objetivas para EB fue del 75,7%. Con una mediana de seguimiento de 13,1 m (IC 95 %: 11,4-15,1), la mediana de la SLP fue de 12 meses (IC 95 %: 9,4-21,6) para los pacientes en primera línea y de 12,5 m (IC 95 %: 6,6-NR) en pacientes con EB en segunda línea. La mediana de SG fue de 24,6 meses (IC 95 %: 14,8-NR) y 13,9 meses (IC 95 %: 10,5-NR) para los pacientes en primera y segunda línea respectivamente.

Los autores concluyen que los datos del estudio BECARE confirman la eficacia de EB en el mundo real, a pesar de que la población era diferente a la de los ensayos clínicos, al incluirse pacientes con peor estado funcional y presencia de metástasis cerebral. Consideran también que EB es una opción viable en segunda línea, tras inmunoterapia, con una buena tasa de respuesta y SLP, con un perfil de toxicidad consistente con la experiencia previa.

Estudio prospectivo GEM 1801

El melanoma cutáneo está sufriendo un aumento de incidencia y mortalidad en las últimas décadas para ambos sexos, siendo las pacientes femeninas las que generalmente viven más tiempo que sus homólogos masculinos.

Diferencias basadas en el sexo relacionadas con el espesor del melanoma, la ulceración o la ubicación anatómica en el momento del diagnóstico descrito pueden explicar las disparidades en los resultados de supervivencia relacionadas con el género si bien la disparidad en el melanoma se ha atribuido clásicamente a la exposición a diferentes factores de riesgo.

Además, las diferencias mutacionales, hormonales e inmunitarias entre hombres y mujeres se espera que tengan un impacto en el resultado del tratamiento oncológico.

En el trabajo presentado en ESMO'23, se incluyeron 712 pacientes desde agosto 2018 a noviembre de 2022 de 37 hospitales en España, 430 (60,4%) hombres y 282 (39,6%) mujeres. La mediana de edad fue 67 años (rango: 22-95), y la mayoría de los tumores eran de extensión superficial (42,6% vs 30,5%; p<0,001), siendo este subtipo más frecuente en mujeres. Los tumores primarios se localizaron con mayor frecuencia en el tronco y cabeza en hombres y en extremidades en mujeres (p<0,001). La exposición solar crónica fue más frecuente en los hombres (12,3% vs 4,6%; p=0,002), el sexo no produjo diferencias estadísticamente significativas en la asignación terapéutica, y la mediana de seguimiento fue de 14,4 m (IC 95%: 13,3-16,2).

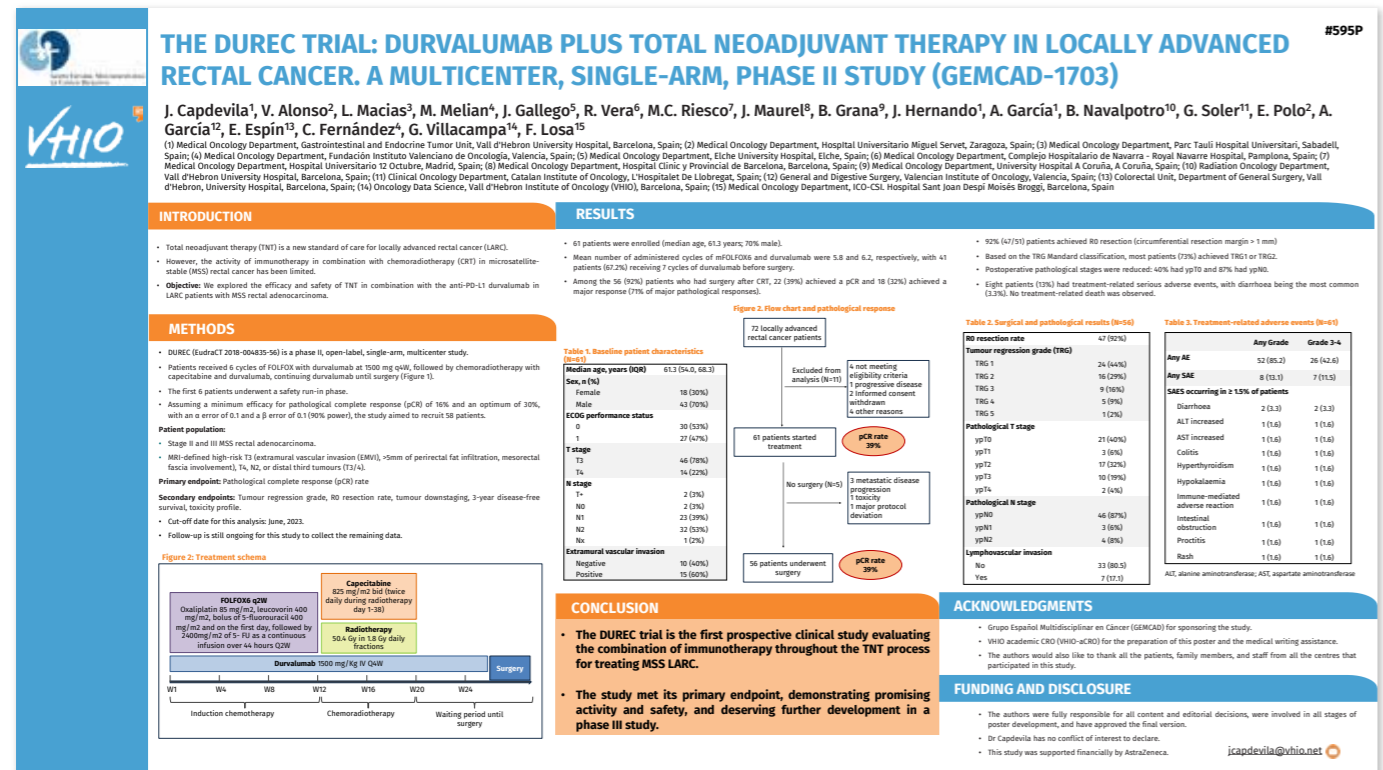
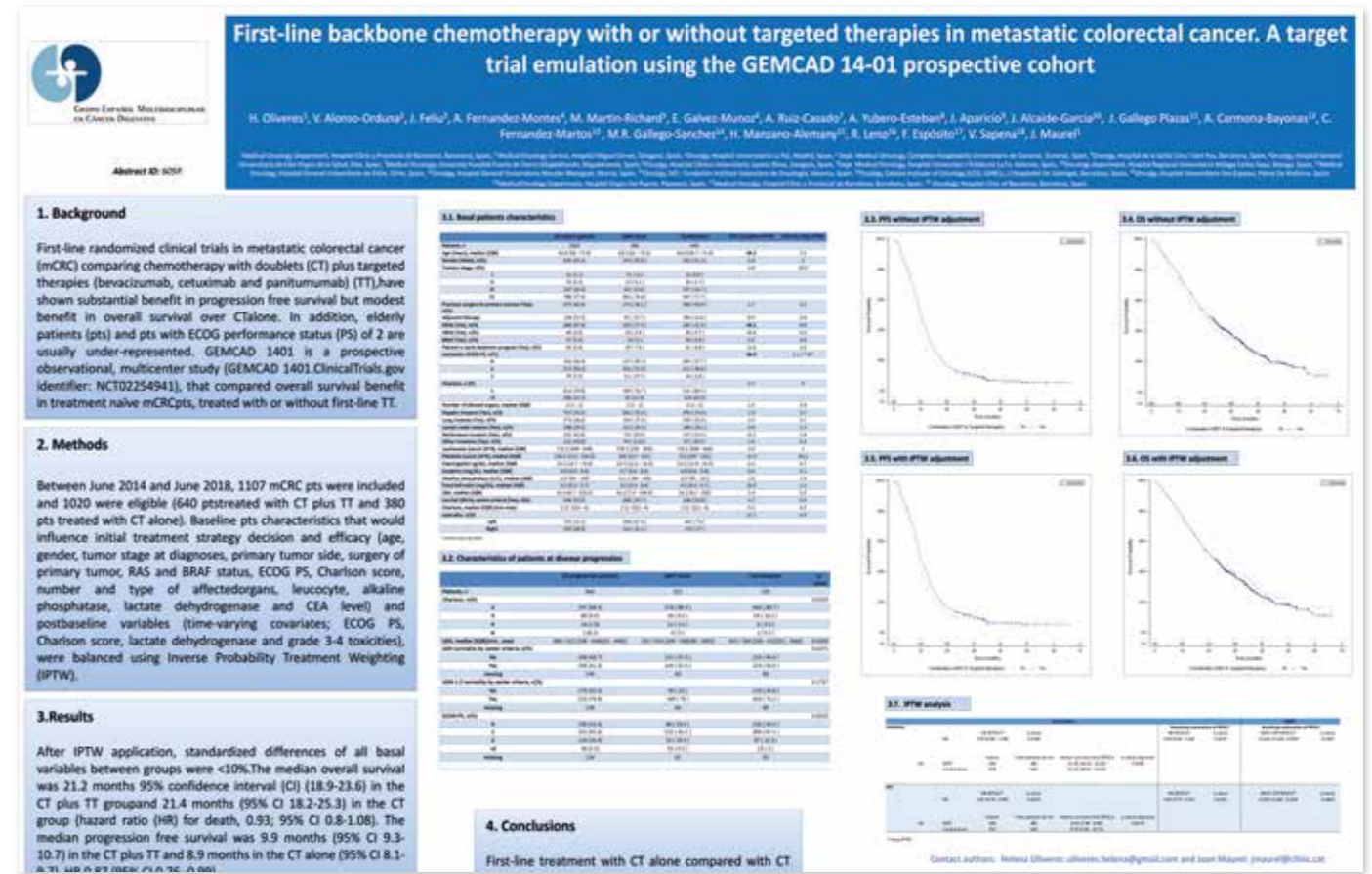
El melanoma en España mostró diferencias según el sexo en prevalencia, tipo histológico, localización primaria y exposición a factores de riesgo. La terapia dirigida en primera línea mostró resultados significativamente mejores en las mujeres,

lo que puede sugerir un potencial papel pronóstico del sexo para la asignación terapéutica. A su vez, la inmunoterapia mostró una tendencia a mejores resultados de supervivencia en mujeres BRAF-mutadas y en hombres BRAF-WT.



GEMCAD presentó los siguientes abstracts en ESMO'23:

- The DUREC trial: Durvalumab plus total neoadjuvant therapy in locally advanced rectal cancer. A multicenter, single-arm, phase II study. Investigador principal: Dr. Jaime Capdevila.
GEMCAD 1401: First-line backbone chemotherapy with or without targeted therapies in metastatic colorectal cancer. A target trial emulation using the gemcad 14-01 prospective cohort. Investigador principal: Dra. Helena Oliveres.



dad de una nueva vacuna (EO2401) combinada con nivolumab en el tratamiento de carcinoma adrenocortical, feocromocitoma y paraganglioma metastásico. Este estudio contó con la participación de investigadores de GETNE del Hospital Vall d' Hebron.

En otra comunicación oral, se mostraron los resultados de toxicidad de la corte de carcinoma neuroendocrino extrapulmonar en un ensayo de fase 1 del medicamento BI 764532 en tumores positivos a DLL3, contando con investigadores de GETNE.

En ESMO'23 destacados investigadores de GETNE presentaron importantes resultados de ensayos clínicos en tumores endocrinos y neuroendocrinos.

El Dr. Jaime Capdevila, presidente de GETNE, presentó durante la sesión Presidencial los hallazgos del ensayo LIBRETTO-531 de fase 3. Este estudio demostró que el selpercatinib, un inhibidor selectivo de RET, es más eficaz que vandetanib o cabozantinib como tratamiento de primera línea para el cáncer de tiroides medular avanzado o metastásico que presenta mutaciones en el gen RET.

El Dr. Alejandro García, del Hospital Vall d' Hebron y miembro de GETNE, presentó como oral un estudio sobre modelos de xenoinjertos derivados pacientes con cánceres de tiroides avanzados, mostrando que el tratamiento con el inhibidor selectivo de RET BLU667 resulta en respuestas significativamente más profundas y altera el perfil de expresión génica y sugiriendo su potencial para combinar con inmunoterapia tanto en la reducción de enfermedad residual mínima como en la resistencia a la terapia.

En una segunda presentación oral, el Dr. Capdevila compartió los resultados del ensayo CABATEN/GETNE-T1914, un estudio basket de fase 2 y multicohorte enfocado en cánceres endocrinos. Se destacó la eficacia limitada de la combinación de cabozantinib y atezolizumab en el tratamiento de estos cánceres.

Con respecto a los pósteres, se presentaron dos trabajos del grupo GETNE. El Dr. Jorge Hernando, del Hospital Vall d' Hebron, comunicó los patrones de trombosis en pacientes con neoplasias neuroendocrinas y su potencial impacto en la práctica clínica, con una incidencia del 7% y la localización esplénica como especial interés. También la Dra. María San Román, del

Los resultados del ensayo fase 1-2 EOADRI-19/SPENCER fueron presentados en una comunicación oral, resaltando la efectivi-

Hospital Ramón y Cajal, presentó un trabajo sobre factores pronósticos en carcinoma diferenciado de tiroides avanzado, con una cohorte de pacientes del registro REGETNE-Tiroides, destacando la histología pobremente diferenciado, las metástasis óseas y un tiempo corto a la radioyodo refractariedad.

Finalmente, en la sesión educativa sobre tumores endocrinos, el **Dr. Enrique Grande**, tesorero de GETNE, impartió una conferencia sobre las futuras direcciones del tratamiento de los cánceres tiroideos y neuroendocrinos.



Dr. Jaume Capdevila, presidente de GETNE, presentando los datos del ensayo CABATEN/GETNE-T914 en ESMO'23.



Durante ESMO'23, se han presentado dos pósteres con los resultados de eficacia y seguridad del estudio **PROSTRATEGY**, promovido por SOGUG y coordinado por el **Dr. José Ángel Arranz**.

Se trata de un estudio piloto, randomizado y multicéntrico en el que han participado 30 centros españoles. El objetivo principal era analizar la viabilidad y seguridad de la adición de inmunoterapia (nivolumab/ipilimumab) al tratamiento estándar (ADT+docetaxel) en pacientes con cáncer de próstata hormono sensible metastásico de alto volumen, así como analizar su eficacia en base a los criterios RECIST1.1 + PCWG3 y también iRECIST.

Se reclutaron 150 pacientes que fueron randomizados a docetaxel (75 pt), docetaxel-nivolumab (37 pt) o docetaxel+ipilimu-

mab-nivolumab (38 pt). La edad media fue de 66.4 años (39% >70 años), 98% eran caucásicos, 99.3% con ECOG 0-1, 88% metastásicos al diagnóstico, PSA medio de 157 ng/ml, 86% con Gleason \geq 8, 25% con afectación visceral, y 17% recibieron terapia local a la próstata, sin diferencias entre brazos. Con una media de seguimiento de 34.8 meses desde ADT, 68% de los pacientes habían progresado y el 55% habían fallecido.

Nuestros resultados muestran que la adición de ipilimumab y/o nivolumab a ADT+docetaxel en pacientes con cáncer de próstata hormono sensible metastásico de alto volumen es viable.

Los datos de eficacia son similares independientemente de los criterios de evaluación de respuesta utilizados (PCWG3+RECIST 1.1 o PCWG3+iRECIST), aunque podrían aparecer diferencias con un mayor seguimiento.

A nivel de seguridad, no se han observado toxicidades inesperadas o con más frecuencia en los brazos con inmunoterapia, solo un ligero aumento de AEs inmuno-relacionados.



SOLTI presentó en ESMO'23 los resultados del estudio HOPE, el primer ensayo clínico de ámbito nacional cuya inclusión ha sido liderada por pacientes con cáncer de mama metastásico, que demuestran que ofrecer acceso a técnicas de secuenciación del tumor permite descubrir alteraciones para las que puede haber una terapia dirigida –como las mutaciones– en 3 de cada 4 casos. Así, de las 356 pacientes analizadas hasta la fecha dentro del estudio HOPE, en un 75% de los casos se han detectado anomalías en los genes de su tumor, pero solo un 15% de ellas eran conocedoras previamente de dichas alteraciones.

Así, gracias al uso de las pruebas de secuenciación para detectar mutaciones o biomarcadores tanto en sangre como en tejido tumoral que se han llevado a cabo en el contexto del estudio HOPE, se han multiplicado por 5 las pacientes que ahora disponen de una información que podría ayudarles a orientar su tratamiento oncológico. Estos hallazgos demuestran la necesidad de promover el acceso de las pacientes a estas técnicas diagnósticas para poder extender la oncología de precisión a todo el territorio. Estos datos los presentó el **Dr. Tomás Pascual**, investigador del estudio HOPE, director científico de SOLTI y oncólogo médico del Hospital Clínic de Barcelona, y corresponden al análisis de más del 50% de las 600 pacientes incluidas en el estudio HOPE.



El Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC) estuvo presente en ESMO'23 con seis pósteres con 14 miembros del Grupo entre los autores.

El **Dr. Marc Oliva**, de la Unidad de Cabeza y Cuello del ICO Hospitalet y miembro del TTCC, fue uno de los dos discursos de la sesión de mini orales de Cabeza y Cuello. Además, es co-autor de varios pósteres, dos de ellos en proyectos vinculados al TTCC.

La **Dra. Lara Iglesias**, la **Dra. Irene Braña** y la **Dra. María Plana**, miembros de TTCC, han sido coautoras de la pre-

sentación oral del estudio KO-TIP-007 (AIM-HN), un ensayo clínico fase dos que evalúa tipifarnib, una terapia dirigida contra HRAS en pacientes con carcinomas escamosos de cabeza y cuello en fase recurrente-metastática portadores de mutación de HRAS.

El **Dr. Marc Oliva**, el **Dr. Jacobo Rogado**, la **Dra. Carolina Pena**, la **Dra. Lara Iglesias**, la **Dra. Neus Basté**, la **Dra. Beatriz Castelo**, la **Dra. Clara Martínez-Vila**, el **Dr. Marc Cucurull**, la **Dra. Isabela Díaz de Corcuera** y el **Dr. Ricard Mesía**, miembros del TTCC, han sido co-autores de la presentación en formato póster del estudio HERODOTUS, un estudio internacional de cohorte de pacientes con tumores malignos de cabeza y cuello (incluyendo glándulas salivares, tiroides, nasofaringe y senos paranasales), evaluando el impacto de la infección de COVID-19 y la eficacia de su vacunación. La participación de los centros españoles en este estudio ha sido posible a través de la colaboración de TTCC con el grupo cooperativo griego, Hellenic Cooperative Oncology Group (HeCOG).

CHAIRS: PANAGIOTA ECONOMOPOULOU, MARC OLIVA



New targeted therapies in HNC: Promise and peril

Abstract Discussion:
859MO, 860MO and LBA47

Marc Oliva, MD
Institut Català d'Oncologia (ICO) Hospitalet

Barcelona, Spain
Oct 21st 2023



Marc Oliva
Invited Discussant 859MO, 860MO
and LBA47



El Dr. Marc Oliva, durante su presentación en ESMO'23.

COVID-19 in patients with head and neck cancers (HERODOTUS): An international, registry-based, cohort study

BACKGROUND

- Patients with head and neck cancers are thought to be particularly susceptible to COVID-19 given their older age, smoking habits and pre-existing cardiopulmonary comorbidities, in addition to cancer treatments.
- We aimed to study the effect of severe acute respiratory syndrome-coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection on patients with head and neck malignancies and evaluate the efficacy of vaccination.

METHODS

- The Head and Neck Cancers International COVID-19 Collaboration (HERODOTUS) registry is a multicenter observational study composed of a retrospective component and a prospective cohort component.
- Eligibility criteria were the presence of any head and neck cancer (including salivary gland, thyroid, nasopharynx, and paranasal cancer) and a COVID-19 diagnosis. Patients of any age, sex, histology, or stage were considered eligible, including those in active treatment and clinical follow-up.
- Clinical data were extracted from medical records of 403 consecutive patients from November 1, 2019, until September 30, 2022. Data on demographics, oncological history and comorbidities, COVID-19 diagnosis, and course of illness, clinical outcomes and vaccination status were collected.
- Associations between demographic or clinical characteristics and outcomes were measured with odds ratios (ORs) with 95% CIs using univariable and multivariable logistic regression, with sex, age, smoking status, HPV status (for oropharynx cancer) included in multivariable analysis.
- End points included mortality, hospitalization, symptomatic COVID-19 infection, asymptomatic COVID-19 infection, delay in cancer therapy. Analysis was done through contingency tables and a multivariable logistic model.

RESULTS

- Between March 2019 and September 2022, 403 COVID-19+ head and neck cancers were identified, out of which there were 76 (18.9%) COVID-19 related deaths.
- Univariate analyses revealed that being older than 65 years (OR 2.4, CI 1.5-5.5), being a current or former smoker (OR 2, CI 1.1-2.6), having comorbidities (OR 2.4, CI 1.2-5), having a history of COPD (OR 3.6, CI 1.7-8), having a history of coronary artery disease (CAD) (OR 3.1, CI 1.4-7.1), having head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) (OR 4.3, CI 1.8-10.2) receiving treatment with chemotherapy and cetuximab (OR 3.8, CI 1.4-10.5) were associated with increased risk of death whereas vaccination was protective (OR 0.20, 95% CI 0.11 - 0.34) (Fig. 1).
- On multivariable analysis, age (OR 2.3-18, 1.0-5.2), COPD (OR 4.9, CI 1.8-13.8) and chemotherapy with cetuximab (OR 6.1, CI 1.9-20.0) were associated with increased risk of death. Non-vaccinated HNSCC pts had OR for death of 27.7 (CI 6.3-122) (Fig. 2).

CONCLUSIONS

- Between March 2019 and September 2022, 403 COVID-19+ head and neck cancers were identified, out of which there were 76 (18.9%) deaths.
- Several morbidity factors for unfavorable prognosis were identified, while the importance of vaccination against COVID-19 was once more highlighted.

Figure 1. Risk and protective factors for death of patients with COVID-19 and head and neck cancers. The effect sizes is shown through the odds ratio.

Figure 2. Interaction of the adverse effects of the presence of squamous cell carcinoma and the absence of vaccination on the increase of the proportion of deaths.



El Grupo de Tratamiento de los Tumores Digestivos (TTD) presentó en ESMO'23 los resultados del estudio AFEMA, un estudio piloto de fase II multicéntrico y aleatorizado para evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con FOLFIRI-aflibercept comparado con un tratamiento inicial con FOLFIRI-aflibercept (durante 6 ciclos) seguido de mantenimiento con 5FU-aflibercept en pacientes ancianos con cáncer colorrectal metastásico (mCRC) después de fracaso con un régimen que incluía oxaliplatino.

El estudio, coordinado por la **Dra. Pilar García Alfonso** y el **Dr. Javier Sastre**, es un ensayo prospectivo y multicéntrico que contó con la participación de 18 hospitales españoles y reclutó a 170 pacientes ancianos con mCRC.

El estudio cumplió con su objetivo principal al demostrar que la inducción con 6 ciclos de FOLFIRI-aflibercept (FOLFIRI-A) seguida de mantenimiento con 5FU/LV-aflibercept no fue inferior a FOLFIRI-A hasta la progresión, en términos de la supervivencia libre de progresión. La supervivencia global y la tasa de respuesta objetiva tampoco difirieron entre los grupos. Se observó una reducción significativa en la astenia grave con el mantenimiento de 5FU/LV-A, por lo que podría considerarse una opción de tratamiento preferente para esta población de pacientes mayores de 70 años con mCRC después de fracaso de un régimen con oxaliplatino. El TTD agradece a los pacientes y sus familias su participación.



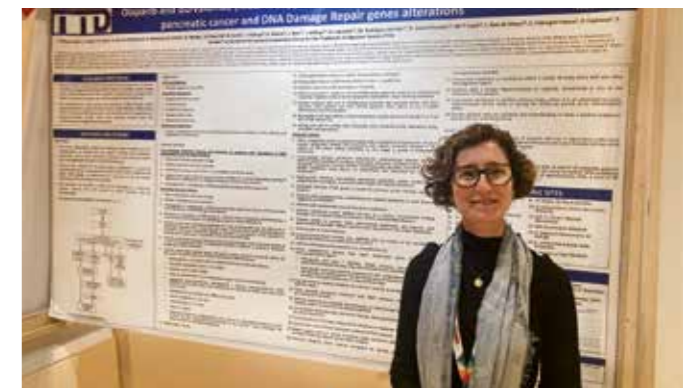
Dra. García Alfonso, durante su intervención.

También se presentaron en ESMO dos pósters del Registro Español de Tumores Digestivos, registro del TTD (RETUD) –126P- Biliary tract cancer (BTC) characterization on a cohort of patients

(pt) from the Spanish RETUD Registry y 1671P- Treatment patterns and efficacy in patients (pt) with pancreatic cancer (PC) from the Spanish RETUD Registry- que analizan respectivamente una cohorte de 1.438 pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas y otra cohorte de 1.258 pacientes diagnosticados con cáncer de las vías biliares. Estos estudios ofrecen información relevante sobre la caracterización de estos tumores, su manejo terapéutico y los resultados clínicos en población española.



Por último, TTD presentó el póster n.º 1686TiP titulado *Olaparib and durvalumab (MEDI4736) phase II study in patients with metastatic pancreatic cancer and DNA Damage Repair genes alterations*. El estudio, liderado por la **Dra. Teresa Macarulla**, ofrece la oportunidad de un tratamiento personalizado para pacientes con cáncer de páncreas metastásico que presentan alteraciones en los genes de reparación del daño en el ADN. El estudio se encuentra en marcha en 15 centros en nuestro país. ClinicalTrials.gov ID: NCT05659914.



Dra. Teresa Macarulla, en ESMO'23.

La **Dra. Neus Basté**, de la Unidad de Cabeza y Cuello del Hospital Clinic Barcelona y miembro del TTCC y GETNE, presentó los datos en formato póster del estudio MOLTHY (TTCC-2020-02), un estudio del TTCC en colaboración con GETNE. Se trata de un estudio nacional observacional que tiene como objetivo la caracterización molecular del cáncer de tiroides diferenciado radio-yodo refractario y carcinoma medular procedentes de 12 centros españoles vinculados a TTCC y/o GETNE.



La Dra. Neus Basté, con el póster del estudio MOLTHY.

2220P A Spanish observational study for MOLECULAR characterization of THYroid carcinoma

Background: Thyroid cancer (TC) is the most frequent endocrine cancer. Treatment is generally based on surgery +/- radioactive iodine (RAI) and TSH suppression in differentiated TC (DTC) and surgery and surveillance in medullary TC (MTC). Single kinase inhibitor drugs have become the standard therapy for advanced TC. New molecular-based approaches have shed light on the molecular landscape of thyroid cancer (TC) and redefined the therapeutic landscape.

Objectives:

- To characterize the prevalence of molecular alterations (MAs), demographic and prognostic characteristics of patients diagnosed with advanced DTC and MTC.
- To compare the efficacy of the different diagnostic techniques (immunohistochemistry (IHC), FISH and NGS) from each center to identify alterations in RET, NTRK, and BRAF.
- To define the clinical and demographic characteristics, prognostic and genetic outcomes, based on first and second line therapies (IHC, immunohistochemistry (IHC), FISH, and NGS) in advanced DTC and MTC.
- To compare the MA identified with clinical, prognostic, and genetic data.
- To identify potential prognostic and predictive biomarkers of response to treatment.
- To identify patients with specific MA.

Methods: MOLTHY is an observational, retrospective, transversal and multicenter study using 10 laboratories the molecular alterations of advanced RAI-R TC and MTC from 12 Spanish referral centers. Molecular alterations were centrally analyzed by Chromatin Free (CF) FISH for RET/13 and RET genes, and NTRK by immunohistochemistry (IHC). Efficacy was assessed to relative response rate (RRR), overall survival (OS), defined as time to progression, death, or discontinuation due to toxicity, and overall survival (OS). The estimated range size was 100 patients.

Results:

- 100 patients were included in the study (50 DTC and 50 MTC).
- RET alterations were identified in 10% of DTC and 20% of MTC.
- NTRK alterations were identified in 5% of DTC and 10% of MTC.
- BRAF alterations were identified in 15% of DTC and 5% of MTC.

Conclusions:

- MOLTHY is the first and largest Spanish cohort of molecular characterization of RAI-R TC and MTC.
- The prevalence of RET fusions, BRAF/RAS/HRAS mutations and NTRK fusions in DTC are consistent with reported studies.
- MTC correlates with factor D5, in RET mutated patients, as previous studies have demonstrated with RET NTRK carriers.
- NTRK, RET and RAS comparison showed low concordance, highlighting a better specificity and sensitivity for NGS and FISH in NTRK alterations.

SEOM destacó el relevante papel de la Oncología Médica española

SEOM estuvo muy presente en el Congreso ESMO 2023 con un stand propio que sirvió de punto de encuentro de los socios con sus colegas europeos y nacionales, de área de descanso y de set de entrevistas por el que pasaron más de veintena de oncólogos médicos españoles que participaron o presentaron estudios de relevancia que van cambiar la práctica clínica y se presentaron como comunicaciones orales o póster discussion.

Estas entrevistas, disponibles en las redes sociales X e Instagram de SEOM, han servido para poner en valor y visibilizar el gran trabajo y el destacado papel de la Oncología Médica española en el panorama internacional.



Stand de SEOM, punto de encuentro de los oncólogos españoles







Desde mi Hospital



Dres. Fabio Franco, Enrique Grande y Alberto Orta.

El estudio DIPCAN de Digitalización y manejo Integral de la Medicina Personalizada en CANCER permite disponer de un test genómico gratuito

La Medicina de Precisión es un concepto que ya lleva años empleándose en el mundo de la Medicina en general y de la Oncología en particular. Sí que es cierto que en muchos tumores avanzados se manejan biomarcadores e, incluso, se puede hablar de llevar a cabo una Medicina de Precisión como sería el caso del cáncer de pulmón en el que existen numerosas alteraciones genéticas que ayudan a seleccionar para uno u otro tratamiento. Si nos olvidamos de los problemas de acceso a fármacos, tene-

mos que los pacientes con tumores de pulmón portadores de mutaciones en *EGFR*, amplificaciones o mutaciones de *MET*, mutaciones de *BRAF*, o reordenamientos o fusiones de genes que afectan a *ROS1*, *ALK*, *RET* o *NTRK* son rutinariamente testados en la mayoría de nuestros centros. Sin embargo, desafortunadamente no se dispone de muchos otros ejemplos donde el acceso a un test genómico particularmente en etapas avanzadas de la enfermedad sea de rutina. Además, tenemos la experiencia de que en la mayoría de los pacientes cuando les

solicitamos un test para identificar mutaciones determinadas el resultado es negativo por la baja presencia de las mismas, lo cual lleva al desaliento tanto para el médico como para el propio paciente y sus acompañantes.

Dentro de la convocatoria de los Fondos Europeos Next Generation a través de la SEDIA (Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial) dentro del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital se han conseguido recursos para poder llevar a cabo el estudio DIPCAN que puede ayudarle a acercarse a la Medicina de Precisión a tus pacientes.

¿En qué consiste el estudio DIPCAN?

DIPCAN es el acrónimo de Digitalización y manejo Integral de la Medicina Personalizada en CANCER. En este proyecto se integrarán los datos clínicos, genómicos, anatomopatológicos y radiómicos de 2.000 pacientes con tumores sólidos metastásicos. Lo que pretendemos conseguir con DIPCAN es recoger los datos clínicos de estos pacientes, pero de una manera estructurada, realizar una bioquímica completa con un alto componente de datos metabólicos, hacer un análisis de NGS sobre el tejido tumoral o mediante biopsia líquida si no hubiese tejido viable disponible.

A estos estudios se les añade un análisis de la expresión inmunohistoquímica de marcadores del sistema inmune en el tejido tumoral y un análisis de 8.000 SNPs. Por último, al paciente se le realizará un estudio radiómico mediante una resonancia magnética corporal total, así como una digitalización de las imágenes de anatomía patológica. Con todos estos datos, una vez codificados, se pasarán por el tamiz de la inteligencia artificial con el objetivo de tener una foto comparativa en la esfera radiómica, histológica, genómica y clínica de los tumores más frecuentes en nuestro país.

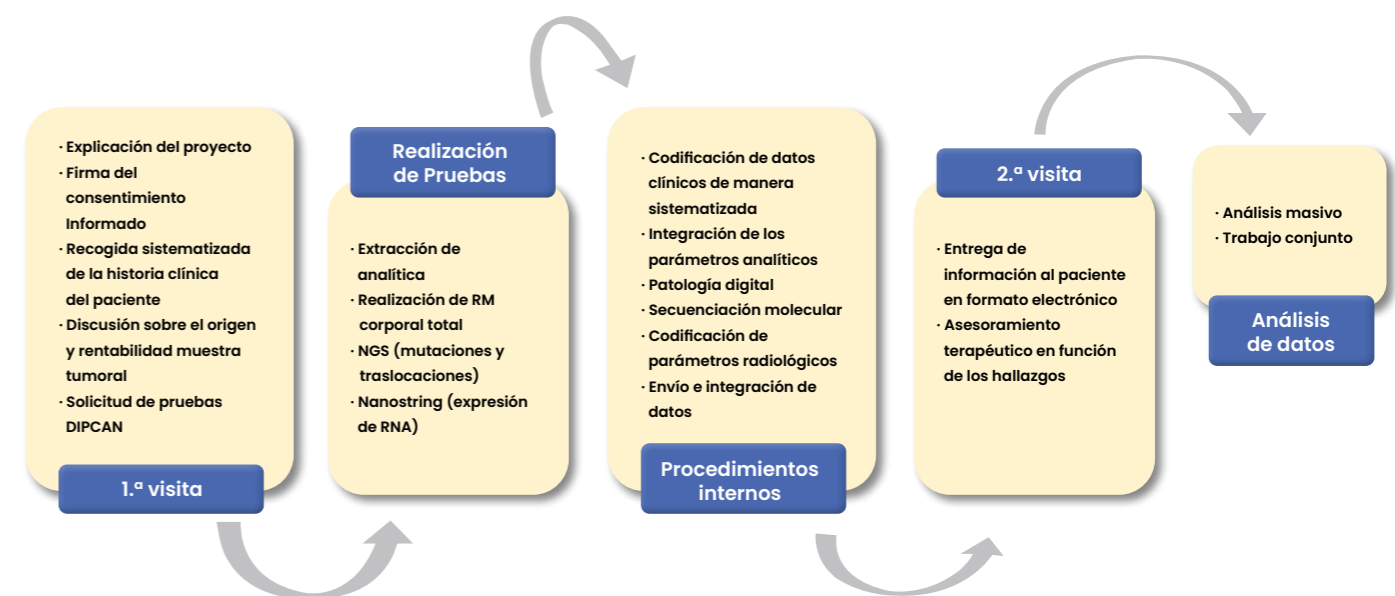
Con todos estos datos que se compilen se diseñará un algoritmo de Inteligencia Artificial que permitirá una mayor aproximación al concepto de Medicina Personalizada, consiguiendo, de esta forma, la simulación y mejora clínica específica del sujeto a estudio. Empiezan a publicarse datos muy interesantes de caracterización molecular de tumores simplemente a través del análisis detallado de las imágenes de hematoxilina/eosina de las piezas de biopsia o de los píxeles que componen una resonancia. Sin duda, el mundo de oportunidades que se abre ante nosotros con las nuevas tecnologías es apasionante y creemos que DIPCAN puede suponer un granito de arena a ello.

Queda fuera del scope inicial del DIPCAN, pero éste puede ser el embrión de un atlas multiómico del cáncer en España, marcando las líneas básicas de los perfiles a nivel clínico, radiómico, patológico y genómico de los pacientes con tumores metastásicos en España. De igual modo, de una manera prospectiva, tendremos datos de rentabilidad desde el punto de vista de positividad para identificar alteraciones moleculares en una cohorte prospectiva en nuestro país.

¿Cuál es la logística que implicaría para mi paciente?

Una vez inscrito el paciente en la web DIPCAN, el oncólogo encargado revisará que cumpla los criterios generales antes de considerar su participación en el estudio. Una vez admitido, se contactará telefónicamente para realizar la visita presencial a MD Anderson Madrid para la primera consulta donde se recogerán los datos de historia clínica y seguidamente, se realizará la extracción de las analíticas de sangre. Todo ello, se realiza en la Unidad de Fase I de MD Anderson Madrid.

El estudio de imagen (Resonancia Magnética) se realiza en las instalaciones de Radiología de nuestro centro, ubicado en la



planta -1. Para aquellos pacientes que provienen de fuera de la Comunidad de Madrid, coordinamos la agenda para realizar todas las pruebas el mismo día.

La segunda visita (de resultados), se realiza igualmente de forma presencial en nuestro centro y de forma excepcional, para pacientes venidos de otros centros, se puede realizar de forma telemática.

¿Qué criterios debe cumplir un paciente para poder formar parte de DIPCAN?

Los criterios que debe reunir un paciente para poder formar parte del estudio son muy sencillos:

1. Firma previa de consentimiento informado.
2. Pacientes de edad mayor o igual a 18 años en el momento de la firma del consentimiento informado.
3. Tumor sólido metastásico confirmado histológicamente de forma previa a la firma del consentimiento informado.
4. Esperanza de vida superior a 3 meses desde el momento de la firma del consentimiento informado.
5. Disponibilidad de material tumoral representativo para su estudio anatomopatológico y molecular. En ausencia del mismo, se sugerirá que se lleve a cabo una re-biopsia en su centro de origen o bien se le planteará la posibilidad de llevar a cabo una biopsia líquida.
6. Aceptación de la realización de las pruebas definidas en el protocolo definido en el marco del estudio.

¿Cómo puedo hacer para que un paciente participe en DIPCAN?

Simplemente necesitaríamos que le comentases a tu paciente la existencia de este estudio y le facilitases la web (<https://estudiodipcan.com/>) donde el paciente debería inscribirse. Nosotros, desde el call-center específico para DIPCAN, nos pondríamos en contacto con el paciente en las siguientes 48 horas desde la inscripción y agendaríamos las citas en las instalaciones de la Fundación MD Anderson España. Aquí se le realizarían todos los estudios comentados anteriormente y, tras aproximadamente seis semanas, se le hace una segunda visita donde se le entrega un informe con todos los resultados para que los pueda traer consigo a su próxima consulta y tenerlos en cuenta a la hora de su manejo.

Al ser DIPCAN un estudio prospectivo académico, los tiempos son más largos de los habituales cuando se emplean plataformas comerciales de NGS. Este parámetro debe tenerlo en cuenta a la hora de pensar en DIPCAN como una herramienta potencial para ayudarte a elegir un tratamiento sistémico a sus pacientes.

Siempre recomendamos enviar al paciente cuando comience una nueva línea de tratamiento o al inicio del tratamiento sistémico y así poder disponer de la información molecular una

vez exista progresión a la línea de tratamiento actual. Mejor adelantarse en el tiempo y así se consiguen balancear mejor las expectativas.

¿Qué es lo que se le proporciona al paciente?

En la segunda visita, al paciente se le facilita un informe clínico básico con los principales hallazgos encontrados. El informe principal siempre será el que disponga de su médico responsable en su centro. A este informe clínico se le facilitará el informe con los resultados genómicos encontrados con una interpretación clínica, el informe de la resonancia magnética corporal total y un informe de la anatomía patológica. Del mismo modo, en la app de DIPCAN donde el paciente tendrá acceso personalizado con su usuario y password, el podrá descargarse además de todos estos informes las imágenes de la resonancia magnética y de la histología digitalizada que la podrá compartir con su equipo médico o emplear para buscar una segunda opinión.

¿Tiene algún coste para el paciente?

El estudio cuenta con financiación de fondos europeos Next Generation EU y es de participación voluntaria y gratuita para el paciente. A pesar de tener que acudir a un centro privado para la realización de las pruebas de radiología y extracción de sangre así como para las visitas de evaluación médicas, en ningún momento al paciente se le requerirá ningún tipo de pago.

¿Quién está detrás de DIPCAN?

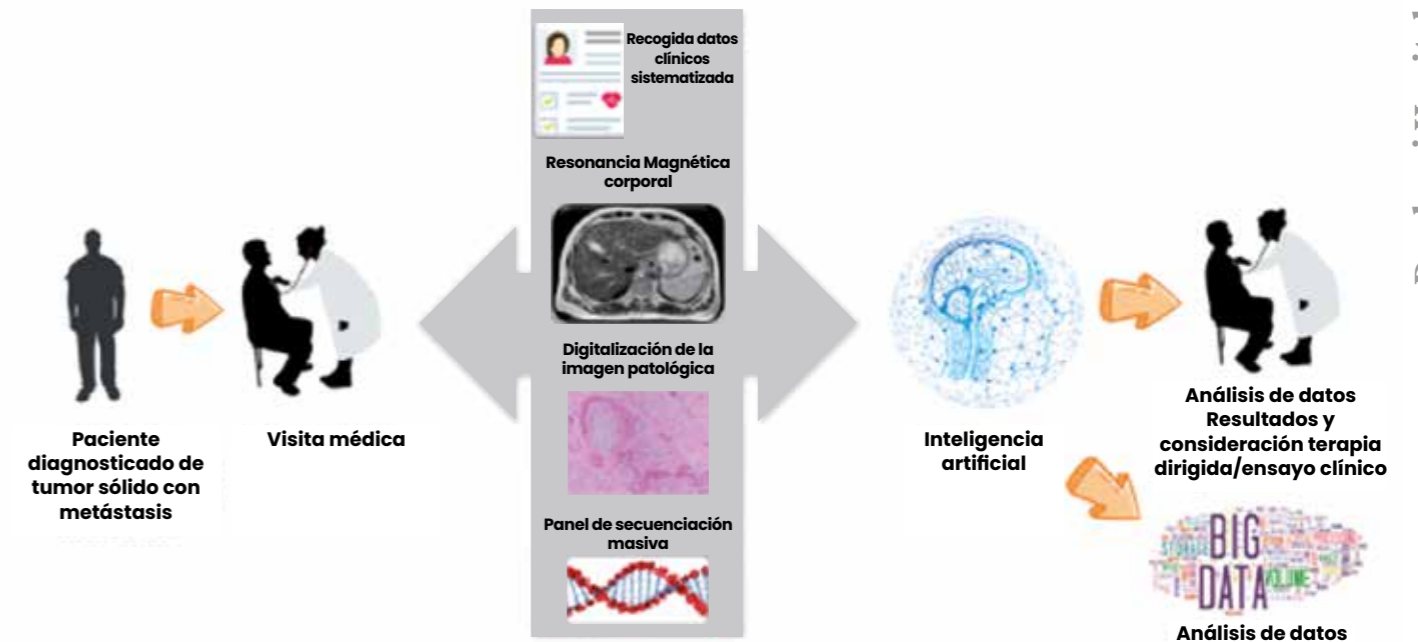
El Dr. Enrique Grande es el investigador principal del proyecto y le puede contactar (egrande@mdanderson.es). Además del Dr. Grande, los doctores Fabio Franco y Alberto Orta que se encargarán de recibir y atender al paciente (ffranco@fundacionmdanderson.es y aorta@mdanderson.es). Para los pacientes existe un mail de consultas en el que estaremos encantados de aclararles cualquier duda (contacto@dipcan.es).

De acuerdo a las bases de la convocatoria de los Fondos Next Generation de la UE, se tuvo que constituir un consorcio para poder recibir los fondos, liderado por una gran empresa como Eurofins Megalab con amplia experiencia e implantación en el sector de los análisis clínicos y de la genómica, una fundación para la investigación, la Fundación MD Anderson España que es referente a nivel internacional en la realización de estudios clínicos, así como de cinco pequeñas y mediante empresas que son claves a la hora de la recolección y almacenamiento de datos, patología digital, análisis genómico, radiómica e inteligencia artificial (Pangaea Oncology, Quibim, Genomcore, Atrys Health y Artelnics).

¿Qué impacto potencial pretende tener DIPCAN?

■ Sobre los pacientes oncológicos:

- Se les facilita de manera gratuita un análisis molecular ma-



sivo de su tumor, una resonancia magnética corporal total y una visita médica por un compañero competente en todo lo relacionado con investigación y Medicina de Precisión.

- Permite que los pacientes entren a un proceso de screening para estudios clínicos de fase I con terapias dirigidas a las alteraciones moleculares encontradas en los numerosos centros que disponen de las mismas a nivel nacional.

■ Sobre la población general:

- Se beneficiarán de los resultados de proyectos de investigación relacionados con análisis predictivos asociados con la prevención y medidas de screening poblacional adaptada a las características de la población.

■ Sobre investigadores clínicos y básicos dedicados al estudio del cáncer:

- Acceso a una gran base de datos sistematizada que permitirá el realizar proyectos futuros independientes.

■ Sobre la industria farmacéutica:

- El mejor conocimiento molecular de los tumores de la población española podrá servir de atracción y dimensionará los estudios dirigidos a cada una de las alteraciones moleculares concretas y posicionamiento para el desarrollo futuro de fármacos en el país.

■ Sobre el ámbito académico y docente:

- Se realizarán acuerdos de colaboración con entidades uni-

versitarias, sociedades científicas, grupos cooperativos e institutos de investigación reconocidos para la explotación futura de los datos.

¿Y si quisiera tener un rol más activo en DIPCAN?

Cualquier investigador relacionado con el campo de la Oncología es bienvenido al estudio DIPCAN. De hecho, necesitamos ideas y manos para trabajar en los datos que se generen en el estudio. Dentro del steering committee del DIPCAN seleccionaremos las áreas de trabajo que nos parezcan más razonables para la explotación de los datos y estamos abiertos a todo tipo de colaboraciones tanto con investigadores a nivel particular como a nivel de grupos de investigación consolidados, grupos cooperativos o institutos de investigación. Simplemente puede contactar con alguno de los investigadores arriba mencionados y estaremos encantados de discutir las propuestas. De hecho, ya hemos sido contactados por parte de centros fuera de España que al conocer la propuesta quieren colaborar para la explotación de los resultados.

Ayúdenos a que más pacientes y familiares conozcan de la existencia de DIPCAN para intentar encontrar nuevas oportunidades de tratamiento.

En definitiva, el estudio DIPCAN busca el conocimiento multidimensional del cáncer en la población española. Este conocimiento permitirá elaborar estrategias de salud para prevenir, diagnosticar inicialmente y tratar de una manera más coste-eficaz los tumores más prevalentes a nivel poblacional. ■

Mujeres en Oncología

ENTREVISTA



“Debe normalizarse que una mujer sea la primera en su ámbito y consiga, igual que los hombres, puestos de responsabilidad”

Dra. Elena Martín Pérez, presidenta de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

Es la primera mujer que ocupa el cargo de presidenta de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y también fue la primera vicepresidenta. Además, fue la primera jefa de Sección y la primera jefa de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, cargo que ocupa actualmente en el Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. “Este rótulo de ser la primera o una de las primeras se debe eliminar porque no es que no esté orgullosa de haberlo sido sino porque siempre pensé que debía normalizarse”, afirma.

Es asimismo profesora asociada de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid. Y a principios del año 2022 fue reconocida como uno de los 100 mejores médicos españoles por la revista *Forbes*. Recuerda que la especialidad que eligió era tradicionalmente masculina. Sin embargo, apunta que “la situación de la diferencia de género ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas.

Cómo ha vivido la situación y evolución de la diferencia de género desde su etapa de estudiante hasta la actualidad?

Creo que la situación de la diferencia de género ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas, sobre todo por un aumento en la participación de las mujeres en la Universidad y carreras que históricamente estaban dominadas por hombres. Verdaderamente no tiene nada que ver la situación actual a la que existía cuando yo comencé la Universidad o la especialización en Cirugía.

En la década de los 70 se incrementó de forma notable el número de mujeres que estudiaban en las facultades de Medicina. En el estudio sobre dinámica de género realizado por el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) se vio que en 2018 el porcentaje de mujeres que estudiaban la carrera de Medicina en España rondaba el 70% y destacaba que la profesión se ha feminizado a nivel mundial.

El último informe elaborado por el Ministerio de Universidades indica que, en el pasado curso, cursaron la carrera de Medicina 43.561 personas, de las cuales el 70,6% fueron mujeres y el 29,4% hombres. Además, esto supone un aumento en la diferencia de casi el 5% con respecto al curso 2015-2016 (65,7% mujeres y 34,3% hombres). Esto realmente confirma la tendencia de feminización de la Medicina en España y cómo ha evolucionado esta tendencia.

¿Han marcado su desarrollo profesional las diferencias de género, de alguna manera?

Pues creo que sí, principalmente en la percepción de la profesión y en la forma de relacionarme con los compañeros tanto en los primeros momentos cuando accedes al mundo laboral como a lo largo de los años posteriores. Aunque esto va cambiando progresivamente, cuando yo comencé, las especialidades quirúrgicas y en concreto la Cirugía General era una especialidad tradicionalmente masculina. Una característica fundamental ha sido estar sola en “un mar de hombres”, por la rareza de ser una mujer en cirugía y sobre todo en la cirugía hepatobiliopancreática en la que yo me he especializado. No obstante, yo no me sentía diferente a mis compañeros, y no buscaba ser tratada de forma diferente, sino ser aceptada de forma similar.

Esto ha hecho que haya sido la “primera” muchas veces. La primera en ser jefa de sección, la primera en ser jefa de Servicio, la primera en ser vicepresidenta de la Asociación Espa-

ñola de Cirujanos y ahora la primera presidenta. Justamente este rótulo de ser la primera o una de las primeras es el que se debe eliminar porque no es que no esté orgullosa de haberlo sido sino porque siempre pensé que debía normalizarse primero que una mujer fuera cirujana y sobre todo que pudiera conseguir el reconocimiento y puestos de responsabilidad igual que los hombres.

Muchas mujeres que hemos sido pioneras en alcanzar puestos de responsabilidad o dirigir equipos, hemos abierto puertas a las nuevas generaciones de residentes que ahora tienen una percepción diferente no solo de las mujeres sino también de los hombres. No creo que tenga que haber 50% de cirujanas y 50% de cirujanos, pero lo que no puede ser es que una mujer sea única en medio de cirujanos. Eso es lo hemos comentado

en múltiples ocasiones, que se rompa ese techo de cristal y no existan barreras para poder acceder a puestos más altos si así se elige y se trabaja para ello y poder competir en igualdad de condiciones por las posiciones de liderazgo.

¿Vivió mayores diferencias en el ámbito universitario o clínico?

En la Universidad no soy consciente de tener diferencias o por lo menos no las percibí. Sobre todo, fue cuando comencé la residencia MIR en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Mu-

chas compañeras mías lo han comentado en varias ocasiones y yo experimenté esa desagradable sensación de ir a visitar a un paciente o pasar consulta con tu residente y dirigirse a él como doctor y a mi llamarme señorita. Creo que muchas de nosotras hemos sido confundidas en alguna ocasión con enfermeras, señoritas, secretarías.

A primera vista, esto no parece lo más importante pero cuando estás trabajando en una profesión que te exige alta cualificación, horas de estudio, estar de guardia, aprender a operar y das todo lo mejor de ti, estas situaciones que se repetían una y otra vez te hacen sentir bastante mal descalificando de alguna manera la capacidad de la mujer para llevar a cabo una intervención quirúrgica. Esto, como digo, no es que sea lo más grave o importante y probablemente esté cambiando, aunque sigue pasando con las MIR en el momento actual.

El terreno de la Cirugía ha sido tradicionalmente en el que ha habido más hombres que mujeres y es en el que ha desarrollado su trayectoria profesional ¿Cuál ha sido su experiencia? ¿A qué dificultades tuvo que enfrentarse? Efectivamente, la especialidad de Cirugía General ha estado

“

Queremos que se rompa ese techo de cristal y no existan barreras para poder acceder a puestos más altos si así se elige y se trabaja para ello

por “tradicción” dominada por hombres. La Cirugía General es una especialidad muy completa y resolutive, muy dinámica, con muchas patologías, con trabajo multidisciplinar que implica a varias especialidades y verdaderamente apasionante. Pero, por otro lado, requiere mucho esfuerzo, muchas horas de trabajo en las guardias y sobre todo en el quirófano, donde sabes cuando entras, pero no cuando sales.

Dentro de este entorno complejo y cambiante, se ha dicho que para ser cirujano es necesario tener decisión, fortaleza de ánimo, confianza en sí mismo, determinación para aceptar la responsabilidad por la vida o la muerte de las personas y no dejarse deprimir ni dominar por las circunstancias. Estas cualidades se han atribuido preferentemente a los hombres. Sin embargo, en las últimas décadas, ha habido un aumento en la participación de mujeres en especialidades quirúrgicas, incluida la Cirugía General y hemos conseguido importantes avances, demostrando nuestra competencia en este campo. De lo que se trata es de evitar que algo sea tachado de “para hombres” o “para mujeres”.

En los socios más jóvenes de la AEC el 63% son mujeres... ¿a qué cree que se debe el cambio? ¿son menores las trabas a las que deben hacer frente las mujeres que cuando usted empezó?

En el momento actual la Asociación Española de Cirujanos cuenta con 5.974 socios. De ellos, 4.250 son senior y 1.262 son junior. Aunque en los socios senior hay un porcentaje algo mayor de hombres (54%) frente a un 46% de mujeres, en los socios más jóvenes, esta cifra se invierte y el 63%, son mujeres frente a un 37% de hombres. Esto indica como ha ido cambiando el perfil en la profesión ya que ahora hay muchas mujeres cirujanas en los hospitales y previsiblemente irá aumentando en los próximos años.

Creo que este cambio de perfil es consecuencia en primer lugar del aumento del número de mujeres en las facultades de Medicina, que ha hecho que la representación de las mujeres sea cada vez mayor en las diversas especialidades. Pero también a la visión de la sociedad, de las instituciones y de las mujeres mismas en romper la brecha de género y luchar por la representación e igualdad en todos los niveles de la vida.

¿Esta tendencia le animó a ser la primera presidenta de la AEC? ¿Se encontró con dificultades para ello?

“

Muchas mujeres que hemos sido pioneras en alcanzar puestos de responsabilidad o dirigir equipos, hemos abierto puertas a las nuevas generaciones de residentes que ahora tienen una percepción diferente no solo de las mujeres sino también de los hombres

Desde su fundación en 1935, en la Asociación Española de Cirujanos no ha habido ninguna mujer que la haya presidido. Pero pienso que esto es la evolución natural de la sociedad en general y específicamente de la AEC ya que hemos visto como paulatinamente se han ido incorporando un número creciente de mujeres en la cirugía, en las actividades de la Asociación y en la Junta Directiva. Inicialmente yo fui vicesecretaria durante un largo tiempo, luego secretaria y vicepresidenta.

Mi trabajo a lo largo de los años en la AEC me ha permitido conocerla desde dentro y he podido aprender de todos los presidentes previos. Poco a poco fui encontrando mi lugar en la AEC y hubo personas que me apoyaron lo que fue forjando poco a poco mis deseos de poder aportar desde la Presidencia mi granito de arena para mejorar la AEC y la situación de los cirujanos de nuestro país. Esto es un estímulo también y un reto para las cirujanas jóvenes con ganas de participar en estos puestos.

Esto ha ocurrido en otras Asociaciones de Cirugía. En Estados Unidos, desde la fundación del American College of Surgeons (ACS) en 1913, solo cuatro mujeres han sido presidentas del ACS, lo que representa el 3,2% del total de 125 presidentes que ha tenido la organización: la Dra. Kathryn D. Anderson en el año 1995, la Dra. Barbara L. Bass en el año 2017, la Dra. Valerie W. Rusch en el año 2019 y la Dra. J. Wayne

Meredith en 2020. En el Reino Unido, la Dra. Susan Hill fue la primera mujer que presidió el Royal College of Surgeons of England (RCS) en 2017, desde su fundación en 1800. En Colombia, la Dra. Lilian Torregrosa ha sido la tercera mujer que preside la Asociación Colombiana de Cirugía (ACC) desde su fundación en 1944.

En alguna otra entrevista ha comentado que “todavía queda mucho camino por recorrer” al hablar de uno de sus objetivos al frente de la AEC, la conciliación laboral-familiar. ¿Cuáles son las medidas que deberían implementarse?

La conciliación laboral-familiar es uno de los retos principales del cirujano. Las demandas del trabajo en Cirugía General son muchas veces intensas con unos horarios muy amplios y sacrificados, por lo que el equilibrio entre el trabajo y la vida personal es un desafío importante para muchos profesionales de la cirugía, independientemente de su género, pero en oca-

siones ha afectado de forma desproporcionada a las mujeres con responsabilidades familiares diferentes.

La consecuencia del desequilibrio entre el trabajo y la vida puede hacer que se descarte en ocasiones la posibilidad de acceder a estos puestos de responsabilidad. No se trata de crear una especie de competencia entre el trabajo y la vida familiar, sino que estos dos aspectos deben ser integrados de forma sinérgica en todos los que definen nuestra vida, como son el trabajo, el hogar, la familia, los amigos y la salud personal.

En primer lugar, es importante que sepamos poner límites a nuestro trabajo. Si no pones límites, te pueden dejar sin tiempo para otras actividades. Hay que saber administrar nuestro tiempo, atender lo urgente y saber decir no, ser selectivos. Hay que ponerse metas, aprendiendo a separar el trabajo del tiempo personal, hay que tratar de cumplir con el horario laboral y desconectarse cuando la jornada acabe.

En cuanto a las medidas que deberían implementarse para mejorar la conciliación laboral-familiar, es cierto que la maternidad ha sido históricamente una barrera para las mujeres en el ámbito profesional, y la falta de programas de conciliación adecuados ha contribuido a perpetuar esta desigualdad. La apertura de programas de conciliación que incluyen permisos paternales equiparados a los maternales es un paso importante hacia la normalización de las responsabilidades compartidas. Esto no solo beneficia a las mujeres al reducir la percepción de que la maternidad es una desventaja profesional, sino que también permite a los hombres asumir un papel más activo en el cuidado de los hijos.

Además de los permisos parentales, otras medidas de flexibilidad, como horarios de trabajo flexibles y políticas que fomenten un equilibrio adecuado entre la vida laboral y familiar, pueden contribuir significativamente a crear un entorno laboral más inclusivo. Aunque en ocasiones es difícil de implementar en nuestro entorno laboral, sería deseable que se establecieran turnos de trabajo donde se pudiera entrar en un rango de tiempo y que se cumplan determinados resultados, trabajando por objetivos. Ya sé que es difícil, pero esto puede contribuir a proporcionar igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y una integración y conciliación laboral-familiar.

Es importante que estas iniciativas se implementen de manera efectiva y que exista un compromiso real por parte de los hospitales para cambiar la cultura y superar los estereotipos de género arraigados. Esto no solo beneficia a las mujeres, sino que también crea un ambiente de trabajo más equitativo y saludable para todos los empleados. Y no olvidar que la conciliación familia y trabajo mejora la calidad de vida tanto de hombres y mujeres.





Ser la primera mujer al frente de la AEC ¿se vive con mayor responsabilidad?

Creo que la responsabilidad es muy alta pero así debe ser tanto para hombres como para mujeres. Probablemente se ha considerado que ser la primera mujer presidenta puede suponer expectativas más altas, por ser pionera y abrir camino a otras mujeres. Por ejemplo, se puede pensar que ser la primera mujer puede tener un impacto significativo en la representación y servir como fuente de inspiración para otras mujeres que consideran carreras en campos tradicionalmente dominados por hombres. Puede abrir puertas y desafiar estereotipos de género.

Otro aspecto es que también te puedes considerar responsable de apoyar la equidad de género y crear un entorno más inclusivo y justo para las generaciones futuras.

¿Qué líneas de trabajo tiene previsto desarrollar durante su Presidencia?

Un objetivo importante de nuestro programa fue consolidar el papel de la AEC como una sociedad científica de referencia para el Ministerio y autoridades sanitarias de las comunidades autónomas. Creemos que la AEC debe ser un órgano de representa-

ción de los cirujanos españoles, como interlocutor con las instituciones sanitarias públicas, las sociedades científicas y otros agentes sociales. Debe participar de forma activa en la toma de decisiones de nuestra profesión y garantizar la defensa de los intereses de la AEC y de sus socios ante la Administración.

Uno de los ejes principales de nuestro programa es el socio como objetivo primordial de la AEC y por ello debemos promover la formación, a través de la ampliación de la oferta existente a través de cursos online, becas para estancias formativas y formación de los socios en técnicas quirúrgicas innovadoras, entre otros. Otro de los objetivos fundamentales es el apoyo y la promoción de la investigación, facilitando la investigación colaborativa a través de proyectos multicéntricos y registros financiados por la AEC, estableciendo estándares de calidad y auditoría de resultados.

También, como objetivo primordial está el conseguir una mayor apertura y visibilidad de la AEC en la sociedad. Queremos impulsar la relación con otras sociedades e instituciones y establecer contactos con asociaciones de pacientes, elaborar documentos de información fiable y científicamente contrastada y llevar a cabo una labor de divulgación educativa sobre patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico. Asimismo, es importante fomentar los Programas de Cooperación Humanitaria.

Como punto de partida para poder poner en marcha nuestro proyecto, queremos elaborar un mapa de la distribución geográfica de los Servicios de Cirugía de todo el país, con el fin de obtener una información fidedigna y minuciosa de sus características, en cuanto a profesionales y recursos técnicos que los integran para poder detectar las necesidades de todos los servicios y hacer una previsión de las necesidades de cirujanos para los próximos años.

También estamos ya diseñando y organizando programas de acreditación de unidades de referencia en diferentes áreas que permitirá establecer los requisitos necesarios en los componentes de seguridad, calidad y capacidad en cuanto a personal, dispositivos médicos e infraestructura física.

¿Cómo le gustaría que fuera recordado su paso por dicha Presidencia?

Quizá me gustaría que me recordaran como impulsora de la colaboración y la comunicación efectiva entre los miembros de la Asociación y la comunidad científica en general, de la formación y mentoría de la siguiente generación de cirujanos, de fomentar el interés por la investigación y por el trabajo en aras de la inclusión y diversidad dentro de los cirujanos y cirujanas de España. En definitiva, como una persona íntegra, próxima y luchadora.

No obstante, no creo que sea tan importante ser recordada, ya que cada uno aportamos un poco cada día en la labor de mejorar los diferentes aspectos de nuestra profesión y es un continuo donde todos actuamos de forma conjunta de forma colaborativa.

¿Sigue percibiendo diferencias de género actualmente en su entorno? ¿Es diferente al observarlo desde una posición de cargo importante?

Si, en cierto modo sí. A pesar de todos estos avances que voy comentando, todavía tenemos que enfrentar desafíos relacionados con estereotipos de género, incluso cuando llegas a puestos de alta responsabilidad. Probablemente muchas veces podemos sentir presión adicional para demostrar competencia y liderazgo para desafiar algunas situaciones. Después de mi largo camino para conseguir alcanzar un puesto de alta responsabilidad, todavía he tenido que experimentar algunas situaciones en las que me han "ofrecido ayuda" o insinuado que me tenían que defender o cuidar, cuando en realidad yo no necesitaba esa ayuda o cuidado ni que me defendieran.

“

Los hospitales deben esforzarse por aumentar la representación de mujeres en puestos de liderazgo y como miembros de equipos quirúrgicos y crear un ambiente de trabajo que promueva la igualdad y respeto para todos los miembros de la organización

Hay todavía instituciones en las que la mayor parte de los miembros de sus Juntas directivas son hombres, aunque los socios/colegiados... sean mayoritariamente mujeres ¿cómo se puede aumentar el número en los órganos donde se toman las decisiones para generar una nueva cultura de gobierno?

Para mejorar las oportunidades y el éxito de las mujeres en cirugía, es importante abordar varios aspectos e implementarlos de forma efectiva. Es esencial fomentar la educación y la inspiración temprana. Los estudios de Medicina y posteriormente la residencia MIR proporcionan medios para desarrollar habilidades técnicas para tratar a los pacientes, pero no ofrecen de manera rutinaria capacitación en liderazgo. Por ello, parece necesaria la formación en estas habilidades, promoviendo programas educativos dirigidos a estudiantes y jóvenes interesadas en la cirugía para alentar su interés y ambición en este campo desde una edad temprana.

Otra de las opciones sería establecer programas de mentorización sólidos que conecten a cirujanas experimentadas con jóvenes aspirantes a cirujanas para proporcionar orientación y apoyo personalizado y que sirvan como inspiración para futuras generaciones.

Es deseable reconocer la importancia de promover la diversidad y la igualdad de género en la facultad y en los equipos quirúrgicos. Los hospitales deben esforzarse por aumentar la representación de mujeres en puestos de liderazgo y como miembros de equipos quirúrgicos y crear un ambiente de trabajo que promueva la igualdad y respeto para todos los miembros de la organización.

También hay que promover la participación activa de mujeres en comités y grupos de trabajo, así como en eventos y conferencias profesionales. Asumir roles de liderazgo en sociedades y asociaciones profesionales permitirá influir en políticas, normas y prácticas en el campo de la cirugía.

En cuanto a la implementación de cuotas de género, en principio, no estoy muy de acuerdo ya que las mujeres no deben llegar a un puesto de dirección por ser mujer sino por su talento, y éste no tiene género. Además, existe el riesgo de elegir a personas poco preparadas sólo por cumplir la cuota. No obstante, la falta de oportunidades de ascenso a puestos de responsabilidad para la mujer ha hecho que estas cuotas sean útiles para aumentar su representación en los puestos de mayor responsabilidad.

Muchas de nosotras hemos experimentado que cuando se pensaba en un puesto directivo se proponía a un varón. Cuando se implanta una cuota, aumenta la probabilidad de que una mujer con talento sea promocionada y pueda competir para optar a estos puestos. Probablemente, una vez conseguida la condición de igualdad entre hombres y mujeres, estas cuotas podrían desaparecer, pudiendo desarrollar ambos sus capacidades y entrenarse de forma similar para ocupar puestos de poder.

Y, por último, romper estereotipos ya que a medida que más mujeres asumen papeles de liderazgo en la cirugía, desafían los estereotipos de género y demuestran que la capacidad, las habilidades y la competencia son más importantes que el género en la profesión. Además de todo esto hay que realizar evaluaciones periódicas de las medidas llevadas a cabo y ajustar y adaptar las estrategias según las necesidades y expectativas analizadas.

Y quizá lo más importante, es que no basta con trabajar duro y ser buena cirujana. También hay que defender nuestra propia posición, estar presentes, pedir las oportunidades y hacerlo siempre que sea posible. Hay que tener una estrategia y si se

quiere ser jefa en un determinado número de años, hay que trazar un plan de forma rápida. Y un aspecto también importante es que hay que colaborar con otras mujeres. Yo no pude evidentemente, ya que no había más mujeres en mi entorno, pero ahora si es posible, no hay que trabajar solas sino colaborar con las mujeres que tenemos a nuestro alrededor.

¿Son suficientes las medidas que se están tomando para avanzar (Premios de reconocimiento, Día Internacional de las Niñas y las Mujeres en la Ciencia, foros...)?

Aunque las acciones simbólicas, como los premios y los días de concienciación, son importantes, a menudo no son suficientes para abordar de manera completa las desigualdades de género y la creación de un cambio estructural y sostenible requiere una combinación de medidas en las que habría que trabajar más y de forma continuada para lograr una verdadera equidad. Es un proceso continuo que implica el compromiso a largo plazo de las instituciones y la sociedad en su conjunto.

“

Aunque las acciones simbólicas, como los premios y los días de concienciación, son importantes, a menudo no son suficientes para abordar de manera completa las desigualdades de género y la creación de un cambio estructural y sostenible

Además de las ya comentadas en el apartado anterior se podrían implementar medidas específicas, como cuotas o políticas afirmativas, para aumentar la presencia de mujeres en posiciones estratégicas. He vivido cómo las sesiones de los congresos de cirugía solían tener sólo varones como ponentes. Ahora se ha denominado “manels” a estos paneles 100% masculinos. Las asociaciones en algunos países han establecido iniciativas interesantes para nivelar la participación de ambos sexos de forma equitativa en los ponentes de las sesiones de los congresos. Aunque no parezca importante, esta decisión permite que las mujeres hayan podido estar presentes en muchas sesiones de congresos a las que durante mucho tiempo sólo fueron reservadas para hombres.

En 2019, los editores de las 18 revistas del grupo Lancet adoptaron un compromiso de diversidad, parte del cual incluía la política de no formar parte de paneles científicos compues-

tos exclusivamente por hombres. La idea es comprometerse a lograr el equilibrio de género en los eventos que patrocinan u organizan y estimulando a que se incluya a mujeres como panelistas, no solo como presidentas o moderadoras.

El apoyo de estas organizaciones hará que se reduzcan los sesgos inconscientes de género, donde se piensa automáticamente en invitar a hombres a hablar de temas técnicos o pensar que los hombres son más expertos en los diferentes temas. Por último, también estaban tomando medidas para garantizar que más mujeres sean representadas en sus conferencias de prensa y seleccionadas como autoras, revisoras y editoras, así como renovar sus consejos editoriales para incluir un porcentaje de mujeres equitativo.

¿Se deben potenciar investigaciones sensibles al género y una cultura de trabajo que fomente la igualdad de condiciones real (salario, oportunidades de formación, acceso a subvenciones y financiaciones)?

Sí, es fundamental fomentar la investigación y recopilar datos sobre la desigualdad de género en cirugía para comprender mejor la realidad actual y desarrollar estrategias que la mejore. Por ejemplo, recientemente desarrollamos el proyecto ‘Mujeres en Medicina en España (WOMEDS)’, impulsado por la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), cuyo objetivo es identificar posibles sesgos de género y proponer acciones que promuevan una igualdad real de oportunidades en el acceso a posiciones de liderazgo en los distintos ámbitos de la Medicina, contribuyendo a combatir las desigualdades a las que se enfrentan las mujeres en España. En él se analizan las posiciones de liderazgo correspondientes a asistencia sanitaria, participación en organizaciones profesionales (sociedades científicas, congresos médicos, colegios profesionales), posiciones académicas e investigación.

Se recabaron datos de 2020-2021 de 46 sociedades científicas demostrando la infrarrepresentación de las mujeres en puestos de liderazgo y en el momento actual se está actualizando la información del año 2022 para ver la evolución anual.

En cuanto a fomentar una cultura de trabajo que promueva la igualdad de condiciones en diversos aspectos, hay que respaldar iniciativas como fomentar la diversidad de género en la investigación y proporcionar acceso equitativo a subvenciones y financiaciones, garantizar la igualdad de condiciones laborales, incluidos salarios y establecer políticas de conciliación familiar. Para que la transformación sea real, es necesario que estas iniciativas partan de las instituciones y tengan un compromiso firme adoptando las medidas necesarias para promover la diversidad y la igualdad de oportunidades y reducir el sesgo de género en la cirugía. ■

Pacientes

FECMA recomienda la ampliación del cribado de cáncer de mama con mamografía a mujeres desde los 45 años



Los programas de cribado poblacional reducen la morbilidad y la mortalidad prematuras del cáncer, ayudan a mejorar la supervivencia, resultan cruciales para abordar las desigualdades sociales y son eficaces cuando la población objetivo se determina de forma adecuada y los niveles de participación son elevados. Sin embargo, actualmente la edad de referencia para realizarse una mamografía está entre los 50 y los 69 años. Por ello, la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) y las 47 asociaciones de mujeres integradas en ella aprovecharon el Día Internacional del Cáncer de Mama para hacer público su Manifiesto 2023, en el que recomiendan ampliar desde los 45 a los 74 años la edad para hacerse una mamografía, en consonancia con el Plan Europeo de Lucha contra el cáncer y la puesta en marcha de protocolos para realizar el cribado en varones.

Tal y como asegura **M.^a Antonia Gimón**, presidenta de FECMA, “sería deseable que España incorporara las recomendaciones

del Plan Europeo de lucha contra el Cáncer a la Cartera de Servicios y Prestaciones de nuestro Sistema Nacional de Salud y para ello, sería útil un acuerdo vinculante en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para esa incorporación y rigor para dotar a nuestro Sistema Nacional de Salud de los medios humanos y materiales para incorporar esas recomendaciones a los programas de cribado”.

El objetivo de este Manifiesto, que cuenta con el apoyo de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y los grupos cooperativos de investigación en cáncer de mama GEICAM y SOLTI, es poner sobre la mesa las necesidades de las mujeres con cáncer de mama y dar estrategias a las administraciones para atajarlas.

La **Dra. Sara López Tarruella**, tesorera de la Junta Directiva de SEOM y oncóloga médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, afirma que “en España el cribado de cáncer de mama se realiza siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales que se van adaptando con la evidencia disponible. Si bien, hay que señalar que en el caso de mujeres que cumplen criterios de alto riesgo personal se recomienda una valoración individual. Desde SEOM recordamos la importancia de consultar a un profesional médico ante la aparición de asimetrías mamarias, masas palpables, alteraciones cutáneas o secreción mamaria anómala por el pezón/retracción del mismo para la evaluación específica del caso”.

FECMA incide en la importancia de la experiencia y los datos científicos, que confirman que la mamografía sigue siendo el mejor ins-

trumento para detectar el cáncer de mama. Las mujeres diagnosticadas creen, como muestra el Manifiesto, que el cáncer debe ser abordado en su complejidad, con una atención integral y criterio multidisciplinar, combinando prevención, detección precoz, respuesta asistencial, investigación e innovación. Esto no será posible sin una equidad que permita la igualdad de condiciones tanto en el diagnóstico como en los tratamientos. Por ello, las pacientes insisten en la necesidad de corregir las desigualdades territoriales.

Dar respuesta a las necesidades de todas las pacientes es un propósito compartido por GEICAM. Tal y como señala su presidente, el **Dr. Miguel Martín**, “que el cáncer de mama sea abordado en toda su complejidad es uno de los objetivos de los grupos de investigación académica y cooperativa y la participación de los pacientes en ensayos clínicos es clave para investigar necesidades no cubiertas”. Como recoge el Manifiesto, es previsible que en los próximos años aumente el número de casos de cáncer de mama y mejore la tasa de supervivencia, pero lo preocupante es que en el 6% de los diagnósticos ya hay metástasis y que el 20%-30% de las pacientes desarrollará un cáncer de mama metastásico. De ahí la urgencia de avanzar en la investigación.

Por su parte, la **Dra. Mafalda Oliveira**, presidenta del grupo de investigación en cáncer SOLTI, señala que “el cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública, sin embargo, la mortalidad se ha reducido debido, en gran parte, a la investigación y la detección precoz”. ■

Manifiesto



Primer premio del 16.º Concurso +MIR de Casos Clínicos para residentes de Oncología Médica

“Síndrome de takotsubo asociado al tratamiento con inhibidores de BRAF y MEK”

SEOM entregó, por decimosexto año consecutivo, con la colaboración de Gilead, los premios del Concurso +MIR de Casos Clínicos para Residentes de Oncología Médica. Revista SEOM publica el caso que ha recibido el primer premio titulado “Síndrome de takotsubo asociado al tratamiento con inhibidores de BRAF y MEK”, del Dr. Pau Mascaró Baselga, del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.



TEMA
Toxicidad a tratamientos antineoplásicos

AUTOR PRINCIPAL
Dr. Pau Mascaró Baselga
Hospital Universitario Vall d'Hebron

COLABORADORES
Dres. Jesús Yaringaño, Pau Benito Buch, Aina de Torner Vidal, Pablo Martínez Albaladejo, Kreina Sharela Vega-Cano

SUPERVISIÓN
Dra. Eva Muñoz Couselo

Mujer de 79 años, con hipertensión arterial en tratamiento con losartán y adecuado control. En noviembre 2017 consulta por palpación de nódulo mamario izquierdo. La biopsia mostró proliferación celular con perfil inmunohistoquímico compatible con infiltración por melanoma maligno (positividad de S100, Melan-A y HMB-45). El PET-TC objetivó además un nódulo hipermetabólico pulmonar. Se diagnosticó de melanoma metastásico (estadio IV), con estudio mutacional BRAF V600 positivo.

En enero 2018 inició tratamiento de primera línea con cobimetinib y vemurafenib. Previo al inicio se realizó un electrocardiograma (ECG) y una ecografía transtorácica (ETT) sin hallazgos patológicos.

El marzo 2018, tras dos ciclos de tratamiento, acudió a urgencias por dolor torácico opresivo de 24 horas de duración, con exploración física anodina. Se realizó un ECG con ondas T negativas en derivaciones precordiales (Fig.1), una analítica con elevación de marcadores de daño cardíaco (troponina I 1.366ng/L). La ETT mostró un ventrículo izquierdo (VI) con función sistólica reducida (fracción eyección 43%), hipocinesia apical e hipercontractilidad de segmentos basales (Fig.2). El cateterismo cardíaco no mostró lesiones coronarias significativas. Se diagnosticó de síndrome de Takotsubo (STT) y se inició tratamiento con betabloqueantes. Una RM cardíaca tras 15 días mostró normalización de la función sistólica y de las alteraciones de la contractilidad, sin focos de necrosis miocárdica.

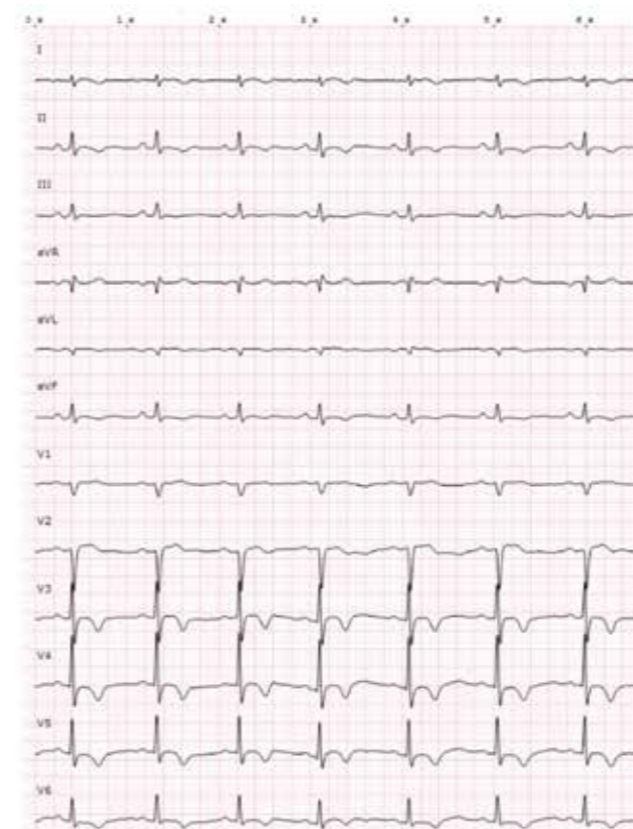


Figura 1: ECG 12 derivaciones con ondas T de polaridad negativa en derivaciones I, II, aVF, V3-V6.

Tras descartar otras potenciales causas de STT, se atribuyó a toxicidad por los inhibidores BRAF y MEK (iBRAF/iMEK). Al tratarse de un efecto adverso grave se decidió discontinuación permanente de este tratamiento.

Puesto que la paciente no había conseguido una respuesta completa, se decidió continuar el tratamiento con inmunoterapia

con pembrolizumab, que inició en marzo 2018 y finalizó 2 años más tarde, obteniendo como mejor respuesta objetiva una respuesta completa, que sigue manteniendo actualmente (Fig.3).

El STT se caracteriza por alteración transitoria de la contractilidad del VI, con discinesia (balonización) apical. Se presenta similar al síndrome coronario agudo (SCA) con dolor torácico, cambios eléctricos en ECG, movilización de marcadores de daño miocárdico. Sin embargo, no se produce por obstrucción del flujo coronario y por ende el cate-terismo cardíaco muestra arterias coronarias sanas, elemento diferenciador con el SCA.(1)

En fase aguda, las complicaciones del STT son equiparables al SCA (arritmias, shock cardiogénico, rotura del septo o pared libre ventricular), por ello su reconocimiento precoz es esencial. Tras la fase aguda, se considera una condición benigna y reversible, siendo habitual la normalización de la función sistólica. No obstante, estudios recientes han visto un exceso de morbimortalidad a largo plazo, similar a la enfermedad coronaria.(1)

En el STT generalmente existe un estresor emocional o físico, y la estimulación simpática con exceso de catecolaminas podría ser clave en su patogenia.(2) En pacientes oncológicos la incidencia podría ser mayor. Los potenciales desencadenantes son: estrés emocional por el diagnóstico de cáncer, estado proinflamatorio inducido por el cáncer, las terapias antineoplásicas o radioterapia. En la literatura, los antineoplásicos más comúnmente asociados son fluoropiridinas (5-fluorouracilo y capecitabina), inhibidores VEGF (bevacizumab), inhibidores tirosina cinasas (axitinib, sunitinib, ibrutinib) e inmunoterapia (ipilimumab).(3)

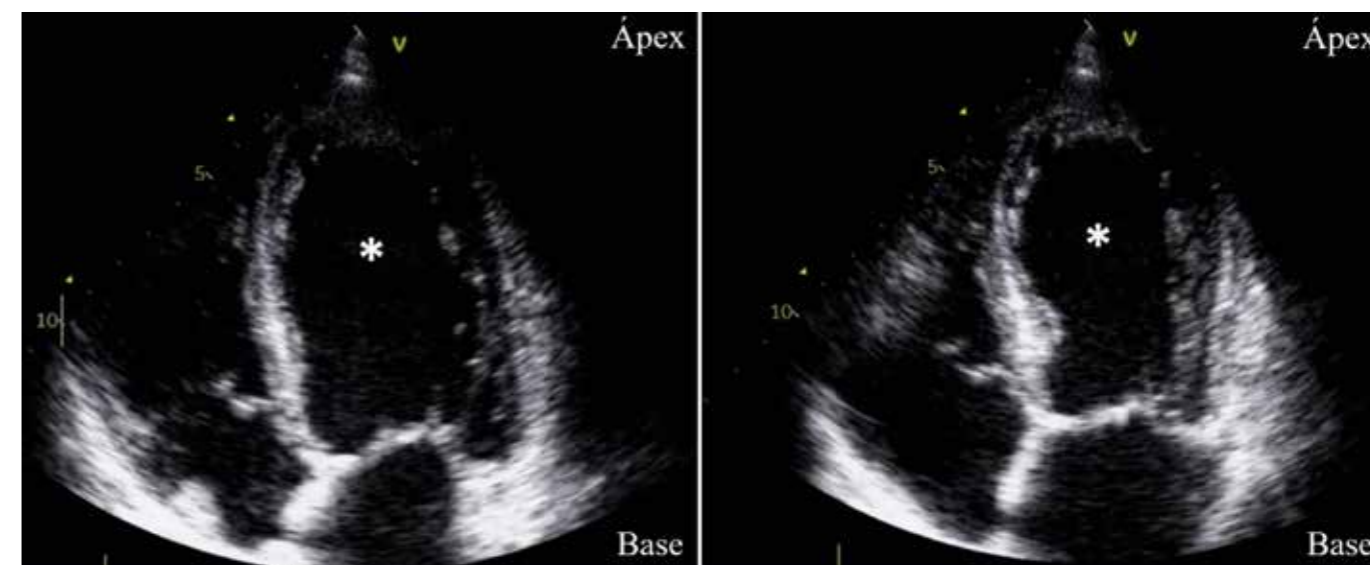


Figura 2: ETT, 4 cámaras, diástole (A) y sístole (B). Ventrículo izquierdo (*) con discinesia apical.

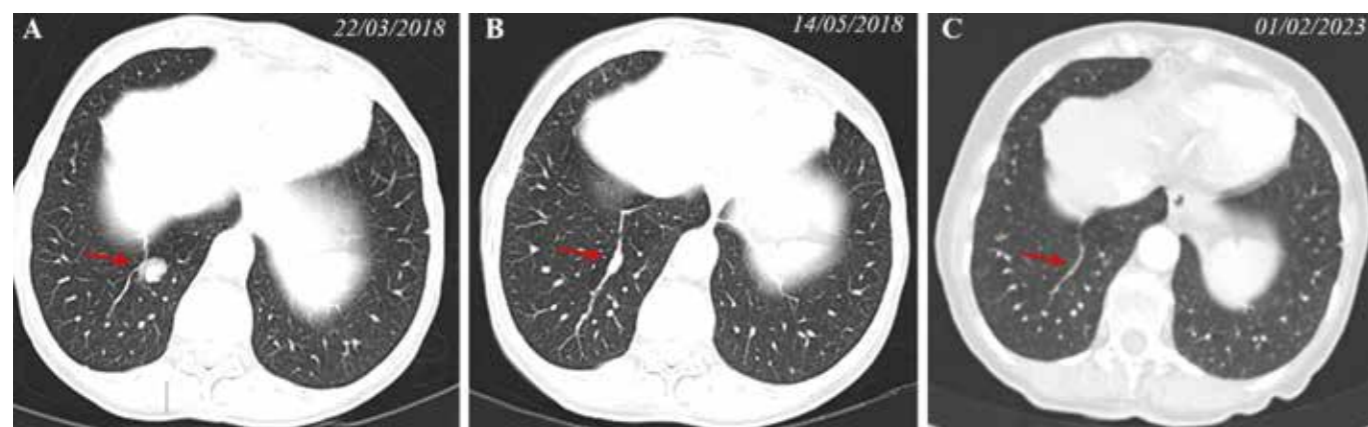


Figura 3: TC al inicio pembrolizumab(A). A 3 meses, respuesta parcial(B). A 5 años, respuesta completa(C).

Se ha descrito toxicidad cardiovascular con iBRAF/iMEK, como alargamiento del intervalo QT, disminución de la fracción de eyección, hipertensión, fibrilación auricular y tromboembolismos venosos. La prolongación del QT se asocia a iBRAF, especialmente vemurafenib, ocurriendo en 3-7% de pacientes con este fármaco y en 2% con vemurafenib-cobimetinib (V+C).(4) En cambio, la disfunción del VI se asocia a iMEK(5), reportada en \geq G3 en 4%, 2% y 1% de pacientes con las combinaciones dabrafenib-trametinib (D+T), V+C y encorafenib-bimetinib (E+B), respectivamente. La frecuencia de desarrollo de hipertensión es de 29%, 16% y 11% para D+T, V+C y E+T.(4)

El tratamiento fundamental del STT es de soporte. Los IECA / ARA-II contribuyen a la recuperación de la función sistólica del VI, y a largo plazo podrían reducir la mortalidad y la recurrencia (nuestro paciente ya tomaba losartán). Los betabloqueantes también podrían facilitar la recuperación de la función sistólica en fase aguda, y por ello se iniciaron.(1)

El interés de este caso es doble:

- Según nuestro conocimiento éste constituye el primer reporte de STT asociado a tratamiento combinado iBRAF/iMEK.
- La excelente respuesta obtenida con pembrolizumab tras la secuenciación de iBRAF/iMEK, con respuesta completa a 5 años de inicio de tratamiento, muy por encima de las medias de supervivencia libre de progresión (8.4 meses) y global (32.7 meses) reportadas con pembrolizumab en melanoma avanzado en el estudio KEYNOTE-006.

Los iBRAF/iMEK pueden asociarse a eventos adversos cardiovasculares potencialmente graves. En este caso, describimos un STT asociado al uso de estos inhibidores. Como se recoge en las guías de cardio-oncología de la Sociedad Europea de Cardiología, es esencial una evaluación de riesgo antes del inicio de este tratamiento mediante medida de presión arterial, ECG y ETT, así como su monitorización periódica durante el tratamiento, a fin de prevenir o reconocer precozmente dichos eventos adversos. ■

Bibliografía

1. Ghadri J, Wittstein IS, Prasad A, Sharkey S, Dote K, Akashi YJ, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part II): Diagnostic Workup, Outcome, and Management. *Eur Heart J*. 2018;39(22):2047-2062.
2. Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, Napp LC, Bataiosu DR, Jaguszewski M, et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 2015;373(10):929-38.
3. Desai A, Noor A, Joshi S, Kim AS. Takotsubo cardiomyopathy in cancer patients. *Cardiooncology*. 2019;5:7.
4. Heinzerling L, Eigentler TK, Fluck M, Hassel JC, Heller-Schenck D, Leipe J, et al. Tolerability of BRAF/MEK inhibitor combinations: Adverse event evaluation and management. *ESMO Open*. 2019;4(3):e000491.
5. Mincu RI, Mahabadi AA, Michel L, Mrotzek SM, Schandendorf D, Rassaf T, et al. Cardiovascular Adverse Events Associated with BRAF and MEK Inhibitors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):1-13.

SEEO y SEOM impulsan el I curso de formación en trombosis asociada a cáncer

El objetivo es concienciar a la Enfermería Oncológica de esta asociación, e instruir en el reconocimiento temprano de síntomas y signos.



Sección SEOM
Trombosis y Cáncer

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y SEOM han impulsado el I curso de formación en trombosis asociada a cáncer con el objetivo de concienciar a la Enfermería Oncológica de la asociación entre trombosis y cáncer; instruir en el reconocimiento temprano de síntomas y signos para poder hacer un diagnóstico precoz, así como la prevención y evitación de los factores de riesgo; y conocer las pruebas diagnósticas para realizar un diagnóstico adecuado del evento tromboembólico.

Asimismo, este curso formará a la Enfermería Oncológica sobre los tratamientos anticoagulantes de uso en pacientes oncológicos que presenten trombosis, así como sobre su dosis, duración y efectos secundarios; educará al paciente sobre la administración de los fármacos, tanto subcutáneos como orales, y la aportación de consejos prácticos y aclaración de dudas que el paciente y su familia puedan presentar; y permitirá conocer los eventos tromboembólicos asociados a catéteres de uso común en Oncología, cómo se previenen y el correcto manejo de esta situación.

El formato de este curso, que dará comienzo el 29 de enero, con distribución en módulos, con contenido teórico asociado a tablas y figuras, permite una visión completa y un aprendizaje integral de forma adecuada. Coordinado por el **Dr. Andrés Muñoz**, coordinador de la Sección SEOM de Trombosis y Cáncer, junto con la **Dra. Elena Brozos** y el **Dr. David Gutiérrez**, ambos miembros de la misma Sección SEOM, el plazo de inscripción del curso, que cuenta con la colaboración sin restricciones de la alianza **Bristol Myers Squibb** y **Pfizer**, se cerrará el 8 de enero.

“La identificación de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de la trombosis asociada a cáncer es esencial para desarrollar estrategias de prevención adecuadas y garantizar un correcto diagnóstico y tratamiento. La puesta en marcha de estas acciones es crucial para aumentar la supervivencia y prevenir complicaciones a largo plazo que puedan mermar la calidad de vida de los pacientes oncológicos”, explica el Dr. Muñoz, quien añade que “una de las medidas más importantes es la concienciación tanto del personal sanitario como de la sociedad de la notable relevancia e impacto de la trombosis venosa asociada a cáncer hoy en día. Una adecuada formación puede permitir un reconocimiento temprano de síntomas y signos, y eventualmente realizar un diagnóstico precoz”.

“A lo largo de las últimas décadas hemos sido testigos de numerosos estudios en pacientes oncológicos con esta condición, por lo que se han aprobado nuevos tratamientos y su uso en diferentes situaciones. El correcto conocimiento de los fármacos indicados para cada situación, así como sus dosis e instrucciones de administración, forma parte de los conocimientos básicos que todo personal de Enfermería debe adquirir para proporcionar unos adecuados cuidados al paciente”, explica la Dra. Brozos.

“El precoz reconocimiento del cuadro clínico de presentación y el uso de tratamientos anticoagulantes que se utilizan en pacientes oncológicos, así como un adecuado manejo de la trombosis asociada a catéteres, nos parece de crucial importancia para el desarrollo de este curso, cuyo objetivo principal es mejorar la asistencia en pacientes que presentan esta complicación”, indica el Dr. Gutiérrez.

“La enfermera oncológica debe tener formación sobre el riesgo de aparición de eventos tromboticos para proporcionar al paciente oncológico adecuada información y evitar o minimizar en lo posible la aparición de efectos secundarios. El apoyo y la información que los pacientes reciben sobre el riesgo de trombosis suele ser inadecuada en comparación con la que reciben sobre los tratamientos de quimioterapia y los efectos secundarios asociados. Las intervenciones de Enfermería pueden mejorar la adherencia y la satisfacción del paciente con el tratamiento recomendado”, coinciden en señalar los enfermeros **Recuerdo Aranda** y **Francisco Javier Ruiz**, miembros del Grupo de Trabajo SEEO-SEOM. ■



Se ha celebrado en Valencia con una gran participación de oncólogos españoles

SIOG 2023 ha destacado por el aumento del interés científico en el manejo del paciente anciano con cáncer



España ha sido el tercer país con más asistentes en SIOG2023.

Con el título “Global solutions for global challenges”, ha tenido lugar el Congreso anual de la Sociedad de Oncología Geriátrica (SIOG) en Valencia, del 9 de noviembre al 11 de noviembre. Dicho evento, ha contado con la organización de la representante nacional española, la **Dra. Regina Gironés**, del Servicio de Oncología Médica del Hospital la Fe, de Valencia, en colaboración con el **Dr. Enrique Soto**, como co-organizador, oncólogo mejicano, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán. La Dra. Gironés comenta que este foro ha destacado por el aumento del interés científico en el manejo del paciente anciano con cáncer y la mayor participación de la comunidad científica, a través de las diferentes sociedades, en el abordaje de estos pacientes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica diaria.

“En todas las sesiones –subraya la Dra. Gironés– se puso en evidencia la realidad del envejecimiento poblacional, el aumento de los pacientes ancianos con cáncer y la necesidad del manejo

multidisciplinar. También se constató el aumento de evidencia científica, a pesar de que los ancianos con cáncer siguen estando infrarrepresentados en los ensayos clínicos”.

La Dra. Gironés destaca, asimismo, “la amplia asistencia, con más de 400 inscritos, siendo España el tercer país con más asistentes; respecto a congresos anteriores, este año ha sido el que más asistentes nacionales ha tenido, con un incremento superior al 50% respecto a ediciones anteriores y la participación multidisciplinar”.

El Congreso se ha iniciado con un workshop con amplia participación española, donde se ha revisado el papel de las variables geriátricas en el manejo del paciente anciano con cáncer (funcionalidad, nutrición, situación cognitiva, uso y abuso de medicación, uso y utilidad de escalas de predicción de riesgo de toxicidad a tratamiento activo y revisión de las diferentes escalas de cribado de valoración geriátrica y su aplicabilidad).

Por su parte en la inauguración, que corrió a cargo de los doctores Soto y Gironés, se revisó la situación actual del manejo del paciente anciano desde el punto de vista de las diferentes especialidades: Geriátrica, Oncología, Radioterapia, Hematología y Cirugía. En concreto, la revisión de la situación de la Oncología Geriátrica fue realizada por la **Dra. Mercedes Cavanagh**, miembro de la Sección de Oncogeriatría de SEOM.

Posteriormente, se presentaron diferentes mesas de debate sobre patologías oncológicas específicas, donde, simulando un comité

“

En todas las sesiones se puso en evidencia el aumento de los pacientes ancianos con cáncer y la necesidad del manejo multidisciplinar. También se constató el aumento de evidencia científica, a pesar de que los ancianos con cáncer siguen estando infrarrepresentados en los ensayos clínicos

de tumores, se valoró el abordaje multidisciplinar de estos pacientes. Se revisaron casos de tumores de mama, recto, pulmón y mieloma. En la sesión de cáncer de pulmón, se contó con la participación de la **Dra. Enriqueta Felip**, presidenta de SEOM 2021-2023 y jefa de Sección y responsable de la Unidad de Cáncer de Pulmón del Servicio de Oncología del Hospital Vall d'Hebron y en la sesión de comité multidisciplinar de cáncer de mama, con la **Dra. Sonia del Barco**, miembro del comité ejecutivo de la Sección de Oncogeriatría de SEOM y responsable de la newsletter.

Participación de las SSCC

“Como éxito del acercamiento entre las sociedades, en el Congreso se contó con la participación de las diferentes sociedades científicas españolas y sus representantes”, resalta la Dra. Gironés. En representación de SEOM, el presidente, el **Dr. César A. Rodríguez**, participó en la sesión conjunta SEOM-SIOG tratando el tema del abordaje multidisciplinar del cáncer de mama en la anciana.

Asimismo, la Dra. Victoria Mateos, presidenta de la Sociedad Española de Hematología (SEHH), intervino en el comité multidisciplinar del manejo del mieloma en el paciente anciano, en una sesión conjunta SIOG-SEHH. Y, en el manejo multidisciplinar del cáncer de recto del anciano, participó de forma activa el **Dr. Andrés Cervantes**, presidente de ESMO, así como en una

sesión conjunta SEOG-ESMO. Además, el presidente de la Sociedad de Geriátrica y Gerontología (SEGG), Dr. Jose Augusto García Navarro, intervino en una sesión conjunta SIOG-SEGG.

El Congreso, además, ha contado asimismo con sesiones conjuntas con ASCO, en las que se revisaron las guías clínicas y la necesidad de focalizar las recomendaciones en las situaciones actuales de la práctica clínica diaria. Y, también se organizó una sesión conjunta con MASCC y EuGMS.

Por su parte las comunicaciones orales presentaron trabajos donde, de nuevo, se volvió a demostrar el papel de la valoración geriátrica y las intervenciones geriátricas en el manejo del paciente anciano con cáncer.

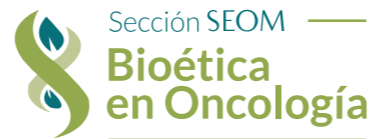
“A destacar –señala la Dra. Gironés– la revisión del papel de la fragilidad en la respuesta a la inmunoterapia, el papel de la funcionalidad en la recuperación postquirúrgica y la necesidad de incluir PROMS y PREMS, así como preguntas directas sobre los objetivos que preocupan a los pacientes ancianos con cáncer, y que no suelen estar recogidos en la práctica clínica habitual ni en los objetivos de los ensayos clínicos”.



Dr. Enrique Soto y Dra. Regina Gironés.

Problemas éticos en la comunicación del pronóstico a pacientes oncológicos. Compaginar autonomía y bienestar, honestidad y compasión

Comentario realizado por la Dra. Teresa García García, oncóloga médica del Hospital Santa Lucía, Cartagena, y coordinadora de la Sección de Bioética en Oncología de SEOM al artículo: Carmona-Bayonas A, Rodríguez González A, García-García T, Velasco-Durántez V, Hernández-San Gil R, Cruz-Castellanos P, Fernández Montes A, Castillo-Trujillo A, Ballester I, Rogado J, Calderón C, Jiménez-Fonseca P. *Can Oncologists Prompt Patient Prognostic Awareness to Enhance Decision-Making? Data From the NEOetic Study. Oncologist 2023 Nov 2;28(11): 986-995. doi: 10.1093/oncolo/oyad100. PMID: 37185783.*



En las primeras consultas en Oncología encontramos el dilema de equilibrar el deber ético de una información plena y veraz frente al de minimizar el daño psicológico de un pronóstico posiblemente malo a un paciente desconocido de momento y en un contexto de incertidumbre

La comunicación del pronóstico en Oncología tiene gran importancia para tomar decisiones terapéuticas. Especialmente en casos de enfermedad metastásica y perspectiva de vida corta, o cuando las opciones disponibles añaden un beneficio limitado, es importante por respeto a la dignidad personal y autonomía del paciente dar una información clara y honesta. Pero la información a veces, además de un refuerzo a la autonomía del paciente, puede ser un daño a su bienestar psicológico.

Algunos autores y compañeros¹ recelan de la veracidad de los oncólogos en la comunicación del pronóstico, con la premisa de que con una información realista los pacientes rechazarían los tratamientos oncológicos, y que al no comunicarla “se compromete la toma de decisiones libre del paciente y se cae en el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico”

El artículo de Carmona Bayonas y cols.² “Can oncologists prompt patient prognostic awareness to enhance decision-making? Data from the NEOetic study,” resume en parte los resultados del estudio NEOetic respecto a las implicaciones éticas de distintos enfoques comunicacionales durante la primera consulta en Oncología Médica³ y sobre la adecuación de la conciencia pronóstica de los pacientes oncológicos con la realidad. Examina cómo la información pronóstica impac-

ta en la percepción del paciente sobre su enfermedad y cómo esto puede influir en las decisiones terapéuticas.

El estudio NEOetic es un estudio prospectivo multicéntrico auspiciado por la Sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica, que analiza -en pacientes con cáncer avanzado- las estrategias de afrontamiento, los factores que las modulan, la calidad de vida y los aspectos éticos que influyen en la toma de decisiones compartidas. Parte de este estudio evaluó, mediante cuestionarios validados, la conciencia pronóstica, las expectativas e interés en terapias de eficacia posiblemente baja, la calidad de vida y los síntomas psicológicos tras la primera consulta. Estudió a la vez, mediante cuestionarios dirigidos a los oncólogos, la forma de comunicar el pronóstico y el riesgo-beneficio de los tratamientos propuestos.

En concreto, los cuestionarios realizados a los oncólogos investigaron la expectativa de vida y de toxicidad, la magnitud del beneficio clínico del tratamiento propuesto con base en los resultados del estudio en que se basa el tratamiento, y el perfil informativo diferenciando cinco posibilidades: 1) No información (conspiración de silencio); 2) Información cualitativa sin alusión a la muerte; 3) Información cualitativa con alusión a la muerte; 4) Información cuantitativa general; 5) Información cuantitativa exacta (estudio clínico, con cifras concretas).

Se incluyeron 550 pacientes de 16 centros, reclutados entre enero 2020 y diciembre 2021, de los que fueron analizables 545. 58% eran varones y 42% mujeres, con una mediana de edad de 66 años (18-90), la mayoría con diagnósticos de cáncer de pul-

món (203, 37%), colorrectal (123, 22%), y otros tumores digestivos (122, 21%). El número de oncólogos participantes fue 63.

La mediana de supervivencia global estimada por los oncólogos fue de 22.6 meses (5-100) para el grupo en general, con posibilidad de supervivencia larga en un 13% de los casos (n = 74). De los 545 pacientes, 84% afirmaron ser conscientes de la gravedad de su enfermedad. Sin embargo, la mayoría (74%, 407) declaró tener esperanza en que el tratamiento podría curar la enfermedad. Solo 18% (95% CI, 14.6-21.0) demostró ser claramente consciente de su pronóstico.

El estilo de comunicación más frecuente fue el cualitativo (65%, n = 356). De los que informaron de manera cuantitativa, 38% (24/63) comunicaron datos relativos, 49% (31/63) datos absolutos y 6% (4/63) mostraron a los participantes el ensayo clínico en el que se basaban. Se vio que el perfil informativo cualitativo da lugar a una conciencia pronóstica más inexacta que la información cuantitativa. La expectativa de curabilidad fue del 80% en pacientes sin información o con información vaga sin hacer referencia a la muerte, frente al 68% de los que recibieron información completa.

Los pacientes con mayor expectativa subjetiva de curación demostraron más espíritu de lucha, una aceptación más estoica, más esperanza, mejor estado de salud global, mayor satisfacción con la decisión y la atención, y mejor estado de ánimo (bienestar 10 puntos mayor en la escala de calidad de vida) mientras que los que refirieron bajas expectativas de curación presentaban una mayor desesperanza, depresión, ansiedad, somatización y otros síntomas, así como mayor estrés emocional, peor estado de ánimo y empeoramiento de la calidad de vida.

Por tanto, de los 545 pacientes analizados, apenas un 18% logra discernir el carácter paliativo de los tratamientos propuestos. Respecto al interés por recibir terapias “de baja eficacia” (menos de seis meses de prolongación de supervivencia) casi un 70% (68%, 378) desearía recibirlos. Esto es más frecuente en los participantes con un conocimiento inexacto del pronóstico (74%) que entre los de conciencia pronóstica realista (56%). Además, la mayoría de pacientes muestra interés en recibir tratamientos antineoplásicos que puedan mejorar la calidad de vida o retrasar el crecimiento tumoral incluso aunque no prolonguen la supervivencia.

Los resultados sugieren que la información concreta y realista favorece una conciencia pronóstica más ajustada a la realidad, y que la conciencia del pronóstico influye en el proceso de toma de decisiones de los pacientes oncológicos, pues es más probable que rechacen tratamientos de baja eficacia aquellos con una información más completa y unas expectativas más realistas. En resumen, el estudio apunta a que, al fomentar la conciencia pronóstica de los pacientes, los oncólogos pueden mejorar la toma de decisiones compartida y evitar tratamientos desproporcionados.

Sin embargo, llama la atención que casi dos tercios de los pacientes “bien informados” expresan expectativas no realistas, y más de un 50% de los que refieren expectativas realistas tiene interés en tratamientos de baja eficacia. Es posible que los motivos subyacentes sean más complejos que únicamente el tipo de información proporcionada. Muy probablemente hay factores psicológicos, emocionales o espirituales que llevan a un deseo de creer en la curación en su propio caso, independientemente de los datos estadísticos. Este es un asunto que



habría que estudiar más a fondo para mejorar la comunicación sin romper barreras emocionales, útiles para el afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes.

Es interesante también apreciar la influencia de la información más o menos “cruda” en el bienestar físico y emocional de los pacientes. La no mención de una posible proximidad a la muerte se correlaciona con mejor estado de ánimo mientras que una percepción pronóstica más certera se vinculó con mayor estrés emocional, síntomas depresivos y empeoramiento de la calidad de vida. Este hecho lleva a plantear cómo equilibrar la información veraz con el mínimo daño al paciente, en enfermedades con perspectiva de vida corta en las que una buena calidad de vida y un estado de ánimo positivo forman parte del éxito terapéutico.

Desde una perspectiva bioética, el estudio plantea varios aspectos importantes. En primer lugar, la comunicación efectiva del pronóstico por parte de los oncólogos permite que un mayor número de pacientes comprenda plenamente su situación y sea capaz de tomar decisiones autónomas y participar activamente en su atención médica, lo cual minimiza el paternalismo y resalta el respeto a la dignidad personal de cada paciente. Pero surge una tensión ética al considerar cómo el pronóstico desfavorable puede perjudicar al paciente. Aquí, los principios de beneficencia y no maleficencia entran también en juego. Por un lado, la honestidad y la transparencia respaldan la beneficencia al permitir que el paciente tome decisiones fundamentadas. Por otro lado, la necesidad de proteger emocionalmente al paciente en su vulnerabilidad, remite a la idea deontológica clásica del “privilegio terapéutico”. Que esta protección no sea paternalismo depende de la individualización y de que la información no sea un hecho puntual sino un proceso, en el que vamos desvelando datos a la vez que descubriendo los valores y preferencias del paciente, en el contexto también clásico

“

La comunicación debe ser clara y honesta, pero también sensata y adaptada al estilo del paciente

de la “verdad soportable”. Aquí entra el interesante concepto, desarrollado por Edmund Pellegrino⁴, de la “*beneficence in trust*”, que por su profundidad e interés ético y profesional desarrollaremos en otro momento, al igual que el modelo comunicativo de liberativo de Ezequiel y Linda Emanuel⁵. Pellegrino destacaría la transparencia en la comunicación, alineada con la autonomía del paciente, pero también advertiría sobre la necesidad de comunicar noticias difíciles de manera compasiva para proteger el bienestar emocional del paciente. Asimismo, Pellegrino instaría a los oncólogos a tener en cuenta la dimensión moral de la atención médica, recordando que la toma de decisiones éticas implica no solo la aplicación de principios, sino también ser muy sensible a las necesidades y experiencias únicas de cada paciente. Ezequiel Emanuel, por su parte, abordaría la necesidad de adaptar la información según las preferencias del paciente, con un enfoque personalizado, reconociendo que cada individuo tiene diferentes formas de procesar la información médica. Sugiere que algunos pacientes desean detalles específicos, mientras que otros prefieren una visión más general.

Por tanto, la clave para compaginar la información exacta con la reducción del daño psicológico es encontrar un equilibrio entre la honestidad sobre la situación médica y la sensibilidad hacia el impacto emocional que esta información puede tener. La comunicación debe ser clara y honesta, pero también sensata y adaptada al estilo del paciente. La creación de un entorno de apoyo y la disponibilidad para abordar preguntas y preocupaciones contribuyen a minimizar el impacto emocional y mejorar la calidad de vida del paciente en la medida de lo posible. Por último, es necesario profundizar más en los mecanismos psicológicos del paciente que le llevan a procesar la información de un modo poco realista a veces, probablemente como barrera emocional o mecanismo de defensa y afrontamiento ante un pronóstico malo. ■

impacto emocional que esta información puede tener. La comunicación debe ser clara y honesta, pero también sensata y adaptada al estilo del paciente. La creación de un entorno de apoyo y la disponibilidad para abordar preguntas y preocupaciones contribuyen a minimizar el impacto emocional y mejorar la calidad de vida del paciente en la medida de lo posible. Por último, es necesario profundizar más en los mecanismos psicológicos del paciente que le llevan a procesar la información de un modo poco realista a veces, probablemente como barrera emocional o mecanismo de defensa y afrontamiento ante un pronóstico malo. ■

Referencias

- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Eng J Med* 2012 Oct 25;367(17):1616-25. doi:10.1056/NEJMoal204410. PMID: 23094723
- Carmona-Bayonas A, Rodríguez González A, García-García T, Velasco-Durantez V, Hernández-San Gil R, Cruz-Castellanos P, Fernández Montes A, Castillo-Trujillo A, Ballester I, Rogado J, Calderón C, Jiménez-Fonseca P. Can Oncologists Prompt Patient Prognostic Awareness to Enhance Decision-Making? Data From the NEOetic Study. *Oncologist* 2023 Nov 2;28(11):986-995. doi:10.1093/oncolo/oyad100. PMID: 37185783
- Financiado en parte por una Beca de Ayuda a la investigación para Secciones y Grupos de Trabajo. Sociedad Española de Oncología Médica.
- Pellegrino E. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press. Edited by David C. Thomasma (1988). Edmund Pellegrino fue un prominente médico y bioeticista estadounidense que abogó por mantener la idea de beneficencia en la relación médico paciente, basada en una relación de confianza y respeto mutuos.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. “Four models of the physician-patient relationship”. *JAMA* 267-16 (1992) 2.221-2.226).

Su objetivo, contribuir a mejorar la identificación, el manejo clínico y la atención a pacientes y familiares

La 13.ª edición del Curso SEOM en Cáncer Hereditario comienza el próximo 29 de enero

Oncólogos y otros profesionales de Ciencias de la Salud que desean especializarse o actualizar conocimientos en el área del cáncer hereditario empezarán el próximo 29 de enero la 13.ª edición del Curso SEOM online en Cáncer Hereditario. El objetivo de dicho curso, que finalizará el 22 de diciembre de 2024, es reforzar el conocimiento sobre los aspectos más relevantes en cáncer hereditario y así contribuir a mejorar la identificación, el manejo clínico y la atención a pacientes y familiares con sospecha de predisposición hereditaria al cáncer.

Al terminar el mismo el alumno será capaz de entender las bases moleculares de la predisposición hereditaria al cáncer, conocer los fundamentos teóricos de las principales técnicas de diagnóstico genético y las nuevas herramientas diagnósticas ligadas al avance de las ciencias ómicas, conocer los

conceptos básicos en Genética Clínica, reconocer los principales síndromes de predisposición hereditaria al cáncer, los tratamientos disponibles y sus indicaciones.

Además, podrá evaluar el riesgo de padecer cáncer hereditario del paciente y sus familiares, y reconocer las medidas de seguimiento a establecer en cada caso. Asimismo, podrá conocer los beneficios, limitaciones y riesgos del estudio genético, comprenderá el proceso de asesoramiento genético en predisposición hereditaria al cáncer, así como los posibles errores que pueden cometerse y entenderá los aspectos básicos éticos y legales en cáncer hereditario.

Cabe destacar que este curso, que es posible gracias a la colaboración sin restricciones de la **Fundación Instituto Roche**, otorga puntos para la Acreditación SEOM

de Excelencia en Cáncer Hereditario para oncólogos médicos y está solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Los directores de esta actividad docente son el **Dr. Pedro Pérez Segura**, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario San Carlos, de Madrid y el **Dr. Ignacio Blanco Guillermo**, del Servicio de Genética Clínica del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, de Badalona. Y la Coordinación con el programa SEOM de formación de residentes será realizada por la **Dra. Ana Beatriz Sánchez Heras**, del servicio de Oncología Médica, del Hospital General Universitario de Elche, Alicante. ■

Programa



Continúan las charlas de SEOM sobre prevención del cáncer en grandes empresas

Sección SEOM
Prevención y Diagnóstico Precoz

En torno a un centenar de empleados de la Comisión Nacional del Mercado de Valores participaron el pasado 17 de octubre en un taller online de sensibilización y prevención contra el cáncer, encuadrado dentro de su Programa de Hábitos de Saludables. El mismo, impartido por la **Dra. Ana Santaballa**, coordinadora de la Sección SEOM de Prevención y Diagnóstico Precoz y jefe de Sección en el Hospital La Fe de Valencia, partió de la pregunta ‘¿Podemos prevenir el cáncer?’.

La oncóloga médico explicó los factores de riesgo modificables y no modificables así como las cifras del cáncer en España

haciendo hincapié en que se ha producido un aumento de la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres. Además, la Dra. Santaballa resaltó cómo la investigación había contribuido a incrementar la supervivencia, por ejemplo, en el cáncer de mama. En este último recordó que hay factores protectores como hacer ejercicio y una dieta saludable.

La coordinadora de la Sección SEOM de Prevención y Diagnóstico Precoz expuso el Código Europeo contra el Cáncer que recoge doce formas de reducir el riesgo de padecerlo. En el mismo taller se dedicó, para finalizar, alrededor de 20 minutos a resol-

ver dudas y preguntas que surgieron tras la intervención.

Cabe destacar los resultados de la encuesta de satisfacción realizada entre los participantes que han dado una puntuación de 4,8 sobre 5.

SEOM se ha propuesto extender estas iniciativas de prevención a las compañías que apuestan por ella en sus políticas de recursos humanos y comunicación interna. La Comisión Nacional del Mercado de Valores es una de las empresas que han apostado por estas charlas al igual que otras como Kerry Madrid, Lactalis, Samsung y Mercedes Benz. ■

Grupos de Trabajo

CICOM organiza un simposio satélite en el Congreso del Grupo TTD el 15 de diciembre

El Grupo de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología Médica (CICOM) de SEOM ha organizado un simposio satélite para coordinadores de investigación clínica durante el Congreso del Grupo TTD, que se celebra en Córdoba. Será una jornada formativa el viernes 15 de diciembre. El Grupo CICOM le anima a participar. Las inscripciones son gratuitas. ■

XXXI Simposio Internacional TTD: AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES DIGESTIVOS

Lugar: Palacio de Congresos y Exposiciones de Córdoba

Simposio satélite Grupo CICOM – Coordinadores de Investigación Clínica de Oncología Médica. Grupo de Trabajo SEOM TTD. Tratamiento de los Tumores Digestivo

AGENDA 15 de Diciembre 2023

- 10.30h. Bienvenida Grupo CICOM**
Berta Nasarre López. PIC CNIO HU Fuenlabrada Madrid. Coordinadora Grupo CICOM.
- 10.45h. Sesión I**
Avances en el tratamiento de los tumores digestivos. TTD
Dr. Juan Carlos Cámara. Jefe de Servicio de Oncología Médica Hospital Fundación Alcorcón de Madrid.
Dra. Alicia Hurtado. Oncóloga Hospital Fundación Alcorcón de Madrid.
- 11.30h. Preguntas**
- 11:45-12:15h. CAFÉ**
- 12.15h. Sesión II**
Moderadora:
Araceli Rodríguez. Coordinadora de Oncología Médica Hospital Fundación Alcorcón de Madrid. Prácticas master monitorización de ensayos clínicos en un centro/hospital.
María Llorente. Alumna del master de ESAME.
- 12,45h. Sesión III**
Moderadora:
Ana Ruiz Bolaños. Coordinadora Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Unidad de Ensayos clínicos, creciendo juntos.
Virginia Moral Garófano. Coordinadora de Oncología médica Hospital Reina Sofía de Córdoba
- 13:15h. Preguntas y debate**
- 13,45h. Conclusiones y despedida.** Grupo CICOM

Imprescindible inscribirse antes del 10 de diciembre de 2023 mandando datos asistente (nombre, apellidos, centro y puesto trabajo) a:
coordinadorescicom@gmail.com **PLAZAS LIMITADAS.**

GRUPO SEOM
CICOM
Coordinadores de Investigación
Clínica en Oncología Médica

TTD
GRUPO DE TRATAMIENTO
DE LOS TUMORES DIGESTIVOS

Celebrado el pasado 23 de octubre



El Grupo de Trabajo presenta sus actividades en el I Foro de la Alianza Médica contra el cambio climático



Dra. Patricia Cruz.

El Grupo de Trabajo SEOM de Cáncer, Trabajo y Medio Ambiente presentó sus actividades dentro del 'I Foro de la Alianza Médica contra el cambio climático', celebrado en Madrid el pasado 23 de octubre. Así, la representante de dicho Grupo, la **Dra. Patricia Cruz Castellanos**, del Hospital General Universitario de Ciudad Real, hizo hincapié en que el cáncer es la segunda causa de mortalidad en España y que la seguridad laboral es una de las '12 formas de reducir el riesgo de cáncer', especificadas en el 'Código Europeo Contra el Cáncer'.

Asimismo, recordó que, por ello, se creó el Grupo en el año 2020 de la mano del **Dr. Álvaro Rodríguez-Lescure** (pre-

sidente SEOM 2019-2021), que se basa en varios ejes: la comunicación y divulgación, la formación, la asistencia y la investigación. Y entre las actividades en curso destacó jornadas, workshop, charlas, seminarios... para abordar esta importante problemática.

Asimismo, explicó que, en esta misma línea, "el acuerdo firmado recientemente entre la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) y SEOM abre un camino de colaboración y trabajo conjunto del que esperamos obtener resultados con una base científica sólida y avances en cáncer y trabajo con beneficio mutuo y repercusión sanitaria, laboral y social". ■

I FORO ALIANZA MÉDICA CONTRA EL CAMBIO CLIMÁTICO

23 DE OCTUBRE DE 2023

Sede de la Comisión Europea en Madrid
Sala Europa. Pº de la Castellana, 46. 28046, Madrid

El evento podrá seguirse por videoconferencia

CONCLUSIONES

- El cáncer de origen laboral representa en torno al **4% del total**
→ Intra-notificación en nuestro medio (<1% de enf. profesionales)
- Los oncólogos médicos podemos **CAMBIAR** estas cifras → **IMPACTO** para nuestros pacientes
- Grupo SEOM Cáncer Trabajo y Medioambiente → crear **HERRAMIENTAS** de soporte
→ Consenso **CÁNCER Y TRABAJO**
→ Colaboración multidisciplinar – trabajo en equipo
→ Actividades de formación, comunicación y divulgación
- Retos y perspectivas de futuro: prevención, asistencia e **INVESTIGACIÓN!**

OMC | MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO | MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL | MINISTERIO DE TRANSICIÓN ECOLÓGICA Y DEMOCRACIA PARTICIPATIVA | MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL Y URBANISMO | MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y POLÍTICA SOCIAL | MINISTERIO DE CULTURA Y DEPORTE | MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Grupo de Trabajo

Grupos Cooperativos

#ConNombresyApellidos, GECP reclama la universalización de la Medicina de Precisión con motivo del Día Mundial



Con motivo de la celebración del Día Mundial del Cáncer de Pulmón el 17 de noviembre, GECP ha querido poner el acento en la importancia de que todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia, tengan acceso a un diagnóstico molecular de su tumor. Y es que, la universalización de la Medicina de Precisión permite a los pacientes beneficiarse de un tratamiento persona-

lizado que puede mejorar drásticamente su supervivencia y calidad de vida.

Por ello GECP, en colaboración con Janssen, ha lanzado la campaña #ConNombresyApellidos para destacar que un nombre sin un apellido pierde mucha información. Y en este tumor pasa lo mismo, sin un 'apellido', se pierde mucha información esencial para la supervivencia.

Para poner de relieve estas carencias, GECP, en una impactante acción callejera se preguntó qué pasaría si un día todas las calles perdieran su apellido. Así, en una acción de street marketing, se ocultaron los apellidos de las calles más emblemáticas de Madrid, sumiendo a los transeúntes en la confusión. Al igual que las calles sin apellidos complican el camino, no conocer dianas moleculares del tumor impide que el paciente acceda a un tratamiento personalizado que puede mejorar su calidad de vida y expectativas de supervivencia. ■



Campana



Vídeo

Se celebra en Madrid el XV Lung Cancer Congress GECP

El XV Lung Cancer Congress of the Spanish Lung Cancer Group se ha celebrado los días 23 y 24 de noviembre de 2023 en Madrid.

El objetivo de este encuentro ha sido profundizar en las últimas novedades en cáncer de pulmón. El evento ha realizado un repaso 360.º por la patología, mediante un

programa de dos días en el que se trató de abordar todos los aspectos y temas relacionados con esta enfermedad, contando con excelentes ponentes tanto nacionales como internacionales e interesantes debates. ■

Más información



GECP lanza una nueva campaña para luchar contra el tabaco en las aulas

El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha mostrado su preocupación de forma reiterada por el avance del tabaco y vapeadores entre los jóvenes, ya que este tóxico es el responsable del 80% de los casos de cáncer de pulmón.

Por eso, con la colaboración de Bristol Myers Squibb, acaba de lanzar una nueva edición de su concurso escolar *No dejes que el tabaco entre en tu vida*. Este año bajo el lema *Ríete del tabaco*, desde el Grupo se pide a los jóvenes que envíen vídeos originales en tono de humor sobre esta temática y así concienciarles de una forma original, divertida y amena sobre los peligros del tabaco.

Si conoce a jóvenes o docentes que pudiera interesarles la campaña, ayude a hacer difusión. ■

Más información



Nueva publicación del Registro de Tumores Torácicos GECP en *Translational Lung Cancer Research*

La revista *Translational Lung Cancer Research* ha publicado un nuevo análisis de Real World Data procedente del Registro de Tumores Torácicos de GECP (RTT) sobre patrones de tratamiento y resultados de supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico estadio III.

En *Real-world treatment patterns and survival outcomes for patients with stage III non-small cell lung cancer in Spain: a nationwide cohort study*, los investigadores de GECP describen la realidad clínica que rodea el tratamiento inicial y los resultados de supervivencia del NSCLC en estadio III en España. Este análisis pro-

porciona información sobre los diversos enfoques utilizados antes de la disponibilidad de inmunoterapias y tratamientos dirigidos en el entorno del NSCLC no metastásico. ■

Paper



GEICAM estará presente en San Antonio Breast Cancer Symposium 2023

GEICAM estará presente en el San Antonio Breast Cancer Symposium 2023, que se celebrará entre el 5 y el 9 de diciembre, con los siguientes pósteres de estudios de GEICAM:

- STEEP criteria v2.0 validation: A multi-trial analysis using GEICAM and TRIO adjuvant trials to evaluate surrogate endpoints for overall survival.
- Body Mass Index and Treatment Efficacy in advanced Luminal Breast Cancer: Insights from the GEICAM/2013-02 (PEARL) trial.
- Lower pre-treatment b-cell gene expression signatures correspond with improved overall survival with palbociclib + endocrine therapy in HR+/HER2-metastatic breast cancer: a biomarker analysis from the GEICAM/2013-02 PEARL trial.
- BRCA mutated Male Breast Cancer, hallmarks of a distinct disease. Data from the Spanish Male Breast Cancer Registry (GEICAM/2016-04).
- Real-world features and outcomes of young, advanced breast cancer (ABC) patients (pts) from RegistEM (GEICAM/2014-03) study.

- Deciphering pregnancy-associated breast cancer: distinctive molecular profile and clinical implications from GEICAM/2017-07 EMBARCAM study.

- Randomized Phase II trial evaluating three anti-diarrhoeal prophylaxis strategies in patients with HER2+ / HR+ early breast cancer treated with extended adjuvant neratinib (DIANER GEICAM/2018-06).

Adicionalmente, se presentarán cinco comunicaciones orales de estudios en los que GEICAM participa en el listado de autores:

- Adding atezolizumab to adjuvant chemotherapy for stage II and III triple negative breast cancer is unlikely to improve efficacy: interim analysis of the ALEXANDRA/IMpassion030 phase 3 trial.
- Fertility preservation and assisted reproductive technologies (ART) in breast cancer (BC) patients (pts) interrupting endocrine therapy (ET) to attempt pregnancy.
- Ribociclib (RIB) + nonsteroidal aromatase inhibitor (NSAI) as adjuvant treatment in patients with HR+/HER2- early breast cancer: final invasive disease-

GEICAM
investigación en
cáncer de mama

free survival (iDFS) analysis from the NATALEE trial.

- Protocol-defined biomarker analysis in the PALLAS adjuvant trial: genomic subtype derived from RNA sequencing of HR+/HER2- eBC.

- Pathologic complete response (pCR) of neoadjuvant therapy with or without atezolizumab in HER2- positive, early high-risk and locally advanced breast cancer: APTneo Michelangelo randomized trial.

Y el siguiente póster discusión:

- Clinical and Genomic Features of ER-Positive/HER2-negative Metastatic Breast Cancer in AURORA Molecular Screening Initiative (BIG 14-01): Mechanisms of Endocrine Therapy Resistance and Implications for Adjuvant Approaches.

Por último, se presentarán cuatro pósteres de estudios en los que GEICAM participa en el listado de autores y dos pósteres de estudios en los que participa GEICAM (sin autoría). ■

Más información



Jornada Iluminal de cáncer de mama luminal, el 29 de noviembre

Este 29 de noviembre tendrá lugar, en formato híbrido en Madrid y online, la jornada Iluminal de GEICAM, coordinada por los **Dres. José Ángel García Sáenz y Álvaro Rodríguez-Lescure**, y durante la cual especialistas debatirán sobre actualidad y novedades en el abordaje del cáncer de mama luminal.

Iluminal se enmarca en el proyecto Informa2 de GEICAM, iniciativa de formación de carácter anual que contempla eventos específicos en el manejo clínico del cáncer de mama luminal, HER2+ y triple negativo. Dichos eventos están coordinados por los grupos de trabajo de GEICAM en estos subtipos biológicos. Aquellos inscritos en las jornadas previas a Iluminal, Intrip- e InHER2+, pueden volver a verlas accediendo con su mail de inscripción. ■



Jornada Iluminal



Intrip-



InHER2+

Recepción de solicitudes hasta el 15 de diciembre para el Curso GEICAM de Diseño de Ensayos Clínicos

VII CURSO GEICAM

DISEÑO DE ENSAYOS CLÍNICOS EN ONCOLOGÍA

Sesión vía streaming
Primera sesión (tarde): **24 de enero de 2024**

Sesiones presenciales
Segunda sesión (tarde): **22 de mayo de 2024**
Tercera sesión (mañana): **23 de mayo de 2024**

Módulos teóricos en plataforma de formación online: Distribuidos de enero a mayo de 2024.
Tutorizaciones individualizadas.

[Plazas limitadas]

Coordinadores:
Dr. Miguel Martín
Hospital G.U. Gregorio Marañón
Dr. Ander Urruticoechea
Unidad de Gestión del Cáncer de Ginecología/Obstetricia
Dra. Eva Carrasco
GEICAM

Objetivos:
Identificar escenarios clínicos comunes en el cáncer de mama. Aprender a dar respuesta a los mismos, tanto en el planteamiento del diagnóstico inicial y la estadificación como en la planificación de la propuesta terapéutica.

Documentación a enviar:
- CV (actualizado).
- Carta de recomendación del jefe del servicio al que pertenezca el candidato.
- Concepto abstracto de una propuesta de ensayo clínico.

Plazo de recepción de solicitudes: antes del 15 de diciembre de 2023 a secretaria-cientifica@geicam.org

Hasta el próximo 15 de diciembre está abierto el plazo para la recepción de solicitudes de alumnos para la VII edición del Curso GEICAM de Diseño de Ensayos Clínicos, coordinado por los **Dres. Miguel Martín, Ander Urruticoechea y Eva Carrasco** y que tendrá lugar entre el 24 de enero y el 23 de mayo de 2024. Aquellos interesados podrán enviar un mail antes de esta fecha a secretaria-cientifica@geicam.org

El objetivo de este curso es dotar a los alumnos de herramientas para identificar escenarios clínicos comunes al cáncer de mama y aprender a dar respuesta a los mismos, tanto en el planteamiento del diagnóstico inicial y la estadificación como en la planificación y la propuesta terapéutica. ■

GEICAM firma un acuerdo con el CSD para fomentar el ejercicio en la prevención y superación del cáncer de mama

GEICAM firmó en octubre un convenio de colaboración con el Consejo Superior de Deportes de España (CSD) con el principal objetivo de unir esfuerzos en la



Víctor Francos, del CSD, y el Dr. Miguel Martín, de GEICAM.

promoción del ejercicio físico, el deporte y los hábitos saludables en la prevención del cáncer de mama.

El **Dr. Miguel Martín**, presidente de GEICAM, valoró positivamente durante la firma de este convenio "la unión entre la investigación oncológica independiente y cooperativa, que aporta conocimiento sobre los efectos de ejercicio físico a través de la realización de estudios científicos, y el ámbito de la administración pública en cuanto a la práctica deportiva, contribuirá a promover la práctica del ejercicio físico como herramienta en la reducción de riesgo de padecer este tumor y para ayudar a la mejora del pronóstico de los pacientes con cáncer de mama". ■

Novedades en mama presentadas en ESMO 2023, en GEicast

Están disponibles dos nuevos episodios del podcast GEicast de GEICAM, que incluyen los análisis de las investigadoras la **Dra. Isabel Echavarría** y la **Dra. Agustina Stradella** sobre los avances más relevantes en enfermedad precoz y metastásica, respectivamente. ■



Podcast con la Dra. Echavarría



Podcast con la Dra. Stradella

ICAPEM pone sobre la mesa la realidad del cáncer de pulmón en mujeres

La Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres (ICAPEM) ha celebrado el Día Mundial Contra el Cáncer de Pulmón poniendo sobre la mesa la realidad del cáncer de pulmón en mujeres. Además, ICAPEM ha pedido que los avances que se están produciendo, fruto de la investigación, lleguen cuanto antes a la experiencia clínica diaria.

Desde la Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres (ICAPEM) ha celebrado el Día Mundial Contra el Cáncer de Pulmón poniendo sobre la mesa la realidad del cáncer de pulmón en mujeres. Además, ICAPEM ha pedido que los avances que se están produciendo, fruto de la investigación, lleguen cuanto antes a la experiencia clínica diaria.

La Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres (ICAPEM) ha celebrado el Día Mundial Contra el Cáncer de Pulmón poniendo sobre la mesa la realidad del cáncer de pulmón en mujeres. Además, ICAPEM ha pedido que los avances que se están produciendo, fruto de la investigación, lleguen cuanto antes a la experiencia clínica diaria.

ICAPEM ha querido lanzar este mensaje recordando que el número de casos de cáncer de pulmón se ha estabilizado en hombres, pero lleva creciendo entre las mujeres desde 2010. De hecho, aseguran que, en solo dos o tres años, habrá más mujeres fallecidas por cáncer de pulmón que por cualquier otro tipo de cáncer. Por ello, piden una mayor pre-

sencia de mujeres en ensayos clínicos y demandan una mayor investigación de los factores que pueden desencadenar el cáncer de pulmón en población no fumadora, ya que el 30% de las mujeres que desarrollan este cáncer no son consumidoras de tabaco.

Al mismo tiempo, ICAPEM ha comenzado a preparar el 'I Curso Multidisciplinar de Investigación Clínica en Cáncer de Pulmón', un encuentro formativo, destinado a diversos profesionales del ámbito de la salud, que busca favorecer y fomentar la investigación en torno al cáncer de pulmón. ■



Conoce la actividad reciente en formación e investigación de GEIS

Los días 20 y 21 de septiembre en Bolonia tuvo lugar la segunda reunión anual consorcio de OS FOSTER para avanzar en la investigación del osteosarcoma con la participación de la **Dra. Claudia Valverde** y otros destacados miembros del Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS). Se está trabajando en la puesta en marcha del EC CabOS en primera línea.

Por otro lado, el XXI Simposio Internacional de GEIS tuvo lugar el pasado 6 de octubre en el Hospital Gregorio Marañón en Madrid como colofón a la Semana del Sarcoma, organizada por GEIS, y contó como en anteriores ocasiones, con ponentes internacionales de prestigio en

la patología. Coincidiendo con el simposio, tuvo lugar el Congreso de Enfermería especializada en sarcomas, organizado por la Fundación Mari Paz Jimenez Casado. Además, completando estas reuniones de gran interés científico, el 5 de octubre se celebró el simposio de pacientes, el taller para patólogos dentro del proyecto Imperas y el curso anual de sarcomas dirigido a residentes de Oncología y adjuntos jóvenes.

Además, el consorcio SELNET, en el que GEIS continuará trabajando en los próximos años, celebró su reunión de cierre en la semana del 6 de noviembre de 2023 en el seno del Congreso Argentino de Oncología.



El 20 de noviembre 2023 arrancó la VI Edición del Máster de tumores musculoesqueléticos de GEIS, en colaboración con la Universidad Europea de Madrid, una gran oportunidad para profundizar en el mundo apasionante de los sarcomas y su manejo multidisciplinar.

Y, el próximo 29 de noviembre GEIS organiza un webinar dirigido especialmente a los profesionales de atención primaria, en el que se abordarán dos temas de gran interés como son la atención al largo superviviente con sarcoma y los síndromes hereditarios en pacientes con sarcoma. ■

GEIS participó en CTOS Annual Meeting 2023

La **Dra. Nadia Hindi** participó con una comunicación oral presentando los resultados en la cohorte de sarcomas vasculares del estudio Inmunosarc II (GEIS-69; phase II of sunitinib and nivolumab).

Además se presentaron los siguientes trabajos en forma de póster, en los que participa GEIS:

- International randomised trial of the addition of zoledronic acid to consolidation chemotherapy in newly diagnosed Ewing sarcoma patients results of the second randomisation EE2012 trial. (GEIS-34). Presentado por la **Dra. Bernadette Brennan**.
- SELISARC: A Spanish group for research in sarcoma (GEIS) Phase I/II trial of selinexor plus gemcitabine in selected sarcoma subtypes: results

of the phase I part. (GEIS-67). Póster. Autor principal: **Dr. Javier Martín-Broto**.

- IMMUNOSARC II: A Spanish Sarcoma Group (GEIS) phase IB trial of doxorubicin and dacarbazine plus nivolumab in first line of advanced leiomyosarcoma. (GEIS-67). Póster. Autor principal: **Dr. Javier Martín-Broto**.
- The Sarcoma European And Latin American Network (SELNET) project: overview of the main results of the SELNET registry. (GEIS-68). Póster. Autora principal: **Dra. Marta Martín-Ruiz**.
- Trabectedin plus radiotherapy on symptomatic advanced sarcoma patients, results from the SYNERGIAS study: a Spanish Group for Research in Sarcoma (GEIS) phase II study. (GEIS-

75). Póster. Autor principal: **Dr. Javier Martín-Broto**.

- Ultra-rare undifferentiated small round cell sarcoma: how should we treat them? An analysis from the GRACEFUL project. (GEIS-72). Póster. Autora principal: **Dra. Enmanuela Palmerini**.
- Development and mission of the harmonization international bone sarcoma consortium (HIBISCUS). (GEIS-92). Póster. Autora principal: **Dra. Elyssa Rubin**.
- FOSTER consortium, fight osteosarcoma through European research. (Próxima participación del GEIS en un estudio del consorcio FOSTER). Póster. Autora principal: **Dra. Nathalie Gaspar**. ■

GÉTICA participa en las tertulias online sobre inmunoterapia y cáncer de FMI



El Grupo Español de Terapias Inmuno-Biológicas en Cáncer (GÉTICA) ha participado en las tertulias online para pacientes y familiares sobre inmunoterapia y cáncer, organizadas por la Fundación Más que Ideas (FMI).

El **Dr. Luis de la Cruz**, del Hospital Virgen de Macarena de Sevilla, la **Dra. Ana Arance**, del Hospital Clínic de Barcelona, el **Dr. Guillermo Velasco**, del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, y la **Dra. Ruth Vera**, del Complejo

Hospitalario de Navarra, oncólogos médicos y miembros de GÉTICA, se han reunido con pacientes para resolver dudas sobre la inmunoterapia en cáncer.

La actividad ha sido avalada por GÉTICA y la Sociedad Española de Inmunología (SEI). ■



Tertulias

El FIT Cancer 10 se celebrará en Sevilla del 14 al 16 de marzo

El 10.º Foro de Inmunología Traslacional e Inmunoterapia del Cáncer (FIT Cancer 10) se celebrará en Sevilla del 14 al 16 de mar-

zo de 2024. Ya puede consultar el programa preliminar, registrarse y aprovechar los descuentos especiales para miembros

de GÉTICA, estudiantes y residentes si la inscripción se realiza antes del 15 de enero. También puede enviar su abstract. ■



Inscripción

TTCC realizará el simposio sobre avances de impacto en cáncer de cabeza y cuello el 14 de diciembre



El próximo 14 de diciembre el Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC) realizará, en formato online, el Simposio *Avances de Impacto en Cáncer de Cabeza y Cuello*. Un encuentro para especialistas implicados en el tratamiento de este tipo de tumores en el

que se revisarán los avances más relevantes de los últimos 2 años. También se tratará el manejo del paciente frágil con carcinoma escamoso de cabeza y cuello, con resultados de estudios en esta población específica y herramientas para optimizar y seleccionar el mejor tratamiento. Será

una reunión muy dinámica y orientada a la aplicación a nuestra práctica clínica. La inscripción es gratuita. ■



Más información

Artículo Destacado

“Progression-free survival, disease-free survival and other composite end points in Oncology: improved reporting is needed”

COMENTARIO REALIZADO POR EL DR. RODRIGO SÁNCHEZ-BAYONA, SECRETARIO CIENTÍFICO DE SEOM

Autores
Walia A,
Tuia J,
Prasad V.

Referencia:
Nat Rev Clin Oncol. 2023 Oct 12. doi: 10.1038/s41571-023-00823-5. Epub ahead of print. PMID: 37828154.



La supervivencia libre de progresión (PFS), la supervivencia libre de enfermedad (DFS), la supervivencia libre de recaída (RFS) y la supervivencia libre de eventos (EFS) se encuentran entre los criterios de valoración más comunes utilizados en los ensayos clínicos de oncología y han ganado popularidad en las últimas décadas. Todas estas medidas de resultado son periodos de tiempo hasta el evento, lo que significa que se definen como el tiempo desde la aleatorización o la inclusión del paciente hasta un evento de interés, como la muerte o la progresión de la enfermedad. Además, todos ellos son *endpoints* compuestos: agrupaciones de dos o más eventos clínicos distintos que se agrupan en un resultado agregado.

Los *endpoints* compuestos tienen una larga historia en la investigación biomédica y también se utilizan con frecuencia en en-

sayos clínicos de Cardiología o Nefrología (por ejemplo, eventos cardiovasculares mayores, como una combinación de accidente cerebrovascular no fatal, infarto de miocardio no fatal, muerte por enfermedad cardiovascular y, en algunos casos, otros eventos como muerte por cualquier causa y hospitalización, en Cardiología). En estas disciplinas, es habitual informar no sólo del resultado agregado, sino también de cada resultado componente por separado. En particular, esta distinción de eventos de componentes individuales rara vez ocurre en Oncología, y los informes de ensayos clínicos generalmente brindan datos solo sobre el criterio de valoración compuesto en su conjunto.

En este artículo destacado, los autores hacen una revisión detallada de la historia de la adopción de *endpoints* compuestos en Oncología, analizando las fortalezas y riesgos específicos. La investigación clínica debería informar de manera rutinaria

los eventos compuestos tanto en forma agregada como por separado. Tal transparencia de datos permitiría una mejor comprensión de la evolución de la enfermedad y los resultados de los ensayos clínicos, para poner en perspectiva la eficacia de un tratamiento.

Resumen del artículo

Los *endpoints* compuestos, como la PFS y DFS, se utilizan cada vez más como criterios de valoración subrogados en Oncología, y con frecuencia sirven como objetivo principal de ensayos que forman la base para las aprobaciones de las agencias regulatorias. Dichas medidas combinan dos o más eventos distintos (por ejemplo, (re)crecimiento tumoral, nuevas lesiones y/o muerte) en un único punto final de tiempo hasta el evento. El uso de un criterio de valoración compuesto puede aumentar la potencia estadística y disminuir el período de seguimiento requerido para demostrar la eficacia, reduciendo así el coste. Sin embargo, estos *endpoints* tienen una serie de limitaciones.

Los *endpoints* compuestos a menudo se definen de manera imprecisa, con definiciones que varían mucho entre los estudios, lo que complica las comparaciones de los resultados entre los ensayos. Alterar la composición de los eventos incluidos en un *endpoint* compuesto puede alterar las conclusiones del estudio, incluso si los efectos del tratamiento son estadísticamente significativos. Además, los eventos incluidos en un resultado compuesto a menudo varían en importancia clínica, reflejan vías biológicas distintas y/o se ven afectados de manera diferente por el tratamiento. Por lo tanto, conocer el desglose preciso de los eventos componentes es esencial para interpretar con precisión los resultados y evaluar el verdadero beneficio de una intervención. Sin embargo, en los ensayos clínicos de oncología rara vez se proporciona dicha información.

En este artículo, los autores revisaron 50 estudios con PFS como resultado publicado en cinco revistas oncológicas importantes. Discuten las ventajas y desafíos del uso de *endpoints* compuestos y concluyen con la necesidad de informar de forma transparente los distintos eventos que componen el *endpoint* agregado.

Endpoints combinados en Oncología

Los *endpoints* compuestos se utilizan ampliamente en la investigación clínica como resultados que delimitan el tiempo hasta la primera aparición de cualquiera de los eventos de componentes múltiples en cada paciente incluido en el estudio. Por lo tanto, al aumentar el número de eventos capturados en un solo resultado, los *endpoints* compuestos pueden aumentar el poder estadístico de un estudio, reduciendo así el tamaño de la muestra, el tiempo de seguimiento y el gasto necesarios para demostrar un efecto clínico. A pesar de estas ventajas, el uso de *endpoints* compuestos es controvertido debido a definiciones inconsisten-

tes, heterogeneidad de los eventos de los componentes, diferentes niveles de importancia clínica entre los diversos componentes e interpretaciones potencialmente engañosas.

El uso de estos criterios de valoración compuestos está aumentando en correlación con el número de fármacos aprobados. En un análisis de ensayos controlados aleatorios centrados en el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el cáncer de pulmón de células no pequeñas, 125 (42%) de 298 ensayos publicados en siete revistas importantes entre 2010 y 2020 utilizaron la PFS como un criterio de valoración principal, en comparación con 25 (18%) de 137 publicados entre 2005 y 2009, y ninguno de 167 publicados entre 1995 y 2004. En consecuencia, el uso de la supervivencia global como criterio de valoración principal disminuyó con el tiempo, del 49% en 1995-2004, al 36% en 2005-2009 y al 29% en 2010-2020.

El 67 % de las aprobaciones de medicamentos oncológicos otorgadas por la FDA entre 2008 y 2012 se basaron en un endpoint subrogado, el 47 % de las cuales se basaban en la PFS o la DFS (31 % en general).

En un estudio retrospectivo que abarcó 107 fármacos con 188 indicaciones aprobadas, el uso de PFS como *endpoint* subrogado en los ensayos de registro redujo el tiempo medio necesario para obtener los datos que respaldan la aprobación en 11 meses en comparación con el uso de supervivencia global como criterio de valoración principal.

Otros *endpoints* compuestos utilizados con frecuencia en ensayos clínicos de oncología incluyen EFS, DFS y RFS. La EFS se utiliza normalmente en ensayos de terapias neoadyuvantes y se define como el tiempo desde la aleatorización hasta la recurrencia de la enfermedad y/o la progresión de la enfermedad o la muerte por cualquier causa. La DFS se define de manera similar como el tiempo transcurrido desde el tratamiento hasta la recurrencia de la enfermedad o la muerte por cualquier causa, pero generalmente se aplica en el entorno adyuvante después de que los pacientes hayan recibido una terapia local definitiva con intención curativa (como cirugía y/o radioterapia).

Por lo general, no hay ninguna enfermedad medible (mediante modalidades convencionales) presente en el momento del inicio del tratamiento en los ensayos que utilizan DFS, a diferencia de los ensayos neoadyuvantes que utilizan EFS, en los que el tratamiento del estudio se inicia antes de la terapia definitiva. De manera similar a la DFS, la RFS generalmente se define como el tiempo transcurrido desde el tratamiento hasta la recurrencia de la enfermedad o la muerte por cualquier causa pero, a diferencia de la mayoría de las definiciones de DFS, a menudo excluye el desarrollo de segundos cánceres primarios.

Variabilidad en los componentes de los endpoints combinados

Los resultados compuestos utilizados en oncología a menudo se definen de manera imprecisa, y las definiciones varían ampliamente tanto entre los estudios como dentro de ellos. Para muchos endpoints compuestos, no existen directrices estandarizadas y las agencias reguladoras no exigen el cumplimiento de definiciones específicas. Incluso cuando se han desarrollado definiciones consensuadas, no siempre se adoptan de manera uniforme en los protocolos de los ensayos clínicos.

Para mayor confusión, los endpoints compuestos que tienen diferentes composiciones de eventos a menudo se usan indistintamente (por ejemplo DFS, RFS, PFS y tiempo hasta la progresión del tumor (TTP), definido como el tiempo desde la aleatorización hasta la progresión de la enfermedad, excluyendo la muerte). Aunque los criterios RECIST 1.1 han proporcionado una definición consensuada y unificada de PFS que es aplicable a la mayoría de los tipos de tumores sólidos, no se pueden aplicar a todos los cánceres.

La definición de PFS se complica por el hecho de que la progresión de la enfermedad puede ser radiológica, clínica y/o bioquímica, según el estudio y el entorno.

Por lo tanto, los efectos del tratamiento sobre un endpoint compuesto no se pueden utilizar para inferir el mismo efecto sobre los eventos individuales que lo componen. Una terapia que reduce el tamaño de un tumor, por ejemplo, podría en realidad no disminuir la probabilidad de que los pacientes desarrollen nuevas lesiones. Entre los eventos de PFS y DFS, el tiempo transcu-

rrido hasta el crecimiento del tumor o la metástasis está sujeto a un sesgo de medición dado que los resultados dependen del programa de evaluación, la habilidad del radiólogo, la elección de la modalidad de imagen y si el investigador está cegado a la asignación del tratamiento.

Es necesario conocer la combinación precisa de endpoints compuestos para comparar las poblaciones de estudio, considerando que las proporciones de eventos probablemente varían entre diferentes tipos de cáncer y tratamiento, aunque los datos disponibles son limitados debido a la falta de reportes uniformes. Por ejemplo, se esperaría que pocos eventos de DFS que ocurrieran en pacientes con cáncer de mama con receptores hormonales positivos localizado fueran muertes, mientras que este podría no ser el caso de los eventos de PFS en pacientes con cáncer de páncreas avanzado.

Supervivencia libre de progresión

La heterogeneidad de las definiciones de PFS también puede complicar la integración de los resultados de diferentes estudios en los metaanálisis, especialmente si los efectos del tratamiento varían según el evento que lo compone. Se ha sugerido que los metaanálisis de ensayos que utilizan endpoints compuestos deberían realizarse por componentes individuales en lugar de por eventos compuestos. Sin embargo, en los metaanálisis a menudo se combinan ensayos con diferentes definiciones de PFS. Por ejemplo, en un metaanálisis de ensayos clínicos que evaluaban la quimioterapia basada en docetaxel con o sin agentes antiangiogénicos para el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a castración, los cinco ensayos incluidos en el análisis de PFS utilizaron diferentes definiciones de progresión.



Un ensayo definió la PFS utilizando los criterios PCWG1 modificados para requerir dos o más lesiones óseas nuevas para la progresión de la gammagrafía ósea. Un segundo ensayo definió la progresión de la enfermedad basándose en la enfermedad de los tejidos blandos según RECIST, nuevas lesiones en las gammagrafías óseas o aumento del dolor y/o analgesia, pero excluyó la progresión del PSA aislada.

Otro ensayo definió la progresión como cuatro o más lesiones óseas nuevas, aumento del dolor, enfermedad nueva o progresiva de los tejidos blandos según RECIST modificado, o eventos óseos, como fractura patológica o compresión vertebral. Otro estudio no utilizó PFS, sino TTP, y no especificó criterios para la progresión de la enfermedad. En el último de los estudios incluidos, la PFS se basó en la progresión clínica o radiográfica de la enfermedad, pero no se proporcionaron más detalles.

Distinguir entre varios eventos de progresión podría ser crucial para la interpretación adecuada de los resultados de la PFS: si una mejora en la PFS se puede atribuir principalmente a una menor incidencia de eventos clínicamente poco relevantes, el verdadero beneficio clínico para el paciente seguirá sin estar claro (especialmente si el tratamiento se acompaña de mayor toxicidad).

Endpoints combinados como variables subgradadas

Las definiciones inconsistentes de los endpoints compuestos complican los análisis de subrogados, que son un tipo de metaanálisis utilizado para evaluar la correlación entre un endpoint subrogado y la supervivencia global en múltiples ensayos clínicos. Estos análisis a nivel de ensayo tienen como objetivo determinar si los tratamientos que mejoran un endpoint subrogado también mejoran un criterio de valoración clínicamente significativo (el ejemplo más típico es el de la correlación entre PFS y OS).

Un análisis de 78 estudios de validación de endpoints subrogados en Oncología mostró que solo el 12 % tenían una fuerte correlación, y el 38 % tenía una correlación débil.

Se han realizado análisis del valor de DFS como variable subrogada en ensayos con pacientes con cáncer resecable de esófago o de la unión gastroesofágica. La DFS se define como el tiempo transcurrido desde la aleatorización hasta la recurrencia de la enfermedad o la muerte, pero se ha visto que pocos ensayos utilizan esta definición. Como resultado, el análisis subrogado se debe ampliar para incluir definiciones alternativas de DFS y PFS que varían considerablemente entre los ensayos; por ejemplo, el tiempo de inicio de la DFS varía desde el día de la cirugía hasta 1 semana o hasta 6 meses después de la cirugía.

En un análisis de 26 ensayos, los autores concluyeron que la DFS (definida como el tiempo desde la resección del tumor hasta la recurrencia de la enfermedad o la muerte) es un sustituto válido y útil de la supervivencia global en entornos neoadyuvantes, perioperatorios o adyuvantes; sin embargo, se desconoce el grado en que la heterogeneidad en las definiciones de DFS como posible fuente de sesgo puede afectar esta conclusión.

Falta de transparencia en el reporte de eventos

En los ensayos de Cardiología que informan eventos cardiovasculares mayores, la práctica común es informar la frecuencia de los eventos individuales, como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, hospitalización y muerte, junto con el resultado compuesto. Sin embargo, este estándar no es aplicable a la PFS y otros endpoints compuestos de ensayos clínicos en Oncología. Los autores analizaron 50 estudios que utilizaron PFS con resultados publicados en cinco revistas oncológicas de alto impacto.

Para cada una de las revistas, se seleccionaron los diez estudios de investigación publicados más recientemente que utilizan la PFS como medida de resultado, excluyendo los metaanálisis. Encontraron que sólo tres estudios (6%) informaron el número de muertes versus eventos de progresión de la enfermedad; sólo uno de estos estudios distinguió la progresión locorregional de la metástasis a distancia. Además, un estudio distinguió la progresión local y a distancia, pero no proporcionó el número de muertes antes de la progresión de la enfermedad.

Conclusiones

El uso de endpoints compuestos como objetivos primarios en ensayos de Oncología ha ganado popularidad durante las últimas décadas. Aunque estos endpoints han hecho que los ensayos sean más eficientes y han acelerado las aprobaciones de medicamentos, son propensos a sesgos y malas interpretaciones. Es posible que los efectos terapéuticos sobre los resultados compuestos por sí solos no siempre guíen fielmente la toma de decisiones clínicas.

Hay tres aspectos a trabajar en el futuro. En primer lugar, en los ensayos individuales, informar un desglose completo de los resultados compuestos podría revelar desequilibrios en los efectos sobre diferentes eventos componentes y, por lo tanto, proporcionar una comprensión más clara de la efectividad de los tratamientos probados. En segundo lugar, dentro de un tipo de cáncer determinado, se podría examinar un grupo de ensayos y se deberían examinar los valores atípicos individuales (es decir, aquellos con diferentes proporciones de eventos componentes como muertes o progresiones). En tercer lugar, se puede analizar el equilibrio preciso de los eventos componentes entre los tipos de cáncer y los entornos de tratamiento para ver las diferencias en la evolución de la enfermedad. ■

Hemeroteca

DIARIO MÉDICO
Barreras administrativas, sociales y legales; actuales 'sentencias de muerte' para largos supervivientes de cáncer

EL PAÍS
Andrés Cervantes, oncólogo: "Los medicamentos innovadores para el cáncer tienen costes similares, independientemente de su beneficio"

LA RAZÓN
Sociedad
Expertos piden que el derecho al olvido oncológico se reconozca a los 5 años libres de enfermedad

Sanidad
EL SEGURO DE VIDA ES NUESTRO LEGADO
Relevancia del apoyo nutricional a los pacientes oncológicos en tratamiento

elEconomista
La oncología descubre un nuevo medicamento 200 veces más potente

El Médico Interactivo
Vamos a pasar de tratar tumores por órganos a abordarlos por mutaciones

EL GLOBAL
El medio del medicamento y la farmacia
Desde la mastectomía radical hasta los ADCs: cronología de los avances en cáncer de mama

redacción médica
"Tenemos una nueva ilusión para tratar el cáncer de pulmón con exon 20"

mundoSalud
Enfermedades Vida saludable Salud mental La Tribu El botiquín
Cesar Rodríguez, oncólogo: «Con unas medidas muy sencillas podríamos evitar el 40 % de los tumores»

diariofarma
Política
ESMO pide "eliminar incertidumbres" en el desarrollo normativo del derecho al olvido

EFE
El cáncer de mama en cifras: 35.000 nuevos casos en España en 2023

El Médico Interactivo
El cáncer de mama en cifras: 2023 terminará con 35.000 nuevos casos, aunque la supervivencia superará el 85%

InfoSalud
ESMO incide en que el derecho al olvido oncológico sea a los cinco años porque "es un periodo suficiente"

ConSalud.es
La SEOM reivindica los grandes avances en el cáncer de mama, aunque pide seguir investigando

DIARIO MÉDICO
Nuevo tratamiento para pulmón microcítico previamente tratado

servimedia
Oncólogos lanzan una campaña para presentar los últimos avances en cáncer de mama

DIARIO MÉDICO
Nueva oferta para cáncer medular tiroideo avanzado con mutaciones en RET

DIARIO MÉDICO
Nueva oferta para cáncer medular tiroideo avanzado con mutaciones en RET

Redes



Destacados

X



@_SEOM
33,5K seguidores



Tweet principal en octubre 2023

4,05K
impresiones



Tweet principal en en septiembre 2023

1,4K
impresiones

**¡Síguenos
para estar
al día!**

Destacados

LinkedIn



Sociedad Española
de Oncología Médica
14,4K seguidores



Publicación con más interacción
en octubre 2023

17,01K
impresiones



Publicación con más interacción
en septiembre 2023

7,5K
impresiones

Destacados

Instagram



Puesta en marcha: 19/10/22
@seom_oncologia
2,3K seguidores



Reel principal en octubre 2023

2,4K reproducciones

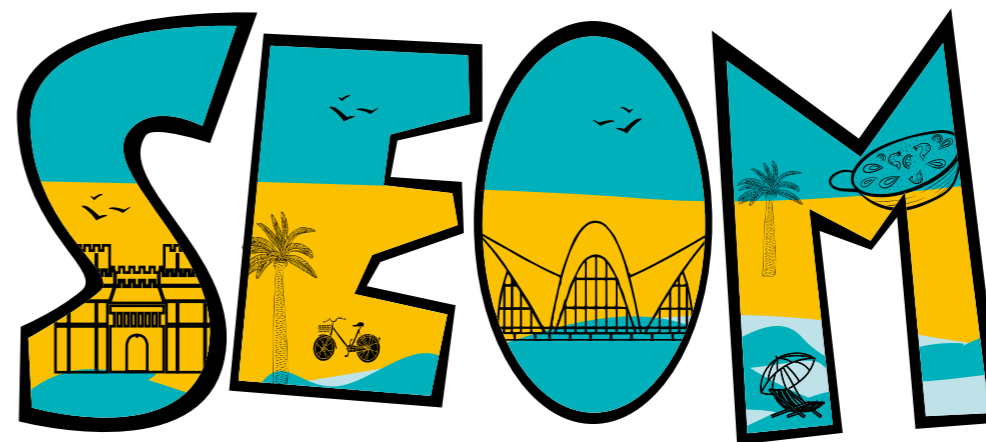


Reel principal en septiembre 2023

5,9K reproducciones



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE

VALENCIA

del 29 de febrero
al 1 de marzo de 2024

HOTEL MELIÁ VALENCIA

@_seom #mirSEOM24

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica



Sección SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM



Desde hace más de un siglo, para MSD la vida es lo primero.

Durante 130 años nos hemos enfrentado a enfermedades que suponen un gran desafío a nivel mundial, dando esperanza a las personas y protegiendo también la salud de los animales. Hoy, aspiramos a ser la principal biofarmacéutica en investigación intensiva del mundo. Este compromiso nos impulsa a la búsqueda constante de avances médicos que beneficien a los pacientes y a la sociedad del presente y futuro.

Accede a [msd.es](https://www.msd.es) a través de este código QR:

