Boletín Enero - Febrero 2016 Número 102

Boletín SEOM

10 años

Avanzando juntos

Sociedad Española de Oncología Médica

En 2015 se autorizaron aproximadamente 320 ensayos en Oncología que se realizaron en hospitales de distintas Comunidades Autónomas repartidos por toda España

Su médico sólo le ofrecerá participar en un ensayo clínico si considera que es la mejor opción para usted. Todos debemos tener las mismas oportunidades de participar en ensayos clínicos

Día Mundial del Cáncer 2016

Los ensayos clínicos pasan procesos de revisión estrictos y cuentan con la autorización de las Autoridades correspondientes y de los Comités Éticos de Investigación

Su médico decide en todo momento si el tratamiento del ensayo sigue siendo la mejor opción para usted, ajustando los tratamientos según su tolerancia individual

Modelo de Consentimiento Informado

Posicionamiento sobre RD de Ensayos Clínicos

El Defensor del Pueblo cierra el expediente ante los equivalentes terapéuticos

Renovación de los miembros de las Secciones SEOM

Carta del Presidente 5

Noticias 9

- SEOM cumple 40 años
- SEOM realiza un nuevo modelo de Consentimiento Informado
- Renovación de la Secretaría Científica de la SEOM
- Obituario del Dr. José María García Bueno
- El Acuerdo Marco de Andalucía no incluye fármacos oncológicos tras nuestra queja al Defensor del Pueblo
- Posicionamiento de SEOM ante el Nuevo Real Decreto de Ensayos Clínicos
- Avances en Tumores Neuroendocrinos (TNE)
- El Servicio de Oncología del "Servet" cumple 25 años
- Entrega de los Premios "Valoración Clínica"

Nombramientos 11

Becas FSEOM 26

- Entrevista a la Dra. Annarita Gabriele, Directora Médica de Roche
- Fallo Becas SEOM-Río Hortega

Reportaje 32

- Día Mundial del Cáncer 2016

La SEOM con los Pacientes 36

- Entrevista a Dª. Susana Heredia, Presidente de ASACO (Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario)

Avales Científicos 40

Noticias de Secciones SEOM 41

- Nuevo Comité Ejecutivo de la Sección SEOM de Cáncer Hereditario
- Nuevo Comité Ejecutivo de la Sección SEOM de Cuidados Continuos
- X Curso SEOM para Residentes de Manejo de Síntomas y Terapia de Soporte en el Paciente Oncológico - Valencia 2016
- 2º Premio del 8º Concurso de Casos Clínicos en Oncología Médica 2015. Hepatoblastoma Estadio Pretext IV en un adulto
- Concurso Banco de imágenes +mir "Una imagen vale más que mil caracteres"

Noticias de Grupos de Trabajo SEOM 48

- Ratificación de los coordinadores de dos Grupos de Trabajo SEOM
- Nuevo Comité Ejecutivo del Grupo Trabajo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología (CICOM)
- Resumen de Actividades del año 2015 - Grupo CICOM

Noticias de Grupos Cooperativos 53

- Nueva Junta Directiva del TTCC Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello

Artículo Destacado 54

- Global Health Equity: Cancer Care Outcome Disparities in High-, Middle-, and Low-Income Countries

Publicaciones 58

- LIBRO "El largo camino de la historia del cáncer"

Hemeroteca 62

- Recortes de Prensa
- Nuestros "Trending Topics" en Twitter

Enero - Febrero 2016 Número 102

PRESIDENTE
Dr. Miguel Martín Jiménez

VICEPRESIDENTE
Dra. Ruth Vera García

SECRETARIO
Dr. César A. Rodríguez Sánchez

TESORERO
Dra. Montserrat Muñoz Mateu

VOCALES
Dr. Jorge Aparicio Urtasun
Dra. Rosario García Campelo
Dra. Encarnación González Flores
Dr. Martín Lázaro Quintela
Dra. Ana Santaballa Bertrán
Dr. Miguel Ángel Seguí Palmer
Dr. Juan Manuel Sepúlveda Sánchez
Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu

SECRETARÍA CIENTÍFICA
Dra. Aitana Calvo Ferrándiz
Dr. Guillermo de Velasco Oria de Rueda

GERENCIA
Dña. María García de Parada Miranda

DPTO. DE COMUNICACIÓN Y MARKETING
Dña. Mayte Brea Carrasco. Directora
Dña. Ana Navarro Ojeda

DPTO. DE CONGRESOS
Dña. Mónica Díaz del Saz

DPTO. MTTO. Y DESARROLLO WEB
D. Ventura Pontejo Calvente

SECRETARÍA TÉCNICA
Dña. Marina Casanueva Tomás
Dña. Carmen Poveda Poveda
Dña. Ángeles Martínez Morales

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

www.seom.org

C/ Velázquez, 7 - 3ª Plta. • 28001 - Madrid
Tel.: 91 577 52 81 / Fax: 91 139 35 56
seom@seom.org

ISSN: 1698-3491
Dep. Legal: M-9192/2001
Edita: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
Diseño y Maquetación: Mares Ideas Publicitarias, S.L.

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Fundación
SEOM

Consejo de Protectores

DIAMANTE

Roche

PLATINO

AstraZeneca

MSD

NOVARTIS
ONCOLOGY

ORO

astellas
Leading Light for Life

Bristol-Myers Squibb

Janssen

Lilly

PLATA

Bayer HealthCare

Boehringer Ingelheim

Celgene

Fundación Salud 2000

MERCK

Pfizer Oncology

Pierre Fabre

SANOFI

BRONCE

AMGEN

asebio

Buckler

cris contra el cáncer

Eisai

ferrer | Farma Hospital

Font Vella
El Agua de tu Vida

GRÜNENTHAL

MEDA

mundipharma

Otsuka

Pharma Mar
Grupo Zeltia

ProStrakan

SERVIER

Este año se cumple el 40º Aniversario de nuestra Sociedad y bajo el lema "Avanzando juntos" estamos diseñando una serie de actividades que en los próximos meses verán la luz. Somos la segunda sociedad científica oncológica nacional creada en el mundo tras la American Society of Medical Oncology y eso nos debe llenar de satisfacción. Queremos mostrar gráficamente algunos recuerdos de esos 40 años y desde aquí os animamos a que busquéis en vuestros archivos y compartáis con nosotros la memoria de nuestra Sociedad a través del material que dispongáis.

Desde hace varios años la SEOM ha cobrado un gran protagonismo en el Día Mundial del Cáncer que se conmemora anualmente como sabéis el 4 de febrero.

Cada año organizamos una rueda de prensa unos días antes para adelantarnos al día y centrar la atención de los medios de comunicación, de los pacientes y de la sociedad. En cada edición ponemos el foco en un tema distinto con el denominador común de actualizar las cifras del cáncer. En esta ocasión lo centramos en la importancia de la investigación clínica en Oncología y para ello realizamos un video con el testimonio real de un paciente con cáncer que participa en un ensayo clínico y al que hemos acompañamos durante un día de consulta en su hospital.

La actualidad cobró vital importancia en nuestra cita anual con el Día Mundial del Cáncer. Los acontecimientos adversos de voluntarios que participaban en un ensayo clínico en Francia hicieron saltar las alarmas en los medios de comunicación y desde SEOM centramos los mensajes para desmitificar, tranquilizar y desterrar los falsos mitos que existen en torno a los ensayos clínicos en Oncología.

Los ensayos clínicos son fundamentales para avanzar en el tratamiento y curación de muchos tipos de cáncer y han sido cruciales para lograr las cifras de curación en diferentes tipos de cáncer que podemos exhibir actualmente. Prácticamente todos los tratamientos actuales proceden de los resultados generados en ensayos clínicos previos.

En España, se acaba de publicar el Real Decreto 1090/2015 que permite aplicar el Reglamento de la UE Nº 536/2014, reglamento que establece procedimientos comunes para la autorización de ensayos clínicos con el fin de que los países Europeos tengan una posición única y común.

Para la SEOM este RD representa al menos una gran oportunidad que no debemos desaprovechar. Aporta novedades importantes que reducen la carga burocrática y agilizan los trámites de aprobación de los ensayos clínicos. Ello va a suponer sin duda un aumento de la competitividad de España en la realización de ensayos clínicos cooperativos multinacionales, particularmente de ensayos comerciales. El impacto de las novedades del RD en la investigación no comercial es menos claro, ya que las buenas intenciones que contiene no se acompañan de medidas concretas que permitan superar las barreras reales para la realización de estos ensayos, como por ejemplo, la aportación de los fármacos, el seguro de responsabilidad civil o la financiación de los mismos.

En las páginas interiores del Boletín podéis leer el posicionamiento SEOM que hemos generado desde la Junta Directiva tras analizar exhaustivamente el RD.

Y en nombramientos, trasladamos nuestra más sincera enhorabuena a los doctores: José Norberto Batista nombrado catedrático de Oncología de la Universidad de La Laguna de Tenerife, Ramon Colomer que ha sido elegido ESMO National Representative para España desde enero de 2016 hasta diciembre de 2017, Cristina Nadal nombrada directora del Área Asistencial del CatSalut y a Ander Urruticoechea, nuevo director general de la Fundación Onkologikoa (Instituto Oncológico de San Sebastián).

Finalmente, queremos felicitar también al Dr. Antonio Anton Torres en el 25 aniversario de la creación del Servicio de Oncología Médica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, rememorada en un entrañable acto en la que SEOM estuvo presente a través de su Presidente.

Dr. Miguel Martín
Presidente SEOM 2015 - 2017

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Solicito el cambio de condición de **Socio Adherido Transitorio a Numerario**.
Ruego actualicen mis datos con la información que aquí aparece.

DATOS PERSONALES

NOMBRE:
APELLIDO 1:
APELLIDO 2:
NIF:
FECHA NACIMIENTO:

DIRECCIONES

PARTICULAR

CALLE, Nº:
LOCALIDAD:
PROVINCIA:
PAÍS:
C.P.:
TELF.: MÓVIL: FAX:
E-MAIL:

PROFESIONAL

HOSPITAL:
SERVICIO:
CARGO:
CALLE, Nº:
LOCALIDAD:
PROVINCIA:
PAÍS:
C.P.:
TELF.: MÓVIL: FAX:
E-MAIL:

Dirección de correspondencia con usted: ☐ PARTICULAR ☐ PROFESIONAL

CUOTA

La cuota de socio Numerario es de 36 euros.

Nº CUENTA BANCARIA IBAN (24 DÍGITOS) ____/____/____/____/____/____

Firma del solicitante

INFORMACIÓN

Una vez finalizada su Residencia, se ha pasado de forma automática a la cuota estándar de socio (36 euros). Para poder cambiar de condición de facto de Adherido Transitorio (AT) a Numerario (N) es necesario que nos envíe fotocopia del Título de Especialista en Oncología Médica (no compulsada) o fotocopia del resguardo del pago de las tasas de la tramitación de este Título.

Al pasar de AT a N podrá votar en las elecciones bienales que se celebran en la SEOM a la renovación parcial de la Junta Directiva. Esta solicitud de cambio de condición debe ser aprobada de nuevo por Junta Directiva y ser refrendada en Asamblea General de socios.

FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE:

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, (LOPD), y su normativa de desarrollo, SEOM les informa que los datos aquí facilitados serán incorporados en un fichero de su titularidad, debidamente inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar las relaciones de SEOM con sus socios así como la elaboración de un directorio de profesionales de este sector que será compartido entre todos los socios. Todos los datos solicitados a través del presente formulario son obligatorios, ya que son necesarios para la correcta gestión de alta como socio en la SEOM. Así mismo autoriza a que sus datos sean cedidos a Secretarías Técnicas colaboradoras relacionadas con su profesión, para el envío de documentación que pudiera resultar de su interés.
Podrá ejercitar sus derechos ARCO a través de comunicación expresa dirigida a través de los siguientes medios: 1. E-Mail: seom@seom.org 2. Correo Postal: Calle Velázquez 7. 3ª planta. 28001-Madrid, acompañando copia de su DNI o título acreditativo de su identidad.

SEOM cumple 40 años

Este año 2016 se cumple el 40º Aniversario de SEOM.

A lo largo del año realizaremos distintas actividades para conmemorar esta fecha significativa para la Sociedad, bajo el lema "Avanzando juntos".

La situación de liderazgo que ahora disfruta la Oncología Médica es fruto del trabajo de muchos oncólogos quienes, a lo largo de la historia, han tenido una desinteresada dedicación hacia la Sociedad y han puesto los cimientos de lo que ahora es. La labor de los presidentes que han sabido cohesionar distintos intereses en aras de un bien común y defendieron la SEOM como sociedad científica referente, para todos ha sido determinante en el estatus actual. Agradecemos la labor desarrollada por todos los socios de SEOM y por todos los presidentes de la Sociedad que han construido la historia de esta Sociedad Científica.

Queremos invitar a todos los socios y a cualquier colaborador habitual de la SEOM a que nos remitan fotografías y videos, especialmente del pasado. Serán colgados en la página web que se editará por este 40º Aniversario e impresas en un mural que estará expuesto en el Congreso SEOM2016.

SEOM realiza un nuevo modelo de Consentimiento Informado

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha diseñado recientemente un nuevo modelo de "documento de consentimiento informado para recibir tratamiento sistémico contra el cáncer" que está disponible en la web de SEOM para su descarga.

Existían ya documentos previos de la Sociedad con consentimientos específicos de algunas indicaciones (administración de quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, quimioterapias intensiva, intratecal e intraperitoneal) pero su empleo por parte de los oncólogos ha sido escaso. Incluso se editó en 2005 una monografía dedicada al consentimiento informado en Oncología.

Por otra parte, hay otros múltiples documentos de consentimiento, propios de cada hospital o de cada Comunidad Autónoma que no siempre están validados, son satisfactorios para los usuarios o extrapolables a otros medios sanitarios.

La complejidad creciente de los tratamientos médicos contra el cáncer (quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores de tirosina quinasas, inmunoterapia y combinaciones de ellos) hace difícil disponer de modelos de consentimiento individuales que abarquen todas las posibilidades existentes.

Por todo ello, la Junta Directiva de SEOM, presidida en 2014 por la Dra. Pilar Garrido, creó un grupo de trabajo con el objetivo de ahondar en este tema. El coordinador del grupo fue el Dr. Jorge Aparicio y colaboraron otros 9 oncólogos médicos que se ofrecieron a trabajar conjuntamente.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO

- ***Dr. Jorge Aparicio Urtasun (coordinador)***
- ***Dra. Patricia Cruz Castellanos***
- ***Dra. Teresa García García***
- ***Dra. Encarnación Jiménez Orozco***
- ***Dra. Adelaida La Casta Muñoa***
- ***Dr. Rafael López Castro***
- ***Dr. David Marrupe González***
- ***Dr. José Luis Pérez Gracia***
- ***Dr. Javier Puente Vázquez (secretario científico SEOM 2013-2015)***
- ***Dra. Teresa Quintanar Verduguez***

HOSPITAL:

HISTORIA CLÍNICA:

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO CONTRA EL CÁNCER
(quimioterapia y/o agentes biológicos; en adelante, TRATAMIENTO)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para este tratamiento. Esto significa que nos autoriza a realizarlo. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a recibir dicho tratamiento. En caso de rechazo, no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

DIAGNÓSTICO Y FINALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Usted, o la persona a quien representa, ha sido diagnosticado/a de

motivo por el que es recomendable que reciba tratamiento en el Servicio de Oncología Médica. Los facultativos que le atienden consideran que sería conveniente recibir tratamiento médico para esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener son mayores que los posibles inconvenientes.

La finalidad del tratamiento es destruir las células anómalas que están ocasionando su enfermedad.

La indicación de tratamiento oncológico forma parte de las recomendaciones científicas admitidas para su enfermedad; el equipo sanitario que le atiende está acostumbrado a su aplicación y conoce su correcta utilización.

¿EN QUÉ CONSISTE LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO?:

Para el tratamiento de los tumores habitualmente hay que utilizar medicamentos que se conocen como quimioterapia (agentes químicos antineoplásicos) y agentes biológicos (tratamientos dirigidos o antidianal. Su administración generalmente se realiza mediante infusión intravenosa pero, dependiendo del fármaco, también se pueden dar por vía oral, subcutánea o intramuscular.

Estos fármacos se pueden emplear solos pero, en ocasiones, para intentar aumentar su eficacia, se administran combinaciones de varios de ellos. La frecuencia de administración también es variable dependiendo de la enfermedad concreta, de su evolución y del tratamiento utilizado. Su médico le mantendrá informado del tipo de tratamiento y de cómo se administrará.

¿EN QUÉ LE BENEFICIARÁ?:

Con el tratamiento se espera reducir la probabilidad de recaída de la enfermedad o disminuir la progresión de ésta en caso de presentarla de forma activa en este momento.

Su consecuencia es una mayor probabilidad de supervivencia y/o mejorar los síntomas de la enfermedad y/o su calidad de vida.

Tomando como punto de partida los documentos previos de SEOM y modelos de consentimiento seleccionados de diferentes hospitales y Comunidades Autónomas, se elaboró un documento genérico que contuviera todos los ítems que se consideró necesarios. Las principales características de este nuevo documento son:

1. Es un documento genérico para cualquier tratamiento médico contra el cáncer.
2. Incluye un apartado de rechazo (o no autorización) al tratamiento, diferente de la revocación del mismo.
3. Añade el tratamiento de los efectos secundarios (transfusiones, antibióticos, nutrición…).
4. Incluye las líneas sucesivas de tratamiento (contempladas desde el principio e incluidas en el mismo modelo de consentimiento). Es decir, se trata de un documento de consentimiento único.
5. Hace una mención especial a la capacitación del personal sanitario.
6. El consentimiento no es nominal e incluye en la autorización de tratamiento a todo el Servicio de Oncología Médica (y residentes específicamente). Se tendrá en cuenta que el oncólogo médico que firma es el médico que informa.
7. Incluye la mayoría de toxicidades del tratamiento pero no las específicas de cada esquema (se deben especificar y matizar en cada caso).
8. Añade un apartado con peculiaridades del paciente (edad, insuficiencia renal, otras comorbilidades…) que puedan influir en la selección del tratamiento, así como el apartado de embarazo.
9. Añade un apartado de consentimientos adicionales (determinaciones biológicas específicas de rutina, modificaciones del tratamiento y utilización de imágenes para docencia) con mención expresa del respeto del anonimato y de acuerdo a la Ley de Protección de Datos.

El documento aprobado por el Grupo de Trabajo fue sometido a evaluación y asesoramiento jurídico externo y finalmente fue aprobado por la Junta Directiva en diciembre de 2015.

Renovación de la Secretaría Científica de la SEOM

Dr. Guillermo de Velasco Oria de Rueda

Dra. Aitana Calvo Ferrándiz

Desde enero de 2016 la secretaría científica de SEOM se ha renovado.

Agradecemos la labor prestada a los doctores Dolores Isla, jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y Javier Puente, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, por el buen trabajo realizado en estos últimos años.

Damos la bienvenida a la **Dra. Aitana Calvo Ferrándiz**, oncólogo médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y al **Dr. Guillermo de Velasco Oria de Rueda**, oncólogo médico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Nombramientos

Dr. José Norberto Batista

El Dr. José Norberto Batista López, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias (H.U.C) ha sido recientemente nombrado catedrático de Oncología de la Universidad de La Laguna de Tenerife.

Dr. Ramon Colomer

El Dr. Ramon Colomer, director médico y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, ha sido elegido ESMO National Representative para España desde enero de 2016 hasta diciembre de 2017.

Dra. Cristina Nadal

La Dra. Cristina Nadal, oncóloga médico del Hospital Clinic I Provincial de Barcelona, ha sido nombrada Directora del Área Asistencial del CatSalut / Servicio Catalán de la Salut a partir del 1 de febrero 2016.

Dr. Ander Urruticoechea

El Dr. Ander Urruticoechea ha sido nombrado nuevo director general de la Fundación Onkologikoa (Instituto Oncológico de San Sebastián) responsabilidad que asumirá desde su cargo de director científico.

¡Nuestra más sincera enhorabuena a todos!

Obituario del Dr. José María García Bueno †

El día 29 de julio de 2015 moría el Dr. José María García Bueno a los 48 años, oncólogo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Había cursado los estudios de Medicina en la Universidad de Murcia y el MIR en el hospital Son Dureta de Palma de Mallorca de 1993 a 1996. Lo conocí en el año 2000, cuando él ejercía de oncólogo en la Policlínica Miramar de Palma de Mallorca y me consultó acerca de uno de sus pacientes. Desde entonces me consultaba a menudo interesándose por los nuevos ensayos clínicos que llevábamos a cabo en mi hospital. Tanto cuando hablábamos por teléfono como cuando nos comunicábamos por correo electrónico, se manifestaba como una persona amable y sencilla de quien se podía adivinar que era un médico entregado y devoto de sus pacientes. Me convertí con el tiempo en un consultor de segundas opiniones y, en ocasiones, enviaba pacientes suyos a mi hospital. Coincidimos asimismo en innumerables ocasiones en congresos, simposios locales, regionales o nacionales en los que fui conociéndolo mejor, cosa que no hizo más que confirmarme lo que ya intuía por mis contactos anteriores: era un médico muy bien formado, humano, sencillo, responsable y un fiel defensor de sus pacientes, para quien los aspectos éticos y de calidad de vida que debían formar parte de los protocolos eran de extrema importancia. Seguimos manteniendo nuestro vínculo personal y profesional a través de pacientes ya comunes.

En 2001 y a los dos meses de nacer su hijo Miguel, se le diagnosticó un timoma maligno. Desde entonces, han pasado 14 años de lucha constante contra la enfermedad que, en alguna ocasión, lo puso al borde de la muerte como ocurrió con una meningitis por la que estuvo más de un mes en cuidados intensivos. El año 2007, y en gran parte por motivos de salud, decidió regresar a su Albacete natal, ocupando una plaza de interino en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) de esta ciudad.

Hasta entonces, mi relación profesional con el Dr. García Bueno no dejaba de ser una relación colegial y muy cordial, hasta que ocurrieron dos eventos que me impresionaron profundamente y por los que he aceptado la petición de su esposa de que redactara este obituario, el primero que he hecho en mi vida. El primer evento ocurrió cuando el me invitó a pronunciar la conferencia magistral de la reunión anual de la Asociación Española contra el Cáncer de Albacete. Acudí al lugar de la reunión y estaba a punto para dar mi charla pero el Dr. José María García Bueno no aparecía. Al preguntar si lo debía esperar, ya que él era quien me había invitado, me comunicaron que procediese con la conferencia ya que estaba muy cansado debido a que aquel mismo día había recibido un nuevo ciclo de quimioterapia por una nueva recidiva de la que yo no tenía noticia. Me faltaban unos cinco diez minutos para terminar cuando lo vi entrar a la sala con paso lento y totalmente alopécico y, al acabar mi charla, vino a saludarme para disculpar su ausencia diciéndome con toda normalidad y serenidad "…tú ya sabes cómo va eso de la quimioterapia….", pero tuvo la fuerza suficiente para acompañarme a un restaurante de comida manchega tal como me había prometido y aguantar estoicamente durante todo el tiempo que duró la comida. Su grado de responsabilidad hizo que, a pesar de encontrarse físicamente bajo mínimos, acudiese y me acompañase evitando en todo momento hablar de su enfermedad, demostrándome con ello que no tan sólo era un médico ejemplar para sus pacientes sino que él mismo era también un paciente ejemplar. Admiré la fuerza de su carácter, el de una persona capaz de poner de lado su cansancio y agotamiento, de la responsabilidad profesional, colegial y social que había asumido en aquella ocasión. De una manera periódica me fue informando de su evolución clínica, pero era más para responder a mis correos electrónicos que por iniciativa propia. Quería conducir su vida profesional de oncólogo al margen de su enfermedad, hasta el punto que uno llegaba a la conclusión de que debía preocuparse más por sus pacientes que por sí mismo.

A los tres años de este evento, me llamó una mañana para pedirme si quería ser el presidente del tribunal de su tesis doctoral. Fue ésta una prueba contundente de que tenía muy clara la separación del aspecto profesional del personal. Por supuesto acepté aunque después de unos milisegundos de sorpresa y de duda por creer que quizá no lo había entendido correctamente: ¿podía ser cierto que el Dr. García Bueno hubiera podido estar llevando a cabo su tesis doctoral?. El título de su Tesis fue Heterogeneidad tumoral y cinética celular: cultivo de células neoplásicas, que defendió en presencia de su familia, amigos y otros oncólogos en la Universidad de Castilla La Mancha, a través del centro Regional de Investigaciones Biomédicas de la Facultad de Medicina de Albacete. Fue una tesis excelente, muy bien defendida y el candidato no mostró en ningún momento señales o signos de la enfermedad que sufría, demostrando una vez más su entereza y fortaleza física y mental en un grado extraordinario. Al terminar su defensa, y después de la celebración de rigor, me acompañó a los laboratorios de sus colaboradores, con los que hablé y discutí de ciencia, mostrando él en todo momento la misma ilusión por los resultados y los experimentos futuros que una persona totalmente sana, convencida de que tiene por delante todavía una vida de largo recorrido.

Después de obtener el doctorado obtuvo ya la plaza de médico adjunto de plantilla. José María García Bueno deja dos hijos: Carlos y Miguel de 19 y 14 años respectivamente y a su querida esposa Llanos que me contaba que ellos dos planeaban la vida de día a día, intentando bloquear lo que podía pasar y dedicándose a vivir lo mejor que podían en cada momento. José María hablaba constantemente con sus hijos y los preparó para el día de su muerte.

Hace unos días hablé con alguno de los médicos oncólogos y las enfermeras de La Policlínica Miramar de Palma de Mallorca que habían trabajado con él. Todos coinciden con mi propio juicio: se trataba de un profesional de una gran humanidad, sencillo, totalmente entregado a sus pacientes y de una gran empatía. Aunque aparentaba una gran seriedad, tenía un buen sentido del humor incluso en los momentos más difíciles de su enfermedad.

Nos ha dejado un médico que constituye ejemplo para todos nosotros, también un gran paciente y, muy especialmente, un gran colega y amigo.

Descanse en paz.

Prof. Pere Gascón Vilaplana
Hospital Clínic. Barcelona

El Acuerdo Marco de Andalucía no incluye fármacos oncológicos tras nuestra queja al Defensor del Pueblo

El Defensor del Pueblo comunica a SEOM que cierra el expediente abierto ante los equivalentes terapéuticos

La SEOM presentó una queja al Defensor del Pueblo en septiembre de 2013 ante el Acuerdo Marco de Alternativas Terapéuticas Equivalentes que había convocado el 30 de julio de ese mismo año la Junta de Andalucía y donde se incluían algunos fármacos oncológicos. Esta fue una de las acciones, entre otras muchas, que se llevaron a cabo para denunciar y solicitar su retirada. Este Acuerdo Marco fue anulado posteriormente por el Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de Andalucía. Meses más tarde en mayo de 2014 se publicó el nuevo Acuerdo Marco 4001/13 de homologación para la selección de principios activos para determinadas indicaciones donde se incidía en los mismos aspectos de selección de fármacos oncológicos. Ante este hecho, nuevamente iniciamos una serie de acciones y presentamos queja al Defensor del Pueblo. Tras la solicitud de la SEOM, el Defensor del Pueblo se dirigió a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas de la Junta de Andalucía para que modificara o dejara sin efecto dicho Acuerdo. Nos complace informar que el Defensor del Pueblo ha procedido a cerrar el expediente abierto porque en el citado Acuerdo Marco no se ha adjudicado ningún principio activo relacionado con terapias oncológicas.

La SEOM se congratula porque finalmente el Acuerdo Marco no recoge la selección de fármacos oncológicos y porque no se vulnera el derecho de los pacientes con cáncer y la libertad de prescripción del médico y agradece la diligencia en todo momento del Defensor del Pueblo.

En este sentido, agradecemos que con motivo del Día Mundial del Cáncer, el Defensor del Pueblo haya publicado en portada de su página web el video de SEOM: Los Ensayos Clínicos, una oportunidad para el paciente y esté realizando un estudio sobre la protección social de los enfermos de cáncer con el objetivo de analizar cómo protegerles mejor tanto en los ámbitos social y laboral.

La SEOM se congratula porque finalmente el Acuerdo Marco no recoge la selección de fármacos oncológicos y porque no se vulnera el derecho de los pacientes con cáncer y la libertad de prescripción del médico y agradece la diligencia en todo momento del Defensor del Pueblo

Posicionamiento de SEOM ante el Nuevo Real Decreto de Ensayos Clínicos

El día 4 de diciembre de 2015, el Consejo de Ministros aprobó el proyecto de Real Decreto 1090/2015 por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los comités de ética de investigación con medicamentos y el registro español de estudios clínicos. Su aplicación ha comenzado en enero de 2016 con un periodo de aplicación transitorio hasta mayo de 2016, cuando entrará en vigor definitivamente.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la nueva regulación de los ensayos clínicos tiene los siguientes objetivos: simplificar los trámites, incrementar las garantías para los pacientes, potenciar la transparencia y fomentar la investigación de promotores independientes en áreas de interés para el Sistema Nacional de Salud.

Con esta normativa, además, España se adaptará progresivamente al nuevo Reglamento de la Unión Europea Nº 536/2014, que establece procedimientos comunes para la autorización de ensayos clínicos con el fin de que los países europeos tengan una posición única y común -aunque mantiene algunos aspectos en el ámbito puramente nacional.

Desde SEOM hemos analizado exhaustivamente el nuevo reglamento y a continuación reproducimos un artículo con los retos y oportunidades que supone para la Oncología Médica.

Una gran oportunidad

Para la SEOM este RD representa al menos una gran oportunidad que no debemos desaprovechar. El nuevo RD establece el tantas veces reclamado dictamen ético único, por el cual la evaluación y dictamen positivo de un solo Comité de Ética acreditado, además de la preceptiva autorización de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), será suficiente para la aprobación de un ensayo multicéntrico.

Además, el contrato entre el promotor y los centros podrá negociarse en paralelo a la aprobación por el comité ético único, si bien en la normativa posterior de la AEMPS se establece que el promotor presentará una única memoria económica que deberá incluir los aspectos del contrato de todos los centros participantes, lo que se antoja, a priori, muy difícil de llevar a la práctica.

Todo ello, sin duda, acortará los plazos para poner en marcha los estudios, lo cual es una excelente noticia que aumenta el nivel de competitividad de España en este campo. Algunas de las ventajas para la investigación clínica, especialmente para la cooperativa, que el nuevo Real Decreto aporta en relación a la anterior legislación se recogen en la Tabla 1.

La aplicación de este RD implicará sin dudas cambios importantes en el funcionamiento actual de les CEICs, que pasan a denominarse CEIm (Comité Ético de Investigación en Medicamentos), ya que cambian notablemente alguna de sus funciones y los plazos de evaluación de los estudios; necesariamente esta situación tendría que llevar a una deseable mayor profesionalización de la actividad de los CEIm. Una consecuencia inmediata será la disminución de los CEIm que estarán disponibles para la evaluación única de un ensayo; de hecho, a fecha de 4 de febrero de 2016, son 59 los CEICs de nuestro país que han mostrado su disposición a actuar como CEIm, adhiriéndose a un memorando de aceptación emitido por la AEMPS, llamando la atención la ausencia en este listado de CEICs de Asturias, Cantabria o Castilla la Mancha. Los CEIm deberán reacreditarse en los próximos 2 años, por lo que es razonable pensar que esta lista tenderá a disminuir.

Tabla 1. Algunas ventajas para los ensayos clínicos aportadas por el nuevo Real Decreto

ANTIGUA NORMATIVA	NUEVO RD
La solicitud del ensayo clínico debía ser enviada a cada uno de los Estados Miembros donde se fuera a realizar el ensayo	Una única europea solicitud será suficiente
La documentación de ensayos multicéntricos debía ser presentada en todos los CEIC y era profusa	Único CEIm. Listado de documentación a presentar proporcionado por la AEMPS
Requerimiento de la documentación en papel en muchos CEIC	Un único portal electrónico para las solicitudes en la UE que signifiquen una única solicitud
Plazos de presentación restringidos (días 1-5 de cada mes). No había evaluaciones mes de agosto	No existen plazos de presentación
Representación de los pacientes poco definida	Uno de los miembros del CEIm será ajeno a la investigación biomédica o a la asistencia clínica y representará los intereses de los pacientes
Solicitud de tasas completas de evaluación por todos los CEICs que evalúan el estudio	Pago de una única tasa de evaluación. Se fijan tasas reducidas o exención de tasas para los ensayos clínicos sin ánimo comercial[1]
Modelos de contrato específicos de cada centro	Modelo de contrato único válido para todo el Sistema Nacional de Salud. Podrá tramitarse en paralelo a la evaluación y será efectivo cuando el ensayo clínico sea autorizado [2]
Requerimiento de la traducción desde el inglés por parte de muchos CEIC	Posibilidad de envío de protocolo en inglés (resumen en español)

[1] En el Reglamento está previsto que haya un pago único de tasa por país que aún no está vigente. Por tanto, las tasas correspondientes a la AEMPS y al CEIm son las establecidas para la AEMPS y las correspondientes al CEIm evaluador como hasta ahora y deben seguir pagándose por separado. La AEMPS informará puntualmente de cualquier cambio que se produzca a este respecto.

[2] Todavía no existe un modelo único de contrato, por lo que deben seguir utilizándose los modelos actualmente disponibles.

Participación formal y legal de los pacientes

El Real Decreto también establece de forma más clara la participación formal y legal de los pacientes en los ensayos clínicos, lo que ha sido justamente celebrado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Los pacientes deberán estar representados de forma obligatoria en los Comités de Ética de la Investigación. Los pacientes son los destinatarios finales de los avances obtenidos gracias a la investigación clínica, pero hasta ahora se ha contado poco con ellos a la hora de establecer las necesidades terapéuticas que les son más relevantes.

Los objetivos de los estudios vienen tradicionalmente siendo definidos por el marco regulatorio de aprobación o el interés científico de las preguntas que los estudios tratan de contestar, aspectos que pueden no coincidir plenamente con los intereses de los pacientes. Por ello, SEOM considera también que la incorporación de los pacientes al control de la calidad y oportunidad de los ensayos clínicos es a priori una muy buena noticia. No obstante, la implicación de los pacientes en la investigación clínica representa un reto importante, ya que cambia la cultura de investigación clínica en nuestro país. Para que dicha incorporación se traduzca en resultados positivos para el proceso de investigación y para los propios pacientes, se necesita que las organizaciones de pacientes sean potenciadas.

Las asociaciones de pacientes tienen aún una trayectoria corta en España y, aunque han conseguido logros indiscutibles, necesitan aún profundizar en su desarrollo y funcionamiento para hacer oír su voz con más eficacia. Su labor de defensa de los intereses de los pacientes se verá reforzada por este Real Decreto, pero a cambio de ello deberán ser capaces de designar personas capacitadas e informadas que les representen adecuadamente.

Investigación académica

El Real Decreto pretende también fomentar la investigación no promovida por la industria farmacéutica. Nos detendremos en el análisis de estos ensayos por ser muy relevantes para la Oncología Médica.

Estos ensayos tienen por finalidad el contestar a preguntas que no son prioritarias para la industria farmacéutica, pero sí muy relevantes para los pacientes. Se consideran de bajo nivel de intervención o bajo riesgo, ya que los procedimientos complementarios de diagnóstico o seguimiento entrañan un riesgo o carga adicional para la seguridad de los sujetos que es mínimo comparado con el de la práctica clínica habitual. Un ejemplo de dichos ensayos sería la comparación de dos terapias ya aprobadas para la misma indicación.

Se considera Investigación clínica sin ánimo comercial aquella llevada a cabo por los investigadores sin la participación de la industria farmacéutica o de productos sanitarios que reúna todas las características siguientes.

RESPECTO AL PROMOTOR:

1. El promotor es una universidad, hospital, organización científica pública, organización sin ánimo de lucro, organización de pacientes o investigador individual.
2. La propiedad de los datos de la investigación pertenece al promotor desde el primer momento del estudio.
3. No hay acuerdos entre el promotor y terceras partes que permitan el empleo de los datos para usos regulatorios o que generen una propiedad industrial.
4. El diseño, la realización, el reclutamiento, la recogida de datos y la comunicación de resultados de la investigación se mantienen bajo el control del promotor.
5. Por sus características, estos estudios no pueden formar parte de un programa de desarrollo para una autorización de comercialización de un producto.

RESPECTO AL DISEÑO DEL ESTUDIO:

1. Los medicamentos en investigación, excluidos los placebos, están autorizados.
2. Según el protocolo del ensayo clínico, los medicamentos en investigación se utilizan de conformidad con los términos de la autorización de comercialización, o su uso se basa en pruebas y está respaldado por datos científicos publicados sobre la seguridad y eficacia de dichos medicamentos en alguno de los Estados miembros implicados.
3. Los procedimientos complementarios de diagnóstico o seguimiento entrañan un riesgo o carga adicional para la seguridad de los sujetos que es mínimo comparado con el de la práctica clínica habitual en alguno de los Estados miembros Implicados.

La aceptación de un ensayo como de bajo nivel de intervención corresponde al CEIm, pero la AEMPS se reserva la capacidad de "contribuir a la coherencia de la clasificación"; estos dos puntos pueden abrir la puerta a cierta discrecionalidad en las decisiones.

Seguro de responsabilidad civil exigido

Asumiendo que en Oncología Médica los ensayos deberán realizarse con fármacos aprobados para la indicación en que el ensayo se realiza, y aceptando la buena voluntad del Ministerio de Sanidad para facilitar este tipo de investigación, creemos que persisten aun muchos interrogantes sobre la viabilidad práctica de estos estudios.

Un aspecto que debe ser aclarado es el seguro de responsabilidad civil exigido para la realización de ensayos clínicos. El Real Decreto establece que *"En el caso de ensayos clínicos encuadrados dentro de la definición de «investigación clínica sin ánimo comercial» se podrá presentar una solicitud sin haber contratado el seguro o garantía financiera a que hace referencia el apartado 2. Sin embargo, en caso de ser favorable el dictamen del CEIm, la resolución de autorización quedará supeditada a la presentación de dicha documentación al propio CEIm en un plazo de treinta días naturales no pudiendo iniciarse el estudio hasta que este considere que se cuenta con el seguro o garantía financiera exigidos. Los daños y perjuicios sobre el sujeto de estudio que pudieran resultar como consecuencia de un ensayo clínico de bajo nivel de intervención no precisarán estar cubiertos*

por un contrato de seguro o garantía financiera a los que se refiere el apartado 2 si los mismos estuvieran cubiertos por el seguro de responsabilidad civil profesional individual o colectivo o garantía financiera equivalente del centro sanitario donde se lleve a cabo el ensayo clínico".

Esto supone que bien el centro sanitario debe aportar dicha cobertura, lo cual no está desde luego garantizado, o que el investigador debe disponer un seguro de responsabilidad civil que cubra los ensayos clínicos, lo que hasta ahora no es usual y que supondrá un coste adicional para el mismo.

Aportación de los fármacos

Otro aspecto relevante que definirá la viabilidad de estos ensayos será la provisión de fármacos. Si los hospitales exigen que sean aportados por el promotor académico, como en el caso de los estudios promovidos por la industria farmacéutica, los estudios académicos serán simplemente inviables. El uso de estos fármacos dentro de un ensayo clínico no debería suponer en teoría un incremento del costo del tratamiento de los pacientes, ya que los fármacos probablemente serían usados en todo caso en los mismos pacientes fuera del ensayo. La necesidad de aportación de fármacos por el centro investigador deja la decisión de la realización del ensayo en todo caso en manos del centro y no se establece un procedimiento mediante el cual la Administración pueda recomendar o convencer a los hospitales públicos de que aporten gratuitamente los fármacos.

Además del seguro de responsabilidad civil de los estudios y la aportación de los medicamentos, existe una tercera barrera para que la buena voluntad expresada en el Real Decreto se pueda traducir en la realización de estudios académicos. Un estudio académico debe realizarse con unas garantías de calidad adecuadas o sus conclusiones no serán válidas. Ello supone un gran esfuerzo de recogida de información, incluyendo por ejemplo el registro de pacientes, la recopilación y registro de la información en el cuaderno de recogida de datos (CRD) por parte de los investigadores y sus equipos y la monitorización de los datos por parte del promotor académico.

Todo ello supone un coste económico que el investigador académico sólo podrá asumir si logra financiación para el estudio. Actualmente, las convocatorias públicas de financiación de la investigación no contemplan la financiación de ensayos clínicos, lo que en la práctica podría hacer inviable su realización. Por último, existe el importante problema de la competencia de los estudios de la industria farmacéutica para la misma indicación. Estos estudios aportan los fármacos y proporcionan financiación al hospital y al investigador, con lo cual se financia la infraestructura imprescindible para la correcta conducción del estudio, que incluye entre otros el registro de pacientes, la recogida de datos, la cumplimentación del CRD y la comunicación de efectos adversos del tratamiento.

Los loables intentos de la Administración para proporcionar a los hospitales una infraestructura para la realización de ensayos clínicos académicos, como la plataforma CAIBER, han resultado ineficaces en el caso de ensayos que exigen el manejo de gran cantidad de datos, como los estudios fase III.

El Real Decreto aporta otras novedades interesantes. Sienta las bases del registro nacional público de ensayos clínicos (REec, disponible en https://reec.aemps.es), que cualquier médico o ciudadano puede consultar para identificar los ensayos clínicos autorizados en España y los centros donde se realizan. Este registro puede suponer un enorme avance para la investigación clínica y permitirá un flujo de los pacientes que lo deseen hacia los centros donde se realizan los ensayos clínicos.

En definitiva, para la SEOM el Real Decreto 1090/2015 aporta novedades importantes que reducen la carga burocrática y agilizan los trámites de aprobación de los ensayos clínicos. Ello va a suponer sin duda un aumento de la competitividad de España en la realización de ensayos clínicos cooperativos multinacionales, particularmente de ensayos comerciales. El impacto de las novedades del Real Decreto en la investigación no comercial es menos claro, ya que las buenas intenciones que contiene no se acompañan de medidas concretas que permitan superar las barreras reales para la realización de estos ensayos, discutidas anteriormente.

Avances en Tumores Neuroendocrinos (TNE)

La SEOM inició hace 2 años una campaña de comunicación bajo el lema: EN ONCOLOGÍA, CADA AVANCE SE ESCRIBE CON MAYÚSCULAS. Desde entonces, mensualmente la Sociedad emite notas de prensa con la evolución y los avances que han supuesto los principales tumores. Para el mes de enero, destacamos los avances más importantes en Tumores Neuroendocrinos (TNEs).

Los TNEs son poco frecuentes pero su incidencia está aumentando por un mejor diagnóstico, estimándose en unos 10 casos por 100.000 habitantes/año. Aproximadamente dos tercios son de origen gastrointestinal o pancreático y dentro de éstos la localización más frecuente es el intestino delgado.

Constituyen un grupo heterogéneo de tumores de diferente pronóstico. La localización del tumor primario así como el grado de diferenciación representan los principales factores pronósticos. En la mayoría de los casos son de curso clínico indolente, sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, los pacientes desarrollan síntomas asociados al crecimiento local del tumor, metástasis a distancia o secreción hormonal.

Los TNEs son poco frecuentes. Su incidencia está aumentando por un mejor diagnóstico, estimándose en unos 10 casos por 100.000 habitantes/año. Aproximadamente dos tercios son de origen gastrointestinal o pancreático y dentro de éstos la localización más frecuente es el intestino delgado

El tratamiento integral de los TNEs representa el paradigma del enfoque multidisciplinario en Oncología. La cirugía sigue siendo la única alternativa curativa en la enfermedad localizada y una opción en pacientes con metástasis hepáticas exclusivas. La gran heterogeneidad de estos tumores ha hecho que hasta ahora dispusiéramos de pocos ensayos clínicos de calidad que nos permitan establecer protocolos estandarizados, sobre todo en el ámbito de la enfermedad metastásica irresecable. Actualmente se han realizado estudios con resultados prometedores para el control de la enfermedad metastásica.

El tratamiento del carcinoma neuroendocrino grado 3 metastásico se basa en el uso de quimioterapia con esquemas basados en Platino-Etopóxido. Para los TNEs grado 1-2 metastásicos disponemos de diferentes opciones de tratamiento, sin embargo la mejor secuencia terapéutica es desconocida. El papel de la quimioterapia en TNEs G1-2 se basa en estudios antiguos, con escaso número de pacientes y con esquemas tóxicos basados en Estreptozotocina y 5FU. Otros esquemas con Temozolamida y Capecitabina han mostrado una tasa de respuestas elevada, pero no se han confirmado en estudios fase III.

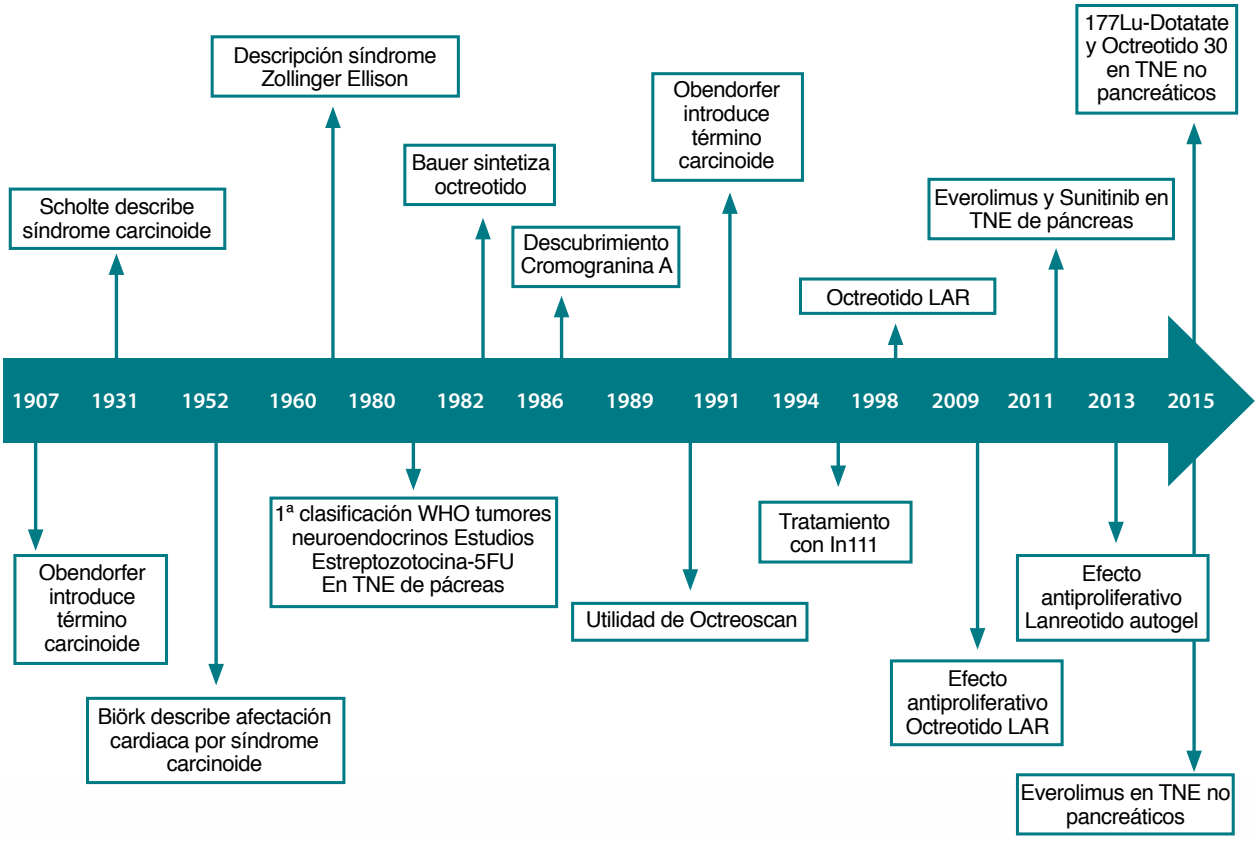
La mayoría de los estudios realizados en los últimos años con nuevos fármacos han incluido pacientes con TNEs pancreáticos por lo que las opciones disponibles en TNEs metastásicos no pancreáticos eran escasas hasta el momento actual. Sunitinib y Everolimus han demostrado en dos estudios fase III frente a placebo, realizados en pacientes con TNE pancreáticos G 1-2 en progresión, un beneficio significativo en supervivencia libre de progresión que duplica el brazo control en ambos estudios. Recientemente se han presentado los resultados del estudio fase III RADIANT4 que demuestra beneficio de Everolimus en TNE pulmonares y gastrointestinales no funcionantes en una magnitud similar a la obtenida con este fármaco en TNE pancreáticos. Ello supone un gran avance en lo que se refiere a disponer de nuevas alternativas terapéuticas para pacientes con TNE no pancreáticos.

El tratamiento con Radionúclidos ha sido probado también en estos pacientes con resultados prometedores. En 2015 se han comunicado los resultados del estudio NETTER-1 que evalúa la eficacia y seguridad de 177Lu-Dotatate (Lutathera®) mas Octreotide30 en TNE no pancreáticos encontrando un beneficio significativo y clínicamente relevante en este grupo de pacientes que poca a poco iremos incorporando en la secuencia de tratamiento.

El tratamiento con ASS ha demostrado en dos estudios fase III frente a placebo beneficio en TNE no funcionantes. Recientemente el estudio CLARINET confirma este beneficio con Lanreotide autogel 120 en TNE metastásicos grado 1-2 de los cuales casi un 50% eran de origen pancreático por lo que el tratamiento con ASS representa una opción de tratamiento tanto para pacientes con TNE pancreáticos como no pancreáticos.

Se sigue investigando con la incorporación de nuevos fármacos, factores predictivos de respuesta y la búsqueda de la mejor secuencia de tratamiento. En este sentido el estudio SEQTOR que explora la secuencia everolimus-quimioterapia vs quimioterpia everolimus podrá arrojar luz al respecto.

AVANCES en Tumores Neuroendocrinos (TNE)



En Oncología cada® VANCE se escribe con Mayúsculas

El Servicio de Oncología del "Servet" cumple 25 años

El Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 'Miguel Servet' de Zaragoza ha cumplido en febrero 25 años, tiempo en el que este departamento se ha expandido para hacer frente a una patología que sigue aumentando y ante la que los especialistas cada vez tienen más herramientas en la oferta terapéutica, "gracias a que cada vez se conoce más del tumor", afirmó a los medios de comunicación el Dr. Antonio Antón, jefe del Servicio de Oncología Médica del centro hospitalario.

El Dr. Antón fue el primer oncólogo que llegó al Servet cuando esta Sección se escindía de Medicina Interna con una incipiente unidad cuyos únicos recursos eran dos camas de hospitalización.

Ahora, el Servicio dispone de 18 oncólogos de plantilla y medio centenar de personal de Enfermería y atiende la patología oncológica de una población de casi 700.000 habitantes con cuatro hospitales de referencia: Alcañiz, Nuestra Señora de Gracia, Royo Villanova y su núcleo central, el Servet.

El Dr. Miguel Martín, presidente de SEOM, asistió al acto homenaje en representación de la Sociedad.

Entrega de los Premios "Valoración Clínica"

En su interés por contribuir a la formación continuada de los profesionales de la Oncología Médica, los laboratorios Pierre Fabre han organizado los Premios Valoración Clínica en Cáncer de Mama, Pulmón y Urotelio, cuyos resultados acaban de darse a conocer. Un proyecto dirigido a residentes y adjuntos junior de los Servicios de Oncología Médica, incluido en el ámbito de la Formación Continuada de Postgrado, que ha contado con la participación de más de 130 profesionales en activo en 60 hospitales españoles.

Coordinados por los doctores Manuel Cobo (H. U. Carlos Haya, Málaga) en cáncer de pulmón, Ana Lluch (H. U. Clínico de Valencia) en cáncer de mama, y Mª José Méndez (H.U. Reina Sofía, Córdoba) en cáncer de urotelio, estos premios han consistido en la recogida de las valoraciones clínicas emitidas por los profesionales médicos participantes sobre una selección de casos de frecuente aparición en las consultas de Oncología. Una vez valorada la calidad científica de sus comentarios –evaluación realizada por el coordinador de cada patología, que ejercía también de jurado- ésta es la relación de premiados.

CÁNCER DE PULMÓN

1er Premio:
Dra. María José Martínez Ortiz
(H.C.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia)

CÁNCER DE MAMA

1er Premio:
Dra. Mª Teresa Quintanar Verduguez
(H.G.U. de Elche)

CÁNCER DE UROTELIO

1er Premio:
Dra. Mª José Lecumberri Biurrun
(H. de Navarra, Pamplona)

Entrevista a la Dra. Annarita Gabriele,

Directora Médica de Roche

Annarita cuenta con una experiencia de más de 13 años tanto en la industria farmacéutica como en el ámbito científico. Ha ocupado distintas posiciones en Suiza e Italia desde que se incorporó a la compañía en 2005.Cuenta con una amplia experiencia en el campo clínico y científico de la industria. Su pasión y entusiasmo por el avance y progreso médico en beneficio de los pacientes es una inspiración continua para muchas personas.

Annarita es Licenciada en Medicina por la Universidad de La Sapienza de Roma y cuenta con una certificación en Endocrinología tanto por esta misma Universidad como por la Harvard Medical School, en Boston (Estados Unidos).

¿Qué colaboración hay establecida con SEOM a nivel formativo de los socios?

SEOM es, sin duda, un referente en nuestro país en el campo de la Oncología, tanto a nivel formativo como científico, por lo que para Roche siempre es un privilegio poder colaborar con esta sociedad científica de excelencia. Para nosotros es muy reconfortante apoyar proyectos que impulsan la formación médica y el intercambio de experiencias clínicas y educativas entre jóvenes profesionales. Ejemplo de ello son las Becas SEOM-Roche, ayudas que ya están muy consolidadas y, gracias a las cuales, investigadores españoles pueden formarse durante dos años en centros de referencia extranjeros. Una iniciativa que trata de animar a los más jóvenes a que sigan esforzándose y apostando por su futuro.

¿Y qué colaboración hay establecida con SEOM a nivel investigacional?

La investigación es un elemento estratégico para el avance de un país y en Roche nunca hemos dejado de apostar por seguir dedicando esfuerzos a este área. Concretamente con SEOM, además de las Becas que hemos comentado, colaboramos también en el programa +MIR de Casos Clínicos para residentes de Oncología Médica. Este último año ha cumplido su octava edición, con más de 200 proyectos presentados, siendo la más participativa desde que se puso en marcha en el año 2006. Este proyecto, en el que colaboramos desde hace ocho años, es una apuesta por el futuro de la investigación y para mí es un orgullo poder contribuir, con esta y otras colaboraciones, a la formación científica de los jóvenes investigadores y ofrecerles la posibilidad de que destaquen sus proyectos.

Además de este programa, la contribución de Roche con SEOM también se traduce en los premios a las mejores comunicaciones (4 orales, 2 posters, y 2 presentadas por un residente). En el último año se presentaron un total de 519 comunicaciones científicas de gran relevancia para el ámbito oncológico de las que 8 fueron seleccionadas.

¿Cuáles son los próximos objetivos a nivel médico que como compañía se han marcado en Oncología?

La compañía tiene previsto seguir apostando por el desarrollo de soluciones innovadoras a nivel diagnóstico y terapéutico frente a una amplia variedad de tumores, buscando además la sinergia entre ambas divisiones, la de Onco-Hematología y la de Diagnostics, con el desarrollo conjunto de nuevos tests y tratamientos. Zelboraf® para melanoma es un ejemplo paradigmático de esto y recientemente la EMA ha reconocido el valor de su combinación con Cotellic®, otro fármaco dirigido a la vía MEK, y que esperemos esté disponible pronto para los pacientes españoles. Llevamos muchos años contribuyendo

a hacer realidad la medicina personalizada y así seguiremos apostando en los próximos años con nuestro programa de inmunoterapia y terapias dirigidas e individualizadas.

En el campo de la inmunoterapia contamos con un programa de investigación amplio, y resultados muy prometedores con Atezolizumab en cáncer de vejiga y de pulmón no microcítico. Todo esto requiere, pese a las dificultades actuales, seguir apostando por la I+D. Ahí España es una pieza clave para Roche. Llevamos más de 80 años en este país, donde son muchos los proyectos en marcha, con una inversión de más de 47,5 millones de euros en 2015 de los que el 70% iban destinados a la Oncología. España es un país clave para la compañía: en el año 2015 en el área de la Oncología hemos participado en 182 ensayos clínicos con 34 moléculas, de las cuales 7 eran nuevas moléculas en ensayos precoces, en los que han participado cerca de 865 investigadores.

2015 ha sido un año intenso en el que comunicamos la disponibilidad en España del primer anticuerpo conjugado para cáncer de mama metastásico, Kadcyla®, y después la del anticuerpo Gazyvaro® para la leucemia linfática crónica. En el ámbito de la Hematología también estamos investigando el potencial de otros anticuerpos en fase experimental. En este año, además la EMA ha concedido la aprobación a Pertuzumab en cáncer de mama precoz, y estamos expectantes ante su llegada, después de los resultados sin precedentes que mostró en cáncer de mama metastásico.

España es un país clave para la compañía: en el año 2015 en el área de la Oncología hemos participado en 182 ensayos clínicos con 34 moléculas, de las cuales 7 eran nuevas moléculas en ensayos precoces, en los que han participado cerca de 865 investigadores

Para el 2016, esperamos contar pronto con la aprobación del primer fármaco específico para el cáncer de piel más común, el carcinoma basocelular. Vismodegib (Erivedge®) está indicado en fases avanzadas, cuando las lesiones que la enfermedad provoca ya no se pueden operar. Se trata de un nuevo exponente de una generación de terapias dirigidas, de administración oral y diseñadas para inhibir selectivamente la vía de señalización Hedgehog. Para el cáncer de pulmón, tenemos un programa amplio en investigación, además del anti PD-L1 Atezolizumab, hemos desarrollado Alectinib, una terapia que ha sido aprobado de manera acelerada por la FDA, para pacientes con enfermedad avanzada y ALK positivo que no pueden recibir o han progresado a crizotinib.

Todo ello es ejemplo de que desde Roche vamos a seguir apostando por el desarrollo de fármacos innovadores que dan respuesta a necesidades médicas no cubiertas, como cáncer de cérvix, de ovario, melanoma, y seguir mejorando las vías de administración de fármacos de referencia como Herceptin® o Mabthera® debido a su impacto sobre la calidad de vida.

Llegó a España en abril 2015, hace casi un año en España, ¿cómo ve el futuro?

Llegué a España en un momento emocionante para la compañía. Como he comentado antes, hemos podido contribuir a la sociedad con nuevas soluciones para pacientes con cáncer en este año y el futuro se presenta de la misma forma apasionante, dentro del cáncer, pero también en otras áreas como son las neurociencias o las enfermedades respiratorias.

En los próximos años nos adentramos en nuevas áreas especializadas, esperamos lanzar hasta 6 nuevas entidades moleculares, y para ello, tenemos que estar a la vanguardia como compañía, con un equipo enfocado por un lado en la ciencia y por otro poniendo al paciente en el centro de todo lo que hacemos, con nuevas soluciones innovadoras terapéuticas y de relación con los distintos agentes de salud.

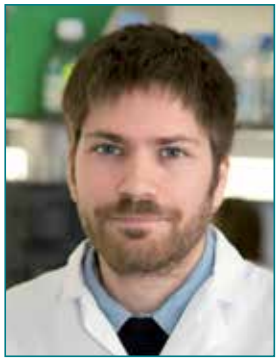
Por este motivo, las personas que formamos parte de la compañía, y concretamente el Departamento Médico, tenemos un claro foco en la ciencia y en las necesidades de los pacientes. De hecho, actualmente en el Departamento Médico, hemos incrementado significativamente el número de médicos para que en el futuro podamos crear un sólido vínculo científico con los profesionales sanitarios y poder afrontar con éxito los próximos lanzamientos en áreas en las que nunca habíamos estado presentes hasta el momento.

La ciencia es nuestra razón de ser, y prueba de ello, es la reciente creación de la Unidad Mixta de Investigación para Oncología de Precisión, fruto de un acuerdo entre Roche Farma España y la Xunta de Galicia, a través del Grupo de Oncología Médica Traslacional de la Fundación Ramón Domínguez y de la Axencia Galega de Innovación-GAIN. El objetivo de esta colaboración es impulsar la investigación traslacional y generar nuevas sinergias en el sector biomédico de la región. Por este ejemplo y otros proyectos que tenemos en marcha, estoy muy orgullosa de poder liderar un área de la compañía que está a la vanguardia de lo que ofrecemos a los profesionales sanitarios y a los millones de pacientes tratados cada año.

Fallo Becas SEOM-Río Hortega

Fruto del acuerdo de colaboración con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), firmado en junio de 2013, SEOM financia dos becas del Programa Rio Hortega. Se trata de una actuación del ISCIII enmarcada en la Acción Estratégica en Salud para la formación en investigación de profesionales en las líneas de investigación en Oncología Médica.

La concesión de las 2 Becas SEOM-Rio Hortega 2015 ha sido para los siguientes candidatos:



- Dr. Robert Montal Roura del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) de Barcelona que va a desarrollar la beca en el mismo centro.

- Dr. David Pérez Callejo de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Puerta de Hierro que va a desarrollar la beca en el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (IDIPHIM) de Madrid.

¡Enhorabuena a los becados!

Día Mundial del Cáncer 2016

Con motivo del Día Mundial del Cáncer, que se conmemora cada 4 de febrero, la Sociedad celebró una rueda de prensa con el objetivo de resaltar la importancia y la oportunidad que supone para los pacientes el entrar en un ensayo clínico. Para ello editamos un vídeo. También presentamos los últimos datos sobre incidencia, prevalencia y mortalidad de los cánceres más frecuentes que se han producido en España y calculamos una predicción para el año 2020. Asimismo como broche del acto hicimos entrega del 13º Premio de Periodismo SEOM para premiar la información responsable sobre el cáncer.

En la rueda de prensa participaron el Dr. Miguel Martín presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid y Pedro Bascuñana, paciente de cáncer que participa en un ensayo clínico y protagonista del video que se presentó. (Arriba en la imagen).

Video "Los ensayos clínicos, una oportunidad para el paciente"

Los ensayos clínicos son fundamentales para avanzar en el tratamiento y curación de diversas enfermedades, especialmente en el cáncer. Por ello, este año desde SEOM hemos realizado un video para destacar la importancia de los ensayos clínicos, desmitificar mitos e informar de la oportunidad que supone para los pacientes. Puede ver el video en el canal de SEOM disponible en Youtube.

El protagonista de este video es el testimonio real de un paciente con cáncer, Pedro, que participa en un ensayo clínico y al que acompañamos durante un día de consulta en su hospital.

Gran parte de la investigación clínica y traslacional en cáncer se realiza gracias al trabajo de los Grupos Cooperativos de Investigación españoles y en el video reconocemos esta gran labor. El video fue publicado en la página del Defensor del Pueblo y en diferentes medios de comunicación.

www.youtube.com

En 2015 se autorizaron aproximadamente 320 ensayos en Oncología que se realizaron en hospitales de distintas Comunidades Autónomas repartidos por toda España

De acuerdo a los datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), en España se autorizaron en 2015 unos 818 ensayos clínicos al año. De ellos, un 35-40% son realizados en Oncología. En 2015 se autorizaron aproximadamente 320 ensayos en Oncología, que se realizaron en diversos hospitales de las distintas Comunidades Autónomas.

Como señaló el Dr. Miguel Martín *"La participación en un ensayo clínico de Oncología puede suponer la mejor opción disponible para un paciente con cáncer. Además muchos pacientes deciden participar en los ensayos clínicos porque saben que con ello contribuyen a continuar avanzando frente al cáncer; prácticamente todos los tratamientos actuales proceden de resultados de ensayos clínicos previos. Debemos distinguir entre inversión en investigación, que proporciona resultados a largo plazo, e inversión en recursos sanitarios, de efectos más inmediatos en la supervivencia. Ambos son imprescindibles si queremos asistir a una mejoría progresiva de la supervivencia en pacientes con cáncer, la segunda no es posible sin la primera. Existe un enorme esfuerzo internacional de investigación básica en el campo del cáncer, que se está traduciendo en avances continuos en el conocimiento de la enfermedad. Algunos de estos avances básicos se traducen en mejores tratamientos antitumorales, que deben ser testados en el seno de ensayos clínicos bien diseñados y controlados".*

En España, se acaba de publicar el Real Decreto 1090/2015 que permite aplicar el Reglamento de la UE Nº 536/2014, reglamento que establece procedimientos comunes para la autorización de ensayos clínicos con el fin de que los países Europeos tengan una posición única y común. Este nuevo Real Decreto va a permitir, por tanto, disminuir la carga burocrática, abaratar el coste de los ensayos y posiblemente incentivar la realización de ensayos clínicos (imprescindibles para garantizar la eficacia y seguridad de los medicamentos que son comercializados). Todo ello, redundará en beneficio de los pacientes y de la economía, las Universidades, los Hospitales y de la sociedad en general.

Las cifras del cáncer en España

Actualmente, una tercera parte de la población española tendrá cáncer en algún momento de su vida y esta cifra va en aumento. Teniendo en cuenta las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas, la SEOM estima que en el año 2020 habrá 246.713 casos nuevos de cáncer, de los que 97.715 serán mujeres y 148.998 varones, como así lo recoge el Informe SEOM "Las cifras del cáncer en España 2016". Este informe está disponible en www.seom.org

Las cifras del cáncer en España son editadas cada año por la Sociedad utilizando la información más fidedigna disponible en el momento y se presentan en torno al Día Mundial del Cáncer.

Según los últimos datos registrados en 2012, la incidencia se situaba en 215.534 diagnósticos nuevos al año, frente a los 246.713 casos nuevos que se estima para el año 2020, lo que supone un incremento de un 12,6% (31.179 casos nuevos) en menos de una década. En cuanto a la incidencia global del cáncer en el mundo, España presenta una incidencia similar a los países de nuestro entorno más directo.

Hasta ahora estos datos se explicaban por el incremento de la población, la eficacia de las técnicas de diagnóstico precoz (cribado) y los hábitos de vida. Ahora, cada vez cobra más relevancia un nuevo aspecto: el envejecimiento de la población.

Actualmente, una tercera parte de la población española tendrá cáncer en algún momento de su vida y esta cifra va en aumento. La SEOM estima que en el año 2020 habrá 246.713 casos nuevos de cáncer, de los que 97.715 serán mujeres y 148.998 varones

La relación entre edad y cáncer es un hecho: a medida que la persona envejece adquiere más riesgo de padecer cáncer. En el año 2015 por primera vez se han registrado más defunciones que nacimientos. En concreto 250.000 personas han fallecido y solo han nacido 230.000 personas; la población española envejece.

Los tumores más frecuentemente diagnosticados para la población en España en el año 2012 fueron el cáncer de colon (32.240 casos nuevos), seguido del cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), pulmón (26.715 casos nuevos), mama (25.215 casos nuevos) y vejiga (13.789 casos nuevos). Sin embargo, si lo analizamos por sexos, el tumor más frecuentemente diagnosticado en el varón es el de próstata y en la mujer el de mama.

Los casos que más asiduamente se diagnosticaron en varones en España/por año fueron: el cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), el cáncer de pulmón (21.780 casos nuevos), el cáncer de colon (19.261 casos nuevos), el cáncer de vejiga (11.584 casos nuevos) y el cáncer gástrico (4.866 casos nuevos).

Los tumores más habitualmente diagnosticados en mujeres en España fueron, sin embargo, el cáncer de mama (25.215 casos nuevos), colon (12.979 casos nuevos), útero (5.121 casos nuevos), pulmón (4.935 casos nuevos) y ovario (3.236 casos nuevos).

La prevalencia del cáncer en general es alta, pero difiere en cada tipo de tumor. La definición de prevalencia que se suele emplear es el número de pacientes diagnosticados con un tipo concreto de tumor que continúan vivos al año, a los 3 o a los 5 años del diagnóstico. Por ejemplo, el cáncer de pulmón es un tumor muy frecuente (26.715 nuevos casos estimados al año en España en la población general); sin embargo debido a su alta mortalidad (21.118 casos en 2012) su prevalencia a los 5 años es relativamente baja (28.148 pacientes). Sin embargo en 2012 se diagnosticaron 25.215 pacientes con cáncer de mama, su mortalidad fue tan sólo de 6.075 pacientes, por lo que su prevalencia a los 5 años es muy alta, de 104.210 en los últimos 5 años.

Se calcula que la mortalidad para el año 2012 en España fue de 102.762 fallecimientos (63.579 casos en varones y 39.183 en mujeres). Teniendo en cuenta las estimaciones poblacionales de las Naciones Unidas, se calcula que en 2020 117.859 personas fallecerán por cáncer en España (73.424 varones y 44.435 mujeres).

Los tumores responsables del mayor número de fallecimientos en 2012 en España en la población general fueron el cáncer de pulmón (21.118 muertes) y el cáncer de colon (14.700 muertes), seguidos a una gran distancia del cáncer de mama (6.075 muertes), cáncer de páncreas (5.720 casos) y de próstata (5.481 muertes).

Entrega del 13º Premio Periodismo SEOM

Con el objetivo de no estigmatizar la palabra cáncer, de no hacer un uso fuera de contexto y de no incidir en mensajes que generen falsas expectativas ni esperanzas infundadas, la SEOM convoca anualmente su Premio de Periodismo SEOM. En esta ocasión se hizo entrega del **13º Premio Periodismo SEOM** reconociendo la labor periodística y la información responsable sobre el cáncer.

Estos premios que tienen una amplia trayectoria de independencia cuentan con dos categorías: prensa audiovisual y prensa escrita e internet.

Categoría de prensa escrita

El artículo ***"La enfermedad sí tiene quien la escriba"*** realizado por **Jesús Méndez** y publicado en la **agencia SINC** el 22 de marzo de 2014 ha resultado el ganador en la **categoría de prensa escrita** con una dotación económica de 3.000 euros. Este reportaje se centra en cómo destacados escritores y periodistas han utilizado la literatura como terapia tras el diagnóstico de su enfermedad. *"La idea de escribirlo –comentó Jesús Méndez- surgió a partir de la iniciativa del novelista Henning Mankell, quien tras ser diagnosticado de un cáncer de pulmón decidió que escribiría puntualmente sobre todo el proceso. Esa idea permitió rescatar a diversos autores que, en algún momento de sus vidas, enfocaron su obra a su propia enfermedad. Y a recoger artículos científicos que muestran cómo, para una parte de los pacientes, escribir puede servir en cierto modo como terapia. Quizás no como herramienta de curación, pero sí como vehículo para mejorar su día a día, para poner cierto orden en el caos. Este premio supone para mí un reconocimiento y un espaldarazo para continuar con la labor del periodismo científico, una labor que considero cada vez más necesaria. Me alegra particularmente recibirlo por este artículo, que tiene en cuenta la dimensión más humana de la enfermedad".*

Categoría de prensa audiovisual

Y en la categoría prensa audiovisual, dotada también con 3.000 euros, el ganador ha sido **Nuria Briongos** por las diferentes **crónicas** que ha emitido durante 2014 en los **Informativos de Antena 3**. Las noticias abordan las últimas indicaciones en terapias personalizadas incorporadas al mercado en diferentes tipos de tumores como cáncer de ovario y melanoma metastásico que suponen una nueva oportunidad para los pacientes oncológicos. Nuria Briongos comentó en la entrega: *"Como siempre digo, uno de mis propósitos es que en las Noticias de Antena 3 se hable de cáncer con normalidad. Sin miedo, como algo que forma parte de la vida, del día a día. Hay que ser serios y eso simplemente es: difundir la importancia de la prevención y hablar de los avances en Oncología. Avances que, cada vez más, consiguen acorralar al cáncer y tutearle. Las tasas de supervivencia siguen creciendo, eso sí es noticia. Tenemos que seguir apostando por la investigación, por los nuevos tratamientos, por la vida. Y por eso también nosotros estamos aquí para contarlo. Muchas gracias a la Sociedad Española de Oncología Médica comprometida siempre con la formación e información. Gracias al jurado que ha seleccionado mis reportajes. Eso me anima a seguir trabajando con más ahínco e ilusión».*

Los trabajos completos de los premiados pueden verse en la sala de prensa de la web de SEOM.

El jurado que ha fallado estos premios ha estado compuesto por la Dra. Pilar Garrido, presidente de SEOM 2013-2015; D. Alipio Gutiérrez, presidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS); Dr. Javier Puente, secretario científico de SEOM 2013-2015; Dr. Jose Manuel López Vega, oncólogo médico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, y como personalidad relevante concienciada con el cáncer, Dª. Teresa Viejo, periodista y presentadora de televisión.

En esta ocasión Teresa Viejo nos hizo llegar un testimonio mostrando su apoyo.

Puede ver todos los contenidos presentados en la web http://seom.org/dmcc2016/

En la semana del Día Mundial del Cáncer los impactos de SEOM en los medios de comunicación han sido extraordinarios. En una semana 1.040 menciones en diferentes medios: 118 prensa escrita y revistas, radio y televisión (48), prensa digital (511), blogs y foros (48), webs temáticas (73), twitter y facebook (242). Además se realizó una campaña especial en Twitter con el hastag #dmcancer16 consiguiendo numerosos nuevos seguidores y llevando nuestros mensajes a una amplia audiencia.

Entrevista a Dª. Susana Heredia,

Presidente de ASACO (Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario)

Soy Susana Heredia Perez, tengo 40 años y dos niños y en el año 2010 tuve cáncer de ovario en estadio II. A raíz de eso conocí ASACO a través del Dr. Minig, para mí fue muy importante conocer a mujeres que habían pasado lo mismo hacía ya dos décadas.

Cuando me recuperé, me separé y tras pasar por varios trabajos, actualmente trabajo en el departamento comercial del Restaurante SQD, en la calle Villanueva, 2 de Madrid.

Para la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) es fundamental el apoyo a los pacientes y a las asociaciones de pacientes

En este número entrevistamos a Susana Heredia, recientemente nombrada presidente de la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO)

¿Qué le impulsó a presentarse a presidir la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario?
La idea partió hace unos meses, cuando recibí la noticia de las elecciones de ASACO, soy socia de ASACO desde hace 5 años y veía que necesitaba un mayor acercamiento con las pacientes.

¿Qué objetivos a corto, medio y largo plazo tienen marcados?
Lo primero que queremos hacer es darle un pequeño giro hacia cáncer ginecológico, aunque conlleva mucho trabajo sabemos que hay muchas mujeres que necesitan sentirse identificadas. A medio plazo, estamos preparando el Día Mundial de Cáncer de Ovario que se celebra el 8 de Mayo. También queremos conseguir que las delegaciones sean más autónomas, contamos con 6 delegaciones por España: Zaragoza, Valencia, Barcelona, Córdoba y Santander.

A largo plazo, nos gustaría que existiera un protocolo de actuación en atención primaria y que toda mujer que tenga cáncer de ovario se sienta informada y protegida.

¿Qué actividades tienen previsto desarrollar durante el mes de mayo?
Durante el mes de mayo, y para el día 8 concretamente, estamos preparando un concierto al aire libre para recaudar fondos, estamos pendientes de que nos cedan el espacio, y el día 9 de mayo que es lunes estamos en conversaciones con médicos para poder hacer una serie de conferencias. Este año queremos que sea participativo con las pacientes.

¿Qué mensajes quieren transmitir a los oncólogos médicos?
Que hacen muy buen trabajo, que den nuestro nombre cuando tengan una paciente de cáncer ginecológico. Sabemos por la trayectoria que llevamos que el apoyo entre pacientes es fundamental para llevar la enfermedad de la mejor manera y que cuenten con nosotras para todo en lo que podamos ayudar.

¿Qué recomendaciones tienen para la población en general y para las pacientes de cáncer de ovario en particular?
Para la población en general solo les digo ***VigilaTe***, que hay síntomas, y a la menor duda que se acuda al ginecólogo, que hay que ir a revisión y que no se pueden retrasar.

Para las pacientes de cáncer de ovario, que sean curiosas y preguntonas, que se informen de su tratamiento, de su operación de los síntomas, que acudan al psicooncólogo si lo necesitan, y que aquí estamos para ayudarlas en lo que necesiten.

¿Qué opinión tienen de la SEOM?
Es una fuente inagotable de información sobre el cáncer, avalada y fiable.

EVENTOS CIENTIFICOS:

First-Lung Cancer Multidisciplinary Forum
Mérida, Yucatán, Méjico, 4 y 5 de diciembre de 2015
Coordinador: Dr. Javier de Castro Carpeño

II Reunión BEST GU
Madrid, 21 y 22 de enero de 2016
Coordinador: D. Alex Nasarre

Immunoclinic Summit
Barcelona, 29 de enero de 2016
Coordinadora: Dra. Ana Arance Fernández

7º Curso de Cáncer Renal SOGUG
Zaragoza, 5 y 6 de febrero de 2016
Coordinadores: Dra. Carmen Santander Lobera y Dr. Julio Lambea Sorrosal

XVIII Simposio de Revisiones en Cáncer
Madrid, del 10 al 12 de febrero de 2016
Coordinador: Dr. Eduardo Díaz-Rubio García

V Jornadas Multidisciplinares Unidad de Mama Hospital Universitario Ramón y Cajal. Cáncer de mama: de más a menos y de menos a más
Madrid, 12 de febrero de 2016
Coordinadora: Dra. María Eugenia Rioja Martín

XI Jornadas Científicas de Revisión del Simposio Americano de Tumores Gastrointestinales
Granada, 26 de febrero de 2016
Coordinadora: Dra. Encarnación González Flores

XII Congreso Internacional de Oncología para Estudiantes: The New Era of Precision Oncology
Pamplona, del 25 al 27 de febrero de 2016
Coordinador: Dr. Salvador Martín Algarra

I Jornada en Cáncer Ginecológico: más allá del tratamiento
Madrid, 29 de febrero de 2016
Coordinadora: Dra. Isabel Rodríguez Rodríguez

X Jornada de Actualización ASCO GI2016 Barcelona, 4 de marzo de 2016
Coordinadores: Dr. Carles Pericay Pijaume y Dra. Pilar García Alfonso

I Congreso sobre cáncer de Cabeza y Cuello para adjuntos jóvenes y residentes
Barcelona, 3 de marzo de 2016
Coordinador: Dr. Ricard Mesía Nin

VI Jornada Grupo GIDO: Visión social y científica del cáncer de pulmón. Cerrando el círculo
Alcoy, 3 y 4 de marzo de 2016
Coordinador: Dr. Francisco Aparisi Aparisi

2ª Jornada Multidisciplinar en Cáncer de Mama Hereditario
Madrid, 4 de marzo de 2016
Coordinadora: Dra. Judith Balmaña Gelpí

I Simposio Multidisciplinar del TTCC en tumores de CyC
Barcelona, 4 de marzo de 2016
Coordinador: Dr. Ricard Mesía Nin

IV Foro ECO por una Atención Oncológica de Calidad
Madrid, 15 de marzo de 2016
Coordinadores: Dra. Pilar García Alfonso y Dr. Mariano Provencio Pulla

II Curso de Residentes en Cáncer de Próstata
Madrid, del 1 al 3 de abril de 2016
Coordinador: Dr. Enrique Espinosa Arranz

III Simposio Internacional de Cáncer de Mama. El Cáncer de Mama en 2016: Actualización y Estado del Arte
Madrid, 21 y 22 de abril de 2016
Coordinador: Dr. José Ángel García Saenz

XIX Reunión de Consenso en Tratamiento Oncológico: Cáncer de Mama
Córdoba, 22 de abril de 2016
Coordinador: Dr. Enrique Aranda Aguilar

1er Curso Universitario La Oncología Médica en 3 días
Madrid, del 11 al 13 de mayo de 2016
Coordinadores: Dr. Javier Cortés Castán y Dr. Enrique Grande Pulido

XVI Jornadas de Revisión del Congreso Americano de Oncología
Madrid, 1 de julio de 2016
Coordinador: Dr. Manuel Dómine Gómez

DOCUMENTOS DIVULGATIVOS:

Algoritmos de la ETV en pacientes con cáncer
Coordinadora: Dra. Elena Brozos Vázquez

ACTIVIDADES ON-LINE:

II Edición Curso Online Biomarcadores en Oncología
Coordinador: Dr. Joan Albanell Mestres

Título de Experto en Inmunología Tumoral e Inmunoterapia del Cáncer
Coordinador: Dr. Melchor Álvarez de Mon Soto

Se ha procedido a la renovación de los Comités Ejecutivos de las Secciones de SEOM.

La renovación de estos Comités ha entrado en vigor el 1 de febrero de 2016 y queda compuesto por los siguientes miembros para los dos próximos años.

Nuevo Comité Ejecutivo de la Sección SEOM de Cáncer Hereditario

Dra. Elena Aguirre Ortega (vocal)

Dra. Raquel Andrés Conejero (vocal)

Dr. Orland Díez Gibert (vocal)

Dra. Begoña Graña Suarez (vocal asesor)

Dra. Gemma Llort Pursals (vocal)

Dra. Montserrat Muñoz Mateu (vocal- representante de Junta Directiva)

Dr. Mauro Javier Oruezábal Moreno (vocal)

Dra. Ana Beatriz Sánchez Heras (secretaria)

Dra. Raquel Serrano Blanch (vocal)

Dr. Alexandre Teulé Vega (coordinador)

Nuevo Comité Ejecutivo de la Sección SEOM de Cuidados Continuos

Dra. Carmen Beato Zambrano (vocal)

Dra. Ana Blasco Cordellat (vocal asesor)

Dr. Alberto Carmona Bayonas (vocal)

Dra. Yolanda Escobar Álvarez (vocal)

Dra. Cristina Grávalos Castro (secretaria)

Dr. Alfonso Gurpide Ayarra (vocal)

Dr. Carlos Jara Sánchez (vocal)

Dr. Javier Pérez Altozano (vocal)

Dr. Ramón de las Peñas Bataller (coordinador)

Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu (vocal - representante de Junta Directiva)

Sección SEOM de Cuidados Continuos

X Curso SEOM para Residentes de Manejo de Síntomas y Terapia de Soporte en el Paciente Oncológico - Valencia 2016

La Sociedad Española de Oncología Médica celebró a mediados de enero de 2016 en Valencia el X Curso SEOM para Residentes de Manejo de Síntomas y Terapia de Soporte en el Paciente Oncológico. Según las doctoras Cristina Grávalos y Yolanda Escobar, coordinadoras científicas del curso, "ha sido un éxito de convocatoria", con 146 alumnos y unos 30 oncólogos médicos entre ponentes y moderadores.

Esta actividad formativa está dirigida a R1 y R2, es decir, residentes de Oncología Médica en sus primeros años de formación que, habitualmente, están todavía en Medicina Interna o rotando antes de llegar al Servicio de Oncología Médica. Así, se organiza siguiendo la trayectoria del residente y lo que se irá encontrando cuando llegue al Servicio de Oncología Médica. *"Comienza con la historia clínica del paciente oncológico, pasando por la importancia de comunicarse bien con el enfermo y la familia, y por el manejo de síntomas; y finaliza con las dos opciones posibles: que la evolución del paciente sea muy buena (largo superviviente) o el manejo sintomático al final de la vida"*, detallan las coordinadoras. En concreto, la doctora Grávalos destaca que *"el curso va más allá de la literatura científica porque incluye también la experiencia de los ponentes, por lo que se transforma en una actividad teórico-práctica que fomenta la discusión y el intercambio de opiniones"*.

> ***El curso va más allá de la literatura científica porque incluye también la experiencia de los ponentes, por lo que se transforma en una actividad teórico-práctica que fomenta la discusión y el intercambio de opiniones***

Como en ediciones anteriores, el curso ha incluido talleres prácticos con actores sobre cómo informar a los pacientes. Y como novedad, en esta edición se ha proyectado una película, *Amar la vida,* sobre una paciente con cáncer de ovario, que ha permitido hacer una aproximación a la realidad de la Oncología.

Puede descargarse las presentaciones de estas jornadas con su usuario y contraseña de socio en la web de SEOM y ver un reportaje fotográfico del curso.

Si desea recibir el certificado de asistencia al curso envíe su solicitud con nombre completo a **congresos@seom.org**

Sección SEOM
+mir
Residentes y Adjuntos Jóvenes

SEOM 10 años
Avanzando juntos

PLAZO DE ENVÍO DE LOS CASOS CLÍNICOS:
DESDE EL 16 DE MARZO AL 15 DE JUNIO
www.ccconcologia2016.com

concurso +mir

de casos clínicos para residentes de Oncología Médica *2016*

COORDINADOR
Dr. Andrés Cervantes Ruipérez
Hospital Clínico Universitario de Valencia

COMITÉ CIENTÍFICO
Dr. Joaquim Bosch Barrera
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. ICO Girona

Dr. Wilver Federico Carbonel Luyo
Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Badajoz

Dr. Juan Ignacio Delgado Mingorance
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Dra. Encarnación González Flores
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Dr. Pablo Martínez Rodríguez
Clínica Diagonal. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Gracias a la colaboración de:

Roche

2º Premio del 8º Concurso de Casos Clínicos en Oncología Médica 2015

Hepatoblastoma Estadio Pretext IV en un adulto

AUTOR PRINCIPAL
Pablo Tolosa Ortega
Hospital Clínico Universitario. Valencia

COLABORADORES
Aina Iranzo Sabater

SUPERVISIÓN
Susana Roselló Keränen

ANAMNESIS:

Presentamos el caso de un varón de 22 años diagnosticado de un hepatoblastoma metastásico.

Consultó en urgencias de otro hospital en julio de 2014 por un cuadro de dolor abdominal. Presentaba como único antecedente personal tabaquismo, con un consumo acumulado de 10 años/paquete. No antecedentes familiares oncológicos. Se trataba de un varón con apoyo familiar. El paciente refería desde hacía aproximadamente 2 meses un dolor abdominal difuso, más acentuado en hipocondrio derecho, alternando episodios de diarrea y estreñimiento; asociaba anorexia y pérdida ponderal de 10 kg en 4 meses.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

El paciente presentaba estabililidad hemodinámica, un performance status de 1 y únicamente destacaba un abdomen doloroso de manera difusa con hepatomegalia de 3 traveses de dedo y una caquexia moderada, siendo el resto de la exploración física normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Ante la clínica referida ingresó para estudio. A nivel analítico no había alteraciones del hemograma ni de la coagulación, y destacaban: bilirrubina total (BT) de 2.78 mg/dl, GOT 115 U/L, GPT 225 U/L y LDH 663 U/L; proteinograma normal sin detectarse componente monoclonal; alfa fetoproteína (AFP) 1,5 ng/mL; serología de virus de hepatitis negativa. Las radiografías de tórax y abdomen no evidenciaban patología y la ecografía cardíaca mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 71%. Se completó el estudio con ecografía abdominal, tomografía computerizada (TC) y resonancia magnética (RM) donde se evidenciaba una gran masa sólido-quística de 105-107 mm localizada en la encrucijada duodeno-pancreática con infiltración hepática difusa de todos los segmentos hepáticos, así como infiltración de la vía biliar intra y extra-hepática, esplénica y pancreática (figura 1). También se evidenciaba infiltración de estructuras vasculares (arteria esplénica, arterias hepáticas, tronco celíaco y vena cava inferior), así como trombosis portal.

Se realizó una biopsia hepática, la cual informó de infiltración hepática por tumor de células pequeñas compatible con hepatoblastoma. El estudio inmunohistoquímico mostraba positividad para β-Catenina, antiquimotripsina, citoqueratina A1/A3, citoqueratina 19 y CD99. Presentaba negatividad para S100, cromogranina, TTF1, WT1, BCL2 y CD56 entre otras, siendo el índice de proliferación KI67 del 60%. La biopsia no pudo ser revisada ni se realizaron estudios moleculares en nuestro centro por falta de muestra.

DIAGNÓSTICO:

Durante el proceso diagnóstico el paciente desarrolló un fracaso hepático grave con ictericia franca y ascitis moderada, así como cifras de BT de 34 mg/dl y alargamiento de los tiempos de coagulación.

Con el diagnóstico de hepatoblastoma de alto riesgo estadio PRETEXT-IV (pretreatment tumor extension) por afectación de todos los segmentos hepáticos, E+ (afectación extrahepática), M+ (metástasis pancreáticas) y AFP < 100 ng/ml, y tras revisar el protocolo SIOPEL-4 de la International Society of Pediatric Oncology, se decide iniciar tratamiento quimioterápico de intensificación con intención neoadyuvante y posterior cirugía radical en función de la respuesta (figura 2) [1].

TRATAMIENTO:

Inicia tratamiento quimioterápico con CDDP en monoterapia a dosis de 100 mg/m^2, del cual recibe un total de 3 ciclos entre julio y septiembre de 2014. Tras tres ciclos de quimioterapia con CDDP presenta enfermedad estable radiológica.

Ante aumento de la ictericia con coluria, acolia y cifras de BT de 18,04 mg/dl y dado que estaba previsto su traslado a nuestro centro por disponer de atención continuada de Oncología y así optar a tratamiento de intensificación con antraciclinas y platinos, se administran 80 mg/m2 de CDDP el día 24 de septiembre de 2014 y es trasladado.

Protocolo de tratamiento:

- **Bloque A1:** Día +1 CDDP 80 mg/m2 en perfusión continua (PC) 24 h. Días +8 y +15, CDDP 70 mg/m^2 en PC 24 h. Días +8 y +9, doxorrubicina 30 mg/m^2.
- **Bloque A2:** Días +29 +36 y +43, CDDP 70 mg/m^2 en PC 24 h. Días +36 y +37, doxorrubicina 30 mg/m^2.
- **Bloque A3:** Días +57 y +64, CDDP 70 mg/m^2 en PC 24 h. Días +57 y +58, doxorrubicina 30 mg/m^2.

Se decide, previo a quimioterapia, colocar un drenaje de la vía biliar interno-externo. Tras normalización de BT, inicia tratamiento quimioterápico (bloque A1) el día 12 de noviembre de 2014 y finaliza el bloque A3 (día +78) el 17 de febrero de 2015.

Durante el tratamiento presenta como complicaciones un debut diabético de dificil control, bacteriemia asociada a catéter venoso central y una neutropenia febril que implicó retraso en el inicio del bloque A3. Presenta como toxicidades tras completar el tratamiento una trombopenia grado 4 y una neuropatía grado 2.

EVOLUCIÓN:

Tras completar tratamiento (bloques A1, A2 y A3), el paciente presenta una mejoría clínica franca con recuperación del estado general pudiendo reintroducirse progresivamente en sus tareas habituales, siendo autónomo para las actividades de la vida diaria. La valoración de respuesta aplicando criterios RECIST 1.1 es de enfermedad estable persistiendo trombosis portal y afectación pancreática confirmada por TC y tomografía por emisión de positrones. Valorado en comité multidisciplinario, se descarta cirugía radical dada la presencia de trombosis portal y la presencia de enfermedad metastásica pancreática, siendo candidato a recibir el ciclo B del protocolo SIOPEL-4 basado en carboplatino y adriamicina.

Debido a las toxicidades relacionadas con el tratamiento e hiperesplenismo, se decide realizar únicamente tratamiento de soporte y seguimiento estrecho, y se valorará tratar a la progresión. Actualmente el paciente disfruta de su vida en familia con su mujer y su hija de 7 meses y sigue controles periódicos con un intervalo libre de progresión de 3 meses y una supervivencia tras el diagnóstico de 11 meses.

DISCUSIÓN:

El hepatoblastoma es el tumor hepático maligno más frecuente en la infancia, con una incidencia de 0,5-1,5 casos por millón de niños y año. Su aparición en la edad adulta se considera excepcional. Únicamente hemos encontrado 46 casos publicados en adultos con un rango de edades entre 18 y 82 años [2]. El pronóstico es infausto, con una supervivencia media de dos meses y una supervivencia al año del 24%, mientras que en niños la supervivencia a los 5 años supera el 70% [3].

Se han descrito multitud de alteraciones citogenéticas, siendo la más común la trisomía 20, también se ha confirmado la mutación en la vía de señalización Wnt/β-Catenina en el hepatoblastoma infantil y su relación con un peor pronóstico, siendo esta positiva en nuestro caso por inmunohistoquímica. Recientemente se ha descrito su asociación con la hipoplasia renal [4].

La mayoría de los enfermos adultos se presentan en estadios avanzados, por lo que no es posible la resección quirúrgica de entrada. Existen dos aproximaciones terapéuticas con intención curativa; la primera consiste en la resección quirúrgica y posterior quimioterapia, y la segunda consiste en quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía. En nuestro caso se decidió inicio de quimioterapia con CDDP en monoterapia dada la crisis visceral con fracaso hepático que presentó el paciente en el momento del diagnóstico para, posteriormente, y dado que se trataba de un estadio PRETEXT-IV E+ M+ con afectación metastásica extrahepática, iniciar quimioterapia de intensificación basada en CDDP y doxorrubicina según protocolo SIOPEL-4. Consideramos que dado el mal pronóstico y la ausencia de estudios en adultos, la adaptación de este protocolo pediátrico era la mejor opción terapéutica en este caso concreto. A la progresión se podría plantear tratamiento según ensayo fase II del grupo SIOPEL con Irinotecan en monoterapia, ya que ha mostrado tener actividad antitumoral significativa y una toxicidad aceptable [5].

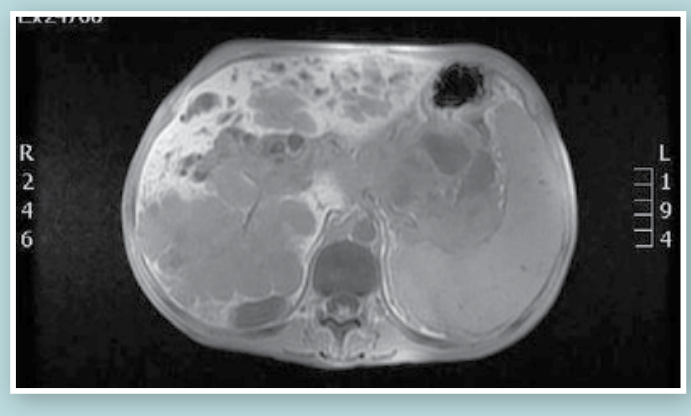


Figura 1: *Imagen de RM hepática. Secuencia fuera de fase (IN-OUT). Extensa afectación hepática que afecta a todos los segmentos. Infiltración pancreática difusa. Hepatoblastoma PRETEXT-IV.*

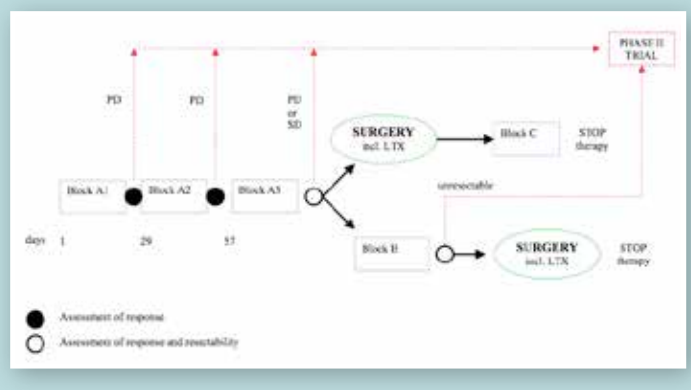


Figura 2: *Protocolo SIOPEL-4 para hepatoblastoma de alto riesgo PRETEXT IV. Bloques A previos a cirugía, quimioterapia de intensificación basados en CDDP y doxorrubicina. Bloque B quimioterapia de rescate si la lesión continua siendo irresecable. Bloque C quimioterapia adyuvante. Bloques B y C basados en carboplatino y doxorrubicina.*

BIBLIOGRAFÍA:

1. Zsiros J.. Dose-dense cisplatin-based chemotherapy and surgery for children with high-risk hepatoblastoma (SIOPEL-4): a prospective, single-arm, feasibility stu. [Prensa] The Lancet Oncology. Elsevier, 2013-07-4.
2. Javier A.Cienfuegos. Hepatoblastoma en el adulto. [Prensa] Revista española de enfermedades digestivas. Arán Ediciones, 2013-04-1.
3. Logan G.. The Epidemiology of Hepatoblastoma.. [Prensa] Pediatric Blood & Cancer. Wiley Periodicals, 2012-11-1.
4. Chan R.. Hepatoblastoma and hypoplastic kidneys: a new association.. [Prensa] Pediatric Blood & Cancer. Aspho, 2014-01-13.
5. Zsiros J. . Irinotecan single-drug treatment for children with refractory or recurrent hepatoblastoma. A Phase II trial of the SIOPEL.. [Prensa] European Journal of Cancer.. Elsevier., 2012-07-24.

Banco de imágenes +mir

Sección SEOM +mir Residentes y Adjuntos Jóvenes

Concurso **Banco de imágenes +mir** "Una imagen vale más que mil caracteres"

Desde la Sección SEOM +mir animamos a los socios a seguir presentando casos clínicos al Concurso Banco de Imágenes. Esta herramienta quiere complementar la formación en Oncología tanto para médicos residentes como para médicos adjuntos jóvenes. El Banco de Imágenes es un medio por el que comunicar y aprender de casos clínicos que a menudo sorprenden y al mismo tiempo forman.

Las 253 imágenes publicadas hasta la fecha, se pueden utilizar en las sesiones y exposiciones de los residentes y adjuntos citando la fuente tal y como se muestra en cada imagen.

De las imágenes publicadas cada cuatrimestre se elige una ganadora que se divulga en el Boletín SEOM y a cuyo autor se le reconoce y premia. Sólo se necesita enviar el texto de las imágenes en inglés, ya que alguna imagen ganadora es publicada también en la web de ESMO.

Si tiene alguna cuestión al respecto sobre esta actividad contacte con **bancoimagenes@seom.org**

Ratificación de los coordinadores de dos Grupos de Trabajo SEOM

Dr. Pedro Pérez Segura

Dr. Andrés Muñoz

El Grupo de Trabajo SEOM de Prevención y el Grupo de Trabajo SEOM de Trombosis han ratificado a sus coordinadores por dos años más. El **Dr. Pedro Pérez Segura**, oncólogo médico del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid será el coordinador del Grupo de Trabajo SEOM de Prevención y el **Dr. Andrés Muñoz**, oncólogo médico del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid será el coordinador del Grupo de Trabajo SEOM de Trombosis.

Si desea adherirse a alguno de estos dos Grupos de Trabajo y participar en sus proyectos e iniciativas puede enviar su solicitud a **seom@seom.org**

Nuevo Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología (CICOM)

Tras la reunión que tuvo lugar el 26 de junio de 2008, se creó un nuevo grupo de trabajo cuya finalidad principal consiste en profesionalizar el trabajo de coordinación y gestión de la investigación clínica en el campo de la Oncología Médica como herramienta para potenciar la investigación y desarrollo en la lucha contra el cáncer. Para conseguir tal fin desarrollaremos un plan de formación continuada (cursos, jornadas formativas, simposios…) que permitirán una mejora en la calidad de la investigación. El grupo de trabajo está formado por los siguientes miembros:

- **Gema Berenguer Peinado.** *Hospital Durán i Reynals (ICO). Hospitalet de Llobregat (L'). Barcelona.*
- **Mónica Fernández Navarro.** *Complejo Hospitalario de Jaén.*
- **Begoña Martín Castillo.** *Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. ICO Girona.*
- **Noemí López Martínez.** *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*
- **Berta Nasarre López.** *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*
- **Xavier Pérez Martín.** *Hospital Durán i Reynals (ICO). Hospitalet de Llobregat (L'). Barcelona.*
- **Araceli Rodríguez Morales.** *Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla (Coordinadora).*
- **Dr. Pedro Sánchez Rovira.** *Complejo Hospitalario de Jaén.*
- **Alba Tubau Rosell.** *Hospital de Sant Joan de Déu. Manressa. Barcelona.*

Resumen de Actividades del año 2015 - Grupo CICOM

El grupo CICOM de Coordinadores de investigación clínica en Oncología hace con un resumen de las actividades realizadas en el año 2015.

OCTUBRE'15- Congreso SEOM

CICOM tuvo su espacio y tiempo el viernes 28 con los siguientes temas:

GESTIÓN ENSAYOS CLÍNICOS EN ONCOLOGÍA: CRISIS ECONÓMICA Y HERRAMIENTAS

MODERADORES:
- ***Dª. Araceli Rodríguez Morales.*** Coordinadora Grupo CICOM. H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
- ***Dª. Gema Berenguer Peinado.*** H. Durán i Reynals (ICO)
- ***D. César Rodríguez Martín.*** Coordinador-Monitores Grupo GEICAM
- ***Dr. Joaquín Arenas Barbero.*** Director del Instituto de Investigación. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid
- ***Dr. Ignacio Durán Martínez.*** Servicio de Oncología Médica. H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESULTADOS ENCUESTA: COORDINADORES ENSAYOS CLÍNICOS EN ESPAÑA

MODERADOR:
- ***Dª. Berta Nasarre López.*** Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). H. Universitario Fuenlabrada. Madrid

Coordinadores de Ensayos Clínicos
- ***Dra. Mónica Fernández Navarro.*** Complejo Hospitalario. Jaén

Resultados Encuesta CICOM
- ***D. Xavier Pérez Martín.*** H. Durán i Reynals (ICO). L´Hospitalet. Barcelona

COMUNICACIONES ORALES Y POSTERS CICOM

DISCUSORES DE COMUNICACIONES ORALES:
- ***Dª. Noemí López Martínez.*** Coordinadora de Ensayos Clínicos del Servicio de Oncología. H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza
- ***Dª. Gema Sánchez Doral.*** Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC). Madrid

DISCUSOR DE PÓSTERES:
- ***Dª. Begoña Martín Castillo.*** Coordinadora Unidad de Investigación Clínica (ICO). Girona

La asistencia, una vez más, fue muy buena. A esta actividad acudieron desde coordinadores de ensayos hasta monitores además de investigadores. El debate que se suscitó desde todos los ámbitos fue interesante y se incidió en la importancia de la figura del coordinador de ensayos clínicos para el correcto cumplimiento del protocolo.

Durante el mes de octubre, Araceli Rodríguez, coordinadora del grupo CICOM, hizo una ponencia dirigida al colectivo de enfermería dentro de la II Congreso Español de la mama en celebrado en Madrid. Con el título "la Enfermera en la consulta de ensayos clínicos" explicó el papel del coordinador de ensayos, y la demanda de esta figura por parte de la industria para conseguir la puesta en marcha y desarrollo del ensayo clínico en los centros en los que se hace investigación clínica en Oncología Médica.

NOVIEMBRE'15- Congreso GEIS (Barcelona)

Una vez más el grupo CICOM agradece al Grupo Cooperativo GEIS (Grupo Español de Investigación en Sarcomas) la invitación a su Congreso. A continuación se detalla el programa de la actividad:

III RESEARCH SATELLITE MEETING OF STUDY COORDINATORS

20 de noviembre 2015 - SYMPOSIUM INTERNATIONAL-GEIS

CICOM Group Coordinadores Investigación Clínica Oncología Médica

GEIS Group Grupo Español de Investigación en Sarcomas

PROGRAMA

09.45h **INICIO**
Begoña Martín. Grupo CICOM
Javier Martín . Presidente del Grupo GEIS
Sesión I : Modera: Araceli Rodríguez. Coordinadora CICOM

10.00h **ACTUALIDAD EECC SPB Grupo GEIS**
Melissa Fernádez. Data-Center Grupo GEIS

10.45h **PUESTA EN MARCHA – ABRIR EECC SARCOMAS**
Romina Ribas. Study-Coordinator Htal Sant Pau

12.00h **INT Presentación: INSTITUTO NATIONALE DE TUMORI**
Milán Nadia Hindi. Oncologist. Grupo GEIS
Session II
Modera: Xavi Pérez Grupo CICOM

15.00h **Directorio Grupo CICOM GESTIÓN**
Mónica Fernández. Grupo CICOM

15,20h **MANEJO ENSAYO SARCOMA. CENTRO INVESTIGADOR**
Susana Muñoz. Study Coordinator H. Vall d'Hebrón. Barcelona

15.45h **BOLETÍN CICOM - SEOM**
Gema Berenguer Grupo CICOM

16.00h **Presentación Promotor a la FUNDACIÓN INVESTIGACIÓN FISEVI**
(Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla).
Lourdes Herruzo Muñoz FISEVI. Fundación de Andalucía
DEBATE

17.00h **Conclusiones III Jornada CICOM- GEIS. Barcelona**
Berta Nasarre Grupo CICOM

COLABORACION CON NOVARTIS

El laboratorio farmaceútico NOVARTIS ha creado un grupo de investigación y soporte al coordinador de ensayos. En esta andadura CICOM se ha ofrecido a aunar intereses y colaborar conjuntamente para conseguir profesionalizar la figura del coordinador de ensayos. Se irá informando de los eventos y reuniones que se lleven a cabo.

En el próximo Boletín SEOM, el grupo CICOM ahondará en el nuevo Real Decreto y los próximos eventos CICOM.

Nueva Junta Directiva del TTCC
Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello

El Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC), ha procedido durante este año a la renovación de su Junta Directiva.

Según el reglamento de elecciones aprobado en la Asamblea General de octubre de 2014, de los 14 miembros que constituyen la nueva Junta Directiva , 8 corresponden a los "máximos reclutadores" en los ensayos clínicos de los 4 últimos años , 4 fueron elegidos directamente por votación de los socios en la Asamblea General del 26 de febrero de 2015 y los 2 vocales restantes fueron propuestos por el presidente en la Junta Directiva celebrada el pasado 29 de abril y refrendados por la Junta.

En esta misma Junta Directiva se aprobaron los cargos de vicepresidente, tesorero y secretario, quedando finalmente el nuevo organigrama como sigue:

Presidente:
- ***Dr. Ricard Mesia Nin***

Vicepresidente:
- ***Dr. Antonio Rueda Domínguez***

Secretaria:
- ***Dra. Beatriz Cirauqui Cirauqui***

Tesorera:
- ***Dra. Lara Iglesias Docampo***

Vocales:
- ***Dra. Virginia Arrazubi Arrula***
- ***Dra. Neus Basté Rollán***
- ***Dr. Alberto Carral Maseda***
- ***Dra. Beatriz Castelo Fernández***
- ***Dr. Juan Jesús Cruz Hernández***
- ***Dra. Yolanda Escobar Álvarez***
- ***Dr. Juan José Grau de Castro***
- ***Dr. Julio Lambea Sorrosal***
- ***Dr. Javier Martínez Trufero***
- ***Dr. Miguel Pastor Borgoñón***

La nueva Junta Directiva agradece a los miembros de la Junta saliente la magnífica labor que han desarrollado durante este tiempo, lo que ha contribuido a que el TTCC ocupe un puesto muy importante dentro de la Oncología española:

- *Dra. Elvira del Barco Morillo*
- *Dr. Alfonso Berrocal Jaime*
- *Dr. Ricardo Hitt Sabag*
- *Dr. Antonio López Pousa*

Por unanimidad de la Junta Directiva y con la aprobación de la Asamblea General se ha procedido al nombramiento del Prof. Juan Jesús Cruz Hernández como Presidente Honorífico del Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello, en reconocimiento a su labor durante todos estos años y la importancia que tiene para el TTCC desde su fundación.

Global Health Equity: Cancer Care Outcome Disparities in High-, Middle-, and Low-Income Countries

Jonas A. de Souza, Bijou Hunt, Fredrick Chite Asirwa, Clement Adebamowo and Gilberto Lopes

J Clin Oncol. 2016 Jan; 34(1):6-13

Comentario realizado por la Dra. Aitana Calvo, secretaria científica de SEOM

Este artículo formó parte del número especial sobre cáncer global del Journal of Clinical Oncology de enero de 2016. Los editores de este número seleccionaron artículos de autores destacados involucrados en la atención global del cáncer de distintas disciplinas, con el fin de que la comunidad oncológica sea consciente de las necesidades a nivel global de la lucha contra el cáncer y se estimulen los proyectos de colaboración entre distintos países, emulando el movimiento que hace 20 años promovió el debate y facilitó el acceso a los medicamentos para el tratamiento del VIH en distintos países del mundo.

En los muy diversos artículos de este número especial se examinan las barreras para el acceso a una atención oncológica de calidad y los resultados en salud en países de renta baja, media y alta (Souza et al.), pero también se describen las barreras estructurales (Cazap et al.), se proponen soluciones para la aplicación de la radioterapia y de los resultados anatomopatológicos (Nelson et al.; Efstathiou et al.) y se describen las alianzas docentes establecidas en la Kenia rural occidental para desarrollar y mantener las infraestructuras y los recursos humanos necesarios para mantener una atención de calidad (Asirwa et al.). Además se describe la evaluación de la Calidad en medios como Ruanda (Tapela et al.), los más renombrados expertos mundiales en oncología pediátrica describen su experiencia en las alianzas establecidas para responder a las necesidades de los niños con cáncer de todo el mundo (Ribiero et al.) y se abordan otros temas como los cuidados paliativos (Hannon et al.), la metodología y los resultados que ha conducido al aumento de los medicamentos oncológicos en Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (Shulman et al), así como los hitos de la Sociedad Americana de Oncología en el movimiento de la atención global del cáncer (Hortobagyi et al) y sus planes para el futuro. Por último se examina la interrelación entre infecciones y cáncer y la relación entre génomica y epidemiología e incidencia en distintas localizaciones y grupos étnicos (Chan et al., Tan et al.).

Este número especial intenta destacar las desigualdades en la atención del cáncer en los distintos lugares del mundo e inspirar a los miembros de nuestra comunidad para unirse a los esfuerzos en la lucha global contra el cáncer en los países en desarrollo

Tal y como reflejan los editores de este número especial, sirva esta revisión para destacar las desigualdades en la atención del cáncer en los distintos lugares del mundo e inspirar a los miembros de nuestra comunidad para unirse a los esfuerzos en la lucha global contra el cáncer en los países en desarrollo.

Introducción

En los últimos 50 años, se han obtenido importantes avances en la lucha contra el cáncer, aunque estos avances no han experimentado una distribución equitativa en todo el mundo. Los autores de este artículo repasan las diferencias entre los distintos países y entre las distintas poblaciones de un mismo país en el control del cáncer, definida como la estrategia de salud pública dirigía a reducir la presión del cáncer en una población.

Este concepto incluye la planificación de intervenciones integradas basadas en la evidencia y coste-efectivas en todas las actividades dirigidas al control del cáncer, incluyendo investigación, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y cuidados paliativos. En 2012 se detectaron 14,1 millones de

En los últimos 50 años, se han obtenido importantes avances en la lucha contra el cáncer, aunque estos avances no han experimentado una distribución equitativa en todo el mundo

casos nuevos y se registraron 8,2 millones de muertes por cáncer en todo el mundo. El ratio de mortalidad e incidencia fue de 0,475 en los países más desarrollados y de 0,64 en los países más pobres. En Estados Unidos y la Unión Europea los ratios de mortalidad-incidencia fueron de 0,36 y 0,48 respectivamente, mientras que oscilaron entre 0,66 y 0,7 en las regiones del Pacífico Occidental, Sureste Asiático y África. Si se comparan las tasas de supervivencia a 5 años las diferencias son aún más llamativas (88,6 % y 87,4 % en EE.UU. y Brasil, frente a 59,8% en Argelia, 53,4% en África del Sur y 43,1 % en Jordania). El gasto anual de cada paciente fue también muy distinto, oscilando entre los 183 y 460 dólares de EE.UU., Reino Unido y Japón, y los 0,54 y 7,92 dólares en América del Sur, India y China.

Los autores defienden que el control del cáncer global es además una inversión económica rentable, pues teniendo en cuenta los costes directos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad y el valor económico de los años de vida perdidos y los años de invalidez, el cáncer tuvo en 2010 un impacto de 1,16 trillones de dólares en todo el mundo, mientras que si se incluyen los costes a largo plazo para los pacientes y sus familias el coste asciende a 2,5 trillones de dólares. Instaurar programas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento podría ahorrar entre 2,4 y 3,7 millones de vidas anualmente, la mayoría en pacientes de renta media y baja, con un ahorro económico de 400 mil millones de dólares. Las medidas con mayor impacto clínico y económico serían el control del tabaco, la obesidad, las vacunas, la detección precoz y el tratamiento de la enfermedad en estadios iniciales, los cuidados paliativos y la planificación de los sistemas de salud, incluyendo la creación de los registros de cáncer.

Países de renta baja: Kenia

Kenia es un país de renta baja con una población de 44 millones de habitantes y un PIB per cápita de 1,245 dólares. En 2012, el gasto sanitario fue del 4,7 % del PIB. La expectativa de vida es de 58 años para los hombres y 61 para las mujeres. Se estima que la incidencia de cáncer es de aproximadamente 28.000 nuevos casos y se producen 22.000 muertes. El cáncer es la tercera causa de muerte, tras las infecciones y las enfermedades cardiovasculares. Como en la mayoría de los países de renta baja, las enfermedades no transmisibles no son la principal causa de muerte, aunque los cánceres de cérvix y mama, son tumores susceptibles de beneficiarse de programas de prevención y diagnóstico precoz. La tasa de mortalidad estandarizada por edad para el cáncer de cérvix es de 2,7 en EE.UU., 7,4 en Brasil y 21,8 en Kenia. El sistema de financiación de Kenia es fundamentalmente público. En 2004, se incluyó la asistencia primaria gratuita, aunque el sistema financiado por el gobierno, el National Hospital Insurance Fund, no cubre los programas de detección precoz, el diagnóstico o el tratamiento del cáncer. Alrededor del 11 % de la población de Kenia disponía de asistencia sanitaria en 2013. Existen programas de colaboración entre instituciones académicas y centros de tratamiento, como el Academic Model Providing Access to Healthcare. Sin embargo estos programas se realizan en unos pocos centros seleccionados de forma independiente, más que como programas inclusivos nacionales. Además, la adhesión a los programas de screening de cáncer de cérvix, mama y colon se encuentra dificultada por la falta de concienciación de la población; y las vacunas del HPV y VHB no forman parte del calendario vacunal. Otros factores relevantes serían la falta de formación de los profesionales, la falta de equipamiento, la inadecuada monitorización y evaluación de los programas existentes y la escasa priorización de los programas de screening a nivel político. El control del dolor continúa siendo un reto debido al coste de los medicamentos (la morfina cuesta aproximadamente 3 dólares por gramo), la falta de disponibilidad de los medicamentos y los niveles formativos de los profesionales. Sí existe disponibilidad de servicios quirúrgicos, aunque el coste de estos servicios es generalmente prohibitivo. Existen sólo 2 máquinas de cobalto disponibles en uno de los dos centros de referencia de Kenia, por lo que las demoras en las citas pueden alcanzar los 8 meses; mientras que para los pacientes privados existen 4 aceleradores lineales en Nairobi. La mayoría de la población no tiene acceso a quimioterapia debido a la incapacidad del National Hospital Insurance Fund para cubrir los costes de los tratamientos. Tan sólo 18 de los 52 medicamentos esenciales de la OMS están en la lista de los medicamentos esenciales de Kenia.

Kenia, como la mayoría de los países de renta baja, debe enfrentarse a la financiación de un sistema público de atención sanitaria que merma el control del cáncer. La escasez de los recursos condiciona una aplicación inadecuada de los tratamientos y un acceso insuficiente a la atención médica

En resumen, Kenia, como la mayoría de los países de renta baja, debe enfrentarse a la financiación de un sistema público de atención sanitaria que merma el control del cáncer. La escasez de los recursos condiciona una aplicación inadecuada de los tratamientos y un acceso insuficiente a la atención médica. No existen mecanismos de financiación adecuados ni un modelo viable de negocio. Las infraestructuras son prácticamente inexistentes, y no hay personal entrenado adecuadamente. Además, no existe voluntad política en muchos países para movilizar los recursos para la planificación y el control del cáncer, ya que los sistemas están todavía centrados en necesidades imperiosas como el tratamiento agudo de las enfermedades infecciosas.

Brasil como ejemplo de país de renta media

Brasil es un país con aproximadamente 200 millones de habitantes que se encuentra entre los países de renta media con un PIB per cápita de 11,208 dólares en 2013 y una expectativa de vida de 70 años para los hombres y 77 años para las mujeres. La población está cubierta por un sistema público universal denominado el Sistema Único de Saúde. Además, un 25% de la población dispone de seguro privado. El gasto sanitario alcanza el 9,3 % del PIB, procediendo un 46 % de los recursos públicos. Existe un plan nacional para el control del cáncer desde 2005, y registros de cáncer. El tabaco está prohibido en lugares públicos y los impuestos sobre el tabaco exceden el 60 % del precio final. Con estas medidas y campañas educativas, menos del 12 % de los brasileños son fumadores activos, comparada con una tasa del 32 % en 1989. En cuanto a otros factores de riesgo el 17,4 % de los brasileños son obesos, un 14,9 % no son físicamente activos y tan sólo un 34% de los brasileños ingiere la cantidad de fruta y verdura fresca recomendada. La prevalencia de HPV en mujeres embarazas es del 40 % y el 18,4 % de los brasileños bebe alcohol de forma esporádica. Existen políticas federales para prevenir y controlar el sobrepeso y el abuso del alcohol. La vacunación del VHB se introdujo en 1998 y cubre al 97 % de la población diana (recién nacidos). La vacuna del VPH a niñas de entre 11y 13 años se incluyó en calendario vacunal en 2014, y se extendió a niñas de entre 9 y 10 años en 2015. En los 6 primeros meses del programa se cubrió el 87,3 % de la población diana. A través de un programa de colaboración con Merck/MSD y el Instituto Butantan (São Paulo, Brazil), la vacuna del HPV se producirá en Brasil a un coste significativamente menor. Los programas de screening para cáncer de cérvix y de mama están disponible a través del sistema público de salud, y alcanzan al 80 % de la población para el cáncer de cérvix. Se calcula que un 50 % de las mujeres se ha realizado una mamografía al menos una vez en su vida. Las listas de espera para recibir tratamiento con radioterapia pueden ser de hasta 3 meses en los lugares más remotos. En ocasiones existe retraso entre en el diagnóstico y los test moleculares no siempre están disponibles. El tiempo medio entre la realización de una mamografía con resultado anómalo y la biopsia, alcanzó los 72 días de media en una encuesta reciente. Los cuidados paliativos están disponibles en clínicas y hospitales, aunque apenas existen centros monográficos en el ámbito público o privado. La Relacão Nacional de Medicamentos Essenciais (2014), cubre la mayoría de los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

Como la mayoría de los países de renta media, Brasil ha sido capaz de desarrollar un plan de control del cáncer y un sistema de atención sanitaria básica que ha mejorado los resultados en salud y ha disminuido la mortalidad por cáncer en la última década

Como la mayoría de los países de renta media, Brasil ha sido capaz de desarrollar un plan de control del cáncer y un sistema de atención sanitaria básica que ha mejorado los resultados en salud y ha disminuido la mortalidad por cáncer en la última década. Sin embargo, el país aún tiene dificultades en el acceso a la tecnología más avanzada como los test moleculares y los tratamientos dirigidos. Además, existen importantes desigualdades regionales. Los países de renta media no sólo tienen más recursos que los de renta baja, sino que además gastan una parte proporcional más elevada del PIB en salud. Esto provoca un éxito mayor en el establecimiento de los sistemas para la lucha contra el cáncer. Muchos países han logrado establecer sistemas de atención universal, y los países en el rango elevado han sido capaces de emplear el volumen de servicios requeridos para obtener precios más competitivos para para fármacos y equipos, y sirven como ejemplo para otros países o consorcios de países.

Países de renta elevada: EE.UU. como ejemplo

Los EE.UU. es una república federal con una población multicultural y étnicamente diversa de aproximadamente 300.000 millones de habitantes. El PIB del país es de 50.000 dólares per cápita. El 17 % del PIB se destina a la atención sanitaria. El sistema de atención sanitaria es dual y cuenta con financiación pública y privada, ya que entre un 60 y un 65 % de la financiación procede del gobierno mediante programas como Medicare, Medicaid, the Children's Health Insurance Plan y el Veterans Health Administration. La incidencia estimada de casos nuevos de cáncer es de 1.658.370 nuevos casos y 589.430 muertes anuales en EE.UU. con un ratio mortalidad incidencia del 0,36. Existen un plan nacional del control de cáncer desde 2010, y un adecuado sistema de

registro. Está prohibido fumar en lugares públicos, y los impuestos sobre el tabaco exceden el 40 % del precio final en la mayoría de los Estados. Menos del 19 % de los americanos son fumadores activos. En cuanto a otros factores de riesgo, un 26,9% son obesos, un 40,5% no son físicamente activos, un 65,4% bebe alcohol de forma esporádica, y sólo un 23,4% ingiere la cantidad de fruta y verduras fresca recomendadas. La prevalencia del HPV es menor de un 14%. Existen políticas para prevenir el sobrepeso y el abuso de alcohol y la vacunación del VHB se introdujo en 1991 y cubre el 91 % de la población diana (recién nacidos). El plan de vacunación del HPV cubre a niños y niñas de entre 11 y 12 años, pero sólo el 32 % de la población ha sido vacunada. Los programas de screening de cáncer de cérvix y mama están disponibles mediante atención médica pública y privada, y cubre al 83 % de la población. El 60 % de la población diana realiza las pruebas de detección precoz para el cáncer colorrectal. Hay Servicios de Radioterapia distribuidos por todo el país y existe un número adecuado de oncólogos radioterapeutas y de físicos. Los servicios quirúrgicos, de radiodiagnóstico y de imagen, la quimioterapia y el resto de tratamientos están disponibles. Existen centros destinados a cuidados paliativos en la mayoría de las regiones.

Sin embargo, los factores que contribuyen a las desigualdades en EE.UU. incluyen el status socioeconómico, el acceso a los servicios sanitarios, el entorno social y la conducta individual y la exposición a carcinógenos. Entre los hombres, la incidencia más elevada de cáncer se observa en los hombres negros, con tasas un 15 % más elevadas que las de los blancos. Además, existen diferencias en las tasas de mortalidad por raza/etnia, siendo mayor la de la población afroamericana (208,8 por 100.000 habitantes), seguida de la población blanca (176,5), hispana (119,7) y asiática (108,9). Existen iniciativas a nivel estatal que evidencian que una reducción en las desigualdades es posible si se emplean los recursos suficientes. Recientemente el estado de Delaware diseñó un programa para disminuir las desigualdades en los programas de screening de cáncer colorrrectal, que entre 2002 y 2009 logró igualar la tasa de incidencia, eliminó las diferencias en mortalidad y redujo el porcentaje de afroamericanos con enfermedad localmente avanzada o metastásica del 79 al 40 %.

El reto mayor al que se enfrentan los países de renta elevada es garantizar que las minorías y la población vulnerable tengan un adecuado acceso a la cobertura y servicios sanitarios

El reto mayor al que se enfrentan los países de renta elevada es garantizar que las minorías y la población vulnerable tengan un adecuado acceso a la cobertura y servicios sanitarios. Además, los tratamientos de precio progresivamente más elevado y el impacto del coste en los pacientes suponen un problema universal.

Conclusión

La OMS, The Institute of Medicine, la Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries y otras instituciones han desarrollado planes de trabajo que detallan las acciones más importantes para mejorar la lucha contra el cáncer en países de renta baja, media y alta, incluyendo la atención universal, el desarrollo de infraestructuras de salud y la preparación de capital humano, la creación de planes nacionales del control del cáncer (incluyendo registros de cáncer y de factores de riesgo y resultados), el control del tabaco, la vacunación de virus como HPV o hepatitis B, la promoción de dietas saludables, el ejercicio físico, el control de la obesidad, y programas estratificados por recursos y basados en la evidencia de detección precoz, diagnóstico, tratamiento de cánceres comunes y creación de centros de referencia de cáncer, el acceso a los medicamentos para el cáncer esenciales y el acceso a cuidados paliativos. Las medidas pueden mejorarse mediante la integración de los sistemas tecnológicos que ayuden a los clínicos y a los investigadores a trasladar la mejor evidencia a la práctica clínica y a desarrollar medidas de calidad para mejorar las actuaciones. Los países de renta alta y media disponen de los recursos para llevar a cabo estas acciones. La pobreza es el obstáculo fundamental para la atención médica en países de renta baja, imposibilita la búsqueda de ayuda, el acceso a personal e instalaciones y tratamientos médicos. Aunque es probable que el desarrollo económico sea la única medida que puede mejorar esta situación a largo plazo, las políticas como el acceso gratuito a la asistencia con financiación pública han sido implantadas con éxito en países de renta media como Brasil o México. Para los países con renta baja, sólo el apoyo de la comunidad internacional y la creación de fondos globales para la lucha contra el cáncer permitiría que se pudiesen dar estos primeros pasos.

Los autores argumentan que dado el alto peso de cánceres prevenibles en países de renta baja, estos son los tumores a los que deben destinarse recursos en primer lugar. En países de renta media, la reducción del riesgo y el acceso a los medicamentos esenciales de la OMS serían las tareas prioritarias. En los países de renta elevada, mejorar la prevención y el acceso a los tratamientos para las minorías debería constituir la prioridad. Desde la cumbre de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles de 2011, la lucha contra el cáncer es más visible desde el punto de vista de la salud pública global, y los autores defienden que la lucha internacional contra las desigualdades en cáncer es de gran importancia no sólo desde el punto de vista ético, sino que también se basa en fundamentos prácticos y económicos. Sólo involucrando a todas las partes implicadas incluyendo gobiernos, compañías privadas y organizaciones no lucrativas, podrá modificarse la historia del cáncer a nivel mundial.

LIBRO

"El largo camino de la historia del cáncer"

El Dr. Moreno Nogueira, expresidente de SEOM y exjefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, acaba de editar "El largo camino de la historia del cáncer". El objetivo de este libro, según sus palabras, es el reconocimiento personal a todos aquellos médicos e investigadores que entregaron sus esfuerzos y conocimientos para luchar contra una patología cada vez menos devastadora, el cáncer, que afecta sobre todo a la sociedad moderna, pero su existencia se hunde en los tiempos más remotos de la humanidad.

Para ahondar en el contenido del libro, hemos querido entrevistar al Dr. Moreno Nogueira

Dr. José Andrés Moreno Nogueira

¿Cómo surgió la idea de escribir el libro?

Hace unos 10 años la Sociedad Española de Oncología Médica, me pidió realizar una ponencia en su XI Congreso Nacional sobre la "Historia de la Oncología Médica en España". La ponencia me hizo revisar numerosa bibliografía sobre la historia del cáncer desde los primeros tiempos de la humanidad y de aquellos científicos españoles que de alguna manera habían contribuido al desarrollo del conocimiento sobre esta patología. Una parte importante era la medicina árabe en España que salvó el conocimiento médico greco-romano del olvido. En los siglos XI y XII se hicieron las primeras traducciones de obras médicas clásicas del árabe al latín. Ponencia que comprendia también los movimientos sociales a finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX y donde destacaba el importante papel que jugó la AECC fundada en 1953.

He tenido la grata sensación de que estaba pagando una deuda con todos estos investigadores

En el 2010 me pidieron en la "XIII Reunión de Consenso en el tratamiento oncológico: Cancer de Mama", celebrada en Córdoba, desarrollara una ponencia titulada "Hitos históricos en el cáncer de mama". Esto suponía hacer nuevamente una amplia revisión de todas las aportaciones al conocimiento sobre el cáncer de mama desde los tiempos más antiguos hasta la actualidad, para explicar los logros actuales en supervivencia y en curabilidad. Había que identificar las aportaciones y quien las aportó y que repercusiones tuvieron sobre este cáncer desde mi punto de vista. Me resultó atrayente conocer a los personajes un poco más allá del mero nombre, incluso en algunos casos las barreras que tuvieron que superar. Un ejemplo fue la historia de Dennis Slamon que reconoció la importancia potencial del descubrimiento HER-2 y pensó que podría ser una diana terapéutica. Durante 12 años desarrolló su investigación y probó el anticuerpo monoclonal que se conoce por Herceptin. Sus penurias económicas y éxito fueron plasmados en una película titulada "Prueba de la vida".

Más recientemente en 2014 el GOTEL (Grupo Oncológico para el tratamiento y estudio de los Linfomas), me encargó una ponencia denominada "50 años del tratamiento de los linfomas". Se trataba también de una revisión histórica hasta los momentos actuales. Sin entrar en detalles se puede decir que las aportaciones de los investigadores hicieron pasar de una patología mortal a una patología curable en un gran porcentaje de casos. Descubrí así la triste historia de Thomas Hodgkin que fue el primero es describir el linfoma que posteriormente llevaría su nombre y la honestidad para que esto fuera así de otro investigador importante de Samuel Wilks. Todo esto me llevó a la posibilidad de escribir este libro.

Inicialmente el pensamiento era tratar históricamente las neoplasias más prevalentes con un primer capítulo general sobre la evolución histórica de la Oncología. La información que tenía recopilada era tan amplia, que hizo que el capítulo se transforma el libro que ha sido publicado.

¿Cuánto tiempo le ha llevado?
Es difícil de saber dado que ha sido en etapas sucesivas en una serie de años, pero la ejecución material del libro fue desde mayo a septiembre de 2015. Hay que pensar que ahora dispongo para mí de todas las horas y al ritmo que desee. La búsqueda de las fotos de los personajes y ordenarlas fue una auténtica prueba de paciencia. Para mí ha sido enormemente útil en esta fase de la vida. He tenido la grata sensación de que estaba pagando una deuda con todos estos investigadores.

La búsqueda bibliográfica y la recopilación de información imaginamos que habrá sido una ardua tarea ¿Qué capítulos le han resultado más laboriosos? ¿Cuáles más enriquecedores?
El libro ha sido muy laborioso, la recopilación de artículos con contenido histórico ha sido difícil, pero curiosamente las aportaciones más actuales han resultado complejas, no en el avance científico, sino en la tutoría real de la investigación y encontrar la foto de los mismos. He tenido que entrar y rebuscar en la web de diversas Universidades para ello. Posiblemente falte alguno. Tenía que confirmar a veces por diferentes vías que las imágenes pertenecían a la realidad que aparecía en el libro.

Para mí y no sé si para el lector lo será, ha sido todo el libro enriquecedor. Cada época tenía su atractivo y la curiosidad me dominaba. Es indudable el valor e importancia de los avances actuales, lo que nos hacen vislumbrar un futuro esperanzador.

El libro lleva dos líneas importantes, el conocimiento de los qué es el cancer, que a través de los tiempos; va desde la creencia que la responsabilidad es de los dioses, pasando por la teoría de los cuatro humores de Hipócrates y seguida por Galeno, teoría que perduró más de 2000 años. Esta teoría junto a la del "blastema" se fue derrumbando paulatinamente con la aparición de la teoría celular de Rudolph Virchow lo que denota la importancia de la incorporación del microscopio en el estudio de los tumores. El cambio definitivo ocurre en el año 1956 con el descubrimiento del ADN por James Watson y Francis Crick. Este hecho hizo cambiar la Medicina radicalmente, ya nada sería igual. Sin embargo, su impacto real tardó unos 50 años, en parte debido a la necesidad de nuevas las tecnologías. Estamos en la era de los diagnósticos moleculares y de la identificación de dianas terapéuticas. Todo esto se refleja en el libro junto a la evolución terapéutica.

Los progresos en radioterapia y quimioterapia durante el siglo XX han sido indudables y esto complementado con las terapéuticas denominadas individualizadas. Los cambios en la actualidad son muy rápidos

La segunda línea es la evolución terapéutica, esta se inicia prácticamente con la cauterización del tumor, siendo un ejemplo la reina Atossa esposa de Darío el Grande, que ocultó durante mucho tiempo la existencia de un tumor en su mama por miedo a que fuera maligno, hasta que se ulceró y sangró, siendo curada por Democedes de Crotona con el punzón de fuego. Es verdad que puede ser discutible este diagnóstico. Se cuenta en el libro que la cirugía fue y es la base del tratamiento en numerosas situaciones. Cirugía que se vio beneficiada por la aparición de la anestesia y la asepsia en quirófanos e instrumental y por algo tan simple como el uso rutinario de los guantes durante las intervenciones, lo que también fue en parte una historia de amor curiosísima.

Se comenta también la incorporación de la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia con sus correspondientes historias, para llegar a la situación actual con la enorme aportación de los anticuerpos monoclonales cuyos investigadores fueron Niels Kai Jerne, Georges Jean Franz Kohler y Cesar Milstein, premios Nobel en 1984, ya fallecidos todos.

Finalmente, también se señala en el libro lo que puede cambiar las estrategias del tratamiento del cáncer. Me refiero al descubrimiento de un mecanismo especial de la inmunologia tumoral, la identificación de unas proteínas de la membrana celular de los linfocitos T y células tumorales (PD-1, CTLA-4 y PDL-1) y de sus anticuerpos monoclonales estudiados por James Allison y Tasuku Honjo. Avances que ya están en la clínica en el tratamiento de melanomas, linfomas, etc.

Paralelo a todo lo anterior están los progresos en el diagnóstico por imagen. Durante muchos siglos el diagnóstico médico se realizaba mediante el interrogatorio, la palpación y la auscultación y observando productos como la orina. Con el descubrimiento por Wilhelm Conrad Röntgen de lo que denominó rayos X, a los pocos meses en el mundo se realizaban exámenes radiográficos con fines médicos. Se había inventado y popularizado la fluoroscopía. Durante el siglo XX el desarrollo fue impresionante y con ello aparece una nueva especialidad, la Radiología, de vital importancia para la Oncologia. En las últimas décadas del siglo XX la aparición de nuevas técnicas diagnósticas ha ampliado los horizontes en Oncología de forma inimaginable. La ecografía, TAC, RMN, PET, y PET-TAC representan tecnologías no invasivas que han revolucionado el diagnóstico oncológico, la valoración de las respuestas y el seguimiento. Igualmente se comenta en el libro la evolución histórica de los marcadores tumorales como complemento en el diagnóstico y seguimiento de las neoplasias.

¿En qué época histórica considera que se han producido más avances proporcionalmente en Oncología?

Yo creo que han sido varias. En primer lugar, el salto en supervivencia que supuso la incorporación a la cirugía de la anestesia y la asepsia operatoria. Antes la cirugía permanecía con sólo progresos reducidos desde hacía más de tres mil años. Los progresos en radioterapia y quimioterapia durante el siglo XX han sido indudables y esto complementado con las terapéuticas denominadas individualizadas. Los cambios en la actualidad son muy rápidos.

Hay una cosa que permanece invariable a mi modo de ver desde los tiempos más antiguos, es el respeto y el trato humano a los pacientes. Abulcasis, (936-1013 d.C.) médico-cirujano cordobés del siglo X, hacia énfasis en la relación del médico con el paciente independientemente del nivel social. Promovió la observación individual de cada caso para establecer el diagnóstico más preciso y poder así dar el mejor tratamiento e insistía en la importancia de la ética profesional y advertía sobre las prácticas dudosas adoptada por algunos médicos y la charlatanería de otros.

Han pasado más de mil años y en esto no hay cambios. Recientemente ha fallecido G. Bonadonna, uno de los grandes oncólogos europeos que nos recuerda en su libro "Queridos médicos, los hombres no son sólo moléculas", el valor de los avances que llevan a los tratamientos individualizados, con bases moleculares, pero nos dice…" El objetivo principal de la profesión médica es prestar un servicio a la humanidad. Al atesorar los errores

Es indudable el valor e importancia de los avances actuales, lo que nos hacen vislumbrar un futuro esperanzador

del pasado y del presente, debemos reconsiderar que estamos tratando con seres humanos y no sólo con las moléculas". En otro pasaje comenta… "La Medicina, para los médicos como para los pacientes, debe seguir siendo un arte, una forma de encuentro y de diálogo entre las personas, no el contacto accidental y apresurado".

Para mí, el ***progreso en el conocimiento de las recientes estrategias terapéuticas no deben hacer olvidar al médico, que está tratando a personas y familias con diferentes circunstancias***. Ciencia y comportamiento ético con los pacientes y su enterno debe ser siempre el binomio de progreso.

¿Y si pudiera elegir en qué época le hubiera gustado ejercer la Medicina, ¿cuál sería?

Como no lo puedo cambiar diré claramente "en la que he vivido". He podido participar en la creación de la SEOM y de la especialidad de Oncología Médica en la década de los setenta y ochenta y desarrollar el Servicio de Oncologia Medica en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en una época de escasa politización y de una disponibilidad real de autonomía. Mi medio hospitalario me permitió la creación paulatina de un nuevo y especial Servicio Médico que se fue adaptando y creando medios para atender las demandas crecientes. No teníamos nada escrito y las experiencias en el país eran contadas. Reivindico para la Oncología Médica la creación de los Hospitales de Día, base de la asistencia oncológica y con marcado impacto favorable para la economía hospitalaria.

¿Hay más proyectos para el futuro próximo?

Antes quisiera decir, que mi intención es que llegue el libro a una mayoría de oncólogos para que tengan conciencia de su historia, con eso me veré recompensado.

El libro que se ha publicado es solo la primera parte. Ahora quiero abordar con colaboraciones los "Hitos que cambiaron los tumores más prevalentes". Ya están hechos varios de estos tumores, pero aún queda mucho trabajo, sin embargo, espero que no tarde ahora demasiado, dadas la experiencia adquirida.

Agradecimientos

A los futuros lectores y a los autores del prólogo, los Dres. Eduardo Díaz Rubio, Vicente Guillén y Carlos Camps que han hecho una correcta interpretación del libro y por eso quiero terminar este punto con una frase del final del mismo "a veces olvidamos que hubo otros antes que nosotros, que sin ellos nuestro ahora sería imposible".

Recortes de **Prensa**

EL MUNDO

Cáncer: emperador de enfermedades

El cáncer nos afecta a todos, directa o indirectamente, ya que afecta no sólo a las personas que lo padecen (una tercera parte de la población total) sino que altera gravemente el entorno sociofamiliar de los enfermos. Según las últimas estimaciones, la incidencia del cáncer en España en el año 2020 será de 246.713 casos nuevos, lo que supone un aumento respecto a años anteriores.

Hasta ahora decíamos que el incremento de la población, los métodos de cribado y los hábitos de vida explicaban que cada año se diagnosticaran más pacientes de cáncer. Ahora, cada vez cobra más relevancia un nuevo aspecto: el envejecimiento de la población. La relación entre edad y cáncer es bien conocida: a medida que la persona envejece adquiere más riesgo de padecer cáncer. En el año 2015, por primera vez se han registrado más defunciones que nacimientos. En concreto 250.000 personas han fallecido y sólo han nacido 230.000 personas, la población española envejece.

DIARIO MEDICO

PERSONAJES DEL AÑO

Miguel Martín

Presidente de SEOM

Especialista en cáncer de mama es el nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), cargo que alternará con el de presidente del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM). Combinará así las facetas clínica y básica de la patología.

EFE: SALUD

Presidente de SEOM: El fin del temor al cáncer se abre paso en la sociedad

El nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología (SEOM), Miguel Martín, cree que el miedo de la sociedad a determinados cánceres está remitiendo, ya que ahora se curan entre el 65-70 % de los que se diagnostican. Muchos tumores se empiezan a cronificar y la ambición de los oncólogos va todavía más allá: la curación de pacientes con metástasis. EFEsalud ha hablado con él

El doctor Miguel Martín recibe a EFEsalud en la sede de la SEOM/EFE/Juan Carlos Hidalgo

El actual presidente de la SEOM, Miguel Martín, ha subrayado que "nos encontramos en una época muy dulce" porque cada vez hay más tratamientos y se prolonga la supervivencia de muchos tumores; incluso, "estamos vislumbrando la cura de los tumores metastásicos, algo que hace unos años era totalmente inviable".

Miguel Martín ha tomado el relevo hace un mes a la doctora Pilar Garrido al frente de la SEOM. En su trayectoria profesional figura, entre otros trabajos, ser el fundador del Grupo

Redacción Médica
A la vanguardia de la información sanitaria

Expertos consensuan la supervivencia a largo plazo como el valor de la Inmuno-Oncología

En este proyecto han intervenido 101 oncólogos, farmacéuticos y economistas de la salud

Viernes, 04 de diciembre de 2015, a las 17:13

Redacción. Madrid

La llegada de la inmunoterapia a la lucha contra el cáncer establece nuevas necesidades en la evaluación de los tratamientos oncológicos. Por ello, para consensuar las mejores pautas para la aplicación de la inmuno-oncología, Bristol-Myers Squibb (BMS) ha puesto en marcha el Proyecto Espada, una iniciativa en la que han participado 101 expertos de los tres principales especialistas implicados en el uso de fármacos inmuno-oncológicos: oncólogos, farmacéuticos de hospital y economistas de la salud.

El estudio, que se ha presentado en los congresos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y de la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados (ISPOR), está basado en un cuestionario aplicado a la Metodología Delphi, y ha obtenido tres puntos principales de consenso.

CADENA SER

Ejercicio y cáncer de mama, superación entre zapatillas de running

Ana Lluch, jefa de Hematología y Oncología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, admite que "la actividad física en mujeres que han pasado este tipo de tumores puede disminuir el riesgo de tener una recaída"

Un lagarto saluda, un "hola" y un bolardo algo marcan el comienzo de la carrera de Agustí. "Vamos a empezar", admite. Son las once de la mañana. El cuenta kilómetros de la cinta de correr se enciende. "No pretendo ser una atleta, ni correr la maratón de Nueva York, sólo quiero sentirme bien", reconoce. Después de meses de trabajo de acondicionamiento físico general, acompañada por un profesional del ejercicio, ha conseguido reunir el estado de forma necesario para que

EL GLOBAL

Roche y SEOM becan a investigadores para formarse en el extranjero

EL GLOBAL
Madrid

La Fundación SEOM, en colaboración con Roche, ha entregado dos becas de formación, por valor de 70.000 euros cada una, para que investigadores españoles puedan permanecer durante dos años en centros de referencia extranjeros. En esta ocasión, los premia-

epsocial

'Carretera y manta', la 'road movie' en honor de las supervivientes de cáncer de mama

Directorio Sociedad Oncología Investigación Junta Directiva

MADRID, 18 Dic. (EUROPA PRESS) -

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y Bristol-Myers Squibb han presentado el resultado final de 'Carretera y manta', una 'road movie' protagonizada por cuatro pacientes y supervivientes de cáncer de mama que recorrieron el oeste de este país liderado por la cantante Mali.

'Carretera y manta' es el nombre de la campaña llevada a cabo en los últimos meses, por la que cuatro pacientes (Carmen, Eva, Azucena y Gemma) se han puesto por primera vez detrás de las cámaras para vivir un viaje por carretera en el que han demostrado que, gracias al espíritu de superación, han sido capaces de dejar atrás los momentos duros para llenar la maleta de energía positiva, solidaria y ganas de aportar esperanza. Además, la cantante española ha sido la encargada de poner la banda sonora al video con su último single 'Quiero'.

EL ESPAÑOL

EL BLOG DEL SUSCRIPTOR

Si tienes cáncer, cuidado con el herbolario

Por mucho que les acompañe la etiqueta "natural", muchos tratamientos no sólo no ayudan a mejorar el pronóstico de los tumores también pueden interferir en su curación.

7DM SIETE DÍAS MÉDICOS
revista de atención primaria

Un tercio de la población tendrá cáncer

Como antesala al Día Mundial del Cáncer, el 4 de febrero, SEOM presente Las Cifras del Cáncer en España 2016 y el vídeo Los ensayos clínicos, una oportunidad para los pacientes .

Actualmente, una tercera parte de la población española es paciente de cáncer y esta cifra va en aumento. Teniendo en cuenta las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas, la SEOM estima que en el año 2020 habrá 246.713 casos nuevos de cáncer, de los que 97.715 serán mujeres y 148.998 varones, cifras que se recoge en informe SEOM "Las cifras del cáncer en España 2016".

Las cifras del cáncer en España son estimas cada año por la Sociedad utilizando la información más fidedigna disponible en el momento y se presentan en torno al Día Mundial del Cáncer, que se celebra actualmente cada 4 de febrero. En esta ocasión tenemos las últimas cifras sobre incidencia, prevalencia y mortalidad de los cánceres más frecuentes que se han producido en España y hemos calculado una predicción para el año 2020.

Los tumores más frecuentemente diagnosticados para la población en España en el año 2012 fueron el cáncer de colon (32.240 casos nuevos), seguido del cáncer de próstata (27.850 casos nuevos), pulmón (26.215 casos nuevos), mama (25.215 casos nuevos) y vejiga (15.786 casos nuevos). Sin embargo, si lo analizamos por sexos, el tumor más frecuentemente diagnosticado en el varón es el de próstata y en la mujer el de mama.

Los casos que más anualmente se diagnostican en varones en España/por año fueron

iSanidad
Lo mejor de la Sanidad

Los biosimilares reducirán el coste de los tratamientos, pero los oncólogos reclaman poder determinar su uso

El coste del tratamiento contra el cáncer se podrá reducir gracias a la aparición de medicamentos biosimilares de anticuerpos monoclonales, tal y como reconoce la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), pero desde el organismo subrayan formar parte del proceso de decisión de su uso y defienden el hecho de que sólo deben intercambiarse "por orden médica".

En un posicionamiento publicado el pasado jueves, la sociedad científica ha defendido el uso de los biosimilares: "*La llegada de biosimilares de anticuerpos en Oncología es bienvenida por el potencial de reducción de coste de los tratamientos*", ya que "*de manera indirecta*" puede "*promover la innovación*" en este campo, argumentan.

Sin embargo, destacan la necesidad de que el oncólogo "*tenga parte del proceso de decisión, en base a la evidencia pre-existiva, analítica y clínica*", dada la singularidad y complejidad de la biología del cáncer y la multiplicidad de mecanismos de acción de los anticuerpos monoclonales

DEFENSOR DEL PUEBLO

EL DEFENSOR AL DÍA

El Defensor del Pueblo prepara un **estudio** sobre la **protección** social de los **enfermos de cáncer**

EL DEFENSOR DEL PUEBLO PREPARA UN ESTUDIO SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS ENFERMOS DE CÁNCER

elDía

Los oncólogos reclaman sanidad universal

DIARIO MEDICO

ESTUDIO DE PREVISIONES DE LA SEOM

En 2020 habrá casi un 9% más de nuevos casos y muertes anuales por cáncer

DIARIO MEDICO

Ruth Vera

Ruth Vera, vicepresidenta de SEOM y jefa del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona, ha respondido con motivo del Día Mundial contra el Cáncer.

EL MUNDO

¿Qué deben comer los pacientes con cáncer?

Hace unas semanas, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba del riesgo de cáncer asociado al abuso de la carne roja, se ponía de manifiesto una vez más el papel de la dieta en la prevención del cáncer. Pero, ¿y una vez ya diagnosticados? ¿Qué deben comer los pacientes oncológicos? ¿Hay algún alimento que beneficie a las terapias, alguno que se deba evitar...?

Como explica a EL MUNDO la doctora Paula Jiménez Fonseca, oncóloga especialista en Nutrición, el papel de la dieta está mejor establecido en el terreno de la prevención (se calcula que hasta un 42% de los tumores podrían evitarse con cambios en el estilo de vida). Sin embargo, añade a continuación esta especialista del Hospital Central de Asturias, una vez diagnosticado el tumor los alimentos también tienen un importante papel. Sobre todo para tolerar mejor los tratamientos y prevenir la desnutrición que afecta a un porcentaje importante de pacientes

TELECINCO.es

informativostelecinco.com

Solo uno de cada cuatro pacientes con cáncer gástrico sigue libre de enfermedad después de 5 años

En los últimos años se han logrado diversos avances en el tratamiento del cáncer gástrico pero sigue siendo una de los tumores más frecuentes y con riesgo elevado de recaídas, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), ya que solo un 25 por ciento de los pacientes sigue libre de enfermedad después de 5 años del diagnóstico y el tratamiento.

"Es un problema sanitario de primer orden", denuncian los oncólogos en el marco de su campaña de concienciación 'En Oncología cada avance se escribe con mayúsculas', que en diciembre se centra en este tumor que representa la quinta causa de muerte por cáncer en el hombre y la sexta en la mujer, con más de 56.000 fallecimientos anuales en Europa.

En las últimas décadas se ha producido una disminución en su incidencia en países occidentales, aunque con un incremento relativo en la frecuencia de los adenocarcinomas localizados en el cardias y la unión esofagogástrica.

Los pacientes que debutan con estadios precoces se tratan con cirugía curativa y suelen recibir quimioterapia perioperatoria o bien quimioradioterapia adyuvante pero "muchos de ellos recaen", según la SEOM.

Y cuando la enfermedad se extiende en estadios localmente avanzado o metastásicos (lo que ocurre en dos terceras partes), el pronóstico es desfavorable, con medianas de supervivencia en torno a los 12 meses. En estos casos el objetivo del tratamiento es principalmente paliativo, aunque en la última década se han producido avances para "mejorar el pronóstico en todos los estadios y vislumbrar un aumento de la supervivencia en el futuro".

A principios del año 2006, por medio de metaanálisis de estudios aleatorizados, se confirmó que la poliquimioterapia es superior al empleo de agentes únicos en términos de respuestas y supervivencia, a expensas de un aumento de la toxicidad

ConSalud.es

El cáncer gástrico causa más de 56.000 fallecimientos anuales en Europa

El cáncer gástrico es un problema sanitario de primer orden. Hoy en día representa la quinta causa de muerte por cáncer en el hombre y la sexta en la mujer, con más de 56.000 fallecimientos anuales en Europa. En las últimas décadas se ha producido una disminución en su incidencia en países occidentales aunque con un incremento relativo en la frecuencia de los adenocarcinomas localizados en el cardias y la unión esofagogástrica.

ABCdesevillaSociedad

La SEOM pide a organismos internacionales un protocolo común en el uso de biosimilares

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA), al igual que otras agencias internacionales, regula cuál es el grado de similitud que debe tener un biosimilar con su biológico de referencia, y propone una serie de **procedimientos analíticos, biológicos preclínicos, clínicos y de farmacovigilancia** que permiten establecer dicha similitud. También existe legislación en nuestro país que regula el uso de dichos fármacos, sin embargo, las guías de las distintas administraciones internacionales no son idénticas, y hay todavía diversas cuestiones en este campo que no quedan totalmente claras y sobre las que se dan posiciones en ocasiones enfrentadas. Por todo esto, la SEOM ha elaborado un documento de posicionamiento sobre la incorporación de biosimilares en el campo de la oncología médica, con un foco particular en el caso de los **anticuerpos monoclonales** en el que se establecen los siguientes puntos:

1.- **La fase analítica** (la Comparabilidad Cualitativa) es esencial en el inicio del desarrollo de biosimilares por ello consideran que en esta fase deben exigirse los **máximos grados de similitud** técnicamente alcanzables en el caso de los biosimilares antitumorales. En este sentido reclaman que en estos protocolos se concreten los rangos de variación asumibles y que sólo los biosimilares que ofrezcan resultados de similitud aceptados en todos los parámetros analizados (incluido el perfil de glicosilación, fucosilación..., que pueden influir sobre la respuesta inmunitaria), pudieran ser considerados para un desarrollo

Recortes de **Prensa**

Men'sHealth

Dile a la gran C que se vaya a la M

Esta enfermedad mortal va camino de tenernos algo más que la jodienda. Es hora de contraatacar

Cáncer de próstata
21,7%

Cáncer de pulmón
+16,9%

Cáncer colorr
+15%

EL 80% DE LOS CÁNCERES DE PRÓSTATA SE DIAGNOSTICAN PRECOZMENTE, POR LO QUE LA MORTALIDAD DE ESTE TUMOR ES BASTANTE BAJA

Mujer hoy

CUERPO & ALMA

Que nada te PARE

Si padeces cáncer de mama, hacer ejercicio adaptado a tu situación te ayudará a superar la enfermedad

UNA GUÍA A MEDIDA

EN CIFRAS
42%

radio INTERECONOMÍA

SALUD CÁNCER -Madrid- El nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Miguel Martín, resalta, en una entrevista a EFE, que de las elecciones del 20D espera que salga una estructura política capaz de entenderse y apostar por una sanidad pública gratuita y ecuánime.

LA VANGUARDIA

Solo uno de cada cuatro pacientes con cáncer gástrico sigue libre de enfermedad después de 5 años

MADRID, 9 (EUROPA PRESS)

En los últimos años se han logrado diversos avances en el tratamiento del cáncer gástrico pero sigue siendo uno de los tumores más frecuentes y con riesgo elevado de recaídas, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), ya que solo un 25 por ciento de los pacientes sigue libre de enfermedad después de 5 años del diagnóstico y el tratamiento.

"Es un problema sanitario de primer orden", denuncian los oncólogos en el

MESA DE SALUD tve

SABER tve VIVIR

Tenemos buenas noticias sobre el cáncer

Las cifras del cáncer en el mundo

Código europeo contra el cáncer

"Nosotros podemos, yo puedo"

ABC Salud - Sanidad

Más cerca de un marcador útil para el cribado en cáncer de ovario

Nuestros "Trending Topics" en twitter

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica
www.seom.org

@_SEOM
Twitter oficial de la Sociedad Española de Oncología Médica. Docencia, asistencia, investigación en cáncer y apoyo al paciente.

TWEETS	SEGUIDORES
12,1 K	10,4 Kv

#Fumar ya no está de moda, no es sexy, no relaja, es caro, sucio y agente causal de 11 tumores vía @_SEOM #Cáncer

RETWEETS 76 ME GUSTA 38
11:27 - 23 ene. 2016
TOP 1

Aún no has visto #carreteraymanta? unete a la investigación en cáncer de mama con @_MaluOficial_ y @buckler00 youtube.com/watch?v=48YJWw …

RETWEETS 27 ME GUSTA 38
9:18 - 1 ene. 2016
TOP 2

Usalo como fuente #periodista Las cifras del cáncer en España 2016 shar.es/14XXMu

RETWEETS 18 ME GUSTA 16
6:44 - 7 feb. 2016
TOP 3

¿Cómo cuidar a un ser querido con #cancer"? Este libro te puedo ayudar: cuidarenoncologia.es/Assets/docs/es… #CuidarenOncologia

RETWEETS 17 ME GUSTA 7
13:15 - 4 ene. 2016
TOP 4

La participación en un ensayo clínico d Oncología puede suponer la mejor opción disponible xa un paciente youtu.be/E0jOoUVhYx0

YouTube

Los Ensayos Clinicos, una oportunidad para el paciente - DM Cancer 16
Los ensayos clínicos son fundamentales para avanzar en el tratamiento y curación de diversas enfermedades, especialmente en el cáncer. Por ello, este año des...
Ver en la web

RETWEETS 17 ME GUSTA 6
4:43 - 7 feb. 2016
TOP 5

La investigación de nuevos fármacos contra el cáncer se ha incrementado progresivamente en los últimos años diariomedico.com/2016/01/19/are…

RETWEETS 16 ME GUSTA 6
8:06 - 20 ene. 2016
TOP 6

OMS - Nuevo decálogo para reducir al mínimo el riesgo de cáncer ow.ly/Xxk0Y

RETWEETS 16 ME GUSTA 6
2:22 - 28 ene. 2016
TOP 7

SEOM actualiza 13 guías clínicas para incorporar los últimos avances ow.ly/XmETT vía Publicación de Oncología

RETWEETS 16 ME GUSTA 5
10:29 - 24 ene. 2016
TOP 8

España carece de sistemas de medición de resultados de salud además de no tener historia de salud única

RETWEETS 13 ME GUSTA 5
10:36 - 18 ene. 2016
TOP 9

seom.org/es/prensa/el-c… Las cifras del cáncer en España 2016

RETWEETS 13 ME GUSTA 4
8:16 - 2 feb. 2016
TOP 10

LO MÁS DESTACADO EN twitter

DURANTE NUESTRO CONGRESO #SEOM2015

01 REPERCUSIÓN

#SEOM2015	#SEOM2014
• **N° tuits** que han utilizado el **hashtag #SEOM2015:** ▸▸▸1.954	• **N° tuits** que han utilizado el **hashtag #SEOM2014:** ▸▸▸1.825
• **N° impresiones*:** ▸▸▸3.654.904	• **N° impresiones*:** ▸▸▸2.954.381
• **N° perfiles alcanzados con el HT:** ▸▸▸392.018	• **N° de participantes** que utilizaron **el HT durante el congreso:** ▸▸▸416
• **N° de participantes** que utilizaron **el HT durante el congreso:** ▸▸▸400	

(*N° de impresiones = Tuits por perfiles por n° de seguidores de los perfiles)

02 CONTENIDOS CON MAYOR ALCANCE

Mayor n° de Tuits, RT, comentarios...

- Ponencia "Dificultad en el acceso a fármacos en oncología y presentación del estudio SEOM".
- Ponencia "Investigación académica a debate".
- Sesiones de Diálogos SEOM "Profesional y paciente en la misma piel".
- Acceso de los pacientes a los ensayos clínicos.
- Sesión multidisciplinar SEOM – CEEM para estudiantes de medicina.
- Iniciativa Aula de cáncer de mama.
- Cáncer de pulmón.
- Diversos desafíos de la oncología médica.

Análisis cualitativo en base a los datos proporcionados por la herramienta TweetReach.

03 LOS TUITS CON MÁS IMPACTO

POR NÚMERO DE IMPRESIONES:

@redaccionmedica
"...la enfermera clínica de #cáncermama, clave para optimizar recursos"..

@escpacientes
"...Hoy estamos en #SEOM2015 para contar la experiencia del aula de #cancermama y la gran labor de nuestras formadoras".

@Todo_Salud
"..En Oncología 2.0 podrás conocer novedades digitales aplicadas al ámbito oncológico".

POR RETUITS RECIBIDOS:

@_SEOM ▸▸50 RETWEETS
"...los Oncólogos no podemos permitir que el acceso a fármacos oncológicos sea una cuestión de suerte".

@GEICAM ▸▸20 RETWEETS
"...Sin financiación no hay investigación académica. Sin investigación no hay avances en calidad vida paciente oncológico".

@javierDcastro ▸▸16 RETWEETS
"...Si hay un IPT el resto de comisiones solo crean barreras. Por qué no hacer aprobaciones provisionales?".

Análisis cualitativo en base a los datos proporcionados por la herramienta TweetReach.

04 PERFILES DESTACADOS

SEOM @_seom	**Javier de Castro** @javierdcastro	**GEICAM** @GEICAM	**FACTAM** @factam_ss	@miazqui
@Angeleslop	@analvrz	**AEACaP** @AEACaP	**SEOM** @MAyteBrea	**ceem** @_CEEM

Ranking elaborado en función de la actividad (mayor número de tweets) de cada perfil. Datos extraídos de la herramienta TweetReach.

05 PONENTES DEL CONGRESO CON MAYOR REPERCUSIÓN

Ana Casas Fernández de Tejerina.
Oncóloga del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Miguel Martín Jiménez.
Presidente de SEOM.
Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Pilar Garrido.
Expresidenta de SEOM.
Presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) y jefa de Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Eduardo Díaz-Rubio García.
Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina, catedrático y Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Análisis cualitativo en base a los datos proporcionados por la herramienta TweetReach.

06 INICIATIVAS DE SEOM MÁS COMENTADAS

- Sesión abierta a pacientes en el marco de los Diálogos SEOM.
- Proyecto Oncología 2.0 (desarrollado conjuntamente con Campus Sanofi).
- 8° Concurso SEOM de Casos Clínicos.

Análisis cualitativo en base a los datos proporcionados por la herramienta TweetReach.

07 DEBATES DESTACADOS CON EL HASHTAG

TEMA MÁS DESTACADO EN TWITTER.

La dificultad en el acceso a fármacos oncológicos por parte de los pacientes.
Debate moderada por la expresidenta de SEOM, Pilar Garrido, y el actual presidente, Miguel Martín.

La gestión de ensayos clínicos en oncología y la sesión de Diálogos SEOM.

Análisis cualitativo en base a los datos proporcionados por la herramienta TweetReach.