SEOM 2022 al día
CerCando al CánCer

ESTE PERIÓDICO SE DISTRIBUYE GRACIAS A LA COLABORACIÓN DE:
janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

Sociedad Española de Oncología Médica | www.seom.org | Jueves, 20 de octubre de 2022

Europa invertirá 378,2 millones de euros en investigación y prevención del cáncer

El Dr. Josep Tabernero, la Dra. María Garassino y el Dr. Jesús Corral participan en la sesión Plenaria

Europa invertirá 378,2 millones de euros en investigación y prevención del cáncer con el objetivo de salvar tres millones de vidas en la próxima década. Así lo expondrá el Dr. Josep Tabernero, presidente de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) entre 2018 y 2019, durante la sesión Presidencial que se celebra hoy.

También participarán la Dra. María Garassino, quien abordará cómo los oncólogos médicos pueden lograr una carrera exitosa, y el Dr. Jesús Corral, quien ofrecerá su testimonio en su doble condición de oncólogo y paciente.

2

Una nueva visión del cáncer en Europa, cómo lograr una carrera profesional exitosa y Soy oncólogo, soy paciente, los temas de la Presidencial.

Más investigación, inmunoterapia y terapias más activas y selectivas en pulmón

Dr. Paz-Ares. Dr. de Castro. Dr. Glez. Larriba.

La primera sesión de pulmón profundizará en el cáncer microcítico de pulmón y mesotelioma, la segunda planteará la incorporación de la inmunoterapia a los estadios precoces, y la tercera presentará expectativas de cara al futuro en CPNM avanzado buscando terapias más activas y selectivas.

6

Próstata, vejiga, tumores germinales y renal, revisión en cáncer genitourinario

Dra. Méndez. Dr. Vázquez. Dr. Arranz.

La primera de las tres mesas de cáncer genitourinario se centra en próstata. Avances en biología molecular y biomarcadores en cáncer de vejiga protagonizan la segunda sesión, y en la tercera se revisará el estado actual del cáncer renal y de los tumores germinales.

8

Repaso integral al presente y futuro en cáncer ginecológico

Dr. González. Dr. Redondo.

10

TROMBOSIS
Los eventos trombóticos, un problema creciente 14

TECNOLOGÍA
Estar al día en avances tecnológicos, un reto 14

BIOÉTICA
Eutanasia en Oncología, realidad y dificultades 15

ASAMBLEA
Balance de actividades del último año de SEOM 4

BECAS
Hoy se entregan las Becas SEOM 2022 16

LIBTAYO® (cemiplimab)

Simposio SEOM2022

Café con...

sanofi
Pulmón avanzado

LA EVIDENCIA QUE EMPODERA EL CAMBIO

NUEVOS DATOS DE LIBTAYO® (CEMIPLIMAB) EN MONOTERAPIA EN CPNM PDL1 ≥50%

Con la participación del Dr. González Larriba, el Dr. Cobo y la Dra. Reguart.

Le esperamos el jueves 20 de Octubre de 2022 a las 18:00h en SALA ESCUDO del Hotel Meliá Castilla

Ver Ficha Técnica

(▼) Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

CPNM: Cáncer de pulmón no microcítico; **QT:** Quimioterapia; **SG:** Supervivencia global; **SLP:** Supervivencia libre de progresión.

Referencias: 1. Özgüroğlu M, Kilickap S, Sezer A, *et al.* Three-year Survival Outcome and Continued Cemiplimab Beyond Progression with the Addition of Chemotherapy for Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer with PD-L1 ≥50%: The EMPOWER-Lung 1 Trial. Presentado en Congreso ESMO 2022, celebrado en Paris del 9-13 Septiembre de 2022 (#LBA54).

MAT-ES-2202794 Septiembre 2022

sanofi REGENERON

© 2022 sanofi-aventis LLC and Regeneron Pharmaceuticals, Inc. All rights reserved.

SESIÓN PRESIDENCIAL

AGENDA DEL DÍA

AUDITORIO

10:00-11:15h **SESIÓN PRESIDENCIAL**
CerCando al CánCer

Así lo expondrá el Dr. Josep Tabernero, presidente de ESMO en 2018-2019, en la sesión Presidencial

Europa invertirá 378,2 millones de euros en investigación y prevención del cáncer para salvar tres millones de vidas en la próxima década

Redacción **SEOM**

Europa invertirá 378,2 millones de euros en investigación y prevención del cáncer con el objetivo de salvar tres millones de vidas en la próxima década. Así lo expondrá el **Dr. Josep Tabernero**, presidente de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) entre 2018 y 2019, durante la sesión Presidencial del Congreso SEOM2022, que se celebra hoy. El Dr. Tabernero detallará cómo será la estrategia europea de lucha contra el cáncer y, recalca, la lucha contra la enfermedad oncológica es una de las misiones prioritarias del continente. Muestra de ello es el lanzamiento del Europe's Beating Cancer Plan.

Dr. Josep Tabernero.

Dra. Marina Garassino.

Dr. Jesús Corral.

Además de la nueva visión del cáncer que se va a emprender en Europa, la sesión Presidencial de SEOM22, moderada por la **Dra. Enriqueta Felip**, presidente de SEOM, y por el **Dr. César Rodríguez**, vicepresidente de SEOM, con el lema *CerCando al CánCer*, abordará también cómo pueden lograr los oncólogos médicos una carrera profesional exitosa y la experiencia de un oncólogo médico cuando se convierte en paciente.

"Europa apuesta, al igual que se hizo en EE. UU con el programa Moonshot, por centrar esfuerzos presupuestarios y estratégicos e impulsar la investigación y la prevención del cáncer. La Misión Cáncer propone como objetivo global lograr avances en la próxima década que permitan salvar al menos tres millones de vidas en Europa, a través de una mejor prevención, cura y calidad de vida", indica el Dr. Tabernero, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall D'Hebron, de Barcelona.

La Misión tiene tres pilares. El primero es la mejora del control del cáncer, mientras que el segundo tiene como objetivo posicionar a ciudadanos y pacientes en el centro de la investigación y la innovación. El tercero pretende darles a la investigación y a la innovación un rol central en el diseño de nuevas políticas mediante el apoyo al Europe's Beating Cancer Plan.

En términos de presupuesto, como señala el Dr. Tabernero, el Programa Horizonte Europa ha destinado 378,2 millones de euros en fondos semilla para el periodo 2021-23 para apoyar la implementación de la Misión promoviendo diversas iniciativas mediante convocatorias por concurrencia competitiva. Entre otras, destacan la implementación de la plataforma UNderstanding CANcer (UNCAN.eu), el establecimiento de infraestructuras de cáncer integrales (como las comprehensive cancer infrastructures, CCI4EU) o la creación del centro europeo digital del paciente con cáncer.

NUEVOS PARADIGMAS DEL CONOCIMIENTO

"La plataforma UNCAN.eu tiene como objetivo identificar líneas de investigación en Oncología a priorizar en el periodo 2021-27 e impulsar la creación de una plataforma europea de datos que aglutine las redes e infraestructuras existentes y optimice su uso. Se prevé que ello permita establecer nuevos paradigmas en el conocimiento de los mecanismos de fisiopatología y respuesta a terapia del cáncer que permitan identificar nuevos biomarcadores para una mejor prevención y detección precoz de la enfermedad, diseñar nuevas estrategias terapéuticas para optimizar el tratamiento de los pacientes y mejorar la calidad de vida de los supervivientes y su entorno", explica el Dr. Tabernero.

> **La apuesta europea contra el cáncer, la visión de un oncólogo convertido en paciente y claves para lograr una carrera profesional académica exitosa protagonizan la sesión Presidencial**

En paralelo, se pretende acelerar la implementación de estos avances para que, en 2030, un 90% de los pacientes en Europa sean tratados en centros integrales de cáncer (comprehensive cancer centers). Para ello, la iniciativa CCI4EU llevará a cabo un mapeo y evaluación de las infraestructuras existentes en Europa y diseñará intervenciones adaptadas que permitan aumentar el nivel de desarrollo de capacidades de los centros y equilibrar las desigualdades existentes en cuanto a formación, investigación y asistencial.

En este contexto, como subraya el Dr. Tabernero, España debe reforzar sus áreas de liderazgo y alinear las políticas que se están estableciendo a nivel nacional con las europeas, previstas dentro de la Misión del Cáncer. "El acceso a fondos ligados al Programa Horizonte Europa, Digital Europe o EU4Health, así como al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (que canaliza los fondos Next Generation EU) permitirá priorizar la investigación cooperativa más competitiva y situar la investigación del cáncer en Europa en un escenario optimista", anuncia.

Por su parte, la **Dra. Marina Garassino**, de la Sección de Oncología/Hematología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chicago (EEUU), abordará en su intervención cómo pueden lograr los oncólogos médicos una carrera profesional exitosa.

HUMANIZAR LA ONCOLOGÍA MÉDICA

Por último, el **Dr. Jesús Corral**, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, ofrecerá su testimonio en su doble condición de profesional sanitario y paciente. Como destaca, "esta ponencia nada tiene que ver con el contenido habitual de un Congreso nacional de Oncología Médica, o más allá, con el discurso habitual del ponente, dedicado al tratamiento de los tumores torácicos. Esta ponencia trata de poner de manifiesto la necesidad de transformar a la especialidad de Oncología Médica, hoy día, convertida en paradigma de la Medicina personalizada, en ejemplo también de la Medicina humanizada".

Para ello, como señala, "a través del relato de una historia personal de superación de una neoplasia hematológica, repleta de laberintos –ha hablado de miedos, de pérdida de libertad, de incertidumbre e, incluso, del deseo de morir–, necesitada de palabras –sobre todo, de apoyo psicoemocional, descubriendo la alegría de la fe, con el aprendizaje de que se puede ser buen médico desde muchas perspectivas–, y haciendo frente a múltiples retos de vida personal y/o profesional, he dado un testimonio, real y sincero, de la necesidad de trabajar con empatía, en equipo, buscando la confianza y el abandono desinteresado, con el máximo respeto de la integridad del paciente y su familia".

Porque, como subraya, "ser un buen oncólogo –y por qué no, un oncólogo de éxito– y estar a la vanguardia de los avances tecnológicos y/o terapéuticos, por y para el beneficio de los pacientes, nunca debe ser incompatible con ser un médico humano, que comunique comprensión y evite la impotencia ante el sufrimiento ajeno".

Xtandi™ enzalutamida

COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA[1]

Primer y único fármaco con 4 indicaciones aprobadas en todo el espectro del cáncer de próstata avanzado[1]

Xtandi™ multiplica sus indicaciones

YA DISPONIBLE

CPHSm	CPRCnm	CPRCm	CPRCm
de novo y recurrente alto y bajo volumen[1]	de alto riesgo[1]	pre-quimioterapia[1]	post-quimioterapia[1]
ARCHES[3] ENZAMET[4,5]	PROSPER[6,7]	PREVAIL[8] STRIVE[9] TERRAIN[10]	AFFIRM[11]

Xtandi™ enzalutamida + TDA

¿POR QUÉ ESPERAR? **EMPIECE CON XTANDI™**

PARA CONTROLAR LA PROGRESIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO†1

astellas ONCOLOGY

†El cáncer de próstata avanzado comprende los estadios de CPHSm, CPRCnm y CPRCm. **CPHSm:** Cáncer de Próstata Hormonosensible metastásico; **CPRCm:** Cáncer de Próstata Resistente a la Castración metastásico; **CPRCnm:** Cáncer de Próstata Resistente a la Castración no metastásico; **TDA:** Terapia de Deprivación Androgénica. **1.** Ficha técnica de Xtandi™. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/113846002/FT_113846002.pdf. Último acceso: 10/2022. **2.** https://www.prnewswire. com/news-releases/xtandi-enzalutamide-approved-by-us-fda-for-thetreatment-of-metastatic-castrationsensitive-prostate-cancer-300975657.html. html. Último acceso: 10/2022. **3.** Armstrong AJ, et al. J Clin Oncol. 2019;37(32):2974–2986. **4.** XTANDI EPAR assessment report, September 2018. European Medicines Agency. Available online at https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/xtandi-h-c-2639-ii-0047-g-epar-assessment-report-variation_en.pdf. Último acceso: 10/2022. **5.** Davis ID, et al. N Engl J Med. 2019;381(2):121–31. **6.** Hussain M, et al. N Engl J Med. 2018;378(26):2465–74. **7.** Sternberg CN, et al. N Engl J Med. 2020;382(23):2197-2206. **8.** Beer TM, et al. N Engl J Med. 2014;371(5):424–33. **9.** Penson DF, et al. J Clin Oncol. 2016;34(18):2089–106. **10.** Shore ND, et al. Lancet Oncol. 2016;17(2):153–63. **11.** Scher HI, et al. N Engl J Med. 2012;367(13):1187–97. MAT-ES-XTD-2022-00178. MAT-ES-XTD-2022-00178 Elaboración octubre 2022

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Xtandi 40 mg comprimidos recubiertos con película. Xtandi 80 mg comprimidos recubiertos con película. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Xtandi 40 mg comprimidos recubiertos con película. Cada comprimido recubierto con película contiene 40 mg de enzalutamida. Xtandi 80 mg comprimidos recubiertos con película. Cada comprimido recubierto con película contiene 80 mg de enzalutamida. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Xtandi 40 mg comprimidos recubiertos con película. Comprimidos recubiertos con película, redondos, de color amarillo, con el grabado "E 40". Xtandi 80 mg comprimidos recubiertos con película. Comprimidos recubiertos con película, ovalados, de color amarillo, con el grabado "E 80". **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Xtandi está indicado para: • el tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) en combinación con la terapia de deprivación de andrógenos.*• el tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) no metastásico de alto riesgo.* • el tratamiento de hombres adultos con CPRC metastásico que sean asintomáticos o levemente sintomáticos tras el fracaso del tratamiento de deprivación de andrógenos en los cuales la quimioterapia no está aún clínicamente indicada. • el tratamiento de hombres adultos con CPRC metastásico cuya enfermedad ha progresado durante o tras el tratamiento con docetaxel. **4.2 Posología y forma de administración.** El tratamiento con enzalutamida debe ser iniciado y supervisado por un médico especialista con experiencia en el tratamiento de cáncer de próstata. Posología. La dosis recomendada es de 160 mg de enzalutamida (cuatro comprimidos recubiertos con película de 40 mg o dos comprimidos recubiertos con película de 80 mg) en una sola dosis diaria oral. Se debe mantener la castración médica con un análogo de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH, por sus siglas en inglés) durante el tratamiento en los pacientes no sometidos a castración quirúrgica. Si un paciente olvida tomar Xtandi a la hora habitual, la dosis prescrita se debe tomar lo más cerca posible a la hora habitual. Si un paciente olvida la dosis durante un día entero, el tratamiento se debe reanudar al día siguiente con la dosis diaria habitual. Si un paciente presenta toxicidad de grado ≥ 3 o una reacción adversa intolerable, se debe suspender la administración durante una semana o hasta que los síntomas mejoren a grado ≤ 2, y posteriormente restablecer la misma dosis o una dosis reducida (120 mg o 80 mg), siempre que esté justificado. *Uso concomitante con inhibidores potentes del CYP2C8.* Se debe evitar el uso concomitante de inhibidores potentes del CYP2C8 siempre que sea posible. Si se debe administrar simultáneamente a los pacientes un inhibidor potente del CYP2C8, la dosis de enzalutamida se debe reducir a 80 mg una vez al día. Si se suspende la administración simultánea del inhibidor potente del CYP2C8, se debe volver a la dosis de enzalutamida utilizada antes de empezar a administrar el inhibidor del CYP2C8 (ver sección 4.5). *Personas de edad avanzada.* No es necesario ajustar la dosis en pacientes de edad avanzada. *Insuficiencia hepática.* No es necesario ajustar la dosis en los pacientes con insuficiencia hepática leve, moderada o grave (clase A, B o C de Child-Pugh, respectivamente). Sin embargo, se ha observado un aumento de la semivida de enzalutamida en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver la sección 4.4). *Insuficiencia renal.* No es necesario ajustar la dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se recomienda precaución en los pacientes con insuficiencia renal grave o enfermedad renal terminal (ver sección 4.4). *Población pediátrica.* El uso de enzalutamida en la población pediátrica para la indicación de tratamiento de hombres adultos con CPRC y CPHSm no es apropiado. Forma de administración. Xtandi se administra por vía oral. Los comprimidos recubiertos con película no se deben partir, triturar ni masticar; se deben tragar enteros con agua y se pueden tomar con o sin alimentos. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1. Mujeres embarazadas o que puedan quedarse embarazadas (ver las secciones 4.6 y 5.6). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Riesgo de crisis epilépticas. El uso de enzalutamida se ha asociado con crisis epilépticas (ver sección 4.8). La decisión de continuar el tratamiento en pacientes que desarrollen crisis epilépticas se debe considerar caso por caso. Síndrome de encefalopatía posterior reversible. Se han notificado casos raros de síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR) en pacientes que estaban recibiendo Xtandi (ver sección 4.8). SEPR es un trastorno neurológico, raro, reversible, que se puede presentar con síntomas que evolucionan rápidamente, incluyendo crisis epiléptica, cefalea, confusión, ceguera, y otras alteraciones visuales y neurológicas, con o sin hipertensión asociada. Un diagnóstico de SEPR requiere confirmación mediante técnicas de imagen cerebral, preferiblemente resonancia magnética (RM). Se recomienda interrumpir el tratamiento con Xtandi en los pacientes que desarrollen SEPR. Segundas neoplasias malignas primarias. Se han notificado casos de segundas neoplasias malignas primarias en pacientes tratados con enzalutamida en los ensayos clínicos. En los ensayos clínicos de fase 3, los eventos que se notificaron con mayor frecuencia en pacientes tratados con enzalutamida, y con una frecuencia mayor que con placebo, fueron cáncer de vejiga (0,3%), adenocarcinoma de colon (0,2%), carcinoma de células transicionales (0,2%) y carcinoma de células transicionales de la vejiga (0,1%). Se debe advertir a los pacientes de que acudan inmediatamente a su médico si notan signos de sangrado gastrointestinal, hematuria macroscópica u otros síntomas como disuria o urgencia urinaria durante el tratamiento con enzalutamida. Uso concomitante con otros medicamentos. Enzalutamida es un inductor enzimático potente y puede dar lugar a una pérdida de eficacia de muchos medicamentos de uso común (ver ejemplos en sección 4.5). Por lo tanto, cuando se inicia el tratamiento con enzalutamida se debe realizar una revisión de los medicamentos concomitantes. Generalmente, se debe evitar el uso concomitante de enzalutamida con medicamentos que sean sustratos sensibles de muchos enzimas o transportadores metabólicos (ver sección 4.5), si su efecto terapéutico es de gran importancia para el paciente, y si no se pueden realizar fácilmente ajustes de dosis basados en un seguimiento de la eficacia o de las concentraciones plasmáticas. Se debe evitar la administración simultánea con warfarina y anticoagulantes cumarínicos. En caso de que Xtandi se administre simultáneamente con un anticoagulante metabolizado por el CYP2C9 (tales como warfarina o acenocumarol), se deben realizar controles adicionales del Cociente Normalizado Internacional (INR, por sus siglas en inglés) (ver sección 4.5). Insuficiencia renal. Se debe administrar con precaución a pacientes con insuficiencia renal grave ya que enzalutamida no se ha estudiado en esta población de pacientes. Insuficiencia hepática grave. Se ha observado un aumento de la semivida de enzalutamida en pacientes con insuficiencia hepática grave, posiblemente relacionado con un aumento de la distribución tisular. Se desconoce la relevancia clínica de esta observación. Sin embargo, se prevé una prolongación del tiempo para alcanzar las concentraciones en estado estacionario, y se puede aumentar el tiempo para el efecto farmacológico máximo, así como el tiempo de inicio y la disminución de la inducción enzimática (ver sección 4.5). Enfermedad cardiovascular reciente. En los ensayos de fase 3 se excluyó a los pacientes con infarto de miocardio reciente (en los últimos 6 meses) o angina inestable reciente (en los últimos 3 meses), insuficiencia cardíaca de clase III o IV según la New York Heart Association (NYHA) excepto si la Fracción de Eyección Ventricular Izquierda (FEVI) ≥ 45%, bradicardia o hipertensión incontrolada. Esto se debe tener en cuenta si se prescribe Xtandi a estos pacientes. El tratamiento de deprivación androgénica puede producir una prolongación del intervalo QT. En pacientes con antecedentes o factores de riesgo de prolongación del intervalo QT, y en pacientes tratados con medicación concomitante que pueda producir una prolongación del intervalo QT (ver sección 4.5), los médicos deben evaluar la relación beneficio riesgo, incluyendo el riesgo potencial de Torsade de pointes, antes de iniciar el tratamiento con Xtandi. Uso con quimioterapia. No se ha establecido la seguridad ni la eficacia del uso concomitante de Xtandi con quimioterapia citotóxica. La administración simultánea de enzalutamida no muestra un efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de docetaxel intravenoso (ver sección 4.5); sin embargo, no se puede descartar un aumento de la aparición de neutropenia inducida por docetaxel. Reacciones de hipersensibilidad. Se han observado reacciones de hipersensibilidad con el tratamiento con enzalutamida (ver sección 4.8), que se manifiestan por síntomas que incluyen, aunque no exclusivamente, erupción o edema de cara, lengua, labio o faringeo. Se han notificado reacciones adversas cutáneas graves (RACG) con enzalutamida. En el momento de la prescripción, se debe informar a los pacientes de los signos y síntomas y vigilarles estrechamente por si aparecen reacciones cutáneas. Excipientes. Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por comprimido recubierto con película; esto es, esencialmente "exento de sodio". **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Posibilidad de que otros medicamentos modifiquen la exposición a enzalutamida. *Inhibidores del CYP2C8.* El CYP2C8 desempeña una función importante en la eliminación de enzalutamida y en la formación de su metabolito activo. Tras la administración oral a hombres sanos de gemfibrozilo (600 mg dos veces al día), un inhibidor potente del CYP2C8, el AUC de enzalutamida aumentó un 326%, mientras que la Cmáx de enzalutamida disminuyó un 18%. Para la suma de enzalutamida libre más el metabolito activo libre, el AUC aumentó un 77%, mientras que la Cmáx disminuyó un 19%. Se recomienda evitar o usar con precaución los inhibidores potentes del CYP2C8 (p. ej. gemfibrozilo) durante el tratamiento con enzalutamida. Si se debe administrar simultáneamente a los pacientes un inhibidor potente del CYP2C8, la dosis de enzalutamida se debe reducir a 80 mg una vez al día (ver sección 4.2). *Inhibidores del CYP3A4.* El CYP3A4 desempeña un papel secundario en el metabolismo de enzalutamida. Tras la administración oral a hombres sanos de itraconazol (200 mg una vez al día), un inhibidor potente del CYP3A4, el AUC de enzalutamida aumentó un 41%, mientras que la Cmáx se mantuvo. Para la suma de enzalutamida libre más el metabolito activo libre, el AUC aumentó un 27%, mientras que la Cmáx se mantuvo nuevamente. No es necesario ajustar la dosis al administrar Xtandi simultáneamente con inhibidores del CYP3A4. *Inductores del CYP2C8 y CYP3A4.* Tras la administración oral a hombres sanos de rifampicina (600 mg una vez al día), un inductor moderado del CYP2C8 y un inductor potente del CYP3A4, el AUC de enzalutamida más el metabolito activo disminuyó un 37%, mientras que la Cmáx no varió. No es necesario ajustar la dosis al administrar Xtandi simultáneamente con inductores del CYP2C8 o CYP3A4. Posibilidad de que enzalutamida modifique las exposiciones a otros medicamentos. *Inducción enzimática.* Enzalutamida es un inductor enzimático potente y aumenta la síntesis de muchos enzimas y transportadores; por lo tanto, se espera que haya interacción con muchos medicamentos comunes que sean sustratos de enzimas o transportadores. La reducción de las concentraciones plasmáticas puede ser sustancial, y puede dar lugar a una pérdida o reducción del efecto clínico. También hay un riesgo de que la formación de metabolitos activos aumente. Las enzimas que pueden ser inducidas incluyen el CYP3A en el hígado e intestino, CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19 y la uridina 5'-difosfo-glucuronosiltransferasa (UGTs - enzimas de conjugación glucurónica). Algunos transportadores también pueden ser inducidos, como por ejemplo la proteína 2 asociada a resistencia a múltiples fármacos (MRP2, por sus siglas en inglés) y el polipéptido transportador de aniones orgánicos 1B1 (OATP1B1). Los estudios *in vivo* han mostrado que enzalutamida es un inductor potente del CYP3A4 y un inductor moderado del CYP2C9 y CYP2C19. La administración simultánea de enzalutamida (160 mg una vez al día) con dosis orales únicas de sustratos sensibles del CYP a pacientes con cáncer de próstata dio como resultado una disminución de un 86% del AUC de midazolam (sustrato del CYP3A4), de un 56% del AUC de S-warfarina (sustrato del CYP2C9) y de un 70% del AUC de omeprazol (sustrato del CYP2C19). También pudo producirse una inducción de la UGT1A1. En un ensayo clínico en pacientes con CPRC metastásico, Xtandi (160 mg una vez al día) no mostró un efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de docetaxel administrado por vía intravenosa (75 mg/m2 mediante perfusión cada 3 semanas). El AUC de docetaxel disminuyó un 12% [razón media geométrica (GMR, por sus siglas en inglés) = 0,882 (IC 90%: 0,767, 1,02)], mientras que la Cmáx disminuyó un 4% [GMR = 0,963 (IC 90%: 0,834, 1,11)]. Se esperan interacciones con determinados medicamentos que se eliminan a través del metabolismo o del transporte activo. Se recomienda evitar o usar con precaución estos medicamentos, si su efecto terapéutico es de gran importancia para el paciente, y no se pueden realizar fácilmente ajustes de dosis basados en un seguimiento de la eficacia o de las concentraciones plasmáticas. Se sospecha que el riesgo de lesión hepática después de la administración de paracetamol es mayor en pacientes tratados concomitantemente con inductores enzimáticos. Entre los grupos de medicamentos que se pueden ver afectados figuran, entre otros, los siguientes: • Analgésicos (p. ej. fentanilo, tramadol). • Antibióticos (p. ej. claritromicina, doxiciclina). • Agentes anticancerosos (p. ej. cabazitaxel). • Antiepilépticos (p. ej. carbamazepina, clonazepam, fenitoína, primidona, ácido valproico). • Antipsicóticos (p. ej. haloperidol). Antitrombóticos (p. ej. acenocumarol, warfarina, clopidogrel). • Betabloqueantes (p. ej. bisoprolol, propranolol). • Antagonistas del canal del calcio (p. ej. diltiazem, felodipino, nicardipino, nifedipino, verapamilo). • Glucósidos cardíacos (p. ej. digoxina). • Corticoides (p. ej. dexametasona, prednisolona). • Antivirales frente al VIH (p. ej. indinavir, ritonavir). • Hipnóticos (p. ej. diazepam, midazolam, zolpidem). • Inmunosupresores (p. ej. tacrolimus). • Inhibidores de la bomba de protones (p. ej. omeprazol). • Estatinas metabolizadas por el CYP3A4 (p. ej. atorvastatina, simvastatina). • Medicamentos tiroideos (p. ej. levotiroxina). Puede que todo el potencial de inducción de enzalutamida no se manifieste hasta aproximadamente un mes después del inicio del tratamiento, al alcanzarse las concentraciones plasmáticas en estado estacionario de enzalutamida, aunque ciertos efectos inductores pueden ser evidentes antes. Durante el primer mes de tratamiento con enzalutamida se debe valorar la posible pérdida de los efectos farmacológicos (o aumento de los efectos en los casos en que se formen metabolitos activos) en los pacientes que están tomando medicamentos que sean sustratos del CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 o UGT1A1 y considerar si es necesario un ajuste de la dosis. Teniendo en cuenta la semivida prolongada de enzalutamida (5,8 días), los efectos sobre las enzimas pueden persistir durante un mes o más después de interrumpir la administración de enzalutamida. Cuando se interrumpe el tratamiento con enzalutamida, puede ser necesaria una reducción gradual de la dosis del medicamento concomitante. *Sustratos del CYP1A2 y CYP2C8.* Enzalutamida (160 mg una vez al día) no provocó una variación clínicamente significativa del AUC o de la Cmáx de cafeína (sustrato del CYP1A2) o pioglitazona (sustrato del CYP2C8). El AUC de pioglitazona aumentó un 20%, mientras que la Cmáx disminuyó un 18%. El AUC y la Cmáx de cafeína disminuyó un 11% y un 4%, respectivamente. No está indicado realizar un ajuste de la dosis al administrar un sustrato del CYP1A2 o CYP2C8 simultáneamente con Xtandi. *Sustratos de gp-P.* Los datos *in vitro* indican que enzalutamida puede ser un inhibidor del transportador de salida gp-P. En un estudio en pacientes con cáncer de próstata que recibieron una dosis oral única de digoxina (sustrato de la sonda de gp-P) antes de enzalutamida y de forma concomitante, se observó en gp-P, en estado estacionario, un efecto inhibitorio leve de enzalutamida (la administración concomitante se realizó después de al menos 55 días de administración de 160 mg de enzalutamida una vez al día). El AUC y la Cmáx de digoxina aumentaron un 33% y un 17%, respectivamente. Se deben usar con precaución los medicamentos con estrecho margen terapéutico que sean sustratos de gp-P (p. ej. colchicina, dabigatrán etexilato o digoxina) cuando se administran simultáneamente con Xtandi y puede ser necesario ajustar la dosis para mantener unas concentraciones plasmáticas óptimas. *Sustratos de BCRP.* En estado estacionario, enzalutamida no causó ningún cambio clínicamente significativo en la exposición a rosuvastatina (sustrato de la sonda de la proteína de resistencia al cáncer de mama, BCRP, por sus siglas en inglés) en pacientes con cáncer de próstata que recibieron una dosis oral única de rosuvastatina antes de enzalutamida y de forma concomitante (la administración concomitante se realizó después de al menos 55 días de administración de 160 mg de enzalutamida una vez al día). El AUC de rosuvastatina disminuyó un 14% mientras que la Cmáx aumentó un 6%. No es necesario ajustar la dosis cuando un sustrato de BCRP se administra junto con Xtandi. *Sustratos de MRP2, OAT3 y OCT1.* Según los datos obtenidos *in vitro*, no se puede descartar la inhibición de MRP2 (en el intestino), así como la del transportador de aniones orgánicos 3 (OAT3) y la del transportador de cationes orgánicos 1 (OCT1) (sistémicamente). Teóricamente, la inducción de estos transportadores también es posible, y actualmente el efecto neto se desconoce. *Medicamentos que producen una prolongación del intervalo QT.* Debido a que el tratamiento de deprivación androgénica puede producir una prolongación del intervalo QT, el uso concomitante de Xtandi con medicamentos que producen una prolongación del intervalo QT o de medicamentos capaces de inducir Torsades de pointes, tales como antiarrítmicos de clase IA (ej. quinidina, disopiramida) o de clase III (ej. amiodarona, sotalol, dofetilida, ibutilida), metadona, moxifloxacino, antipsicóticos, etc., deben ser cuidadosamente evaluados (ver sección 4.4). Efecto de los alimentos sobre la exposición a enzalutamida. Los alimentos no tienen efectos clínicamente significativos sobre el grado de exposición a enzalutamida. En los ensayos clínicos, Xtandi se ha administrado sin tener en cuenta la ingesta de alimentos. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Mujeres en edad fértil. No hay datos relativos al uso de Xtandi en mujeres embarazadas, por lo que no se debe utilizar este medicamento en mujeres en edad fértil. Este medicamento puede ser perjudicial para el feto o puede provocar un aborto si lo toma una mujer embarazada (ver las secciones 4.3, 5.6). Anticoncepción en hombres y mujeres. Se desconoce si enzalutamida o sus metabolitos están presentes en el semen. Si el paciente mantiene relaciones sexuales con una mujer embarazada, debe utilizar un preservativo durante el tratamiento con enzalutamida y en los 3 meses posteriores al mismo. Si el paciente mantiene relaciones sexuales con una mujer en edad fértil, debe utilizar un preservativo y otro método anticonceptivo durante el tratamiento con enzalutamida y en los 3 meses posteriores al mismo. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción. Embarazo. Enzalutamida no está indicado en mujeres. Enzalutamida está contraindicado en mujeres embarazadas o que puedan quedarse embarazadas (ver las secciones 4.3, 5.6). Lactancia. Enzalutamida no está indicado en mujeres. Se desconoce si enzalutamida está presente en la leche materna. Enzalutamida y/o sus metabolitos se excretan en la leche de rata. Fertilidad. Los estudios realizados en animales mostraron que enzalutamida afectaba al sistema reproductor de ratas y perros machos. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Xtandi sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede ser moderada, ya que se han notificado acontecimientos psiquiátricos y neurológicos, que incluyen crisis epilépticas (ver sección 4.8). Los pacientes deben ser advertidos del riesgo potencial de sufrir un acontecimiento psiquiátrico o neurológico mientras conducen o utilizan máquinas. No se han realizado estudios para evaluar los efectos de enzalutamida sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas.** Resumen del perfil de seguridad. Las reacciones adversas más frecuentes son astenia/fatiga, sofocos, hipertensión, fracturas y caídas. Otras reacciones adversas importantes incluyen enfermedad isquémica cardiaca y crisis epiléptica. Las crisis epilépticas se presentaron en el 0,5% de los pacientes tratados con enzalutamida, el 0,2% de los pacientes tratados con placebo y el 0,3% de los pacientes tratados con bicalutamida. Se han notificado casos raros de síndrome de encefalopatía posterior reversible en pacientes tratados con enzalutamida (ver sección 4.4). Tabla de reacciones adversas. Las reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos se enumeran a continuación en orden de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen de la siguiente manera: muy frecuentes (≥ 1/10); frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10); poco frecuentes (≥ 1/1 000 a <1/100); raras (≥ 1/10 000 a < 1/1 000); muy raras (< 1/10 000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

Tabla 1. Reacciones adversas identificadas en ensayos clínicos controlados y poscomercialización

Clasificación de órganos del sistema MedDRA	Reacción adversa y frecuencia
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Poco frecuentes: leucopenia, neutropenia No conocida*: trombocitopenia
Trastornos del sistema inmunológico	No conocida*: edema de cara, edema de la lengua, edema de labio y edema faríngeo
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes: ansiedad Poco frecuentes: alucinaciones visuales
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes: cefalea, alteración de la memoria, amnesia, alteración de la atención, disgeusia, síndrome de piernas inquietas Poco frecuentes: trastorno cognoscitivo, crisis epiléptica# No conocida*: síndrome de encefalopatía posterior reversible
Trastornos cardiacos	Frecuentes: enfermedad isquémica cardiaca† No conocida*: prolongación del intervalo QT (ver las secciones 4.4 y 4.5)
Trastornos vasculares	Muy frecuentes: sofocos, hipertensión
Trastornos gastrointestinales	No conocida*: náuseas, vómitos, diarrea
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes: piel seca, prurito No conocida*: eritema multiforme, erupción
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuentes: fracturas‡ No conocida*: mialgia, espasmos musculares, debilidad muscular, dolor de espalda
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Frecuentes: ginecomastia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes: astenia, fatiga
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos	Muy frecuentes: caídas

* Notificaciones espontáneas de la experiencia poscomercialización.
¥ Evaluado según las SMQ específicas de "Convulsiones", incluyendo convulsiones, crisis tónico-clónica generalizada, crisis parcial compleja, crisis parciales y estatus epiléptico. Incluye los casos raros de crisis epilépticas con complicaciones que conducen a la muerte.
†Evaluado según las SMQ específicas de "Infarto de miocardio" y "Otras enfermedades isquémicas cardiacas", incluyendo los siguientes términos preferentes observados al menos en dos pacientes de estudios de fase 3 aleatorizados y controlados con placebo: angina de pecho, enfermedad de las arterias coronarias, infarto de miocardio, infarto agudo demiocardio, síndrome coronario agudo, angina inestable, isquemia de miocardio y arteriosclerosis de la arteria coronaria.
‡ Incluye todos los términos preferentes con la palabra "fractura" en huesos.

Descripción de reacciones adversas seleccionadas. *Crisis epiléptica*. En los ensayos clínicos controlados hubo 24 (0,5%) de los 4 403 pacientes tratados con una dosis diaria de 160 mg de enzalutamida que presentaron una crisis epiléptica, mientras que cuatro pacientes (0,2%) que recibían placebo y un paciente (0,3%) que recibía bicalutamida tuvieron una crisis epiléptica. Parece que la dosis es un factor predictivo importante del riesgo de crisis epilépticas, como indican los datos preclínicos, y los datos de un estudio de escalado de dosis. En los ensayos clínicos controlados, se excluyeron a los pacientes con crisis epilépticas previas o factores de riesgo de padecerlas. En el ensayo 9785-CL-0403 (UPWARD) de un único brazo para evaluar la incidencia de crisis epilépticas en pacientes con factores de predisposición a padecer crisis epilépticas (de los cuales el 1,6% tenía antecedentes de crisis epilépticas), 8 (2,2%) de los 366 pacientes tratados con enzalutamida presentaron una crisis epiléptica. La mediana de duración del tratamiento fue de 9,3 meses. Se desconoce el mecanismo mediante el cual enzalutamida puede reducir el umbral epiléptico, aunque podría estar relacionado con los datos obtenidos en estudios *in vitro* que indican que enzalutamida y su metabolito activo pueden unirse e inhibir la actividad del canal de cloro activado por GABA. *Enfermedad isquémica cardiaca*. En ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, presentaron enfermedad isquémica cardiaca el 3,9% de los pacientes tratados con enzalutamida más TDA, frente al 1,5% de los pacientes tratados con placebo más TDA. Quince (0,4%) pacientes tratados con enzalutamida y 2 (0,1%) pacientes tratados con placebo presentaron un acontecimiento de enfermedad isquémica cardiaca que causó la muerte. Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es. **4.9 Sobredosis** No existe ningún antídoto para enzalutamida. En caso de sobredosis, se debe interrumpir el tratamiento con enzalutamida e iniciar medidas de apoyo general teniendo en cuenta su semivida de 5,8 días. Los pacientes pueden tener un mayor riesgo de sufrir crisis epilépticas tras una sobredosis. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1 Lista de excipientes.** Núcleo del comprimido. Acetato succinato de hipromelosa. Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Croscarmelosa sódica. Estearato de magnesio. Recubrimiento del comprimido. Hipromelosa. Talco. Macrogol (8000). Dióxido de titanio (E171). Óxido de hierro amarillo (E172). **5.2 Incompatibilidades.** No procede. **5.3 Periodo de validez.** 4 años. **5.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **5.5 Naturaleza y contenido del envase.** Comprimidos recubiertos con película de 40 mg. Estuche de bolsillo de cartón que incorpora un blíster de PVC/PCTFE/aluminio con 28 comprimidos recubiertos con película. Cada envase contiene 112 comprimidos recubiertos con película (4 estuches). Comprimidos recubiertos con película de 80 mg. Estuche de bolsillo de cartón que incorpora un blíster de PVC/PCTFE/aluminio con 14 comprimidos recubiertos con película. Cada envase contiene 56 comprimidos recubiertos con película (4 estuches). **5.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Xtandi no lo deben manipular otras personas que no sean el paciente o sus cuidadores. Considerando su mecanismo de acción y la toxicidad embriofetal observada en ratones, Xtandi podría dañar al feto en desarrollo. Las mujeres embarazadas o que puedan quedarse embarazadas no deben manipular sin protección (p. ej., guantes) los comprimidos de Xtandi partidos o dañados. Los comprimidos recubiertos con película no se deben masticar, partir ni triturar. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62. 2333 BE Leiden. Países Bajos. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/13/846/002 (comprimidos recubiertos con película 40 mg). EU/1/13/846/003 (comprimidos recubiertos con película 80 mg). **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 21/Junio/2013. Fecha de la última renovación: 08/Febrero/2018. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 05/2022. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos http://www.ema.europa.eu. **10. PRESENTACIONES Y PRECIO.** Xtandi 40 mg. 112 comprimidos recubiertos con película. PVL: 3.173,33 €. PVP: 3.229,24 €. PVP. IVA (4%): 3.358,41 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico Hospitalario. Financiado por el Sistema Nacional de Salud. Dispensación hospitalaria sin cupón precinto. Xtandi 80 mg, 56 comprimidos recubiertos con película no está comercializado en España. *Financiación de la indicación sujeta a los criterios clínicos establecidos por el Ministerio de Sanidad. **V9_Mayo 2022**

ASAMBLEA

AGENDA DEL DÍA

AUDITORIO

12:00-13:00h ASAMBLEA GENERAL SEOM

Hoy, a las 12:00 horas

Balance de actividades del último año de SEOM, en la Asamblea

Redacción **SEOM**

La Asamblea General ordinaria de socios se celebrará hoy a partir de las 12:00 horas. En ella, la **Dra. Enriqueta Felip**, jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall D'Hebron de Barcelona, hará balance de las actividades desarrolladas durante su primer año como presidente de SEOM acompañada por el vicepresidente, el **Dr. César A. Rodriguez**.

Asimismo, el **Dr. Javier de Castro**, jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Paz de Madrid y secretario de SEOM, presentará un informe de actualización de altas, bajas y cambios de condición de los socios.

Y, el **Dr. Juan de la Haba**, oncólogo médico del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y tesorero de SEOM, explicará los resultados del ejercicio 2021, la situación económica actual y los informes de auditoría tanto de la Sociedad como de la Fundación SEOM.

Dra. Enriqueta Felip.

Dr. Javier de Castro.

Dr. Juan de la Haba.

Dr. César A. Rodríguez.

bonotaxi®

Somos la única empresa en España especializada exclusivamente en el traslado de pacientes que participan en Estudios Clínicos llevados a cabo por la industria farmacéutica.

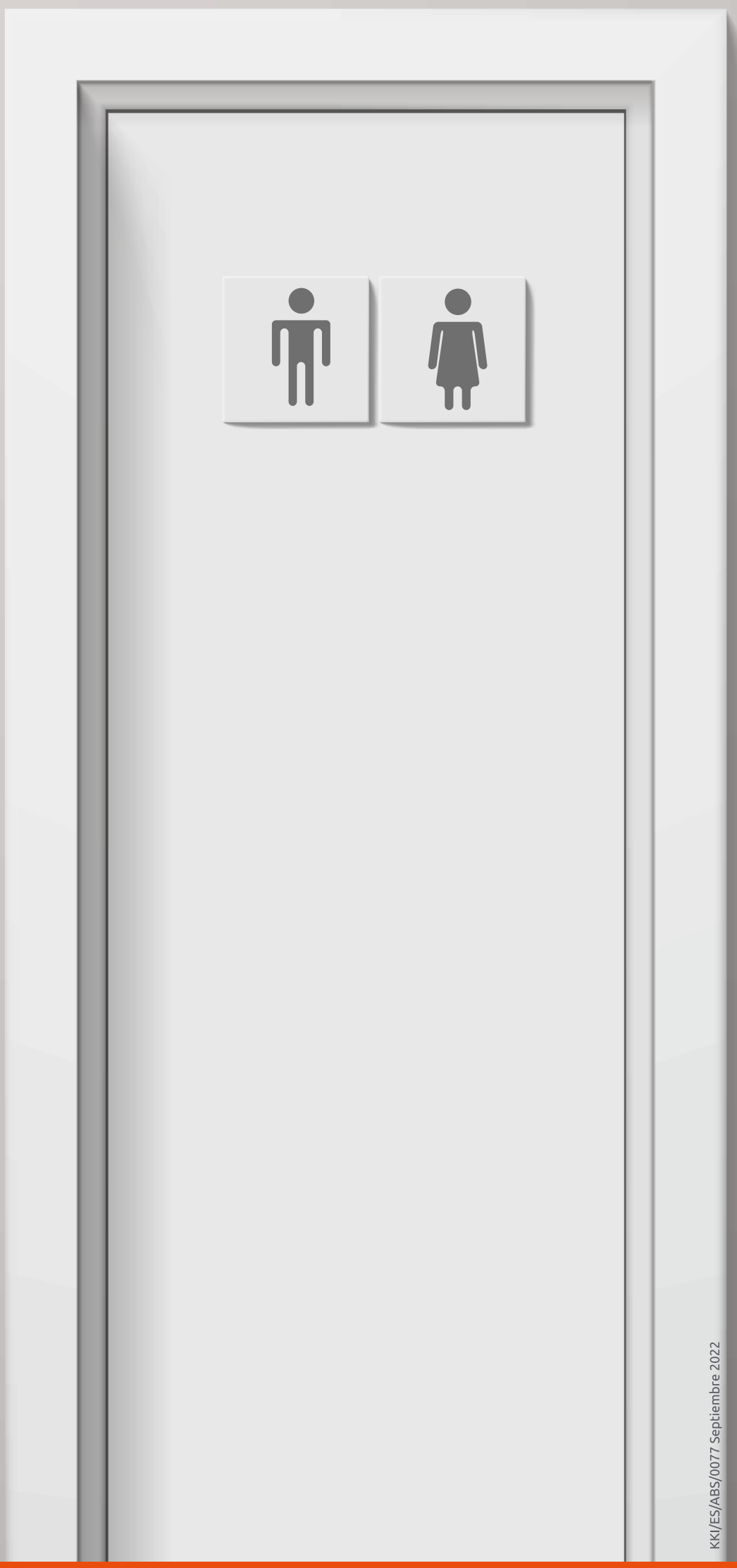
- Vehículos taxi, VTC y adaptados
- Cobertura nacional
- Pacientes no anticipan pago del traslado
- Telf. gratuito 900
- Sillitas y alzadores infantiles, cinturones premamá, sensibilidad química, etc.
- Precios predefinidos y consultables en web
- Simplificación administrativa Factura única por Estudio
- Cumplimiento RGPD nivel alto
- Sistema Gestión Calidad ISO9001
- Política Anticorrupción y Compliance Penal

900 645 245
info@bonotaxi.com
www.bonotaxi.com

Más soluciones con:
Servicio de Agencia de viajes y de Reembolso de Gastos

Healthcare Concierge by bonotaxi

Entre un **51-87%** de pacientes tratados con opioides para su dolor oncológico **sufren Estreñimiento Inducido por Opioides (EIO)**[1]



moventig®
naloxegol

Hable con su paciente

En el EIO, usted tiene la CLAVE

Ficha Técnica **Moventig®** disponible

1. Farmer A, Drewes A, Chiarioni G, et al. Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. United European Gastroenterology Journal. 2019;7(1):7–20.

KKI/ES/ABS/0077 Septiembre 2022

Kyowa Kirin Farmacéutica, S.L
P.º de la Castellana 259C Planta 23
28046 Madrid, España

Kyowa KIRIN

PULMÓN I, II, III

CÁNCER DE PULMÓN I

El objetivo, optimizar y personalizar los tratamientos

Es necesario seguir investigando en cáncer microcítico de pulmón y mesotelioma

Redacción **SEOM**

El cáncer de pulmón será abordado hoy en tres sesiones. La primera de ellas, empezará a las 13:00 horas en el Auditorio y su título es *Cambiando la historia en cáncer microcítico de pulmón y mesotelioma*, que será moderada por los **Dres. Luis Paz-Ares**, del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid y **José Manuel Trigo**, del HC Cancer Center de Marbella.

"Hemos elegido dos tumores torácicos muy importantes para esta mesa –explica el Dr. Paz-Ares– porque representan retos importantes para la Oncología actual ya que reflejan contextos de necesidades acuciantes para los pacientes; es imprescindible que innovemos en estos tratamientos y mejoremos de una manera relevante los resultados terapéuticos en cáncer microcítico de pulmón y mesotelioma".

En este foro intervendrá en primer lugar el **Dr. Manuel Dominé**, de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, con la ponencia *Cambiando el paradigma de la primera línea en CMP avanzado, ¿cómo mejorar el presente?* "En los últimos años –comenta el Dr. Paz-Ares– hemos incorporado la inmunoterapia al tratamiento de la primera línea del cáncer microcítico de pulmón, y a día de hoy las combinaciones de quimio inmunoterapia con inhibidores de PD-L1 representan el mejor tratamiento para los pacientes con enfermedad extendida". Y de cara al futuro, subraya, "será muy importante seguir investigando en cáncer microcítico de pulmón y mesotelioma, particularmente en la tipificación no sólo molecular sino también del microambiente inmune de estas enfermedades y desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas en la medida de lo posible".

La segunda ponencia de esta sesión correrá a cargo de la **Dra. Noemí Reguart**, del Hospital Clinic de Barcelona, y dará respuesta a la pregunta *¿Es el momento de la Medicina de Precisión en CMP?* Sobre este tema el Dr. Luis Paz-Ares hace hincapié en que "estamos en los inicios de la Medicina de Precisión del cáncer microcítico de pulmón; realmente el uso de tratamientos dirigidos a dianas moleculares como los inhibidores de la tirosina quinasa no han mostrado eficacia en esta enfermedad como si lo han hecho en cáncer no microcítico de pulmón". Sin embargo, "esperamos que las nuevas modalidades de inmunoterapia y sus combinaciones puedan tener un impacto en esta enfermedad y nos permita personalizar mejor los tratamientos".

Por último, Mesotelioma pleural: *¿está la inmunoterapia redefiniendo el futuro de esta enfermedad?* es el tema que desarrollará el **Dr. Ernest Nadal**, del Hospital Durán i Reynals (ICO-L'Hospitalet), de Barcelona. "Creo que la inmunoterapia está teniendo una presencia cada vez más importante en el tratamiento de los tumores sólidos y, desde luego, de los tumores torácicos", asevera el Dr. Paz-Ares e insiste en que "es importante que sigamos investigando en estas dos enfermedades minoritarias en número de pacientes pero con grandes necesidades clínicas para ellos ya que precisan nuevas oportunidades de tratamiento que cambien la historia natural de la enfermedad".

Dr. Luis Paz-Ares.

CÁNCER DE PULMÓN II

La inmunoterapia en combinación con quimioterapia antes del tratamiento quirúrgico, un gran avance

¿Cómo se va incorporando la inmunoterapia a los estadios precoces de cáncer de pulmón?

Redacción **SEOM**

"Hemos intentado dar relevancia a uno de los avances más importantes que hemos tenido en los últimos años, sobre todo gracias a la investigación española con el estudio NADIM fase II, que es cómo la inmunoterapia que sabíamos que era muy eficaz en los estadios avanzados de cáncer de pulmón no microcítico metastásico se va incorporando a los estadios más precoces, potencialmente curables a través de un tratamiento con cirugía". De esta manera explica el **Dr. Javier de Castro**, del Hospital Universitario La Paz, de Madrid y uno de los moderadores de la Sesión Cáncer de Pulmón II el objetivo de la misma.

Dr. Javier de Castro.

Dicha mesa, en la que también está como moderador el **Dr. Delvys Rodriguez**, del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, dará comienzo a las 15:30 horas esta tarde con la ponencia *Cambiando el paradigma de tratamiento con la inmunoterapia en CNMP resecable* del **Dr. Mariano Provencio**, del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, de Madrid. Tras él, tomará la palabra la **Dra. Dolores Isla**, del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de Zaragoza que expondrá *Estrategias perioperatorias en CNMP estadios precoces portadores de diana terapéutica*. Posteriormente será el **Dr. David Vicente**, del Hospital Virgen Macarena, de Sevilla que abordará el tema *El eterno debate del tratamiento local en CNMP localmente avanzado cirugía vs radioterapia: ¿la llegada de la inmunoterapia por fin lo cierra?*

> **El trabajo multidisciplinar es importante para la decisión de la mejor opción terapéutica de cada paciente en función de sus características**

"Lo que hemos vivido es que la inmunoterapia puede ser utilizada en combinación con quimioterapia antes del tratamiento qui-

rúrgico, reduciendo de una forma importante el tamaño del tumor, llegando incluso a respuestas patológicas completas en el momento que se realiza la cirugía de la enfermedad tumoral pulmonar", subraya el Dr. De Castro, quien añade que "antes cuando hacíamos quimioterapia a nivel adyuvante previa a la cirugía los resultados eran relativamente pobres, con menos de un 10% de respuestas; sin embargo, ahora estamos viendo un porcentaje muy elevado de respuestas 60/70% y aproximadamente entre un 20 y un 40% de respuestas que pueden llegar a ser completas a nivel histológico".

En esta línea, el Dr. De Castro indica que "este año también ha salido un estudio internacional fase III que está demostrando cómo la estrategia de quimio más inmuno seguida de cirugía puede ser uno de los nuevos estándares no solo en el estadío III sino en estadíos II en pacientes que van a ser sometidos posteriormente a cirugía". Este paso es calificado de un gran avance por parte del Dr. De Castro "porque estamos consiguiendo operar a un grupo mayor de pacientes, pero sobre todo hacer que la enfermedad no se reproduzca y con la misma incidencia que podíamos tener antes con el tratamiento convencional de quimioterapia".

Otra de las grandes aportaciones de la inmunoterapia es después de la cirugía. "Los pacientes con riesgo de recaída de estadios II y III operados se trataban antes con quimioterapia, pero los resultados eran relativamente modestos, con una elevación de un 5% de supervivencia y añadiendo un año de mantenimiento de inmunoterapia posterior a la quimioterapia permite aumentar la supervivencia libre de enfermedad de forma significativa", puntualiza el Dr. Javier de Castro.

"Con todo esto estamos consiguiendo retrasar las posibles recaídas de la enfermedad, pero además aumentar la supervivencia y lo que es más importante, aumentar la curación, que es en definitiva lo que esperamos", concluye el Dr. De Castro.

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

La sesión concluirá con la mesa coloquio *La importancia del manejo multidisciplinar en CNMP Estadío Precoz* en la que intervendrán los **doctores Fernando López-Ríos**, de Anatomía Patológica del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid, el **Dr. Florentino Hernando**, de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario San Carlos, de Madrid y el **Dr. Antonio Gómez Caamaño**, de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Santiago de Compostela.

"En este contexto no solo intervenimos los oncólogos sino también los compañeros de radioterapia, los cirujanos torácicos, los patólogos que son los que van a evaluar la pieza de la cirugía antes o después de los tratamientos que hemos definido", explica el Dr. Javier de Castro quien añade que "el trabajo multidisciplinar es importante para la decisión de la mejor opción terapéutica de cada paciente en función de sus características".

AGENDA DEL DÍA

AUDITORIO

8:30-10:00h	**COMUNICACIONES: CÁNCER DE PULMÓN**
13:00-14:00h	**SESIÓN: CÁNCER DE PULMÓN I.** CAMBIANDO LA HISTORIA EN CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN Y MESOTELIOMA
15:30-17:00h	**SESIÓN: CÁNCER DE PULMÓN PRECOZ II.** NUEVOS RUMBOS EN CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN ESTADÍOS PRECOCES/LOCALMENTE AVANZADO
18:45-20:15h	**SESIÓN: CÁNCER PULMÓN AVANZADO III.** CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN AVANZADO: RETOS Y OPORTUNIDADES

CÁNCER DE PULMÓN III

Buscando terapias más activas y selectivas

Grandes expectativas de cara al futuro en cáncer no microcítico de pulmón avanzado

Redacción **SEOM**

La sesión formativa Cáncer de Pulmón III estará dedicada al cáncer de pulmón avanzado o metastásico. En concreto el epígrafe bajo el cual se desarrollará es *Cáncer no microcítico de pulmón avanzado: retos y oportunidades* y estará moderada por los doctores **Bartomeu Massutí**, del Hospital General Universitario, de Alicante y **José Luis González Larriba**, del Hospital Clínico Universitario San Carlos, de Madrid.

"Los temas más candentes en las terapias personalizadas son: la utilización e identificación de los agentes más activos, intentar conocer los mecanismos de resistencia tras la progresión a una primera línea o sucesivas de tratamiento, así como, el diagnóstico precoz de estos cambios moleculares que explican por qué y cómo se producen estas alteraciones", comenta el Dr. González Larriba.

En su opinión, "esto justifica que pensemos en qué hay más allá de la inmunoterapia con inhibidores de los checkpoint y los recientes avances en este campo", que presentará el **Dr. Jordi Remón**, del Hospital HM Nou Delfos, de Barcelona. Además, el **Dr. Antonio Calles**, del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, tratará el desarrollo reciente de los anticuerpos monoclonales conjugados y anticuerpos biespecíficos, con efectos más dirigidos y selectivos para una diana terapéutica concreta, así como la forma de buscar la actuación sobre dos proteínas que podrían resultar clave en el desarrollo del tumor específico.

Dr. José Luis González Larriba.

En esta sesión también se va a insistir en cómo evitar o tratar los mecanismos de resistencia que pueden aparecer cuando se utiliza durante un tiempo un tratamiento dirigido, con el desarrollo de nuevos agentes, la efectividad de la secuenciación terapéutica, etc., exposición que correrá a cargo de la **Dra. Reyes Bernabé**, del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla.

Y, por último, se expondrá la incorporación de la obtención del ADN tumoral circulante u otros elementos genómicos, en sangre periférica, obviando así la necesidad de realizar nuevas biopsias quirúrgicas o con otras técnicas más intervencionistas, permitiendo con esta biopsia líquida, incluso, la monitorización de la expresión de mutaciones específicas "drivers" para determinados tumores pulmonares, con el **Dr. Enric Carcereny**, del Institut Català d'Oncologia (ICO-Badalona), de Barcelona, como ponente.

> **Los avances recientes en el manejo del cáncer de pulmón no microcítico han sido muy importantes**

AVANCES IMPORTANTES

El Dr. González Larriba asegura que "los avances recientes en el manejo del cáncer de pulmón no microcítico han sido muy importantes, fundamentalmente en un mejor conocimiento del desarrollo biológico de estas enfermedades, los avances logrados con la inmunoterapia y la ampliación de su utilidad a estadios más precoces, la definición de los subgrupos que más se benefician de ésta, así como la identificación de distintas dianas moleculares, que en la actualidad se podrían acercar al 30-50% de los cánceres de pulmón no microcítico, consiguiendo un relevante beneficio con los fármacos desarrollados específicamente para bloquear aquellas".

Este doctor también destaca que "el estudio de los mecanismos de resistencia o escape de estos tratamientos dirigidos ha permitido conocer qué mutaciones o alteraciones se presentan, haciendo posible la utilización de otros agentes activos frente a esa nueva mutación".

El futuro que se abre en este ámbito es grande, "buscando terapias más activas y selectivas, dirigidas a bloquear no solo una diana sino varias, la optimización del uso de las terapias ya conocidas, la búsqueda de biomarcadores que permitan seleccionar los pacientes que más se benefician de un tratamiento inmune o dirigido, así como la monitorización de estos efectos y cambios tumorales", especifica el Dr. González Larriba.

GENITOURINARIO I, II, III

La primera sesión dará comienzo hoy a las 15:30 horas

Cáncer de próstata, de vejiga, renal y tumores germinales, una completa revisión a la actualidad del cáncer genitourinario

La mesa que abordará el cáncer de vejiga empezará a las 17:00 horas y la de cáncer renal y tumores germinales, a las 18:45 horas

Redacción **SEOM**

La primera de las tres sesiones de cáncer genitourinario se centrará en el cáncer de próstata. Se celebrará en la sala Castilla a partir de las 15:30 horas y será moderada por el **Dr. Javier Cassinello**, del Hospital Universitario de Guadalajara, y por la **Dra. María José Méndez**, del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Los temas que se abordarán son la biología molecular en cáncer de próstata avanzado, un repaso a la evidencia científica actual en el cáncer de próstata sensible a castración, a responder a la pregunta de si puede definirse una secuencia de tratamiento en cáncer de próstata resistente a castración y a la teragnosis y a las nuevas dianas moleculares en cáncer de próstata avanzado.

Actualmente, disponemos de opciones terapéuticas muy eficaces para los pacientes con cáncer renal metastásico

La segunda sesión en este ámbito se celebrará también en la sala Castilla, a partir de las 17:00 horas. Será moderada por el **Dr. Sergio Vázquez**, del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.

Las ponencias se centrarán en los avances en biología molecular y los biomarcadores en

Dra. María José Méndez.

cáncer de vejiga, en las nuevas estrategias de preservación y manejo perioperatorio del cáncer urotelial músculo-invasivo y en la secuencia de tratamiento y los nuevos fármacos en el carcinoma urotelial avanzado

"Estos temas se han elegido porque son los que más han evolucionado en los últimos años. Pero, sobre todo, donde hay una investigación más activa en la actualidad, con ensayos clínicos con resultados positivos y mejoría clara en la supervivencia global y múltiples estudios en marcha", explica el Dr. Vázquez.

Como detalla, el objetivo es "lograr una puesta al día en los datos de biomarcadores y biología molecular en cáncer de vejiga, un campo en el que, desafortunadamente, no ha habido grandes avances reales a pesar del esfuerzo realizado en su estudio. Y, además, presentar los últimos avances en tratamiento perioperatorio y preservación de órgano tras la llegada de la inmunoterapia y en la enfermedad avanzada el papel de la inmunoterapia de mantenimiento y de nuevos agentes como los anticuerpos conjugados, que ya han demostrado un beneficio claro en supervivencia en esta patología".

En su opinión, la evolución más importante, "a la espera de los resultados de ensayos clínicos en marcha, y aparte del papel de la inmunoterapia en segunda línea de enfermedad avanzada, se ha centrado en la mejoría clara en supervivencia en enfermedad avanzada con avelumab de mantenimiento en pacientes que no progresan tras una primera línea de quimioterapia basada en platino. Y, en tercera línea, tras quimioterapia e inmunoterapia, el papel de los anticuerpos conjugados con el enfortumab vedotin, el primer fármaco que demuestra un beneficio y supervivencia en este escenario".

El Dr. Vázquez destaca también el beneficio obtenido en supervivencia libre de enfermedad con nivolumab durante un año en el escenario perioperatorio -en este caso, adyuvante- en pacientes refractarios a la quimioterapia neoadyuvante o no subsidiarios de quimioterapia adyuvante.

Según su criterio, el futuro pasa "por el descubrimiento de biomarcadores que nos permitan seleccionar mejor el tratamiento para nuestros pacientes, nuevas estrategias en preservación de órgano -probablemente sin radioterapia- y el uso de nuevas y más activas combinaciones en primera línea de enfermedad avanzada sin agentes como los platinos,

En cáncer de vejiga, desafortunadamente, no ha habido grandes avances reales a pesar del esfuerzo realizado en su estudio

Dr. Sergio Vázquez.

AGENDA DEL DÍA

◄ SALA CASTILLA

8:30-10:00h	COMUNICACIONES: CÁNCER GENITOURINARIO
15:30-17:00h	SESIÓN: CÁNCER GENITOURINARIO I. CÁNCER DE PRÓSTATA
17:00-18:00h	SESIÓN: CÁNCER GENITOURINARIO II. CANCER DE VEJIGA
18:45-20:15h	SESIÓN: CÁNCER GENITOURINARIO III. CÁNCER RENAL Y TUMORES GERMINALES

“En cáncer renal, la disponibilidad desde principios de este siglo de los inhibidores tirosinkinasa ha abierto una nueva era en el tratamiento de los pacientes con enfermedad metastásica

Dr. José Ángel Arranz.

que, probablemente haga desaparecer el concepto de “fit” y “unfit” para cisplatino.

NUMEROSOS AVANCES

Por último, la tercera sesión se celebrará en sala Castilla a partir de las 18:45 horas. En esta mesa se revisará el estado actual del cáncer renal y de los tumores germinales, los factores predictores de una posible recaída tras la cirugía de tumores localizados, el posible papel de la inmunoterapia adyuvante, el tratamiento de primera y segunda línea de la enfermedad avanzada y el estado del arte en el manejo de los tumores germinales. La moderación correrá a cargo del **Dr. José Ángel Arranz**, del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y por el **Dr. Enrique Gallardo**, de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell.

“Hemos elegido estos temas porque los avances en tumores genitourinarios han sido numerosos y relevantes. Por ejemplo, en cáncer renal, la disponibilidad desde principios de este siglo de los inhibidores tirosinkinasa abrió una nueva era en el tratamiento de los pacientes con enfermedad metastásica.

Recientemente, la incorporación de forma secuencial, y sobre todo de las combinaciones en primera línea tanto de fármacos inmunoterápicos como de inmunoterapia e inhibidores tirosin-kinasa, han conseguido incrementar la supervivencia de nuestros pacientes de forma muy significativa”, destaca el Dr. Arranz.

En cuanto a la evidencia actual del tratamiento adyuvante, como recalca, el tratamiento de los pacientes con tumor localizado “es la resección quirúrgica, a pesar de la cual algunos pacientes recaerán posteriormente.

Hay múltiples estudios que han analizado el beneficio de los inhibidores tirosin-kinasa o de la inmunoterapia tras la cirugía para evitar esta recaída, pero los resultados han sido discordantes”.

En cuanto al futuro el Dr. Arranz recuerda que, actualmente, se dispone de opciones terapéuticas muy eficaces para los pacientes con cáncer renal metastásico, pero nos faltan herramientas que nos permitan identificar cuál es el mejor fármaco, combinación fármacos o secuencia de fármacos más eficaz para cada paciente concreto. Nuestros retos para el futuro son determinar los factores predictivos de una mejor respuesta a cada tipo de tratamiento y aumentar el número de largos supervivientes libres de enfermedad.

Finalmente, se revisará la situación en los tumores germinales. Son de origen testicular o extragonadal y son poco frecuentes, pero constituyen el tipo de cáncer más frecuente en varones jóvenes. “Afortunadamente, son altamente curables incluso en estadios avanzados”, subraya el Dr. Arranz.

Los avances recientes se centran en la mejora de las clasificaciones pronósticas para pacientes con enfermedad avanzada, “lo cual nos permite seleccionar el tipo de tratamiento más adecuado”. “Durante décadas, se han utilizado la alfafetoproteína y BHCG como marcadores tumorales para el diagnóstico, respuesta al tratamiento y detección de la recaída. Recientemente se ha demostrado que ciertos microRNA, como miR-371a-3p, son más sensibles y específicos. En el futuro, estos microRNA se incorporarán a la práctica clínica habitual, incluso a partir de muestras de biopsia líquida”, vaticina.

SEOM 2022
CerCando al CánCer

PRESENTACIONES DE LAS
PONENCIAS
Descárguelas a partir del 26 de octubre
a las 16h en la web de SEOM
www.seom.org

MADRID
18-21OCT

SEOM Sociedad Española de Oncología Médica
Fundación SEOM

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES DE:
GSK

GINECOLÓGICO I, II, III

Repaso integral al presente y futuro del cáncer ginecológico

Cáncer de ovario, de endometrio y novedades terapéuticas, temas de las sesiones

Redacción SEOM

El cáncer ginecológico contará con una importante presencia en SEOM2022, con tres sesiones en la sala Hidalgo. La primera está dedicada a la controversia en primera línea de cáncer de ovario, mientras que la segunda se dedicará, de manera multidisciplinar, al cáncer de endometrio. La tercera sesión, por su parte, se centrará en las novedades en este campo. Además, a las 8:30 horas, también en la sala Hidalgo, se presentarán las comunicaciones.

Dr. Antonio González.

Dr. Andrés Redondo.

La primera sesión, que se celebrará a partir de las 13:00 horas en la sala Hidalgo, será moderada por el **Dr. Antonio González**, de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid, y por la **Dra. Eva María Guerra**, del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. En la primera ponencia, el biólogo molecular **Javier Freire**, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, revisará la actualidad del test HRD: qué es, su utilidad, si debe hacerse en todas las pacientes, cómo se mide y cuál usar.

"Estos aspectos son críticos para abordar hoy en día el cáncer de ovario y existen dos tendencias: la primera es que hay que hacer el test a todas las pacientes, porque las que más se benefician de los inhibidores de PARP son las que tienen un déficit de recombinación homóloga y, por tanto, tienen HRD positivo. Pero otros profesionales piensan que no es imprescindible, dado que tenemos casos de beneficio de inhibidores de PARP en todas las pacientes. En general, la recomendación internacional es que se haga", destaca el Dr. González.

La segunda parte de la mesa consistirá en un debate sobre si es necesario añadir bevacizumab a los inhibidores de PARP en población HRD. A favor se posicionará la **Dra. Lydia Gaba**, del Hospital Clínic de Barcelona, mientras que la posición en contra será defendida por el **Dr. Luis Manso**, del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

"Creo que esta es una de las preguntas más relevantes ahora mismo para el manejo de las pacientes con cáncer de ovario en primera línea, con división de opiniones: existen bastantes dudas si realmente aporta algo añadir bevacizumab a un inhibidor de PARP en pacientes del grupo HRD positivo con mutaciones de BRCA. En el grupo de pacientes HRD positivo pero con BRCA no mutado, hay datos muy sólidos sobre la utilidad de añadir bevacizumab pero también, a día de hoy, la alternativa de no añadirlo también es una buena opción. Con lo cual, al no tener ningún estudio que, de forma prospectiva y aleatorizada, haya comparado la incorporación de bevacizumab en esta población, la pregunta sigue sin responder y da pie al debate", subraya el Dr. González.

La segunda sesión, con un abordaje multidisciplinar, también tendrá lugar en la sala Hidalgo, a partir de las 15:30 horas. Estará dedicada a las implicaciones diagnósticas y terapéuticas de la nueva clasificación molecular en enfermedad localizada. Será moderada por la **Dra. Ana de Juan**, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y por el **Dr. Andrés Redondo**, del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

La visión de la Anatomía Patológica será aportada por el **Dr. Xavier Matías-Guiu**, del Hospital Universitario de Bellvitge, mientras que el **Dr. Manuel Barahona**, del Hospital Universitario Puerto Real de Cádiz, dará el punto de vista de la Ginecología. La visión de la Radioterapia será detallada por el **Dr. Javier Anchuelo**, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y el punto de vista de la Oncología Médica correrá a cargo del **Dr. Jesús Alarcón**, del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca.

Como detalla el Dr. Redondo, se han elegido esos temas para la sesión debido a que, recientemente, la clasificación molecular ha sido incluida en las guías clínicas europeas de cáncer de endometrio "para ayudar a una mejor estratificación del riesgo de recaída en pacientes con enfermedad en estadios iniciales. Además, esta clasificación tiene implicaciones relevantes en las diferentes modalidades terapéuticas que se emplean en estas pacientes".

"Los objetivos que perseguimos es transmitir a los asistentes las repercusiones diagnósticas y terapéuticas que tiene la clasificación molecular del cáncer de endometrio desde un enfoque multidisciplinar", resume.

En su opinión, en cuanto a la evolución del tratamiento de cáncer de endometrio en los últimos años, considera que en la enfermedad localizada no se han producido grandes avances terapéuticos. "La principal novedad ha sido precisamente la implementación de la estratificación del riesgo con la utilización de la clasificación molecular. Esto ha supuesto, entre otras cosas, que actualmente podamos seleccionar mejor a las pacientes que van a necesitar una quimioterapia adyuvante", destaca.

En la enfermedad avanzada o recurrente, el Dr. Redondo subraya que sí se han producido novedades terapéuticas relevantes, "que serán abordadas en la tercera sesión de Cáncer Ginecológico, sobre todo con la incorporación de la inmunoterapia".

Entre las diversas controversias que están pendientes de resolver, cita si debería realizarse la determinación de las variedades de la clasificación molecular en los tumores de todas las pacientes, en qué tumores sería necesario analizar el estatus mutacional de POLE (que es la más compleja), cuál sería el tratamiento estándar de primera línea en pacientes que recibieron adyuvancia con quimioterapia o si puede la hormonoterapia ser una alternativa a la quimioterapia en primera línea y a la inmunoterapia en segunda línea de ciertos tumores.

ACCESO A DETERMINACIONES MOLECULARES

En cuanto a los retos, indica que uno importante "sería conseguir que todas las pacientes de nuestro país tengan acceso a una determinación molecular completa de sus tumores, ya que en la actualidad en muchos centros todavía no se está analizando el estatus mutacional de POLE, que tiene una importancia significativa para decidir el tratamiento adyuvante". En la enfermedad avanzada, considera que el reto "es que consigamos que las novedades terapéuticas comentadas sean autorizadas en nuestro país".

Como oportunidades, el Dr. Redondo considera que estamos en un momento "apasionante" en el cáncer de endometrio, "con la llegada de innovación terapéutica relevante, lo que conlleva posibilidades para diseñar estudios complementarios a los pivotales, que nos permitan seleccionar mejor a las pacientes candidatas a estas terapias para conseguir así una mayor precisión a la vez que una mayor sostenibilidad del sistema".

El abordaje multidisciplinar con el que se ha planteado la mesa es, desde su punto de vista, la muestra de que el cáncer de endometrio "es un buen ejemplo de la necesidad de un abordaje multidisciplinar. Por un lado, para el diagnóstico resulta fundamental la presencia de un ginecólogo y un patólogo experimentado, así como un radiólogo y, en ocasiones, un médico nuclear. Además, en la actualidad, también es necesario contar con un biólogo molecular para la interpretación del análisis mutacional de POLE. Para el tratamiento, además de un ginecólogo, será necesario que en el equipo existan oncólogos médicos y radioterápicos con experiencia, para individualizar la decisión de tratamientos adyuvantes en cada paciente".

ABORDAJES NOVEDOSOS

En cuanto tercera sesión de cáncer ginecológico, centrada en ▶

AGENDA DEL DÍA

◀ SALA HIDALGO

8:30-10:00h	**COMUNICACIONES: CÁNCER GINECOLÓGICO**
13:00-14:00h	**SESIÓN: CÁNCER GINECOLÓGICO I.** CONTROVERSIA EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE OVARIO
15:30-17:00h	**SESIÓN: CÁNCER GINECOLÓGICO II.** MULTIDISCIPLINAR CÁNCER DE ENDOMETRIO: IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN MOLECULAR EN ENFERMEDAD LOCALIZADA
17:00-18:00h	**SESIÓN: CÁNCER GINECOLÓGICO III.** NOVEDADES EN CÁNCER GINECOLÓGICO

Empresa global de diagnóstico genómico

Sistema de Análisis nCounter®

Prosigna® BREAST CANCER ASSAY | Envisia® GENOMIC CLASSIFIER*

MÁS PRODUCTOS

Pinche en cada logo para saber más:

Prosigna† BREAST CANCER ASSAY | Envisia‡ GENOMIC CLASSIFIER | Percepta‡ GENOMIC SEQUENCING CLASSIFIER

Afirma‡ GENOMIC SEQUENCING CLASSIFIER | Decipher‡ BLADDER GENOMIC CLASSIFIER | Decipher‡ PROSTATE BIOPSY GENOMIC CLASSIFIER

Veracyte es una empresa global de diagnóstico que mejora la atención del paciente aportando una información que ayuda al médico a tomar las decisiones de diagnóstico y tratamiento a lo largo de todo el proceso de su enfermedad, sea cáncer u otras patologías. **Veracyte®** desarrolla y comercializa tanto tests de diagnóstico *in vitro* (IVD) como pruebas desarrolladas en el laboratorio (LDT) bajo la regulación CLIA.

Tiene sede en el sur de San Francisco (laboratorios CLIA), San Diego (CA, EE. UU.) y Marsella (Francia).

Poseemos la licencia exclusiva para desarrollar y comercializar pruebas de diagnóstico en el **Sistema de Análisis nCounter®**, sobre el que planeamos adaptar nuestros tests genómicos haciéndolos, así, accesibles a los médicos y sus pacientes de todo el mundo.

- **Prosigna® Breast Cancer Prognostic Gene Signature Assay** está actualmente disponible en el Sistema de Análisis nCounter®. Prosigna® es un test genómico de 2ª generación que aporta una información más completa ya que combina la expresión génica del tumor, los factores clínico-patológicos y los subtipos intrínsecos§ para poder ser de más utilidad en la toma de decisiones del tratamiento a seguir.

- Planeamos adaptar nuestro **Envisia® Genomic Sequencing Classifier** para ser utilizado en el Sistema de Análisis nCounter®, y, así, mejorar la confianza en el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial.

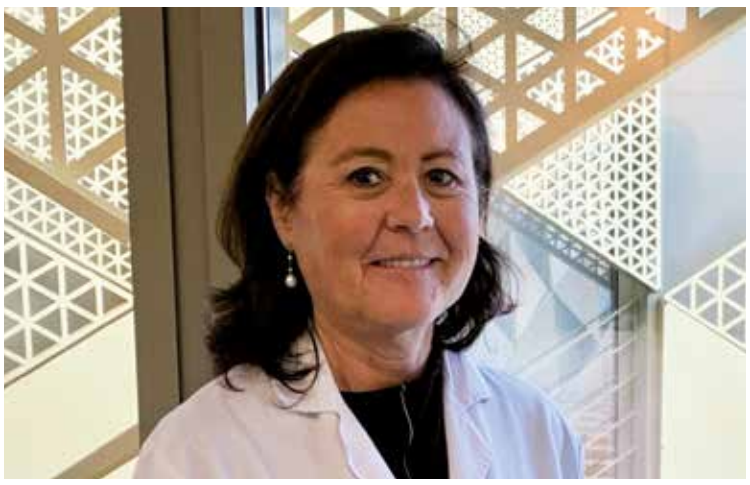
Contamos con algunos tests ya comercializados y otros que están en desarrollo para 8 de los 10 cánceres más comunes en los EE.UU.

veracyte®

www.veracyte.com **support@veracyte.com**

**Envisia nCounter® está en desarrollo. †Prosigna Breast Cancer Prognostic Gene Signature Assay para uso en el Sistema de Análisis nCounter® tiene autorización 510(k) y marca CE para uso de diagnóstico in vitro en los EE. UU. y la UE, respectivamente. Consulte el prospecto del paquete para obtener más detalles. ‡Pruebas desarrolladas en laboratorio proporcionadas por los laboratorios clínicos regulados por CLIA de Veracyte en el sur de San Francisco o San Diego, EE. UU. §La identificación de los subtipos intrínsecos no está disponible en EE. UU.*

GINECOLÓGICO I, II, III



Dra. María Jesús Rubio.

novedades, se celebrará en la sala Hidalgo entre las 17:00 y las 18:00 horas. Será moderada por la **Dra. María Jesús Rubio,** del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, y por la **Dra. Cristina Martín Llorente**, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

La mesa arrancará con una ponencia de la **Dra. Purificación Estévez**, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, sobre si hay un nuevo estándar en primera línea en cáncer de cérvix. A continuación, el **Dr. José Alejandro Pérez-Fidalgo**, del Hospital Clínico Universitario de Valencia, revisará la situación en cáncer de ovario más allá de los inhibidores de PARP y de los antiangiogénicos. Por último, la **Dra. Elena García Martínez**, del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, detallará el papel de los inhibidores de check-point en el cáncer de endometrio avanzado. La sesión concluirá con un debate entre los asistentes.

"Hemos elegido esos temas para esa mesa porque hemos querido poner en relevancia la importancia de esta patología para las mujeres, que supone una de las causas más frecuentes de cáncer en la mujer y la rápida evolución que ha sufrido, siendo un ejemplo claro de la aplicación de medicina de precisión en Oncología", explica la Dra. María Jesús Rubio.

> **La infección por HPV es la causa del más del 90% de los cánceres de cérvix**

El cáncer de cérvix, como recuerda, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer en muchas mujeres de todo el mundo y es la cuarta causa principal de muerte por cáncer en las mujeres en el mundo, "por lo que representa un importante problema de salud pública".

"La infección por HPV es la causa del más del 90% de los cánceres de cérvix. A pesar de los avances en su prevención y diagnóstico, el pronóstico de las pacientes con estadios avanzados o en recaída era muy pobre (5-15% de supervivencia global a 5 años) y representaba una necesidad clínica no cubierta. Los resultados recientes del empleo de inmunoterapia –tanto en enfermedad avanzada como en recaídas– están cambiando el panorama de esta enfermedad, de forma que se han convertido en el nuevo estándar de tratamiento para nuestras pacientes en primera línea de enfermedad avanzada o metastásica en combinación con quimioterapia +/- bevacizumab con beneficio estadísticamente y clínicamente significativo en supervivencia libre de progresión y en supervivencia global. De la misma forma, en recaída en aquellas pacientes que no hayan recibido estos fármacos, cemiplimab ha mostrado beneficio en supervivencia para nuestras pacientes", detalla la Dra. Rubio.

Desde su punto de vista, en la actualidad, una de las principales controversias "es determinar un biomarcador de respuesta a las nuevas terapias con inhibidores de checkpoint. La expresión de PD L1 no parece ser un buen biomarcador para predecir respuesta a inmunoterapia en tumores ginecológicos". Entre las preguntas por contestar, plantea si, realmente, se debería ofrecer inmunoterapia solo a aquellas pacientes con tumores PD-L1 positivos y, por otro lado, si hay alguna justificación para usar agentes Anti-PD1 en pacientes que los hayan recibido en primera línea.

RETO, MEJORAR LOS RESULTADOS

En cuanto a los retos y oportunidades, la Dra. Rubio subraya que, "aunque sabemos que la inmunoterapia nos ha cambiado el panorama de las pacientes que sufren un cáncer de cérvix metastásico o recurrente, en la actualidad los retos que tenemos que afrontar son muchos para conseguir mejorar los resultados que tenemos y el beneficio de estas nuevas dianas para un mayor porcentaje de mujeres con cáncer de cérvix". Entre otros, enumera el papel que tendrá la inmunoterapia en la enfermedad localmente avanzada, si las combinaciones de agentes Anti-PD1 con otras dianas terapéuticas como Anti-CTL4 podrían reemplazar por sí mismas la terapia basada en platino o si las combinaciones de nuevos fármacos como Anti-PD1/Anti-CTL4 o Anti-TIGIT podrían ser una opción para aquellos pacientes PD-L1 negativos.

En el cáncer de ovario, recuerda que, en pocos años, "hemos sido capaces de cambiar la evolución de nuestras pacientes con enfermedad avanzada de reciente diagnóstico de la mano de la llegada de los inhibidores de PARP. Posteriormente tratamos de ver el papel de la inmunoterapia, de momento sin éxito. En la actualidad, tenemos el reto de determinar si la combinación de dianas terapéuticas es mejor que la utilización secuencial de las mismas. En pacientes con recaída, la actividad de anticuerpos inmunoconjugados –como mirvetuximab soravtansine, farletuzumab–ectiribulin, upifatamab–rilsodotin– y otras dianas endocrinas (como relacorilant) son dianas que, con el biomarcador adecuado, tienen resultados prometedores".

Por último, debe recalcarse que el cáncer de endometrio es la neoplasia ginecología más frecuente. "Hasta hace muy poco tiempo, la supervivencia para las pacientes con enfermedad en progresión era menos de un año y no teníamos opciones de tratamiento estándar, por lo que era una necesidad no cubierta. La llegada de fármacos de inmunoterapia, como dostarlimab/pembrolizumab en monoterapia, ha cambiado el panorama de aquellas mujeres con cáncer de endometrio en progresión a una primera línea con MMRd/inestabilidad de microsatélites con importante beneficio en supervivencia libre de progresión. La combinación de pembrolizumab y lenvatinib ha demostrado importante beneficio en aquellos casos en los que no existe falta de expresión de proteínas reparadoras/ inestabilidad de microsatélites (MMRp/MSS)", señala.

Por último, en un futuro próximo pronostica que se dispondrá de resultados "de la actividad de estas nuevas dianas en pacientes de reciente diagnóstico y enfermedad avanzada e, incluso, para aquellas pacientes que tengan un alto riesgo de recaída".

SEOM 2022
CerCando al CánCer
MADRID 18-21 OCT
SEOM Sociedad Española de Oncología Médica
Fundación SEOM

CERTIFICADOS
Descargue su certificado de asistencia, ponencia, presentación de comunicaciones, POSTERS, etc., a partir del 26 de octubre a las 16h en la web de SEOM
www.seom.org

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES DE:
Stemline®
A Menarini Group Company

PUBLIRREPORTAJE

Takeda apuesta por la investigación en mecanismos de acción innovadores

Takeda tiene el propósito de aspirar a curar el cáncer. Entre las claves fundamentales para lograrlo se encuentran su apuesta por la innovación a partir de alianzas y colaboraciones, así como mediante la adquisición y desarrollo de plataformas propias que le permitan investigar moléculas con nuevos mecanismos de acción.

Andrea Naves, Head of Medical Affairs Takeda Oncology Iberia.

¿Qué importancia tiene para Takeda el área de oncología?

En Takeda Oncología aspiramos a curar el cáncer, inspirados por los pacientes y a través de la innovación. Somos conscientes de que es un objetivo ambicioso, pero estamos comprometidos en conseguirlo. Así lo reflejan las cifras de inversión de la compañía en I+D, que destina alrededor del 80% del total de dicha inversión a oncología. Asimismo, la decisión de crear una unidad global enfocada en esta área evidencia la relevancia que esto tiene para Takeda como compañía biofarmacéutica global.

¿De qué manera Takeda trabaja para desarrollar proyectos innovadores?

Precisamente la importancia que concedemos al área de oncología va ligada a nuestro compromiso con la innovación, avanzando en el desarrollo de moléculas propias de Takeda y también a través de alianzas que establecemos con el mundo académico, con otras compañías biofarmacéuticas y con grupos colaborativos que cuentan con equipos altamente capacitados para poner en marcha programas clínicos de desarrollo. Esta manera de trabajar se sustenta en los más de 240 años de historia de Takeda. Por tanto, la estrategia a largo plazo es desarrollar moléculas *in house*, a nivel interno, y también mediante colaboraciones con otras instituciones, además de la adquisición de compañías con plataformas de vanguardia para seguir innovando en áreas específicas donde existen necesidades médicas no cubiertas.

¿Puede destacar alguna de estas adquisiciones?

En menos de un año, Takeda ha adquirido tres plataformas muy novedosas y complementarias: Adaptate Biotherapeutics, la plataforma COBRA de Maverick y GammaDelta Therapeutics, que exploran mecanismos de acción completamente distintos. Estos acuerdos, son realmente relevantes y significativos y hacen posible la puesta en marcha de programas de desarrollo de nuevas moléculas, siendo un buen ejemplo la plataforma COBRA.

¿En qué está centrada dicha plataforma?

Takeda tiene una fuerte tradición en el tratamiento de las neoplasias hematológicas, sobre todo en linfomas, mieloma múltiple y leucemias. Asimismo, la compañía ha hecho una gran apuesta en el área de cáncer de pulmón, donde destaca una alternativa terapéutica dirigida al tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK+). A través de la plataforma COBRA centrada en tumores sólidos, pretendemos seguir avanzando en el desarrollo de nuevos tratamientos dirigidos a este tipo de tumores. Dicha plataforma es la más avanzada en lo que se refiere a *T cell engagers* específicos frente a tumores sólidos. La diferencia de esta plataforma es su especificidad, actúa de manera específica en las células tumorales y en el microambiente tumoral, limitando así la toxicidad y afectación de tejidos normales.

¿Y en cuanto a las otras dos plataformas mencionadas?

La plataforma GammaDelta amplía el pipeline de Takeda en lo que es la inmuno-oncología y la terapia celular innata. Básicamente se trata de un tipo de célula T especifica. Está todavía en fases muy tempranas de investigación y con potencial en neoplasias hematológicas y tumores sólidos.

¿En qué consiste el estudio de la inmunidad innata por el que ha apostado la compañía?

Gran parte de la innovación en oncología se produce con la inmuno-oncología; sin embargo, en Takeda tenemos una vía de desarrollo diferencial frente a otras compañías. Nos distingue el hecho de que nos enfocamos en que el sistema inmune innato, que muchas veces no tiene capacidad de combatir el tumor, se mantenga vigilante frente a agentes externos y células neoplásicas, de forma que pueda eliminarlas. Se trata también de estimular al organismo para incrementar la inmunidad redirigida, mediante células específicas que tienen capacidad para combatir las células tumorales, basado en la conversión de tumores fríos , aquellos en los que el sistema inmunológico tiene actividad limitada, a tumores calientes, infiltrados por células inmunitarias que atacan y matan a las células cancerosas. Hablamos concretamente de moléculas que actúan a través de la vía del interferón.

> **El 80% de la inversión en I+D de Takeda está enfocada en oncología**

¿Qué proyectos en oncología destacaría de Takeda en España?

España es un país sumamente relevante para nosotros en materia de investigación clínica y muestra de ello es el gran número de ensayos clínicos desarrollados aquí. En este sentido, creemos que es sumamente relevante la colaboración público-privada y el trabajo en conjunto con las organizaciones sanitarias involucradas en la oncología. Un buen ejemplo es el estudio CUBIK, una iniciativa del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) en colaboración con Takeda. Se trata de un estudio fase II, pionero en España, que evalúa la utilidad clínica de la biopsia líquida como herramienta para el diagnóstico y la monitorización de pacientes con CPNM ALK+. En este sentido, subrayaría la importancia que tiene para Takeda la realización de este tipo de estudios de gran valor científico para la comunidad oncológica pudiendo incluso suponer un cambio de paradigma.

Otro de nuestros objetivos clave es impulsar y estimular la actividad investigadora en España, esa es la razón por la que hemos colaborado un año más con las becas de investigación que concede SEOM en cáncer de pulmón. Mediante esta iniciativa queremos firmemente apoyar a los investigadores de nuestro país en proyectos independientes y relevantes para la comunidad científica oncológica.

Además de los proyectos de investigación clínica, ¿Qué otros proyectos tiene en marcha Takeda?

El Proyecto 360º, también realizado en colaboración con el GECP, tiene el objetivo el identificar las necesidades y los retos existentes en la atención sanitaria de los pacientes con CPNM ALK+. Este es un buen ejemplo de nuestra apuesta por desarrollar proyectos de valor que permitan mejorar la práctica clínica. En este caso, un grupo de expertos analiza minuciosamente el recorrido que realizan dichos pacientes desde el diagnóstico hasta que reciben el tratamiento y el seguimiento de su enfermedad, con el fin de identificar posibles mejoras y proponer acciones para avanzar en la calidad asistencial. En este tipo de proyectos, consideramos de especial importancia incluir también la perspectiva de los pacientes por lo que contamos para ello con el apoyo de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP).

Takeda

2022 Takeda Pharmaceutical Company Limited. Todos los derechos reservados. Takeda y el logo de Takeda son marcas comerciales de Takeda Pharmaceutical Company Limited, utilizados bajo licencia. Takeda Farmacéutica España. Paseo de la Castellana 95, Madrid 28046 (Spain)

C-ANPROM/ES/OG/0030- Septiembre 2022

TROMBOSIS

La sesión abordará cómo prevenir y tratar los mismos

Los eventos trombóticos, un problema creciente

AGENDA DEL DÍA

◄ SALA CASTILLA

13:00-14:00h **SESIÓN: TROMBOSIS**
OPTIMIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y EL MANEJO DE LA TROMBOSIS ASOCIADA AL CÁNCERTRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ

Redacción **SEOM**

Optimización de los conocimientos y el manejo de la trombosis asociada al cáncer es el título de la sesión de trombosis que tendrá lugar hoy a las 13:00 horas y que será moderada por los doctores **José Muñoz Langa**, del Hospital Arnau de Villanova de Valencia, y **Jesús García-Mata**, del Complejo Hospitalario Universitario de Orense. En la misma, intervendrá como ponente, en primer lugar, el **Dr. Jaime Rubio**, del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, que dará respuesta a la pregunta *¿Qué características tiene la trombosis asociada al cáncer en España?* Con datos del registro TESEO-SEOM.

Dr. Jesús García-Mata.

Posteriormente, tomará la palabra la **Dra. Laura Ortega**, del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, que en este caso explicará *¿En qué pacientes considera seguro el tratamiento con ACODs de la trombosis asociada al cáncer?* Y, tras ella, la **Dra. Silvia García**, del Hospital Universitario de Móstoles de Madrid, abordará *¿Cómo seleccionar pacientes para tromboprofilaxis?*

"Los eventos trombóticos asociados al cáncer constituyen un problema creciente en el que influyen diferentes factores que se dan en el paciente con cáncer: la propia enfermedad, el tratamiento oncológico, las comorbilidades que asocia el enfermo, el sedentarismo o el empleo de catéteres y dispositivos intravenosos", explica el Dr. Jesús García-Mata, quien añade que, por ello, los objetivos que persigue la mesa son "revisar y actualizar el conocimiento del que disponemos en este tema para avanzar en el manejo más adecuado de los pacientes de cara a prevenir y tratar este tipo de eventos".

¿CÓMO SE HA AVANZADO?

El Dr. García-Mata asegura que en los últimos años "hemos avanzado en el tratamiento del evento trombótico con fármacos más eficaces, pero sobre todo en el conocimiento del riesgo que presentan nuestros pacientes para identificar aquellos que se pueden beneficiar de tratamiento preventivo". En su opinión, actualmente su abordaje pasa por la "identificación precoz y puesta en marcha de tratamiento preventivo en aquellos pacientes que lo requieran y la introducción de anticoagulantes de última generación que aportan ventajas en eficacia y manejo".

Y, a corto/medio plazo lo que cabe esperar es "que este enfoque preventivo y de manejo precoz se incorpore a la práctica clínica diaria y se convierta en una realidad", concluye.

TECNOLOGÍA

Sesión sobre redes sociales, ciberseguridad y RWD, esta tarde a las 17:00h

El gran reto del oncólogo médico: Estar al día en avances tecnológicos

AGENDA DEL DÍA

◄ AUDITORIO

17:00-18:00h **SESIÓN: LA TECNOLOGÍA MÁS ALLÁ DE LA ASISTENCIA**

Redacción **SEOM**

La tecnología más allá de la asistencia es el título de la sesión que tendrá lugar esta tarde a las 17:00h que abordará el tema de las redes sociales en Medicina, las amenazas reales en 2022 relacionadas con la ciberseguridad y RWD. "Sin duda este es un gran reto, son muchos los aspectos en los que tenemos que actualizarnos continuamente porque vivimos en un entorno de cambio permanente", asegura uno de los coordinadores de esta mesa, el **Dr. Joaquim Bosch,** del Hospital Universitari Dr. Josep Trueta y del ICO de Girona, quien además reconoce que "si la Oncología avanza rápido aún mucho más lo hace la tecnología". Y recomienda: "Lo importante es no tenerle miedo, dejarse aconsejar y ver lo que realmente puede aportar valor facilitándote la vida y concentrarse en adaptar eso a tu día a día".

No obstante, el Dr. Bosch hace hincapié en que no hay que dejar de lado nunca el contacto personal. "Cuanta más tecnología aplicamos a nuestro día a día, más tenemos que potenciar otras habilidades humanistas, porque si no, podemos acabar saturados o desbordados; las redes sociales están muy bien y estoy convencido de que pueden aportar valor, pero el café con los compañeros no debemos abandonarlo, o nos equivocaremos. Debemos aprender aprovechar lo mejor del mundo virtual y tecnológico, pero no olvidemos que somos seres del mundo real".

En concreto respecto a las redes sociales, este oncólogo médico indica que "es importante que los profesionales sanitarios estemos presentes para poder aportar nuestro punto de vista, promocionar hábitos de vida saludable, dar visibilidad a los avances médicos o nuevas investigaciones" y añade "también nos sirve para mantenernos actualizados sobre las últimas novedades, interactuar con colegas; es una herramienta de doble sentido, podemos recibir información y también compartirla".

En cualquier caso, recomienda siempre prudencia: "Es muy importante tener presente que aunque estamos interactuando en el mundo virtual, lo que se diga o pase ahí puede tener repercusiones en el mundo real". Por ello, señala: "Algunos expertos recomiendan hacerse estas tres preguntas para evitarse problemas antes de publicar algo ¿Qué diría tu madre si leyera el mensaje? ¿aguantará el paso del tiempo?, ¿lo podría defender ante expertos? y tener en cuenta el manual elaborado por la Organización Médica Colegial sobre el buen uso de las redes".

COMPARTIR CONOCIMIENTO

En su opinión, "las RRSS son una herramienta a nuestro alcance para intercambiar información y permiten establecer relaciones; de hecho, yo hay colegas que primero he conocido e interactuado virtualmente y con el tiempo nos hemos conocido en persona". Además, tienen la ventaja de la inmediatez "y por ejemplo durante la pandemia, han permitido difundir datos y estudios que han sido muy útiles para tener una información rápida a nivel global", subraya.

En este sentido, el Dr. Bosch Barrera resalta que "es importante saber identificar perfiles de confianza y ser críticos con la fuente del dato (saber discriminar e identificar las fake news), pero si tienes una red de contactos fiable, son herramientas muy potentes". Y pone como ejemplo: "Yo he podido recibir ideas clave de lo más destacado de algunos congresos médicos gracias a los tweets de colegas que tenían la oportunidad de estar allí". Otra aplicación de las RRSS "es poder discutir algunos estudios controvertidos o muy relevantes, viendo los argumentos o puntos de vistas de diversos colegas a la hora de interpretar los resultados o sus posibles implicaciones en la práctica clínica".

CIBERATAQUES Y RWD

Los hackers y los peligros de ciberataques informáticos también están al orden del día y es

Dr. Joaquim Bosch.

otro de los temas que se abordará en esta misma sesión. Sobre este tema, el Dr. Bosch subraya que "sin duda, más formación en este ámbito sería bienvenido, el problema quizás es encontrar tiempo para estar al día de tantas cosas".

El tercer aspecto que se tratará es "el RWD, que como la Farmacovigilancia son herramientas muy potentes y útiles una vez que los fármacos están comercializados para responder dudas que son difíciles en un entorno controlado de ensayo clínico", explica este coordinador de la sesión sobre Tecnología.

BIOÉTICA

A debate, esta tarde

Eutanasia en Oncología en 2022: Realidad y dificultades

Redacción SEOM

Eutanasia en Oncología en 2022: Realidad y dificultades es el título de la sesión de Bioética en cáncer que tendrá lugar hoy a las 18:45 horas. En la misma, estarán como moderadores los doctores **Teresa García**, del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, Murcia y **Emilio Esteban**, del Hospital Universitario Central de Asturias. El primer ponente en intervenir será el **Dr. Albert Tuca**, de la Unidad de Soporte y Paliación del Hospital Clínic, de Barcelona, con la ponencia *Realidad y dificultades de la eutanasia oncológica. La experiencia de Cataluña.*

"Por el momento la eutanasia no es el principal problema en Oncología porque los pacientes que tienen posibilidades de sobrevivir se curan, y los que están mal lamentablemente no suelen tener tanto tiempo para cansarse de la enfermedad, más bien suelen aferrarse al tiempo que les queda", asegura la Dra. Teresa García. En su opinión y según su experiencia, "quizás más adelante los pacientes oncológicos la soliciten con más frecuencia, como sucede en países con veinte años de eutanasia legal; pero hoy por hoy, cuando algún paciente ha hecho referencia a ella, al profundizar en su petición y valores, se ve que se están refiriendo a morir sin sufrir y no a adelantar la muerte, aunque por supuesto que hay quien basa su deseo de morir en la libertad personal para disponer de su vida cuando lo desee".

Dra. Teresa García.

El segundo tema que se tratará en esta sesión es *La importancia de una atención y cuidados óptimos previos a las personas que solicitan la eutanasia*, que será expuesto por el **Dr. Marcos Gómez**, pionero de los Cuidados Paliativos en España y coordinador de la Estrategia de Cuidados Paliativos en Canarias. "Creo que, si existiera la posibilidad de recurrir a cuidados adecuados, tanto para controlar síntomas difíciles como para suplir la limitación progresiva, habría muchas personas que no recurrirían a la eutanasia como medio para dejar de ser el peso que consideran que son", señala la Dra. García, quien añade que "no solo se trata de cuidados paliativos de síntomas físicos o psíquicos sino también de ayudas económicas para retirada de barreras, ayudas domiciliarias, aparatos para mejorar la movilidad, rehabilitación asequible, respiro familiar, centros de estancia media y larga para un cuidado más cercano cuando hay síntomas difíciles o soledad o familias agobiadas, etc".

La tercera cuestión que se expondrá en esta sesión es *Realidad y ética de la eutanasia para el oncólogo clínico*, de la que se encargará la **Dra. Francisca Vázquez**, del Hospital Clínico de Santiago de Compostela. "El oncólogo médico –subraya la Dra. Teresa García– se ha formado para ayudar a buscar ese resquicio de vida que los diferentes tratamientos antineoplásicos y de soporte ofrecen al paciente". Y, añade: "Cuando no es posible conseguirlo, acompañamos al paciente en los momentos finales con nuestros conocimientos y humanidad".

La moderadora indica que su preocupación es que "sea de verdad voluntaria, autónoma, no presionada por falta de recursos o por una sociedad que desvaloriza al enfermo; los oncólogos, las asociaciones y la sociedad entera deben luchar para que todos los pacientes tengan recursos que alivien su sufrimiento físico, psíquico, familiar, social y espiritual. Y a partir de ahí puedan decidir libremente".

AGENDA DEL DÍA

SALA HIDALGO

18:45-20:15h **SESIÓN: BIOÉTICA EN CÁNCER**
EUTANASIA EN ONCOLOGÍA EN 2022: REALIDAD Y DIFICULTADES

AGENDA DEL DÍA

SALA CASTILLA

21:30h ENTREGA DE BECAS 2022 Y CÓCTEL SEOM2022

El acto tendrá lugar a las 21:30 horas

Hoy se entregan las Becas SEOM 2022 a la investigación clínica en cáncer

Redacción **SEOM**

SEOM entregará esta noche a las 21:30 horas las Becas, Proyectos y Premios SEOM 2022 en un acto que se celebrará en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando. En total se distribuirá un importe total de 1.227.000 euros a 46 proyectos para fomentar la investigación clínica del cáncer como la mejor garantía de inversión y futuro para los pacientes oncológicos. Dicha cantidad permitirá a oncólogos médicos, socios de SEOM, investigar y formarse para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con cáncer.

SEOM ha recibido 120 solicitudes en esta edición para optar a dichas Becas, Proyectos y Premios, distribuidos en 22 categorías. Y, la evaluación ha sido realizada por el Instituto de Salud Carlos III, como en ediciones anteriores, para aportar a las mismas una mayor relevancia científica y curricular. Esta evaluación externa es posible gracias a la colaboración sin restricciones de Bayer.

Como novedad este año se han incluido tres categorías nuevas: una Beca SEOM para proyectos de investigación en tratamientos agnósticos del tumor con un importe de 30.000 euros y cinco bolsas de viaje SEOM para rotaciones externas de dos meses para residentes de quinto año dotadas con 2.000 euros cada una; y tres premios SEOM Tesis Doctoral para investigadores jóvenes, con 3.000 euros cada uno de ellos.

El programa de Becas, Proyectos y Premios se ha ido construyendo a lo largo de los años e intenta responder a las necesidades de formación e investigación de los oncólogos médicos con estancias en centros extranjeros o nacionales, como el CNIO. Además, facilita la formación investigadora de los oncólogos apoyando las Becas Río Hortega o Juan Rodés y promueve becas dirigidas a proyectos de investigación clínica y traslacional.

El desarrollo de nuevas áreas de conocimiento dentro de la Oncología se ha correspondido con nuevas modalidades de becas dirigidas ya no sólo a tumores concretos, como el cáncer de mama o de pulmón, sino a la investigación en inmuno-oncología, a proyectos relacionados con técnicas de medicina nuclear diagnósticas o terapéuticas o al tratamiento de soporte.

También se han convocado en los últimos años becas de intensificación de oncólogos clínicos que les permiten compatibilizar su actividad clínica con tareas de investigación.

El coordinador de la Comisión de Becas de SEOM, **Dr. Ramon Colomer**, señala que “esta iniciativa responde a una de las prioridades de la Sociedad que es fomentar la formación y la investigación; por ello, nos satisface cada año el interés que despierta”.

Por su parte, la presidente de SEOM, **Dra. Enriqueta Felip**, subraya “el férreo compromiso que tenemos por obtener financiación a través de recursos propios y de entidades colaboradoras con el objetivo de impulsar la investigación clínica y traslacional, fomentar la formación en centros de referencia y generar una red de conocimiento entre los oncólogos médicos españoles para que su trabajo revierta en nuestra sociedad, en nuestro sistema de salud y en los pacientes con cáncer”.

El Programa de Becas, Proyectos y Premios SEOM 2022 es posible gracias a la colaboración sin restricciones de **Roche**, **Gilead**, **Novartis**, **Boehringer Ingelheim**, **Cris contra el cáncer**, **Bristol Myers Squibb**, **AstraZeneca**, **MSD**, **AVON**, **FECMA**, **Tranvía de Barcelona**, **Samsung**, **Maset**, **Daiichi-Sankyo**, **Kyowa Kirin**, **GSK**, **José Roberto González García**, **Advanced Accelerator Applications**, **Takeda**, **Janssen Oncology**, **Merck**, **Cátedra de Medicina Personalizada de Precisión de la Universidad Autónoma de Madrid** y **Bayer**.

Fundación SEOM

SEOM Sociedad Española de Oncología Médica

Becas, Proyectos y Premios SEOM 2022

Real Academia de Bellas Artes de San Fernando

Madrid, 20 de octubre

Al inicio del acto se hará entrega de la 18ª edición del Premio de Periodismo SEOM

Roche	SEOM Research Fellowship de Estancia de 2 años en Centros de Referencia en el extranjero para formación en investigación
Gilead Oncology	SEOM Research Fellowship de Estancia de 2 años en Centros de Referencia en el extranjero en Cáncer de Mama
Novartis	SEOM Fellowships de Estancias cortas (desde 2 meses hasta 12 meses) en centros de referencia
Boehringer Ingelheim	Beca SEOM-BOEHRINGER INGELHEIM de Retorno de Investigadores Jóvenes
Cris contra el cáncer	Beca SEOM-FUNDACION CRIS CONTRA EL CÁNCER de Retorno de Investigadores Jóvenes
Roche	Beca SEOM-ROCHE de Intensificación para Investigadores Jóvenes
	Beca SEOM de Intensificación de Investigadores Jóvenes
	5 Bolsas de viaje SEOM para rotaciones externas de dos meses para residentes de 5º Año
	2 Bolsas de Viaje SEOM para rotaciones de dos o tres meses en el CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS (CNIO)
Merck	2 Premios SEOM-MERCK “Somos futuro”
	2 Premios SEOM Tesis doctoral para Investigadores Jóvenes
	Premio SEOM Tesis doctoral para Investigadores Jóvenes
Bristol Myers Squibb	Beca SEOM-BMS para proyectos de Investigación Traslacional en Inmuno-oncología
SEOM Sociedad Española de Oncología Médica	Beca SEOM para proyectos de Investigación Traslacional en Inmuno-oncología
AstraZeneca	Beca SEOM-AstraZeneca para Proyectos de Investigación para Grupos Emergentes
	Beca SEOM para Proyectos de Investigación para Grupos Emergentes
MSD	Beca SEOM-MSD para Proyectos de Investigación
+1 SUMATE	Beca SEOM +1 SUMATE para Proyectos de Investigación
AVON	Beca SEOM-AVON para Proyectos de Investigación en Cáncer de Mama
Daiichi-Sankyo	Beca SEOM-DAIICHI SANKYO para Proyectos de Investigación en Cáncer de Mama
fecma	Beca SEOM-FECMA para Proyectos de Investigación en Cáncer de Mama
fecma MASET	Beca SEOM-FECMA para Proyectos de Investigación en Cáncer de Mama
fecma SAMSUNG	Beca SEOM-FECMA para Proyectos de Investigación en Cáncer de Mama
Takeda	Beca SEOM-TAKEDA para Proyectos de Investigación en Cáncer de Pulmón
janssen	3 Becas SEOM-JANSSEN para Proyectos de Investigación en Cáncer de Pulmón
KYOWA KIRIN	Beca SEOM-KYOWA KIRIN para Proyectos de Investigación de Tratamiento Sintomático
GSK	2 Becas SEOM-GSK para Proyectos de Investigación en Cáncer Ginecológico
	Beca SEOM para Proyectos de Investigación en Cáncer Gástrico (Gracias a las donaciones realizadas por José Roberto González García)
	Beca SEOM-AAA para Proyectos de Investigación de Oncología Médica relacionados con Medicina Nuclear
janssen	Beca SEOM-JANSSEN para Proyectos de Investigación en tratamiento Agnóstico del Tumor
	2 Becas para Proyectos de Investigación de Secciones SEOM

La evaluación de la convocatoria de Becas 2022 se ha realizado de forma externa por el Instituto de Salud Carlos III

Gracias a una colaboración sin restricciones de BAYER

Descubra

La nueva App del Congreso SEOM2022

SEOM 2022
CerCando al CánCer

Hemos desarrollado la nueva **App del Congreso SEOM2022,** una aplicación con nuevas herramientas que le permite participar activamente en las sesiones científicas del Congreso

Descárguela aquí:

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

Fundación SEOM

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

SEOM2022 EN IMÁGENES

TAMBIÉN HOY ...

11:30 - 12:15 H.

CAFÉ CON...	Eisai MSD	Combinaciones ITK+IO: Nuevas oportunidades en cáncer avanzado	SALA COMENDADOR
CAFÉ CON...	sanofi	ETV y cáncer ¿Qué podemos hacer mejor?	SALA ESCUDO
CAFÉ CON...	Pierre Fabre	Adyuvancia extendida: un paso más para evitar la recurrencia en cáncer de mama	SALA DOBLÓN

13.45 - 15:15 H.

SIMPOSIO SATÉLITE:	AstraZeneca MSD	Redefiniendo el curso de la Oncología	SALA TAPICES
SIMPOSIO SATÉLITE:	Janssen	Uniendo fuerzas en el abordaje multidisciplinar del cáncer de pulmón	SALA ESCORIAL
SIMPOSIO SATÉLITE:	GSK	Conversaciones sobre la vacunación y avances terapeúticos en cáncer ginecológico	SALA ARANJUEZ
SIMPOSIO SATÉLITE:	MERCK Pfizer	Una nueva era en CUa: Ampliando perspectivas de supervivencia	SALA EL PRADO

17:15 - 18:00 H.

CAFÉ CON...	Lilly	Suma RET en el cáncer de pulmón. Estado del arte en testing y terapias dirigidas	SALA COMENDADOR
CAFÉ CON...	sanofi	Nuevos datos de LIBTAYO® (CEMIPLIMAB) en monoterapia en CPNM pdl1≥50%	SALA ESCUDO
CAFÉ CON...		Neuropatía periférica por quimioterapia: fisiopatología y abordaje dermatológico	SALA DOBLÓN

SEOM© Todos los Derechos Reservados.

SEOM AGRADECE LA COLABORACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN **SEOM2022**

NOVARTIS

CON LA GUÍA CORRECTA, NO HAY CAMINO IMPOSIBLE

Haga clic para conocer más información sobre la mutación ***MET exon* 14 *skipping*** en CPNM

Más información

CPNM: cáncer de pulmón no microcítico.

ES2209279284