

PROGRAMA CIENTÍFICO
03 / SIMPOSIO
SEOM



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

Discusión de pósters Cuidados continuos

Dr. E. Saigí Grau
Parc Tauli Sabadell
Hospital Universitario

- Pósters presentados
 - Pósters expuestos : 6
 - Pósters digitales : 34

Neutropenia febril (I)

- ***Complicaciones, mortalidad y duración del ingreso en pacientes con neutropenia febril de bajo riesgo (NFAE): Datos prospectivos del estudio FINITE. Dra. P. Jiménez Fonseca y cols.***
 - Estudio multicéntrico (20 centros españoles 1 brasileño). 781 pacientes. Octubre-12 a Diciembre-13. Clasificación de riesgo por escala MASCC o Talcott.
 - Identifica factores de riesgo de complicaciones y mortalidad en NFAE. Tasa de infecciones graves del 15,6 % y mortalidad del 1,7 %.
 - La adherencia a tratamiento domiciliario es baja en esta muestra (11 %).

Neutropenia febril (II)

- ***Análisis de factores clínicos para el manejo ambulatorio de pacientes con neutropenia febril. Dr. I. Matos (Salamanca)***
 - Estudio retrospectivo en una única institución. 250 pacientes. Enero-2004 a Diciembre-2011.
 - Se analizan 12 variables clínicas entre pacientes que realizaron tratamiento hospitalario (69,2 %) y ambulatorio (30,8 %)
 - Establecen algoritmo de actuación.

Neutropenia febril (III)

- ***Abordaje y tratamiento de los pacientes ingresados con el diagnóstico de neutropenia febril : nuestra experiencia durante los últimos 2 años. R. Collado y cols (H. S. Pedro de Alcántara de Cáceres)***
 - Revisión retrospectiva de cada caso por historia clínica durante los años 2011-13. 48 casos incluidos. 72,9 % de bajo riesgo (MASCC)
 - Datos descriptivos. 8,3 % mortalidad.
- ***Estudio sobre la profilaxis de la Fiebre Neutropénica inducida por quimioterapia (FNQ) con Filgrastim biosimilar: descripción de los pacientes, patrones de tratamiento y resultados del estudio multinacional MONITOR:GCS en España. JM Cervera y cols.***
 - Estudio europeo prospectivo, observacional con 116 pacientes en 16 centros de España sobre patrones de uso y resultados en la práctica clínica de Filgrastim biosimilar en la profilaxis de FNQ de acuerdo con las guías de EORTC.
 - FNQ se desarrolló en 11,6 % de los ciclos y 31,9 % de los pacientes sufrieron al menos un episodio de FNQ. Un 7,8 % de los pacientes se hospitalizó y un 8,6 % tuvo alteraciones de su tratamiento debido a la FNQ

Tolvaptan (Tp) en Hiponatremia

- ***Análisis de la eficacia de Tolvaptan (Tp) en el manejo de la Hiponatremia (H) por SIADH asociada a cancer. R. De las Peñas (H. Provincial de Castellón) y cols.***
 - Estudio prospectivo de casos de SIDIADH asociado a cáncer y tratados con Tp, desde 3/2012 a 4/2014. 52 pacientes.
 - Tasa de respuesta global del 67,3 % en contexto de un tratamiento antineoplásico. A definir su papel en pacientes no susceptibles de tratamiento.
- ***Experiencia de uso de Tolvaptan en la hiponatremia del paciente oncológico. M. Carmona (CHU Santiago de Compostela) y cols..***
 - Estudio retrospectivo, observacional unicéntrico. 9 pacientes incluidos desde noviembre-2011 a mayo-2014.
 - Tratamiento eficaz y seguro. Disminuye necesidad de ingresos.
- ***Experiencia multicentro con Tolvaptan en pacientes oncológicos. C. Hinojo (H. Marques de Valdecilla Santander) y cols.***
 - Análisis retrospectivo multicéntrico de 10 pacientes tratados con Tp desde mayo-2011 a mayo-2014.
 - Tp es un tratamiento eficaz y seguro, con mejoría de los síntomas y calidad de vida (incremento de ECOG)

Oncogeriatría

- ***Impacto de la evaluación geriátrica en la recomendación terapéutica en ancianos con cáncer colorrectal: resultados preliminares. Estudio ELDERLY. E. Asensio (H.G.U. Elche) y cols.***
 - Estudio prospectivo en pacientes con CCR estadios III y IV mayores de 70 a. Se analizan 20 pacientes incluidos
 - Evaluación según recomendación inicial de tratamiento y una segunda recomendación según CGA (Copenhensive Geriatric Assessment), predicción de riesgo de mortalidad precoz y riesgo de toxicidad.
 - Diferencias en la recomendación inicial y final de tratamiento en el 55 % de los pacientes, siendo la final mas conservadora en el 45 % y de mayor intensidad en el 10 % (Tto. Estándar 60 vs 25 %; Estándar modificado 25 vs 55 %; No tratamiento 15 vs 20 %).
- ***Creación de un grupo de trabajo en Oncogeriatría en un hospital comarcal. JD Cumplido (H. Torrevieja)***
 - Creación de una unidad piloto de oncogeriatría para valorar pacientes mayores de 75 a. multidisciplinar (M. Interna, Oncología, Cuidados paliativos).
 - Objetivos : Educativos, información sobre oncogeratría en el hospital, investigación futura.

Emesis y QT

- ***Incidencia de náuseas y vómitos con esquemas de quimioterapia moderadamente emetógena (QME): estudio ADVICE. Y. Escobar (H. G. Marañón) y cols.***
 - Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico para evaluar la incidencia de náuseas y vómitos en pacientes con QME con tratamiento antiemético habitual.
 - Se analizan datos de 240 pacientes naive entre abril-2012 y mayo-2013.
 - El 95,3 % reciben tratamiento antiemético con una combinación de un antagonista de 5-HT₃ y corticoides. Un 31 % no alcanza una respuesta completa, un 38 % no logra una protección completa. Las náuseas se controlan peor y las náuseas y vómitos en la fase tardía están peor controlados.
 - Los investigadores estimaron que el tratamiento sería eficaz (sin vómitos o náuseas y sin uso de medicación de rescate) para el 75 % de los pacientes , en comparación con el 54,1 % que mostró los datos del estudio.

Largos supervivientes

- ***¿Qué problemas tienen los largos supervivientes de cáncer?. D. García (HU Salamanca)***
 - Encuesta breve, voluntaria y confidencial en pacientes valorados en ULISO. 170 pacientes (participación del 97,6 %).
 - Repercusiones físicas inmediatas: cansancio, alteraciones corporales y digestivas. Repercusiones tardías: cansancio, alteraciones corporales y osteoporosis.
- ***¿Qué dificultades laborales deben afrontar los pacientes oncológicos?. D. García (HU Salamanca)***
 - Encuesta breve, voluntaria, confidencial en pacientes valorados en USLO. 170 pacientes (97.6 % de participación).
 - El tratamiento y la enfermedad provocan que los pacientes dejen de trabajar. Reincorporación mayoritaria.
 - Complicaciones en la reincorporación : 1/Físicas (cansancio, limitaciones funcionales), 2/Psicológicas (inseguridad, depresión). Escasa aparición de problemas sociales como discriminación en el medio laboral.
- ***Dónde deben ser revisadas las largas supervivientes de cancer de mama. En primaria o en especializada?. P. Ramírez (H. Puerta del Mar)***
 - Estudio de cohortes retrospectivo, mediante encuesta personal en pacientes tratadas por cáncer de mama y libres de enfermedad al menos durante 60 meses. Se analizan dos grupos : derivadas a Atención primaria tras 5 a. (60 casos), seguidas en Oncología (38 casos)
 - Resultados : 1/ no diferencias en problemas de salud 2/ Mayor visita programada en especializada y a demanda en primaria. 3/ Menor coste en primaria (107,67 vs 182,02 euros). 3/ Nodiferencias en calidad de vida.. 4/ El 80 % prefieren especializada, 10 % primaria y 10 % indiferente
- ***Oncólogo de enlace: Satisfacción y sintomatología en largos supervivientes de cáncer. FJ García (HG Valencia).***
 - Valoración de la figura de Oncólogo de enlace que valora pacientes largos supervivientes en centros de especialidades y actúa de nexo con el servicio de oncología y puesto en marcha en 2006.
 - 238 cuestionarios entre enero-13 y abril-14. Valoración de secuelas, impacto emocional, repercusión socio-laboral.
 - Resultados : 1/ Sintomatología residual en el 52 % (astenia 27,6%, insomnio 16,5%, ansiedad 17,4%, depresión 12,2%, mialgias 29,5%, artralgias 27,5%, parestesias 18,3%) 2/ El 90.6% refiere mejoría de la calidad de vida relacionada con el seguimiento

Evaluación de la actividad física

- ***La versión corta de IPAQ (SF-IPAQ) no es un cuestionario válido para estimar la actividad física realizada por supervivientes de cáncer en España. A. Ruiz (HU Puerta de Hierro)***
 - Estudio sobre 104 pacientes sin evidencia de enfermedad y sin tratamiento en los últimos 6 meses. Se realiza SF-IPAQ, acelerometría, antropometría, y evaluación de la condición física.
 - 139 pacientes aptos para valoración. Se concluye que SF-IPAQ no puede recomendarse como medida de la AF en la población española con cáncer
- ***GPAQ no es un cuestionario válido para estimar la actividad física realizada por supervivientes de cáncer en España. A. Ruiz (HU Puerta de Hierro)***
 - Estudio sobre 104 pacientes sin evidencia de enfermedad y sin tratamiento en los últimos 6 meses. Se realiza cuestionario GPAQ, acelerometría, antropometría, y evaluación de la condición física.
 - 157 pacientes aptos para valoración. Se concluye que GPAQ no puede recomendarse como medida de la AF en la población española con cáncer

Dolor

- ***Dolor como 5ª constante vital básica: Expresión de calidad asistencial. R. Monfort (HGU Valencia).***
 - Análisis diario mediante EVA de los pacientes ingresados en el S. Oncología durante febrero-14. Al ingreso dolor intenso en 7.9 %. Al alta no dolor intenso.
 - La cuantificación del dolor en tiempo real sirve para detectar su existencia, su magnitud y permite una actuación multidisciplinar que mejora la calidad de su atención.
- ***Dolor y analgesia en los pacientes hospitalizados en una planta de Oncología Médica. A. Cortegoso (HU Santiago).***
 - Estudio epidemiológico, transversal y descriptivo en un total de 96 pa. Ingresados en la planta de Oncología en abril-14. Determinación por EVA de forma sistemática
 - Prevalencia del dolor del 50 %. 7.3 % es la causa del ingreso.
 - Del análisis de datos, se extrae que el EVA, tal y como se aplica en la planta de hospitalización, no resulta una herramienta útil para la evaluación y seguimiento del dolor

QT en las últimas semanas

- ***Quimioterapia y tratamientos anti-diana en las 4 últimas semanas de vida. C. Herrero (I.V.O.).***
 - Estudio prospectivo de pacientes que recibieron sedación paliativa al final de la vida desde 1-01 a 31-12-13 en el Hospital y UHD. Se incluyen 212 pacientes.
 - 18 % (39 p.) recibieron tratamiento en las últimas 4 semanas y 8 % (17 p.) en las dos últimas
 - La mediana del intervalo entre la última dosis de QT y el exitus fue de 16,8 días. - casos (7 %) fallecieron por muerte tóxica.
 - La frecuencia de uso de quimioterapia/tratamiento anti-diana en las 4 y 2 últimas semanas de vida es similar al de otras series de la literatura.