

JUEVES, 5 DE OCTUBRE
SALA MALLORCA
12,30-14,30 h.

MESA REDONDA I

NUEVOS PARADIGMAS EN EL TRATAMIENTO DE SOPORTE DEL CÁNCER

Discusor: Dr. Antonio Duque Amusco. H. Universitario Virgen Macarena. Sevilla

NECESIDADES, EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Francisco Javier Barón Duarte, Santiago Aguin Losada, Carmen Areses Manrique, Urbano Anido Herranz, Jorge García Gonzalez, Yolanda Vidal Insua, Gabriela Graña Suarez, Francisca Vazquez Rivera, Luis León Mateos, Teresa Curiel García

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: **Principal:** Conocer las aspiraciones y necesidades de los pacientes y sus familias atendidos en un Servicio de Oncología Médica. **Secundarios:** • Intentar obtener una definición del paciente de calidad de vida. • Conocer la información que tiene el paciente y su familia.

MATERIALES: Estudio observacional prospectivo de casos nuevos en Oncología con una entrevista semiestructurada e independiente al paciente y familiar.

RESULTADOS: Entre el 1-10-2004 y el 1-02-2006 se ofrece la encuesta a 85 pacientes aceptando 69. Sexo: 38 (55%) varones, 31 (45%) mujeres. Edad: Mediana 63, límites (30-83). Predominaban las neoplasias de mama y pulmón avanzados.

INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD: El término tumor maligno es definido de modo explícito por paciente en el 36% de los varones y en el 41,3% de las mujeres. Menos del 10% de los pacientes tienen un conocimiento completo de su pronóstico y el 26% de varones y 10% de mujeres no tienen ningún conocimiento de su pronóstico.

LUGAR TERAPÉUTICO PREFERIDO: El 58% de los pacientes y el 51% de familiares prefieren tratamientos ambulatorios

CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN: Es deseada por el 60% de los pacientes. El 82% de pacientes desean un médico de referencia que es el oncólogo para el 67% de encuestados.

TOMA DE DECISIONES: El 48% creen que la decisión debe ser compartida por el paciente, familia y médico.

PROBLEMAS Y CALIDAD DE VIDA: El 35% de los pacientes presentaban importantes problemas psicológicos, el 40% problemas físicos, el 25% sociales y el 61% mixtos. El 67% definieron Calidad de Vida como vida normal, autosuficiencia y actividad.

CONCLUSIONES: Los pacientes oncológicos y sus familias presentan múltiples problemas, tienen escasa información, desean atención continuada y ambulatoria con profesionales de referencia y valoran la autonomía.

DARBEPOETIN ALFA (DA) ADMINISTRADO A DOSIS FIJA SEMANAL ES EFICAZ Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA (CDV) RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS Y ANEMIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA (AIQ). ESTUDIO AMG-DAR-2002-01

C.A. Rodríguez¹, A. González², J. Montesinos³, J. Cassinello⁴, M. Nogué⁵, M. Centelles⁶, M.A. Cruz⁷, J.R. Mel⁸, P. Iturralde⁹, E. Saigi³

(1) Servicio de Oncología Médica, H.C. Universitario, Salamanca; (2) Servicio de Oncología Médica, C.O. Galicia J.A. Quiroga Piñeiro, A Coruña; (3) Servicio de Oncología Médica, C.H. Parc Taulí, Sabadell; (4) Servicio de Oncología Médica, H. General, Guadalajara; (5) Servicio de Oncología Médica, H. General, Vic; (6) Servicio de Oncología Médica, H. Sagrat Cor, Barcelona; (7) Servicio de Oncología Médica, H. Virgen de la Salud, Toledo; (8) Servicio de Oncología Médica, C.H. Xeral-Calde, Lugo; (9) Departamento Médico, Amgen SA, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La anemia diagnosticada con frecuencia en pacientes con cáncer tiene un impacto significativo sobre la CdV. DA es una proteína estimuladora de la eritropoyesis eficaz cuando se administra semanalmente, cada 2 sem o cada 3 sem en AIQ. Se ha estudiado el impacto en la eficacia y CDV de la administración fija semanal de DA en pacientes con tumores sólidos (TS).

MATERIALES: Subanálisis de pacientes con TS incluidos en un estudio abierto, multicéntrico, prospectivo, observacional.

Pacientes(p): ≥ 18 años, anémicos ($Hb \leq 11$ g/dL), programados para recibir ≥ 12 sem de quimioterapia, y sin deficiencias de hierro, vitB12, o folato, se trataron con DA150 mcg sem; la dosis podía doblarse a 300 mcg sem si la Hb aumentaba <1 g/dL tras 4 sem. Variable principal: **respuesta hematopoyética (RespH)** (incremento de Hb ≥ 2 g/dL o niveles de Hb ≥ 12 g/dL en ausencia de transfusiones en los 28d previos); entre las variables secundarias se incluía impacto sobre el número de transfusiones y cambios en la CdV según la escala FACT-F.

RESULTADOS: Un total de 162p (de los 293 incluidos en el estudio) tenían TS y se incluyen en este análisis: mujeres: 57,4%, edad media: 62,0 años (rango:30,8-87,1), con c. gastrointestinal (25,3%); c. mama (19,1%), c. ginecológico

(14,8%); c. pulmón (10,5%) c. genitourinario(9,3%) u otros (21,0%). 85,7%p tenían niveles basales de Hb entre 9-11g/dL; sólo 14,3% Hb <9 g/dL. DA se administró una mediana de 12 sem (rango: 1-16). En la sem 5, un 17,3% p requirieron doblar la dosis de DA a 300 mcg sem. 57,8%p alcanzaron RespH (IC95%:50,0, 65,6). 17,5%p precisaron transfusiones desde la sem1 a la sem16. Los valores de FACT-F aumentaron de manera significativa (t-Test, $p=0,02$) desde la sem0 a la sem16. DA fue bien tolerado.

CONCLUSIONES: DA, administrada a dosis fijas sem en pacientes con TS es efectiva en el tratamiento de la AIQ y mejora significativamente la CdV en el entorno de la práctica clínica habitual.

VIERNES, 6 DE OCTUBRE
SALA MALLORCA
9,00-11,00 h.

MESA REDONDA II NUEVOS RETOS EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS

Discusor: Dr. Joaquín Montalar Salcedo. H. Universitario La Fe. Valencia

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CÁNCER EN SITUACIÓN AVANZADA Y VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD TERAPEUTICA

Angel Segura Huerta, Ascensión Bellver Pérez¹, Roberto Díaz Beveridge, Laura Palomar Abad, Jorge Molina Saera, Jose Ponce Lorenzo, Alejandra Giménez Ortiz, María Martín Ureste

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Fe de Valencia.
(1) Psicóloga. Junta Asociada Provincial de Valencia de la A.E.C.C.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Describir características y síntomas de nuestros pacientes terminales hospitalizados. Medir la calidad de vida (QoL) y los cambios en la misma tras el tratamiento. Estudio prospectivo desde agosto 2003 a diciembre 2005.

MATERIALES: Criterios inclusión: cáncer avanzado, expectativa de vida $>$ dos semanas, PS ≤ 4 , capacidad cognitiva conservada. Se evaluó QoL con la versión española del Rotterdam Symptom Checklist en el día del ingreso y a los 7 días. Se realizó análisis descriptivo y prueba T para comparar medias.

RESULTADOS: 113 pacientes, 80 varones (71%). 29% afecto de cáncer de pulmón no microcítico, 18% cáncer de colon y 8% cáncer gástrico. Mediana edad 62 años (24-84). 93%

metastáticos. En el 63% de los pacientes se había detenido el tto por progresión. PS 3: 65%, PS 4: 11%. PS a la semana: 2: 26% 3: 28%, 4: 17%. El 26% con pérdida de más del 10% de peso en los últimos 6 meses.

Síntomas prevalentes: astenia 73%, anorexia: 69%, dolor 62%, disnea 48%, estreñimiento 53%, Mediana de supervivencia: 1,2 mes. 23 pacientes (20%) fallecieron antes de una semana. Han fallecido 102 enfermos por progresión (90%).

El 80% presentaba problemas psicológicos en la primera evaluación, este porcentaje se redujo al 65% a la semana. La comparación de medias mostró mejoría estadísticamente significativa en los parámetros de astenia ($p<0,001$), dolor ($p<0,01$), gastrointestinales ($p<0,01$), síntomas físicos ($p<0,01$, actividad física ($p<0,001$) y QoL global ($p<0,001$). No existe mejoría significativa en los síntomas derivados de la quimioterapia.

CONCLUSIONES: Atendemos a pacientes terminales de muy mal pronóstico. Tras una semana de tto paliativo hospitalizados mejoramos todos los síntomas y la QoL global. No se ve influencia en aquello mide toxicidad de QT ya que la mayoría no lleva tto activo. Nuestro tto de soporte es adecuado, nuestra intención es poder ampliar este tto a los pacientes terminales extrahospitalarios.

CAUSAS DE INGRESO DEL PROGRAMA COORDINADO (PC) AL PACIENTE ONCOLÓGICO AVANZADO (POA) DEL AREA 11

Vicente Valentín Maganto, Y. Vilches, MT Murillo, A. Mañas, Y. Carretero, P. Pérez Cayuela

Hospital Universitario "12 de Octubre" y Hospital de San Rafael

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La UCPH de S. Rafael forma parte del programa coordinado de atención al POA en el Area 11 de Madrid. Garantiza la continuidad de cuidados a los pacientes que requieren ingreso. Se analizan los motivos más frecuentes de ingreso en la unidad

MATERIALES: El H. De S. Rafael pertenece a la orden de San Juan de Dios. Su unidad de paliativos dispone de 15 camas concertadas con el IMSALUD. Se hace una revisión retrospectiva de 287 pacientes procedentes del H.U. 12 de Octubre / o Area 11 de Madrid. Durante un periodo comprendido de 12 meses.

RESULTADOS: Edad 25-75 años Sexo: Varones 169 (59%) Mujeres 118 (41%). Respecto al tipo de tumor: Pulmón 60 (21%), Mama 48 (17%), Colon 18 (6%), Gástrico 16(5%), laringe 16 (5%), otros 129 (45%).

Respecto al origen del ingreso: Urgencias 101 (37%), Consultas externas de OM y OR 78 (25%), ESAD 55 (18%), Plantas de internación del H.U. 12 de Oct. 34 (11%).

Motivo de Ingreso: Social 49%, Clínico 51%. Dentro de las causas sociales más frecuentes son: Claudicación del cuidador principal (15%), falta de cuidador primario por motivos laborales o inexistentes (18%) y deseo del paciente (6%).

Dentro de las causas clínicas las más frecuentes son dolor 117(40,7%), disnea 51 (17%), cuadro confusional agudo 20 (6,7%), riesgo de sangrado 16(5%), obstrucción intestinal 7(2,4%), situación preagónica 4 (1,3%).

CONCLUSIONES

1. El dolor sigue siendo una causa frecuente de ingreso, sobre todo en paciente sin cobertura ESAD.
2. El S. Confusional agudo es una causa frecuente de ingreso por la dificultad de manejo en domicilio y por el impacto emocional que supone.
3. La mayor parte de pacientes incluidos en el POA, prefieren fallecer en domicilio, dado el escaso nº de pacientes que ingresan en situación preagónica.

**VIERNES, 6 DE OCTUBRE
SALA MALLORCA
11,30-13,30 h.**

MESA REDONDA III CONTROL Y TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

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

ESTUDIO ROTODOL: ESTUDIO SOBRE INSTAURACIÓN Y ROTACIÓN DE OPIOIDES EN DOLOR ONCOLÓGICO

Vicente Alberola Candel¹, Ana Albert Balaguer¹, Joan Carulla², Manuel Dómine³, Manuel Constenla⁴, Manuel Fernández⁵, J. A Rivero Ruiz⁶, Cristina Llorca⁷, Guillermo López Vivanco⁸, Emilio Fernández Bautista⁶

(1) H. Arnau de Vilanova, Valencia. (2) H. Vall D'Hebrón, Barcelona. (3) F. Jiménez Díaz, Madrid. (4) H. Montecelo, Pontevedra. (5) Complejo Hospitalario de León. (6) H. Duque del Infantado, Sevilla. (7) H. de ELda, Alicante. (8) H. de Cruces, Bilbao.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Conocer la historia natural del uso de opioides en dolor oncológico.

MATERIALES: Estudio multicéntrico de cohorte. 30 centros participantes (10 de Oncología Médica (OM)). Variables: características demográficas y basales (enfermedad/dolor), eficacia de los episodios (instauración/rotación): reducción media de Escala Analógica Visual(VAS), porcentaje de rotaciones eficaces (reducción >2 puntos en la VAS a la semana) y seguridad.

RESULTADOS: Pacientes evaluables 257, (76 de OM) y 380 episodios (155 instauraciones/225 rotaciones); 69% varones, edad media 64,3 (SD 11,9). Tumor más frecuente C. Pulmón (23,7%); 57,6% enfermedad diseminada. PS (IK) medio: 67,8 (SD 15,6). Características del dolor: 41% somático y 72,4% constante; incidental o irruptivo en 14,8% y 9,3% respectivamente.; 9,3% neuropático. Dolor tipo I Edmonton predominante (47,1%).

Fármacos más empleados en la instauración: fentanilo (45,8%) y buprenorfina (25,2%). Motivo principal de las rotaciones. control insuficiente del dolor (50,4%); media de rotaciones por paciente 1,50; fármaco más utilizado la morfina (45,8%).

Análisis de eficacia: reducción media del VAS en instauraciones de 2,77 (SD 2,31) y en rotaciones de 2,27 (SD 2,54). El control del dolor disminuyó con el aumento del número de rotaciones. Tanto en instauraciones como en rotaciones el tiempo de administración del fármaco fue significativamente superior para buprenorfina o fentanilo en comparación con morfina o tramadol.

Se alcanzó respuesta eficaz en 66,5% de instauraciones y 53,3% de rotaciones. En las rotaciones el beneficio se limita a las indicadas por control insuficiente del dolor. El beneficio mayor se obtiene con la rotación a buprenorfina (67,9%).

Acontecimientos adversos (AA) 573. Por frecuencia: estreñimiento (162), náuseas (101) y somnolencia (71). Severidad aumenta con número de rotaciones.

CONCLUSIONES: Se describe la práctica respecto a la instauración/rotación de opioides, demostrándose la eficacia de ambas medidas en el control del dolor oncológico y observándose diferencias entre los fármacos.

CAMBIOS EN EL PATRÓN DE MORTALIDAD POR CÁNCER MEDIANTE LA ATENCIÓN DE UN EQUIPO DE CUIDADOS CONTÍNUOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Joan Carrulla, M^a J. Pérez, X. Lloró, M^a C. Fernández, C. Raya

UFISS Oncología. Hospital Universitario "Vall d'Hebrón". Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizar los motivos del aumento de mortalidad por cáncer, detectados mediante registro hospitalario y dimensionar estructura necesaria para mejorar la calidad de los cuidados del final de la vida.

MATERIALES: Estudio observacional retrospectivo. Estimación de mortalidad global por cáncer a lo largo de 2006.

RESULTADOS: La Unidad de Soporte y Cuidados Paliativos Oncológicos (esquema UFISS) inició su labor en 1997. La mortalidad global por cáncer en 1996 en el Hospital fue de 374 casos con una incidencia de 1.600 casos, y 8000 estancias derivadas del último episodio de ingreso que condujo al éxitus. Tras el arranque de la Unidad, se consiguió una mortalidad en domicilio del 40%. En 2001, la mortalidad en el Hospital fue del 41%. A partir de este período, se detecta un aumento de la frecuentación de Urgencias del 300%, derivada de la complejidad clínica y sintomática (disnea, dolor irruptivo, oclusión intestinal, claudicación familiar, impacto emocional en "adultos jóvenes"). La estructura de camas socio-sanitarias de derivación, equipo humano, retardo en ingreso por bloqueo en Urgencias, entre otras causas, han ocasionado el aumento de la mortalidad observada:

2003: 40%. 238 casos en Oncología

2004: 48%. 263 casos en Oncología

2005: 58%. 566 casos en Oncología

2006 (primer trimestre): 305 casos en Oncología

CONCLUSIONES: El aumento de incidencia de patología oncológica severa: pulmón, ORL, digestivo, SNC, así como la complejidad sintomática, junto con 'de tratamiento específico en enfermedad avanzada, sin aumento de recursos específicos de soporte, conducen al aumento de mortalidad por cáncer intrahospitalaria.

JUEVES, 5 DE OCTUBRE
SALA DESCUBRIMIENTO C
11,00-12,00 h.

I SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Discusor: Dr. Pablo Borrega García. H. San Pedro de Alcántara. Cáceres
Dr. Jesús García Mata. H. Santa María Nai. Orense

DESARROLLO DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES RESPECTO A LA FATIGA RELACIONADA CON EL CÁNCER. ESTUDIO PERFORM

V. Valentín¹, C.A. Rodríguez², P. Gascón³, J. García-Mata⁴, R. Colomer⁵, J. Cassinello⁶, J. Carulla⁷, M. Herdman⁸, J.A. Gasquet⁹, J. Sánchez⁹

(1) H. 12 de Octubre (Madrid); (2) H. Universitario de Salamanca (Salamanca); (3) H. Clínic i Provincial (Barcelona); (4) H. Santa Maria Nai (Orense); (5) ICO Girona (Girona); (6) H. Universitario de Guadalajara (Guadalajara); (7) H. Vall d'Hebrón (Barcelona); (8) 3D Health Research (Barcelona); (9) AMGEN S.A. (Barcelona)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existen varios cuestionarios para medir la intensidad, frecuencia, duración e impacto sobre la calidad de vida de FRC, pero pocos incorporan aspectos relacionados con las actitudes/creencias de los pacientes. El objetivo era desarrollar un instrumento útil en la práctica clínica que sirviera para medir la intensidad y el impacto de FRC y las percepciones de los pacientes respecto a ello.

MATERIALES: Los posibles ítems para el nuevo cuestionario se obtuvieron de: 1) revisión de la literatura; 2) dos grupos de discusión con pacientes oncológicos; 3) dos reuniones con oncólogos y expertos en cuestionarios de resultados percibidos por los pacientes (*Patient Reported Outcomes*). Los ítems generados en la primera fase se administraron a una muestra de la población diana en un estudio transversal, multicéntrico orientado a proporcionar los datos para reducir los ítems a un n° adecuado para la práctica clínica. La reducción se basó en: análisis clinimétrico (eliminación de ítems poco importantes

y/o frecuentes), análisis psicométrico (análisis factorial y de correlación ítem-escala) y técnicas de la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI). Se realizó un análisis preliminar de la consistencia interna de la versión final del cuestionario mediante cálculo de valores de alfa de Cronbach (AC).

RESULTADOS: En la primera fase se generaron un total de 75 ítems candidatos que se administraron a 238 pacientes oncológicos (edad media 57 años, 56% mujeres, 30% cáncer de mama, 64% con metástasis, puntuación Karnofsky media=72,3, 46% con anemia. Un 95% de la muestra respondieron al menos un 85% de ítems. Se eliminaron 63 ítems (35 ítems mediante análisis clinimétrico, 15 ítems mediante análisis estadístico y 13 ítems por la opinión de expertos y los resultados del TRI. La versión final se compone de 12 ítems (AC=0,92) distribuidos en 3 dimensiones: función física (4 ítems, AC=0,78), actividades de la vida diaria (4 ítems, AC=0,85) y creencias/actitudes (4 ítems, AC=0,81).

CONCLUSIONES: Los resultados de la fase de reducción de ítems han dado lugar a una versión pre-validada del cuestionario con 12 ítems distribuidos en 3 dimensiones, que han mostrado una consistencia interna satisfactoria. Se está realizando en este momento la validación del cuestionario.

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS Y SUS CUIDADORES PRINCIPALES

Antonia García-Nieto, Francisco Javier Capote Huelva
Grupo «Síndromes Linfoproliferativos» (Proyecto Andaluz de Investigación, CTS-490) y Grupo Oncológico Gaditano (GRONGA).
Hospital Puerta del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los enfoques terapéuticos van dirigidos a potenciar la calidad de vida y controlar los síntomas. Los pacientes con cáncer son un grupo vulnerable a la depresión y la ansiedad. Ahora se reconoce que es necesario dar soporte a los cuidadores.

OBJETIVO: Describir la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con neoplasias hematológicas (linfoma, leucemia, mieloma) y su cuidador principal durante la fase de diagnóstico.

MATERIALES: Los pacientes respondieron a los cuestionarios HAD (Hospital Anxiety Depression) y BDI (Beck Depression Inventory) y los cuidadores a HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale), HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) y BDI. Se registraron datos sociodemográficos.

RESULTADOS: Se han incluido 34 pacientes (18 varones, 16 mujeres); edad 50 años (16-75). Estudios: primarios (56%), medios (15%), universitarios (29%). Antecedentes: ansiedad (23.5%), depresión (26.5%). Se ha detectado depresión cierta (17.6%) y dudosa (20.6%) mediante la escala HAD; con la escala BDI depresión moderada (29.4%) y severa (11.8%). Se ha detectado ansiedad dudosa (29.4%) y cierta (29.4%) con la escala HAD. Se han incluido 34 cuidadores (11 varones, 23 mujeres); edad 45 años (22-69). Estudios: primarios (41%), medios (38%), universitarios (21%).

Antecedentes: ansiedad (20.6%), depresión (14.7%). Se ha detectado depresión leve (35.3%) ó grave (2.9%) mediante la escala HDRS y con la escala BDI depresión suave (14.7%) y moderada (8.8%). Se ha detectado ansiedad moderada (5.9%) y severa (5.9%) con la escala HARS.

CONCLUSIONES: La prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes y sus cuidadores es elevada durante la fase de diagnóstico.

Estos datos justifican la investigación sistemática de estos trastornos, en ambos grupos, en el momento del diagnóstico.

INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA ASTENIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS

José David Cumplido Buron, María Isabel Blancas López-Barajas, Javier Ángel García García, María Isabel Saez Medina, Nuria Cárdenas Quesada, Pablo Iglesias Rozas, José Luis García Puche

Unidad de Oncología. Hospital Clínico Universitario. Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN: La astenia es el síntoma más frecuente en pacientes oncológicos que repercute en su calidad de vida y no siempre se valora adecuadamente. OBJETIVO: Valorar la astenia, etiología, sintomatología, tratamiento y respuesta.

MATERIALES: PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo de pacientes en Hospital de día, durante un mes. La astenia se valoró mediante escala visual ascendente de 0-10 (0: ausencia, 10: astenia máxima). Se valoró: dolor, distrés emocional, anorexia y anemia. Características: 50 pacientes, 30 hombres y 20 mujeres. Edad mediana: 64,5 años. Origen tumoral: digestivo 18 (36%); pulmonar 10 (20%); genitourinarios 16 (32%); hematológicos 4 (8%); otros 2 (4%). 66% metastásicos: localización hepática el 30%; pulmonar (14%); ósea (18%); otras (18%).

RESULTADOS: Incidencia de astenia: 78% (39 pacientes). Distribución: 1-3: 8 pacientes (16%); 4-6: 17 (34%); 7-10: 14 (28%). Síntomas relacionados: 0-1: 5 (10%); 2: 14 (35%) y 2: 20 (55%).

Sintomatología: dolor 21 pacientes con mejoría tras tratamiento el 100%. Recibieron AINEs 9 pacientes (43%), AINEs y opiáceos menores 6 (28,5%), opiáceos mayores 6. Tratamiento distrés con antidepresivos, 8 pacientes (35%); benzodiacepinas, 7 (30%), mejorando el 65%. Anorexia: 27 pacientes, mejorando 16 pacientes empleando acetato de megestrol (70%), dexametasona (15%), consejo dietético (100%). Anemia: 21 pacientes, con mejoría en el 66% tras tratamiento. 27 pacientes presentaron mejoría de su astenia. Por valoración de astenia pretratamiento presentaron mejoría: 1-3, 7 de 8 (87%); 4-6, 13 de 17 (76%); y 7-10, 7 de 14 (50%). Mejoría en función de síntomas: 0-1, 4 de 5 (80%); 2, 9 de 14 (64%), y más de 2, 13 de 20 (65%).

CONCLUSIONES: La astenia es frecuente, de etiología multifactorial y complicado tratamiento. Una adecuada anamnesis y un tratamiento multidimensional disminuye la astenia.

EVALUACION DE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON CANCER EN TRATAMIENTO AMBULATORIO CON QUIMIOTERAPIA

Laura Bernal Iriarte, Begoña Pérez Valderrama, Jesús Corral Jaime, Sonia Wbanet Bastista, Aurelio Cayuela Domínguez, Pedro García Tamayo, Francisco Barcia Barrera, M^a José Flor Oncala, Pilar Sancho Márquez, Ana M^a Casas Fernández de Tejerina

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Día Oncohematológico. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El deterioro físico, sufrimiento y cercanía de la muerte asociado al cáncer afecta de forma traumática al enfermo y su familia. Conocer su percepción sobre las circunstancias que influyen en la calidad de vida y en la adaptación a la enfermedad, nos permite emprender acciones de mejora para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad asistencial. Objetivos: 1) identificar las necesidades de los pacientes oncológicos; 2) Conocer los factores relacionados con estas necesidades y analizar su influencia en el disconfort de los pacientes.

MATERIALES: Cuestionario de 23 ítems elaborado ad hoc que evalúa las necesidades referidas a: síntomas asociados a los tratamientos oncológicos (7 ítems), información (5 ítems), relación médico-paciente (2 ítems), apoyo social (2 ítems), apoyo económico (2 ítems), estructura del servicio (2 ítems), confianza (2 ítems) y tiempo de espera (2 ítems). Evaluamos la presencia de estados de depresión y ansiedad con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

RESULTADOS: 188 pacientes ambulatorios (100 H y 88 M) con una edad media de 54,6 años (24-80). El 36% recibía tto adyuvante y el 64% tto. paliativo. Distribución tumoral: mama (37%) y colorrectal (31%). Los factores relacionados con una mayor expresión de necesidades son: género femenino (confianza $p < 0.05$), tratamiento adyuvante (estructura del servicio), mayor puntuación en las subescalas de ansiedad (síntomas $p < 0.05$, información $p < 0.05$, relación médico-paciente $p < 0.05$ y tiempo de espera $p < 0.05$), mayor puntuación en la subescala de depresión (síntomas $p < 0.05$ y confianza $p < 0.05$), mayor nivel educativo (síntomas $p < 0.05$ y confianza $p < 0.05$) y menor nivel de autonomía (síntomas $p < 0.01$ y estructura del servicio).

CONCLUSIONES: Los pacientes objetivamente más vulnerables (mayor edad, bajo nivel educativo, línea de tratamiento más avanzada) expresan menos necesidades por lo que precisan de un análisis individualizado de sus circunstancias y de una mayor atención por parte de los profesionales que los atienden.

NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Cristina Corbellas Solanas¹, Mercedes Almela Zamorano¹, Marilena D'Ambra¹, Rafael Cortell Hernández¹, Pedro

Tomás Sánchez Hernández¹, Mireia Gil Raga², Carlos Camps Herrero², María José Safont Aguilera², Ana Blasco Cordellat², Vega Irazo González-Cruz²

Unidad Psicología Clínica (1) y Servicio Oncología (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: La existencia de Trastornos de Ansiedad y Depresión en los pacientes en tratamiento oncológico ha sido puesta de manifiesto reiteradamente en la literatura oncológica tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Sin embargo, no es habitual que se diferencie entre niveles (leves, moderados o graves), cuestión que sí se utiliza bastante en psicopatología. Objetivos: Evaluar el nivel de intensidad de los Trastornos de Ansiedad y de Depresión en pacientes en tratamiento oncológico ambulatorio y hospitalario remitidos para su evaluación y tratamiento.

MATERIALES: La muestra del estudio se compone de 300 pacientes remitidos desde el Servicio de Oncología Médica para su evaluación y tratamiento en la Unidad de Psicología Clínica. Para la evaluación de la Ansiedad hemos utilizado los criterios clínicos CIE-10, y las versiones castellanas de la Brief Anxiety Scale de Tyrer y la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale.

RESULTADOS: Resultados y conclusiones: Los resultados finales del estudio y las correspondientes conclusiones, tras realizar los pertinentes análisis estadísticos, se presentarán en el Congreso.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: VALIDEZ DE LA BRIEF SCALE ANXIETY DE TYRER SEGÚN LOS CRITERIOS CLÍNICOS CIE-10

Pedro Tomás Sánchez Hernández¹, Miguel De Lamo Muñoz¹, Marilena D'Ambra¹, Gema Peiró Ballestin¹, Cristina Corbellas Solanas¹, Joaquín Gavilá Gregori², Diego Rayuela López², Ana Blasco Cordellat², Carlos Camps Herrero²

Unidad de Psicología Clínica (1) y Servicio de Oncología Médica (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Objetivos: Evaluar la validez de la versión Castellana de la Brief Scale Anxiety de Tyrer, para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, utilizando como referencia o "gold standard" los criterios clínicos para TAG de la CIE-10.

MATERIALES: Se entrevistó a 100 pacientes, 63 mujeres (63%) y 37 hombres (37. %), edad media 54.6 años (IC 95% 52.8 – 56.4). Primeras consultas consecutivas de la Unidad de Psicología Clínica, a través de una entrevista clínica, y las versiones castellanas de las escalas Comprehensive Psychiatric Rating Scale, Hospital Anxiety Depression Scale y la Brief Scale Anxiety. Se procedió a un análisis estadístico de Chi cuadrado, R de Pearson, Tau b de Kendall y un contraste de hipótesis referente a la diferencia de proporciones de dos muestras de distribución binomial (Criterio clínico – HADS –BSA). Se han determinado los puntos de corte óptimos para la subescala de Ansiedad del HADS y para la BSA comparados con los

datos binarios derivados de criterios clínicos. Y se ha determinado la sensibilidad y especificidad, de forma que se maximice la suma de ambas.

RESULTADOS: No se han encontrado diferencias significativas (nivel significación 0.95) en el análisis estadístico Chi cuadrado, R de Pearson, Tau b de Kendall y un contraste de hipótesis referente a la diferencia de proporciones de dos muestras de distribución binomial (Criterio clínico – HADS (A) –BSA). El

punto de corte optimo para BSA es de 15, SENSIBILIDAD: 85.71%, ESPECIFICIDAD: 70.69%. El punto de corte optimo para HAD-A es de 10, SENSIBILIDAD: 61.90%, ESPECIFICIDAD: 68.97%.

CONCLUSIONES: Se constata que la escala BSA presenta una buena capacidad predictiva diagnóstica, mayor que la subescala de Ansiedad del HADS, para el Trastorno de Ansiedad Generalizada según los criterios CIE-10.

JUEVES, 5 DE OCTUBRE
SALA DESCUBRIMIENTO B
11,00-12,00 h.

II SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Discusor: Dr. Manuel Benavides Orgaz. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga
Dr. José Norberto Batista López. H. Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

PROTOCOLO DE SEDACIÓN PALIATIVA

Beatriz Llorente Ayala, Paula Jiménez Fonseca, María Luque Cabal, José Pablo Berros Fonbella, Guillermo Crespo Herrero, M^a Dolores Menéndez Prieto, Angel Jiménez Lacave

Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los avances en el tratamiento del cáncer no han podido aún evitar que muchos pacientes evolucionen hacia una fase terminal y mueran en una planta de hospitalización. En la "Declaración sobre la atención al final de la vida" de la SEPAL se considera buena práctica médica "la sedación en situaciones que la requieran, concretamente en el tratamiento de problemas refractarios, generalmente en fase agónica".

Objetivos: Elaborar un protocolo de sedación para lograr alivio del sufrimiento innecesario de pacientes terminales con síntomas refractarios, reducir la variabilidad y aumentar la calidad de la asistencia.

MATERIALES: Revisión de recomendaciones de sedación de grupos especializados en cuidados paliativos.

RESULTADOS: Definir: enfermedad terminal, sedación (distinto de eutanasia) y síntoma refractario.

Los síntomas refractarios más prevalentes son: delirium hiperactivo o agitación, disnea, convulsiones, obstrucción o compresión aguda de vía aérea, hemorragia masiva y cualquier otro síntoma sin control con tratamiento apropiado.

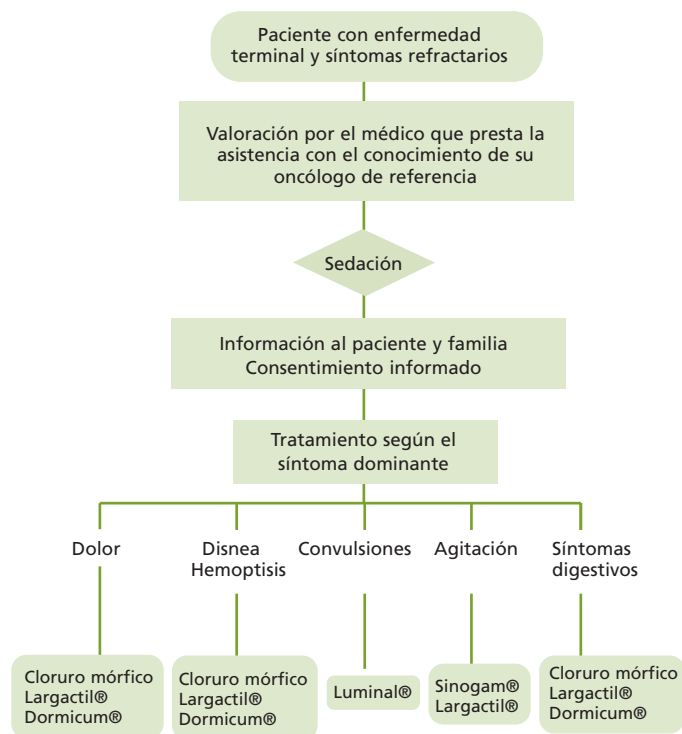
Según el síntoma refractario, los fármacos a emplear son: Clorpromacina, Levomepromazina, Midazolam, Diazepam, Clonazepam, Fenobarbital, Morfina y puede asociarse Buscapina para prevenir secreciones.

Mantener otras medidas de confort evitando actitudes intervencionistas.

CONCLUSIONES: Circuito

1. Valorar que estemos ante un enfermo terminal con síntomas refractarios.
2. Información al paciente de riesgos y beneficios de la sedación.

Algoritmo



3. Información a las personas vinculadas por razones de hecho o derecho de la decisión tomada por el paciente (si es capaz).
4. En caso de que no sea capaz (a criterio del médico) se informará a las personas vinculadas.
5. El médico puede decidir por el paciente sólo en casos de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, siempre que no haya sido posible conseguir la autorización del paciente y después de consultar, cuando las circunstancias lo permitan, a familiares y personas vinculadas.
6. Una vez lograda la sedación no debe incrementarse la dosis de medicación si existe control clínico.

ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DEL FENTANILO TRANSDÉRMICO A DOSIS BAJAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO

Javier Cevals Chopitea, Amaya Vecino Martín, Mario Cortés Béjar, María Somovilla Cabezón, Eva Martínez Peña, Marta Palomera García, Servando Arbolí Iriarte

Servicio de Oncología y Cuidados paliativos de la Fundación Ríoja Salud. Hospital de La Rioja. Logroño

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento del dolor crónico oncológico en los pacientes mayores representa un reto, no tanto por la eficacia como por la toxicidad. El fentanilo transdérmico representa una alternativa válida en estos pacientes, con posibilidad de inicio a dosis bajas y reconocida menor toxicidad en su uso crónico.

MATERIALES: Se estudio un grupo de 50 pacientes mayores de 75 años, todos con dolor crónico oncológico, siendo los diagnósticos iniciales de: 15 cáncer de pulmón, 10 de próstata, 8 de colon, 4 de estómago, 6 metástasis sin primario conocido, 3 de cáncer de mama, 2 de cáncer uterino y 2 sarcomas de partes blandas.

La distribución por sexos fue de 39 hombres y 11 mujeres.

La edad promedio de 79 años (75-91).

La dosis de comienzo fue de 25 mcg cada 72 horas.

RESULTADOS: La dosis promedio eficaz fue de 75 mcg cada 72 horas (25-150). Los días promedio hasta la titulación fueron 4. Como efectos tóxicos iniciales en los 3 primeros días: náuseas y vómitos en 7 pacientes, estreñimiento en 20, picor local 3, somnolencia 23, sobredosificación en 6 casos y picor generalizado en 1 caso. El promedio de seguimiento fue de 31 semanas. Como efectos tóxicos tardíos destacan: náuseas y vómitos en 1 caso, estreñimiento en 12, picor local en 3, somnolencia en 23, sobredosificación en 1 caso y picor generalizado en 1 caso. La valoración de eficacia del tratamiento por medida de intensidad del dolor en escala EVA fue de EVA promedio inicial de 5/10 y EVA final tras titulación de 2,3/10.

CONCLUSIONES

1. Fácil utilización del fentanilo transdérmico en mayores de 75 años.
2. Eficacia constatable en el tratamiento del dolor crónico oncológico.

3. Escasa toxicidad en el tratamiento crónico de pacientes ancianos.

UTILIZACIÓN DE LA PREGABALINA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS

Javier Cevals Chopitea, Amaya Vecino Martín, Mario Cortés Béjar, María Somovilla Cabezón, Eva Martínez Peña, Marta Palomera García, Servando Arbolí Iriarte

Servicio de Oncología y Cuidados paliativos de la Fundación Ríoja Salud. Hospital de La Rioja. Logroño

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El dolor neuropático representa un reto en pacientes oncológicos y no oncológicos. Poseemos un arsenal terapéutico creciente, pero todavía limitado y necesitamos fármacos nuevos y eficaces. La pregabalina es un medicamento de reciente introducción, de uso todavía limitado, debido a la corta experiencia en su utilización.

MATERIALES: Se revisa el uso y resultados de la pregabalina en 15 pacientes con cáncer metastásico y dolor con componente neuropático dominante. La dosis inicial fue de 150 mg diarios repartidos en dos tomas, elevándola de forma progresiva hasta control de síntomas, pudiendo asociarla a opiáceos, sin modificación de la dosis previa de estos. Se evaluó la intensidad de dolor en escala EVA y la alodinia con la escala de LANSS.

Las localizaciones de los tumores primarios fueron: 6 próstata, 4 recto, 2 pulmón, 2 sarcomas de partes blandas y 1 linfoma óseo. Se asoció como tratamiento de fondo opiáceos en 14 casos, Aines en 3, otros anticonvulsivantes en 5 y el uso de TENS en 1 caso.

La introducción de la pregabalina se hizo a dosis de 150 mgr en dos tomas de 75, con EVA basal de > 5 y escala de Lanss positiva para alodinia, subiendo la dosis de 75 en 75 mg hasta control.

RESULTADOS: La dosis promedio eficaz fue de 350 mg (150-900). Se obtuvo una reducción de la escala de intensidad de dolor EVA en 6 de los 15 pacientes, con 1 caso por debajo de 3. Se obtuvo una mejora en la alodinia en 8 de los 15 pacientes. El principal efecto tóxico fue la somnolencia en 3 de los 15 pacientes. El tiempo máximo de observación fue de 3 meses.

CONCLUSIONES

1. Fácil uso de la pregabalina en el dolor neuropático, con toxicidad leve.
2. Eficacia limitada, necesiéndose la comparación entre los distintos gabaérgicos para compara su eficacia y toxicidades.

USO DE LA OXICODONA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

Javier Cevals Chopitea, Amaya Vecino Martín, Mario Cortés Béjar, María Somovilla Cabezón, Eva Martínez Peña, Marta Palomera García, Servando Arbolí Iriarte

Servicio de Oncología y Cuidados paliativos de la Fundación Rioja Salud. Hospital de La Rioja. Logroño

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Dentro del tratamiento del dolor crónico oncológico, la oxycodona representa una alternativa válida por su administración oral, fácil cumplimentación y la posibilidad de rescate con oxycodona de liberación rápida. No obstante existe poca documentación sobre su uso y efectos secundarios en personas mayores de 75 años.

MATERIALES: Se ha revisado la casuística del servicio durante el año 2005 y los meses de Enero a mayo de 2006, en los pacientes con oxycodona como tratamiento de elección y mas de 75 años. Se analiza un grupo de 35 pacientes, con edad media de 81 años (75-93), siendo 26 hombres y 9 mujeres. En cuanto a los tumores origen fueron: 12 pulmón, 8 próstata, 6 mama, 6 colon, 2 recto y 1 sarcoma de partes blandas. Los tipos de dolor tratado fueron: somático 16, visceral 12, neuropático 3 y mixto 4.

RESULTADOS: De los 35 pacientes tratados, la dosis promedio inicial fue de 20 mg diarios, repartidos en dos tomas. La dosis media titulada fue de 65 mg con límites de 20 a 160 mg. Se presentó la necesidad de rescates en 19 pacientes, efectuándose en todos ellos con oxycodona de liberación rápida. Las toxicidades predominantes fueron: estreñimiento en 32 casos, somnolencia en 22, depresión respiratoria leve en 3 pacientes, náuseas y vómitos en 4 y sudación profusa en 3. Dentro de su uso en dolor neuropático, 1 de los 3 pacientes redujo su EVA de intensidad de dolor por debajo de 3.

CONCLUSIONES

1. La oxycodona es un producto activo y de fácil uso en el control del dolor crónico oncológico.
2. En los mayores de 75 años destacan como efectos tóxicos el estreñimiento y la somnolencia, con escasas sobredosificaciones.
3. Presenta evidente respuesta en el dolor neuropático.
4. Proseguimos la inclusión de pacientes y la observación para un estudio más completo.

NEUTROPENIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ANTITUMORAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO

Vega Iranzo, Joaquín Gavilá, Cristina Caballero, Mireia Gil, Diego Cayuela, Julian Lorca, David Balaguer, Rafael Sirera, Jose Javier Sánchez, Carlos Camps

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La quimioterapia es el tratamiento estándar del Cáncer de Pulmón no Microcítico (CPNM) avanzado, la mielosupresión un efecto secundario frecuente. El objetivo principal de este estudio retrospectivo es averiguar si la neutropenia se asocia con un aumento de supervivencia global (SG). Objetivo secundario establecer si aquellos pacientes sin neutropenia son infratratados respecto a los que la desarrollan.

MATERIALES: Análisis retrospectivo de 494 pacientes con CPNM avanzado desde Febrero de 2003 hasta Enero de 2006, tratados en primera línea con CDDP-TXT. Analizamos tres subgrupos de pacientes: población total, tratados con 3 ciclos y con 6 o más. Neutropenia según criterios WHO: ausente (G0), moderada (G1-2), severa (G3-4). Se analizaron las dosis de intensidad (ID) relativa de ambos fármacos.

RESULTADOS: Supervivencia mediana 9 meses (8.2-9.7). Mediana ID relativa 0.97. 403 pacientes recibieron ≥ 3 ciclos, 255 ≥ 6 . Neutropenia en 172 pacientes (30.8%), G 3-4 en 72 (18.6%). ID menor en los pacientes con cualquier grado de neutropenia en los tres subgrupos ($p < 0.05$). Los factores relacionados con mayor riesgo de muerte: ECOG 1-2 (HR 1.8, $p < 0.001$) y sexo masculino (HR 1.5, $p = 0.02$). No diferencias en SG entre los pacientes con neutropenia G0 vs G1-2 vs G3-4 (8.7 vs. 11.6 vs. 9.6 m, $p = 0.41$), riesgo de muerte menor en pacientes con ECOG 0 y neutropenia (HR: 0.545, IC 95%: 0.31, 0.96; $p = 0.034$).

CONCLUSIONES: El desarrollo de neutropenia durante el tratamiento parece relacionarse con un aumento de la SG en los pacientes con buen estado general (ECOG 0). En este subgrupo de pacientes, la neutropenia fue un factor pronóstico importante, presentando un riesgo de muerte inferior a los que no la desarrollan. La ID es mayor en los pacientes que no presentan neutropenia tanto para el Docetaxel como para el Cisplatino. Son necesarios estudios prospectivos para determinar si la neutropenia es un marcador de actividad antitumoral de la quimioterapia.

DESARROLLO DE UN MODELO DE RIESGO DE ANEMIA SEVERA (AS) EN PACIENTES CON TUMORES NO HEMATOLÓGICOS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Jose Muñoz Langa¹, Oscar Juan Vidal², Santiago Olmos Antón¹, Ana Albert Balaguer², Carmen Molins Palau¹, Vicente Carañana Ballerini², Carlos Bosch Roig¹, Rosa Llorente Doménech¹, Vicente Alberola Candel², Daniel Almenar Cubells¹

(1) Hospital Universitario Dr Peset; (2) Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El 67% de los pacientes con cáncer presentan anemia en algún momento de su evolución. La búsqueda de factores pronósticos de anemia puede permitir la identificación de pacientes con alto riesgo de anemización en quienes el uso precoz de eritropoyetinas (rhuEPO) pudiera ser más beneficioso.

Tabla 1. Factores pronósticos independientes

FACTOR DE RIESGO		Coef. riesgo
Edad (años)	< 40	0,0
	40-55	0,5
	56-70	1,0
	71-85	1,5
	> 85	2,0
Talla (cm)	< 150	0,0
	150-160	0,5
	161-170	1,0
	171-180	1,5
	181-190	2,0
	> 190	2,5
No Cirugía previa		1,0
Nº Transf. previas	0	0,0
	1	0,5
	2	1,0
	> 2	2,0
QT con Platinos		1,5
Hb basal (g/dl)	≥ 14	0
	13-13,9	0,5
	12-12,9	1,0
	11-11,9	1,5
	10-10,9	2,0
	9-9,9	2,5
	< 9	3,0

MATERIALES: Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico en pacientes con tumores sólidos diseñado para desarrollar un modelo de riesgo de anemia severa (AS), definida como Hb < 10 g/dl durante la QT ± RT. Analizamos parámetros clínicos del paciente, del tumor, del tratamiento y de laboratorio mediante un análisis univariante para identificar factores potencialmente relacionados con el desarrollo de AS. Posteriormente, se realizó un análisis multivariante para identificar los factores de riesgo independientes.

RESULTADOS: Los 599 pacientes incluidos se distribuyeron de forma aleatoria en dos muestras: una para la inferencia del modelo (N=495) y otra para su validación (N=104). El 30% de los pacientes eran anémicos de inicio (criterios OMS) y un 25% desarrolló AS durante la QT. El 69% recibió rhuEPO. Fueron factores independientes de riesgo de AS: edad (OR=1,035; IC95% 1,012-1,059); Talla (OR= 1,041; IC95% 1,011-1,071); cirugía previa (OR= 0,345; IC95% 0,193-0,615); Nº transfusiones previas (OR= 1,648; IC95% 1,129-2,407); QT con platinos (OR= 4,383; IC95% 2,411-7,97); y la Hb basal (OR= 0,663; IC 95% 0,557-0,789). Asignamos coeficientes de riesgo en función del peso estadístico del factor dentro del modelo de regresión, para crear un índice de puntos (Tabla 1). Calculamos mediante una función de probabilidad el riesgo de AS para cada suma de puntos del índice (0-12 puntos) obteniendo unos intervalos de riesgo (Tabla 2).

Tabla 2. Índice pronóstico de desarrollo anemia

SCORE	Prob Anemia	GRADO DE RIESGO
0-3	< 10 %	NO RIESGO
4-5	20-40 %	LEVE
6-7	60-80 %	MODERADO
8	80-90 %	ALTO
9-12	> 90%	

CONCLUSIONES: Este índice pronóstico pueden ser útil para identificar pacientes con un alto riesgo de desarrollar AS en quienes un tratamiento temprano de la anemia con rhuEPO puede ser más beneficioso que el manejo actual de estos pacientes.

JUEVES, 5 DE OCTUBRE
SALA DESCUBRIMIENTO E
15,30-16,30 h.

III SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Discusor: Dr. Carlos Jara Sánchez. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid
Dr. Josep Manuel Piera Pibernat. H. Donostia. Guipúzcoa

PLEURODESIS CON DOXICICLINA PARA EL TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO

Antonio Martin, María Nabal, Antonieta Salud, Jose
Manuel Porcel, Ana Belen Madroñedo, Antonio Llombart
Servicio de Oncología Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La disnea secundaria a derrame pleural maligno precisa un tratamiento sintomático y de confort tras descartar los tratamientos oncoespecíficos. La pleurodesis con Doxiciclina constituye un tratamiento sencillo que mejora la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia de la pleurodesis rápida con Doxiciclina al pie de la cama del enfermo, mediante la colocación de un catéter torácico fino.

MATERIALES: Realizamos este estudio desde Marzo 2005. Criterios de inclusión: Derrame pleural maligno diagnosticado mediante citología o histología; Presencia de síntomas asociados al derrame; derrame pleural mayor de 1/2 hemitórax; Performance Status > 50; Adecuada reexpansión pulmonar tras del drenaje pleural valorado mediante radiografía de tórax. Técnica : Colocación de catéter (12 French) mediante la técnica de Seldiger. Tras el drenaje se instilaron Doxiciclin: 500 mg en 100 ml de suero salino normal durante 2 horas. Retirada del catéter entre 12 y 24 horas tras la administración de Doxiciclina. El seguimiento se realizó mediante la clínica y radiología hasta la muerte. Los criterios de respuesta se basaron en el consenso de la American Thoracic Society y la European Respiratory Society.

RESULTADOS: Resultados preliminares: Datos parciales hasta enero del 2006, periodo en el que hemos realizado 36 pleurodesis rápidas en 34 pacientes. La edad media fue 72 años y el 50% fueron varones. Neoplasias primarias: Pulmón 32%, Ovario 12%, Mama 23% y otros 32%. Localización y cantidad de derrame: 53% izquierdo, 42% derecho y 5% bilateral; 30%:1/2 hemitórax, 42%: 2/3 hemitórax, 28% total. Volumen medio drenado fue de 2,675 ml. Complicaciones más frecuentes: Dolor: 36%, fiebre autolimitada: 8%; neumotórax leve: 6%.

CONCLUSIONES

1. La pleurodesis rápida con Doxiciclina ofrece resultados similares a los aportados por la bibliografía.
2. Esta técnica es fácil y constituye un procedimiento escasamente invasivo.
3. La Doxiciclina es un buen agente esclerosante con escasas complicaciones y más económico que la Bleomicina.

OSTEONECROSIS MANDIBULAR (ONM) ASOCIADA A BIFOSFONATOS

Silvia Varela Ferreiro, Laura Salgado Boquete, Hae Jin Suh Oh, Carolina Pena Alvarez, Patricia Palacios Ozores, Isabel Lorenzo Lorenzo, F. Ramón García Arroyo, Pedro M. López Clemente, Manuel Constenla Figueiras

Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se ha descrito que el uso de bifosfonatos incrementa el riesgo de ONM y que el tiempo de exposición al fármaco es un factor de riesgo así como la manipulación dentaria un factor precipitante. El diagnóstico es clínico y no se han descrito tratamientos satisfactorios.

MATERIALES: Estudiamos las características de 9 casos de ONM diagnosticados en nuestro Servicio entre Enero 05 y Marzo 06. Los bifosfonatos (Acido zoledrónico 4 mg y Pamidronato 90 mg, cada 3-4 semanas) se administraron con carácter asistencial en pacientes con mieloma múltiple y metástasis óseas de otros tumores sólidos. Evaluación: exploración odontológica; radiología (ortopantomografía y/o TC mandibular); biopsia (sólo para diagnóstico diferencial con metástasis).

RESULTADOS: 9 casos de ONM. Mieloma múltiple: 4p; Ca. próstata: 4p; Ca. mama: 1p. Tiempo exposición bifosfonatos:

mediana 51 meses (11-113). Tipo de bifosfonato: ac. zoledrónico 4p; secuencial pamidronato - ac. zoledrónico: 3p; cloronato-pamidronato-zoledronato: 2p. Otros factores de riesgo: corticoides dosis altas: 5p, QT: 7p, RT sobre área mandibular: 1p. Antecedente de manipulación denta 8p (89%): extracción (5p), endodoncia (1p), implantes de titanio (1p), procedimiento desconocido (1p). Localización: mandíbula 4p; maxilar superior 5p. Microbiología: hongos levaduriformes: 2p; anaerobios: 1p. Tratamiento administrado: analgésicos-antisépticos: 9p; antibióticos: 6p; antifúngicos: 2p; desbridamiento: 1p; oxigenoterapia hiperbárica:1p. Secuelas permanentes: 9p, con infecciones de repetición y requerimiento analgésico.

CONCLUSIONES: Dado que no existen tratamientos satisfactorios para la OMN asociada a bifosfonatos y las secuelas suelen ser permanentes, son necesarios estudios que determinen la duración óptima, el esquema, y el beneficio-riesgo a largo plazo del tratamiento con bifosfonatos.

LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA: UNA REALIDAD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Jordi Trelis i Navarro, Joaquim Julià i Torras, Sandra Cabrera i Jaime, Montserrat Bleda Pérez, Mercè Riquelme i Olivares

Institut català d'oncologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El equipo de soporte hospitalario en cuidados paliativos (ESHCP) del Institut Català d'Oncologia del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol dispensa desde 2002 atención especializada al paciente oncológico avanzado y su familia. Evaluar la integración del ESHCP con el servicio de oncología médica (SOM) mediante la actividad del ESHCP entre 2002-2005.

MATERIALES: Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo. n=1109. Variables: datos sociodemográficos, periodo ingreso-derivación ESHCP, estancia hospitalaria, estancia ESHCP, recursos al alta y reingresos. Análisis descriptivo e inferencial (ji-cuadrado, t de student, anova).

RESULTADOS: Hombres: 68,7%. Edad media: 63,97 años (+12,97). Diagnósticos: pulmón 35,8%, utrológicos 11,4%, colorrectal 10,2%, esófago-gástrico 7,2%, mama 7,1%, SNC 6,6%, hepático-pancreático-biliar 4,3%, ginecológico 3,2% y otros 14,1%. Intervalo ingreso SOM-interconsulta ESHCP: 9,03 días con disminución (p=0,000) entre 2002-2005 (13,56 a 6,72). Intervalo interconsulta ESHCP-visita ESHCP: 0,72 días con disminución (p=0,000) de 1,15 a 0,56 días entre 2002-2005. Estancia media en SOM cuando interviene ESHCP: de 25,73 a 14,9 días (p=0,000) entre 2002-2005. Tiempo medio de intervención ESHCP: 9,12 días sin diferencias significativas. Al alta: 39% derivados al equipo de atención domiciliaria (PADES),

37,1% exitus en hospital, 13,7% derivados a centros socio-sanitarios (CSS), 6,7% a atención primaria y 3,6% a otros recursos. Aumento ($p=0,000$) de derivación a PADES entre 2002-2005. Mortalidad intrahospitalaria de pacientes atendidos por ESHCP en SOM: del 52,1% al 34,8% ($p=0,000$) entre 2002-2005. Reingresos: aumento entre 2002-2005 ($p=0,007$); en ellos hay más exitus hospitalarios (42,2%) y derivaciones a CSS (22,0%). ESHCP ha incrementado su intervención en las altas del SOM del 33,7% en 2003 al 59% en 2005.

CONCLUSIONES: La disminución del intervalo ingreso en SOM e interconsulta ESHCP puede indicar una mayor integración entre ambos equipos. ESHCP es efectivo en disminuir la estancia media del SOM. La disminución de la mortalidad, el aumento de reingresos así como la mayor utilización de los equipos de atención domiciliar al alta pueden indicar una intervención precoz en el curso de la enfermedad.

COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES TERMINALES-PALIATIVOS ONCOLÓGICOS CON UNIDAD DE PALIATIVOS (UCP) DE UNO DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA EN EL 2005

Concepció Miralles, Carme Bassedas, Dolors Garolera, Laura Beraza, Isabel Molina, Emma Gispert, Anna Ballesta, Immaculada Martínez, Pilar Cerro

PADES del P.S. Pere Virgili, PADES Horta-Guinardó (Htal. de la Mercè), PADES Nou Barris (I.C.S.)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo del estudio es describir la actividad realizada por tres equipos de soporte de cuidados paliativos en domicilio y la coordinación con UCP de uno de los hospitales de referencia durante el año 2005.

MATERIALES: Se realiza análisis descriptivo retrospectivo de los resultados de la actividad en enfermos oncológicos en coordinación con uno de los hospitales de referencia durante el año 2005. Las variables analizadas son: sexo, edad, diagnóstico principal, índice de Karnofsky en 1ª visita, índice de Barthel en 1ª visita, tiempo en programa, nº total de visitas, nº total de reuniones de coordinación, nº total de contactos telefónicos con UCP, lugar de exitus y destino al alta.

RESULTADOS: Los resultados se basan en el cruce de los datos obtenidos, tras su recogida por los tres equipos participantes, sobre las variables anteriormente enumeradas. Estos datos muestran que con 113 pacientes terminales-paliativos, de los 423 atendidos en el año 2005, se realizó coordinación con la UCP de uno de los hospitales de referencia.

CONCLUSIONES: Es importante potenciar la coordinación de los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el continuum asistencial de los enfermos oncológicos en fase

avanzada terminal. El trabajo conjunto de los distintos niveles de atención de estos enfermos es imprescindible para conseguir una muerte digna y en el lugar más adecuado según la situación y decisión del enfermo junto con la familia y el equipo terapéutico.

RADIOCIRUGÍA EN METÁSTASIS CEREBRALES: MEJORA DE LA SUPERVIVENCIA, CONTROL LOCAL Y CALIDAD DE VIDA

Mª Angeles Cabeza¹, Nora Drove¹, Maite Murillo¹, Pedro Domínguez¹, Ana Mañas¹, Vicente Valentín², Eduardo Lanzos¹

(1) 5º Oncología Radioterápica y (2) Oncología Médica. Hospital "12 de Octubre". Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La supervivencia media sin tratamiento de las metástasis cerebrales (BM) múltiples apenas supera un mes. La progresión sistémica supone la principal causa de muerte. La consecución de tratamientos que salvaguarden la función neurocognitiva y calidad de vida de estos pacientes debe ser uno de los objetivos prioritarios. La Radiocirugía (SRS) ha demostrado mejorías significativas en supervivencia, control local y situación funcional, permitiendo el tratamiento de lesiones múltiples, aun localizadas en áreas elocuentes, de forma ambulatoria, con baja morbilidad, buen perfil coste-efectivo y reducción en las necesidades de medicación adicional. Analizamos nuestra experiencia.

MATERIALES: Estudio prospectivo de 67 pacientes, 44 varones y 23 mujeres, con edad media 52 años, tratados con radioterapia holocraneal (WBRT) seguida de SRS entre 1997 y 2006 en el Hospital Doce de Octubre de Madrid. Criterios de inclusión: ≤ 3 MC visibles, ≤ 4 cm, > 18 años, KPS ≥ 70 , esperanza de vida ≥ 6 meses y enfermedad activa subsidiaria de tratamiento efectivo. Se empleó la clasificación pronóstica RPA-RTOG y el Test de log-rank para el análisis estadístico.

RESULTADOS: KPS medio al diagnóstico fue de 90 (rango, 60-100), manteniéndose a los 6 meses el mismo valor (rango, 80-100). La clase funcional neurológica fue grados 0-II en el 79,6% de los casos y a los 6 meses, dicha situación la presentaban el 89,5% de los pacientes. Necesidad de medicación: a los 6 meses la dosis media de dexametasona fue de 2 mg (rango, 0-12 mg) frente a 8 mg (rango, 0-24 mg) previa al tratamiento.

CONCLUSIONES: La radioterapia holocraneal seguida de radiocirugía en pacientes seleccionados es un tratamiento mínimamente invasivo, bien tolerado, que mejora la supervivencia y el control local de los pacientes con metástasis cerebrales.

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE LESIONES TUMORALES HEPÁTICAS:

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL LA PAZ

César Gómez Raposo¹, Silvia Gómez Senent², Alvaro Pinto Marín¹, Antonio Oliveira Martín², Manuel González Barón¹

(1) Servicio de Oncología Médica. (2) Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se describe en una serie retrospectiva las características de los pacientes sometidos a ablación por radiofrecuencia (ARF), indicaciones, complicaciones y mortalidad asociadas.

MATERIALES: Desde Enero-2001 hasta Diciembre-2004, 22 pacientes (15 hombres y 7 mujeres) se sometieron a la ARF en nuestro hospital. Esta técnica se realiza de forma intraoperatoria por laparotomía o percutánea. Se introduce el electrodo (14-18 G) en el centro de la lesión bajo control ecográfico, aplicando una energía de 40 vatios, durante un tiempo medio de 10 minutos.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 64 años (29-81). De los 22 pacientes sometidos a esta técnica, 11 (50%) tenían un Adenocarcinoma de Colon, 10 (45.5%) un Hepatocarcinoma (CHC) y 1 paciente (4.5%) un Insulinoma. En 19 pacientes la ARF se realizó intraoperatoria, mientras que 3 pacientes se abordaron percutáneamente. Indicaciones en los pacientes con CHC: 7 tumor único menor de 5 cm y 3 tres o menos lesiones inferiores a 3 cm. Indicaciones en los enfermos con adenocarcinoma de colon: 6 LOE menor de 4 cm y 5 tres lesiones inferiores a 3 cm. El tamaño medio de las lesiones fue de 2.3 cm (1-5). El tiempo medio para la ablación de la LOE fue de 6.5 minutos (2-10). Ocho pacientes presentaban más de una LOE, cinco dos LOES y tres pacientes tres lesiones. 19 pacientes (86.84%) presentaron durante el seguimiento progresión de la lesión hepática. El periodo libre de progresión hepática fue de 9.6 meses (1-24); posteriormente 10

Figura 1. Etiología de las LOES

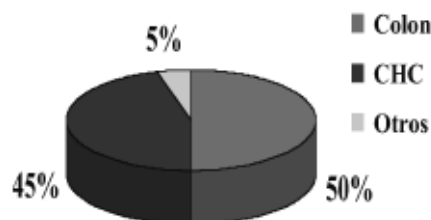
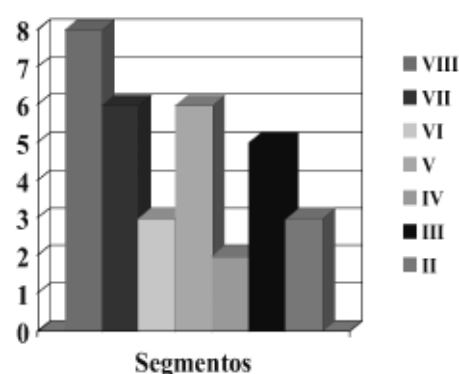


Figura 2. Localización de las LOES



pacientes precisaron quimioterapia, 4 cirugía (tumorectomía, segmentectomía o hepatectomía) y 4 cirugía y quimioterapia. Sólo dos pacientes presentaron dolor local, que cedió con analgesia habitual. No hubo ningún caso de mortalidad asociada a la técnica.

CONCLUSIONES: La ARF es una opción de tratamiento segura, bien tolerada y que ofrece un adecuado control local de tumores hepáticos primarios y metastáticos.

**JUEVES, 5 DE OCTUBRE
SALA DESCUBRIMIENTO C
15,30-16,30 h.**

IV SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

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

Dr. Fco. Javier Salvador Bofill. Complejo Hospitalario Nuestra Sra. de Balme. Cádiz

EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA PRESENTE EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y CON OTROS TRATAMIENTOS NO ONCOLÓGICO

Cristina Corbellas Solanas¹, Gema Peiró Ballestin¹, Marilena D'Ambra¹, Mercedes Almela Zamorano¹, Pedro Tomás Sánchez Hernández¹, Ana Blasco Cordellat², Joaquín Gavilá Gregori², Mireia Gil Raga², Carlos Camps Herrero², Cristina Caballero Díaz²

Unidad de Psicología Clínica (1) y Servicio de Oncología Médica (2), Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: La premisa básica que sustenta la Psicología Clínica aplicada a la salud es

que “toda enfermedad genera un sufrimiento”, aunque cada enfermedad puede generar un sufrimiento distinto. Nos interesamos por conocer las similitudes y diferencias de la sintomatología presente en los pacientes en tratamiento oncológico respecto de la presente en pacientes con otro tipo de tratamientos. Objetivos: Evaluar tanto la sintomatología psicológica relatada por los pacientes como la observada por el psicólogo durante la primera entrevista psicológica. Comparar los resultados obtenidos entre pacientes en tratamiento oncológico y los pacientes en tratamiento no oncológico.

MATERIALES: Utilizamos la versión Castellana de la Comprehensive Psychiatric Rating Scale de Åsberg (65 Items), para evaluar tanto la sintomatología relatada por el paciente (40 Items) como la observada (25 Items) por el psicólogo durante la primera entrevista. La muestra del estudio se compone de 500 pacientes remitidos desde las Consultas externas de nuestro Hospital para su evaluación y tratamiento en la Unidad de Psicología Clínica.

RESULTADOS: Los resultados finales del estudio y las correspondientes conclusiones, tras realizar los pertinentes análisis estadísticos, se presentarán en el Congreso.

ANÁLISIS DEL TIPO DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCP HOSPITALARIA

R. Trujillo², F. Alvarez¹, ML. Martín², A. Villalobos², F. Miralles², M. Franquelo¹, F. Jiménez¹

(1) Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. (2) Fundación CUDECA. Arroyo de la Miel. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existen diferencias en cuanto a las intervenciones terapéuticas y diagnósticas realizadas por los equipos de Cuidados Paliativos, dependiendo si los cuidados se dispensan a nivel domiciliario u hospitalario. Hay pocas series que recojan las intervenciones realizadas y menos aún la eficacia de dichas medidas en relación a la calidad de vida del paciente o su supervivencia.

Análisis de las intervenciones terapéuticas y diagnósticas realizadas a los pacientes ingresados en nuestra UCP hospitalaria.

MATERIALES: Estudio retrospectivo de los 483 pacientes ingresados en nuestra Unidad a lo largo de los años 2002 y 2003. El estudio estadístico se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 13.0. Las variables que se estudian son Pruebas Diagnósticas de Imagen: Ecografía, TAC, RMN, GGO; Intervenciones Terapéuticas: Antibioterapia, Hidratación, Transfusiones, Bifosfonatos, Radioterapia, Quimioterapia; Intervenciones Terapéuticas Invasivas: Colocación de SNG, Paracentesis, Toracocentesis, Nefrostomía, Gastrostomía, Lavados por Sonda Vesical.

RESULTADOS: Durante los años 2002-2003 ingresaron 483 pacientes paliativos oncológicos, siendo evaluables 449. Se realizaron 78 Pruebas Diagnósticas de Imagen, repartidas en 33 Ecografías (7,3%), 33 TACs (7,3%), 10 RMNs (2,2%) y 2 GGOs (0,4%). Se realizaron 495 Intervenciones Terapéuticas: 176

Antibioterapias (39,2%), 193 Hidrataciones, IV (34,1%) y SC (8,9%), 70 Transfusiones (15,6%), 34 Bifosfonatos (7,6%), 16 Radioterapias (3,7%), 6 Quimioterapias (1,3%); Intervenciones Terapéuticas Invasivas: 14 Colocación de SNGs (3,1%), 13 Paracentesis (2,9%), 1 Toracocentesis (0,2%), 1 Nefrostomía (0,2%), 2 Gastrostomías (0,4%), 14 Lavados por Sonda Vesical (3,1%).

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes, se realizaron un número considerable de intervenciones terapéuticas, lo que demuestra que los cuidados paliativos van superando esa actitud pasiva de no intervencionismo, siempre bajo la perspectiva del incremento de calidad de vida, como guía básica de cualquier intervención terapéutica, en este sentido las intervenciones más frecuentes en nuestra serie, antibioterapia, transfusiones, hidratación y bifosfonatos, fueron intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida nuestros pacientes paliativos.

PREVALENCIA DEL USO DE LA MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA ENTRE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA O UROLÓGICOS EN UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA

MA Climent, I. Romero, A. Ruiz, J. Lavernia, I. Tena, T. Navarro, L. Sanz
IVO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Determinar cuál es el uso real que los pacientes con cáncer urológico y o de mama en tratamiento oncológico activo hacen de las medicinas complementarias y alternativas (CAM).

MATERIALES: Se realizó una encuesta anónima con el consentimiento de los pacientes que se completó en la parte clínica por el médico y el resto de preguntas por escrito por parte del paciente. El cuestionario estaba formado por 9 ítems con respuesta múltiple cerrada que incluía datos socioeconómicos básicos, preguntas sobre cambio de dieta, uso de infusiones, extractos encapsulados de hierbas, homeopatía, acupuntura, curandero, Yoga/Tai-Chi y masajes.

RESULTADOS: De los 83 pacientes a los que se les propuso rellenar este cuestionario, 72 (87%) accedieron a realizar la encuesta. Edad media de 55 años (rango 30-77; proporción mujeres/hombres 70/30. Según el tipo tumoral: cáncer de mama (54%) y tumores urológicos incluido riñón, próstata y vejiga (46%). Según el tipo de tratamiento: quimioterapia (80%), hormonoterapia (16%) y tratamientos biológicos (4%). El análisis de los datos muestra que el 31% hacen uso de CAM. El uso porcentual según el sexo mujeres/hombres: 22/19. Según el tipo tumoral: 24% de las pacientes con cáncer de mama y el 16% de los pacientes urológicos. Según el nivel de formación: el 36% de los universitarios, el 21% de los que han cursado estudios medios (bachillerato y F. Profesional), y el 19% de los que tenían estudios básicos hacen uso de la CAM. Los tipos más frecuentes de CAM son: infusiones (25%), cápsulas (25%),

homeopatía (19%), yoga o Tai-Chi (19%), masaje (19%) y acupuntura (6%). Un 78% de los pacientes había comunicado a su oncólogo que seguían estos tratamientos.

CONCLUSIONES: En nuestra población, la prevalencia del uso de CAM fue del 31%. La tendencia para el uso de estos tratamientos parece mayor entre las mujeres y en pacientes con niveles medios-altos de estudios.

INFLUENCIA DE INTERNET EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Aires González, M. M¹, Fernández Rincón, M. E.², Rodríguez de la Borbolla Artacho, M.³, Sánchez Calzado, J. A.⁴, Duque Amusco, A.⁵ y Virizuela Echaburu, J. A.⁶

(1) Profesora Asociada Universidad de Sevilla. Investigadora Servicio Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena. (2) Alumna doctorado Universidad de Sevilla. (3) MIR Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. (4) Jefe de Sección. Servicio Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen Macarena. (5) Jefe de Servicio. Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. (6) FEA. Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer se ha convertido en una de las tres enfermedades con más tasa de búsqueda de información en la Web entre los pacientes. Internet está cambiando el modo de entender el concepto de salud y enfermedad y, muy especialmente, está influyendo en el tipo de relación que se establece entre el paciente oncológico y el médico. Diversas investigaciones señalan Internet como el segundo medio más importante para obtener información sobre el cáncer después del profesional médico.

El presente estudio intenta conocer las variables más destacadas relacionadas con la búsqueda de información sobre la enfermedad en Internet por los pacientes oncológicos, prevalencia de dicha práctica, influencia que esta información ejerce en la relación médico-paciente y cómo actúa sobre ciertas dimensiones psicológicas.

MATERIALES: Se han evaluado 150 pacientes diagnosticados y tratados por padecer algún proceso oncológico durante los últimos cinco años. Para su evaluación se ha empleado entrevista semi-estructurada para variables sociodemográficas, médicas y calidad relación médico-paciente. También se midieron diversas dimensiones psicológicas mediante una batería de pruebas.

RESULTADOS: El 50% de los pacientes oncológicos de nuestro entorno que buscan información adicional a la que le proporciona su oncólogo la buscan en Internet. Éstos tienen un mayor nivel cultural que aquellos que no desean consultar la Web. Son el miedo, la incertidumbre y las dudas tras el diagnóstico y tratamientos, junto con la falta de decisión a la hora de preguntar al médico, lo que más justifica estas búsquedas de información. Pocos comentan dicha información con el médico, lo cual puede conducir a serios problemas.

CONCLUSIONES: Internet es un medio claramente utilizado para obtener información sobre diversos aspectos del cáncer,

no obstante es necesario un estudio exhaustivo de las consecuencias de su uso. Una gran mayoría de los pacientes afirman que accederían a una página de Internet para ampliar los conocimientos sobre su enfermedad, siempre que estuviese respaldada por profesionales.

ANÁLISIS DE LOS CASOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Lorena Bellido Hernández, Carlota Delgado Fernández, Miguel Navarro Martín, Elena Castro Marcos, Rafael López Castro, Raquel Seijas Tamayo, Isabel Ruiz Martín*, Elvira Del Barco Morillo, César A. Rodríguez Sánchez, Juan Jesús Cruz Hernández

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Salamanca.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Río Carrión, Palencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las infecciones son una causa frecuente de morbilidad en los pacientes oncológicos, siendo la neutropenia uno de sus factores de riesgo más importantes. La causa más habitual de neutropenia es iatrogénica. Objetivo: Análisis de los ingresos por neutropenia febril en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca.

MATERIALES: Se registraron 44 casos entre el 1 de Enero de 2004 y 31 de Agosto de 2005. Variables analizadas: sexo, edad, comorbilidad, tumor primario, extensión, tratamientos antineoplásicos previos, quimioterapia actual y número de ciclos, número de días desde la administración del ciclo y el ingreso, foco infeccioso, documentación microbiológica, cifras de neutrófilos, tratamientos antibióticos, antifúngicos y con G-CSF, evolución y días de hospitalización.

RESULTADOS: La edad media fue 62 años, siendo el 61.4% mujeres. El 45.5% tenía enfermedades concomitantes. Las localizaciones del tumor primario más frecuentes fueron la mama y el pulmón. Afectación 50% locorregional y 50% metastásica. El 45.5% de los pacientes habían recibido 2 ó más líneas de quimioterapia previas y el 31.8% radioterapia. Taxanos y antraciclinas fueron los citostáticos más implicados en el episodio. La media de ciclos recibidos de la quimioterapia actual fue 2.7 y la media de días entre el último y el ingreso fue 11.4. Foco infeccioso en el 63.6% y documentación microbiológica en un 27.3%. Los antibióticos más empleados fueron cefalosporinas y aminoglucósidos y en 2ª línea la teicoplanina. Tratamiento antifúngico en el 45.4% y G-CSF en el 95.5%. La media de días con neutropenia $<500/\text{mm}^3$ fue 2.6 y de ingreso fue 9.4. Evolución favorable en el 93.2%.

CONCLUSIONES: La edad avanzada y la comorbilidad son importantes factores de riesgo. Con la elección de un antibiótico adecuado y el uso de G-CSF se logra una evolución favorable en la mayoría de los pacientes.

EVALUACIÓN DE LAS QUEJAS SOBRE LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA

Pedro Tomás Sánchez Hernández¹, Gema Peiró Ballestin¹, Rafael Cortell Hernández¹, José Mazón Herreros¹, Cristina Corbellas Solanas¹, Ana Blasco Cordellat², Carlos Camps Herrero², Vega Iranzo González-Cruz, Diego Rayuela López
Unidad de Psicología Clínica (1) y Servicio de Oncología Médica (2)
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: Las quejas subjetivas sobre la existencia de dificultades de atención y sobre fallos o pérdida de la memoria, son en nuestra práctica clínica uno de los síntomas más relatados por los pacientes. Objetivos: Evaluación de las quejas subjetivas sobre Atención y Memoria, y su correlación con una prueba neuropsicológica de screening.

MATERIALES: La muestra del estudio se compone de 200 pacientes remitidos desde las Consultas externas de nuestro Hospital para su evaluación y tratamiento en la Unidad de Psicología Clínica. Independientemente de la existencia o no de quejas relacionadas sobre Atención y Memoria se les administro dentro de un protocolo de estudio psicológico a todos los pacientes la prueba neuropsicológica de screening Batería de Eficiencia Cognitiva de Signoret (BEC 96).

RESULTADOS: Los resultados finales del estudio y las correspondientes conclusiones, tras realizar los pertinentes análisis estadísticos, se presentarán en el Congreso.

JUEVES, 5 DE OCTUBRE
SALA IBIZA
12,00-12,30 h.

PÓSTERS EXPUESTOS

Discusor: Dr. Álvaro Montaña Periañez. H. General Juan Ramón Jiménez. Huelva

P5-1

EVALUACIÓN DE LA DESESPERANZA

Cristina Corbellas Solanas¹, Marilena D'Ambra¹, Gema Peiró Ballestin¹, Pedro Tomás Sánchez Hernández¹, Ana Blasco Cordellat², Joaquín Gavilá Gregori², Mireia Gil Raga², Carlos Camps Herrero²
Unidad de Psicología Clínica (1) y Servicio de Oncología Médica (2),
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: Se ha sugerido recientemente que la desmoralización o desesperanza podría estar detrás de la valoración como deprimidos de muchos pacientes con enfermedades orgánicas en las consultas externas de los Hospitales. Pero la desesperanza / desmoralización también puede estar presente en la Depresión. Objetivos: Evaluar la correlación entre la Desesperanza y la Depresión, a través de Escalas y Criterios Clínicos.

MATERIALES: La muestra del estudio se compone de 200 pacientes remitidos desde las Consultas Externas de nuestro Hospital para su evaluación y tratamiento en la Unidad de Psicología Clínica. Para evaluar la existencia de Depresión utilizamos los criterios clínicos CIE-10 y para establecer la puntuación a correlacionar la versión castellana de la Montgomery- Asberg Depresión Rating Scale; para valorar la desesperanza utilizamos la versión castellana de la Hopelessness Scale de Beck.

RESULTADOS: Los resultados finales del estudio y las correspondientes conclusiones, tras realizar los pertinentes análisis estadísticos, se presentarán en el Congreso.

P5-2

EL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE INGRESADO UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

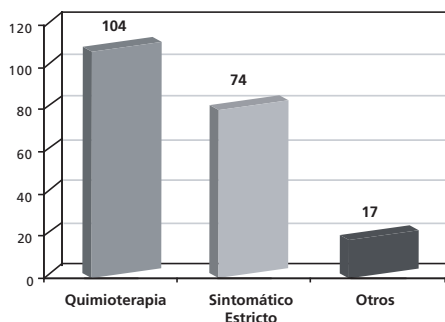
Antònia Perelló Martorell, Nofre Pons Sureda, Josep Fuster Salvà., Jesus Damià Alarcón Company, Juli Rifà Ferrer
Servicio de Oncología Médica.Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se ha analizado el perfil clínico de los pacientes ingresados en Oncología Médica. Se han evaluado las variables demográficas, el tipo de neoplasia y su extensión, la procedencia y causa del ingreso, la estancia media, la actitud terapéutica y el motivo del alta.

MATERIALES: Revisión sistemática de 196 pacientes ingresados consecutivamente en la planta de Oncología Médica desde el 1 septiembre-2005 al 30 de noviembre-2005. Además de los parámetros clínicos, se ha introducido una valoración por parte del clínico de "probabilidad de muerte por su neoplasia".

RESULTADOS: Se estudiaron 110 hombres y 86 mujeres. La edad media fue de 56,9 años, cifra significativamente menor que la media de edad del total de pacientes del registro de Oncología (64,3; p<0,001). Un 31% de los pacientes eran extranjeros. Las localizaciones tumorales más frecuentes fueron, cáncer de pulmón (28%), digestivos (22%), mama (11%), linfomas (8%), tumores urológicos (8%). El 57% de los ingresados presentaban enfermedad metastásica en el momento del ingreso, y recibían quimioterapia (Tabla 1). Los

Tabla 1. Distribución por tipo de tratamiento



motivos más frecuentes de ingreso fueron necesidad de control de síntomas (30%), progresión de enfermedad (29%) y toxicidad a tratamientos activos (11%). La estancia media fue de 11,76 días. El 64% los pacientes se fué de alta a su domicilio (un 7% con apoyo de Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria), el 17% se trasladó a una unidad de cuidados paliativos, y un 16% fallecieron en el hospital. Un 70% tenía alta probabilidad de morir por su patología neoplásica.

CONCLUSIONES: Los pacientes que ingresan son más jóvenes que la población de pacientes de cáncer de nuestro servicio. Ingresan para control de síntomas, por progresión de enfermedad y por toxicidad al tratamiento. La mayoría de los pacientes, en el momento de ingresar, reciben tratamiento quimioterápico, presentan enfermedad extendida y tienen altas probabilidades de morir de su neoplasia.

P5-3

RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO NUPAC II: EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ESTADO NUTRICIONAL (EN) Y LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN (CP) O CÁNCER COLO-RECTAL (CCR) AVANZADO

Cristina Grávalos Castro, Ramón de las Peñas Bataller, María Luz Amador Muñoz, Daniel Castellanos, José Pardo Masferrer, Ángel Segura Huerta, Enrique Casado Saenz, Ana María González Ageitos, Carmen Gómez Candela, Vicente Valentín Maganto

Hospital 12 de Octubre

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pérdida de peso se asocia a peor supervivencia en pacientes (pts) con cáncer (De Wys, Am J Med 1980). En España, no se dispone de información específica en CP o CCR avanzado. El objetivo principal del estudio fue realizar una evaluación epidemiológica del EN de

pts con CP o CCR y su relación con la supervivencia. La duración estimada del seguimiento de este estudio es de 18 meses.

MATERIALES: Entre abril-sept/04, 1.159 pts fueron incluidos en este estudio prospectivo. El EN se evaluó mediante la encuesta de Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP).

RESULTADOS: 79% varones. La mediana de edad fue de 65 años (27-89). ECOG 0-1: 73%. 606 (54%) pts tenían CP [79% no microcítico (CNMP)] y 515 (46%) CCR. En el momento de la inclusión, el 81% estaban recibiendo tratamiento oncológico (la mayoría quimioterapia) y 12% paliativo; 389 (35%) pts estaban sometidos a alguna(s) intervención con impacto nutricional: 43% corticoides, 29% acetato de megestrol, 24% nutrición artificial, 23% consejo dietético, 15% otros. **Resultados VGS-GP:** En las últimas 2 semanas, 29% refería disminución de peso, 50% estable y 21% aumento. En el último mes, 33% tenía una ingesta menor, 52% sin variaciones y 15% aumento. Demanda metabólica: 41% sin stress, 38% leve, 19% moderado y 2% alto. VGS: 65% bien nutridos, 32% moderadamente y 3% gravemente malnutridos. Por tipo de tumor, 37% de CNMP, 31% de CP microcítico y 28% de CCR estaban moderadamente malnutridos.

CONCLUSIONES: El 35% de los pts con CP o CCR avanzado presentan malnutrición. Los corticoides y el acetato de megestrol son los tratamientos con impacto nutricional más empleados. Se presentarán datos actualizados en el momento de la presentación.

P5-4

EXPERIENCIA CON OXICODONA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIA

Inmaculada Raja Casillas, Marisa De la Rica Escuin

Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, Hospital Virgen de la Salud, Toledo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: El 90% de los pacientes oncológicos experimentan dolor moderado. La oxycodona alternativa al uso de otros opioides para el tratamiento del dolor oncológico, eficaz, bien tolerado y efectos secundarios similares a los de otros opioides. Objetivos: Demostrar efectividad de oxycodona para manejar el dolor oncológico. Valorar tolerancia y efectos indeseables. Comprobar seguridad en situaciones especiales.

MATERIALES: Estudio retrospectivo descriptivo, revisión de historias clínicas desde Julio de 2005 hasta Febrero de 2006. Tamaño de muestra n=15. Variables recogidas en instrumento diseñado para ello: edad, sexo, patología, metástasis y localización, tipo de dolor, analgesia previa, motivo del cambio a oxycodona, EVA En primera consulta, a 7, 15 y 30 días; se registra dosis, tolerancia y efectos secundarios.

RESULTADOS

- Intervalo de edad (48-84 años). Edad media: 59 años.
- Distribución por sexo: 26,6% mujeres y 73,3% varones.

- Patologías más frecuentes: Ca. de Páncreas y de Colon.
- El 46,6% presentaban metástasis.
- Dolor visceral 66,6%, mixto (visceral-óseo-neuropático) 20%.
- Analgesia previa: 46,6% fentanilo transdérmico, 26,6% cloruro mórfico y 26,6% tramadol.
- Motivo de cambio: 60% dolor no controlado y 20% por efectos secundarios de otros opioides.
- 100% en la primera visita dolor moderado. severo (EVA 6-10).
- Segunda visita (7 días) la EVA mejoraba: 40% EVA = 0 Y un 26,6% un EVA = 2
- Tercera visita (15 días) EVA mantenida en 92,85% entre un EVA de 0 y 2.
- Cuarta visita (30 días) EVA mantenida en el mismo intervalo.
- Dosis inicial entre 20-320 mg/día. El 73,2% entre 20-80 mg/día.
- Dosis final 20-640 mg/día, el 80% entre 20-120 mg/día.
- El 100% buena tolerancia.
- Un 40% efectos secundarios leves; somnolencia y sequedad de boca.
- El 53,3% mantuvieron oxicodona hasta su entrada en fase de agonía. Un 13,3% mantuvieron el tratamiento hasta su fallecimiento.

CONCLUSIONES

- Oxicodona es eficaz para controlar el dolor oncológico.
- Descenso del EVA al iniciar tratamiento. Mantenido durante todo el tiempo de tratamiento.
- Efectos secundarios mínimos, tratables, nunca causa de suspensión del tratamiento.
- Se comprueba seguridad en situaciones especiales.

P5-5

SEDACIÓN EN LA UCP HOSPITALARIA DE MÁLAGA

R. Trujillo², F. Alvarez¹, ML. Martin², A. Villalobos², F. Miralles², M. Franquelo¹, F. Jiménez¹

(1) Unidad de Cuidados Paliativo. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. (2) Fundación CUDECA. Arroyo de la Miel. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La sedación terminal es un arma terapéutica reconocida para controlar síntomas refractarios en la Situación de Últimos Días. Durante los años 2.002 y 2.003 se produjeron 480 ingresos de pacientes paliativos oncológicos en nuestra UCP hospitalaria, falleciendo 291 pacientes. En este trabajo recogemos las necesidades de sedación y su manejo farmacológico. Analizar los síntomas que generan la indicación de sedar en Situación de Últimos Días en nuestra UCP hospitalaria, así como los fármacos empleados para lograr esta sedación.

MATERIALES: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes oncológicos paliativos ingresados en nuestra unidad desde Enero de 2002 a Diciembre de 2003. El estudio estadístico se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 13.0. Las variables que se estudian en los pacientes sedados son: síntomas refractarios que motivan la indicación de sedación, fármaco principal empleado y consentimiento.

RESULTADOS: De las 449 historias valorables, 291 (64'8%) fueron altas por defunción. La indicación de sedación se realizó

en 75 (25'77%) de los pacientes fallecidos. Las principales causas fueron: Síndrome Confusional Agudo (36%), disnea (20%), distress emocional (16%) y dolor (10'6%). El grupo farmacológico más empleado para lograr la sedación fue el de las Benzodiacepinas (89'3%) y de este grupo, el fármaco más utilizado fue el Midazolam (91'04%). El consentimiento se obtiene fundamentalmente de los familiares (82'66%).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en este estudio, se asemejan a los recogidos en la bibliografía, con un ligero aumento en el porcentaje de indicación de sedación. Cabe destacar el pequeño porcentaje de pacientes que participan en la decisión de sedación, posiblemente debido a que el síndrome confusional agudo es la principal causa de sedación en nuestra serie, en este sentido, el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, puede ser una herramienta eficaz que ayude a la toma de decisiones.

P5-6

ESTADO DE ÁNIMO OBSERVADO POR EL ONCÓLOGO Y EL AUTOPERCIBIDO POR EL PROPIO PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Pedro Tomás Sánchez Hernández¹, Gema Peiró Ballestín¹, Marilena D'Ambra¹, Cristina Corbellas Solanas¹, Rafael Cortell Hernández¹, Vega Iranzo González-Cruz², Diego Rayuela López², Ana Blasco Cordellat², Carlos Camps Herrero²

Unidad de Psicología Clínica (1) y Servicio de Oncología Médica (2), Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: El estado de ánimo observado en el paciente por el oncólogo durante la entrevista diagnóstica es uno de los indicadores más utilizados para su derivación a la Unidad de Psicología Clínica. Objetivos: Evaluar la concordancia entre la observación del oncólogo y la autopercepción del paciente en torno al estado de ánimo mostrado por este durante la primera entrevista diagnóstica.

MATERIALES: Se estudió una muestra de 105 pacientes que acudían por primera vez al Servicio de Oncología. Para este estudio se diseñó una hoja de recogida de datos de la consulta que recogía diversos aspectos, incluyendo el estado de ánimo observado por el oncólogo. Esta información se recogía durante o inmediatamente después de la entrevista. Se entrevistó a 104 pacientes 68.4% mujeres y 35.2% hombres con una edad media de 61.10 (IC95% 58.67-63.52). Respecto al estadio de la enfermedad un 33.33% se corresponden a Tumores localmente avanzados o metastáticos y un 66.66% a Tumores localizados. En una entrevista la negativa familiar impidió realizar la comunicación diagnóstica. Entre 15 y 35 días después (media 24 días) se entrevistó a los pacientes preguntándoles entre otros temas por su estado de ánimo durante dicha entrevista.

RESULTADOS: Los resultados finales del estudio y las correspondientes conclusiones, tras realizar los pertinentes análisis estadísticos, se presentarán en el Congreso.

P5-7

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER CON CÁNCER

Vicente Valentín Maganto, Mayte Murillo, A. Mañas, C. Grávalos, María Díe Trill, Hernán Cortes Funes:
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer genera miedo, rechazo, inseguridades difíciles de afrontar. Para establecer los cambios necesarios, debemos conocer sus necesidades reales. Objetivo: Analizar la alteración percibida a nivel físico, psicológico, económico y de relaciones personales, así como disponibilidad del personal y eficacia del sistema.

MATERIALES: En el año 2000 se realiza una encuesta europea en 11.000 mujeres diagnosticadas de tumores de mama o ginecológicos con / sin algún tipo de tratamiento específico y en cualquier fase de su proceso evolutivo. Se distribuyeron 1925 cuestionarios, de los que se procesaron 893. Se emplea una encuesta autorellenable, validada, distribuida por médicos y/o enfermeras sin que ayuden en su contestación. La selección de hospitales/clínicas abarcaba todo tipo de instituciones.

RESULTADOS: Se analiza por edad, nivel cultural, económico, tipo de tumor, estadio y hospital:

- La mayoría de las mujeres no tenían conocimientos sobre el cáncer y el diagnóstico previo.
- El 25% tardaba más de un mes en visitar a su médico tras el primer síntoma.
- La satisfacción descendía al 32 % con su médico general y era solo del 28% en relación con la coordinación existente entre los diferentes niveles asistenciales.
- Los puntos críticos de apoyo eran máximos durante el tto con QT, al abandonar el hospital, durante la espera para el diagnóstico y la espera para la intervención.
- Mas de la mitad de las mujeres no tenían apoyo para sus familias.
- El 75% deseaba hablar con su familia, pero en más de un 40% les resultaba difícil hacerlo.

CONCLUSIONES: El impacto, a nivel físico, psicológico, social y familiar, que produce en la mujer el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y ginecológico precisa una mayor atención por parte de los profesionales en todos los niveles asistenciales y en todas las fases de la enfermedad.

P5-8

DISEÑO PARTICIPATIVO DE UN CUESTIONARIO DE SOPORTE AL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL

SÍNDROME ANOREXIA CAQUEXIA (SAC) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Ana Casas, Vicente Valentín, Joan Carulla, Andreu Covas, Sonia Pisa

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla y H. 12 de octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Establecer el diseño básico de un cuestionario de soporte al proceso diagnóstico del SAC en pacientes oncológicos

MATERIALES: Entre febrero y junio de 2006 se realizaron 10 sesiones de trabajo para valorar los síntomas y pruebas diagnósticas necesarias para la evaluación del paciente con SAC. Se consultaron un total de 123 especialistas. Se realizó una presentación preliminar homogénea sobre las conclusiones de los talleres previos y se desarrolló el debate estructurado. Se formularon tres preguntas preestablecidas sobre aquellos ítems considerados como imprescindibles para el diagnóstico del SAC así como sobre las características recomendadas para este cuestionario.

RESULTADOS: Se consideraron cuestiones imprescindibles aquellas que presentaron un consenso superior al 80%. De las cuestiones que deben ser respondidas por el paciente están: la anorexia (91%), disfagia (90%) y vómitos/náuseas (90%); En las cuestiones a cumplimentar por el facultativo: la pérdida de peso >10% (98%), el estadio de la enfermedad (85%), la localización de la neoplasia (81%) y la determinación de albúmina (80%) con una mayor sospecha de diagnóstico de SAC a partir de valores de 2,1 mg/dl.

Se considera que el cuestionario debe ser una herramienta sencilla, de lenguaje fácilmente comprensible y formulado con preguntas cortas (92%). Asimismo, debe ser breve y con pocas preguntas (85%). Un 36,5% consideran que es importante adecuar el formato, ya que esto facilitará la cumplimentación. La posibilidad de introducir respuestas cerradas tipo "Sí/No" es un aspecto valorado positivamente.

CONCLUSIONES: El cuestionario de diagnóstico de SAC propuesto cumple con las expectativas con las que se inició el proyecto. Es un cuestionario sencillo, no muy extenso, con preguntas cortas y válido para el objetivo para el que se diseñó el proyecto. No obstante, previa implantación de dicha herramienta, se considera necesario efectuar un proceso de validación que garantice la reproducibilidad del mismo.

P5-9

CÁNCER E INMIGRACIÓN

Javier Barbero Gutierrez, Cristina Coca Pereira, Carola del Rincón Fernández, Teresa López-Fando Salinas, Laura Díaz Sayas, Helena García Llana, Nika Vázquez Seguí, Ignacio Fernandez de Larrinoa Arcal, Paula García-Borreguero Lorenzo, Fernando Hernández-Navarro
Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Introducción: En estos últimos años los procesos migratorios han cambiado la realidad en la

atención oncológica. Objetivo: Describir las características de los pacientes inmigrantes con cáncer en atención especializada hospitalaria.

MATERIALES: Material y Método: Se evaluó mediante entrevista semiestructurada y revisión de historias clínicas a un grupo de 51 pacientes inmigrantes ingresados. 69% eran mujeres; su edad media era 41 años [19-68].

RESULTADOS: La procedencia de los sujetos era: latinoamericana 63%, un 19% magrebí, un 12% europeos y un 6% asiáticos. Un 33% llevaba menos de un año residiendo en España. Un 65% tenía problemas económicos. El 27% inmigró a España exclusivamente para recibir tratamiento. Un 53% estaba diagnosticado de linfoma, un 27% de leucemia, un 14% de mieloma múltiple, y un 6% padecían cáncer de mama. El 35% presentaba dificultades para comprender la información médica, en un 12% debido a desconocimiento del idioma y en un 23% por razones del nivel cultural (X²: 30,636; 4 g.l.; p=0,000). El 80% de los sujetos afirmaba no consumir sustancias tóxicas. El 24% empleaba medicinas complementarias. Un 38% presentaba dificultades ante el alta hospitalaria, siendo las más relevantes dificultades en la vivienda por ser inadecuada (10%) y falta de apoyo social (8%). El 18% no tenía cuidador principal. El 15% de los sujetos no acudía a todas las citas programadas. La puntuación media en percepción de satisfacción con el personal sanitario fue 8,51 [5-10]. La puntuación media en tristeza fue 5,14 [0-10] y en ansiedad fue 5,14 [2-9].

CONCLUSIONES: Nuestro estudio refleja que los pacientes que iniciaron un proyecto migratorio económico, al enfrentarse a la amenaza de la enfermedad oncológica entran en un escenario de enorme precariedad. Entre otras propuestas para futuras investigaciones sugerimos comparar la población autóctona con la inmigrante y profundizar en los dinámismos vitales protectores de los colectivos de inmigrantes.

P5-10

MUERTE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN SU DOMICILIO

Rafael Morales Chamorro¹, Adolfo García Charle², Pilar Rapún Jiménez², Patricia Cruz Ballester², Teresa Fluxà Egea², Yolanda Minguez², Mario García Lezcano³, Susana Casado¹, Belén González Gragera¹

(1) Servicio de Oncología Médica, (2) Unidad de Cuidados Paliativos, (3) Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Can Misses de Eivissa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Servicio de Oncología Médica del Hospital Can Misses de Eivissa consta de la Sección de Oncología Médica, la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD). Las prioridades del Servicio de Oncología Médica son la atención integral del paciente oncológico, así como ofrecer al paciente la posibilidad de morir dignamente en su domicilio. Objetivos: Revisar el porcentaje de pacientes oncológicos incluidos en programa de UCP que fallecieron en su domicilio durante el año 2005.

MATERIALES: Se han revisado la totalidad de pacientes incluidos durante el año 2005 en el programa de UCP del Servicio de Oncología Médica del Hospital Can Misses.

RESULTADOS: Durante el pasado año 2005 fueron atendidos 118 pacientes diagnosticados de cáncer en estadio terminal. El 60% de los pacientes eran hombres y el 40% mujeres. La edad media de los hombres fue 68,57 años y de las mujeres 67,13 años. La estancia media fue de 58,97 días (2-250), con una estancia menor de 15 días en 10 pacientes (11,36%). Un total de 62 pacientes (52,54%) fallecieron en el año 2005, de los cuales un 30,64% lo hicieron en el hospital y un 69,36% en el domicilio familiar. De los 43 pacientes que fallecieron en el domicilio, el 65,11% precisó de ingreso en la UHD.

CONCLUSIONES: La incorporación de la Unidad de Cuidados Paliativos y de la Unidad de Hospitalización a Domicilio en los Servicios de Oncología Médica permite disponer de la infraestructura necesaria que garantiza una muerte digna del paciente oncológico en su domicilio.

P5-11

PERFIL DE LOS AFECTADOS DE LINFOMA QUE UTILIZAN INTERNET PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD

Antonia García-Nieto, Soledad Durán, María Carmen Fernandez-Valle, Eduardo Ríos, Juan Nicolás Rodríguez, María Vicencia Martín-Reina, José María Durán, Angeles Bailén, Pilar López, Francisco Javier Capote

Grupo Síndromes Linfoproliferativos (Proyecto Andaluz de Investigación, CTS-490) y Grupo Andaluz de Neoplasias Linfoides (GRANEL)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La información es una parte esencial de la asistencia al paciente con cáncer porque afecta a su grado de satisfacción, calidad de vida y actitud ante los tratamientos. Los afectados están utilizando Internet para obtener información y soporte. Objetivo: Conocer el perfil de los afectados de linfoma que utilizan Internet para obtener información sobre su enfermedad.

MATERIALES: Realización de encuesta auto-administrada y anónima sobre diversos aspectos de la utilización de Internet a pacientes con linfoma, familiares y cuidadores.

RESULTADOS: Han respondido 557 sujetos (244 pacientes, 252 familiares y 61 profesionales). Sólo 150 (26.9%) utilizan Internet para obtener información sobre linfomas. Relación: paciente (38%), padres (11.3%), hermanos (3.3%), hijos (18.7%), pareja (13.3%), profesionales sanitarios (11.3%). Sexo: varón (53.3%), mujer (46.7%). Edad: menos 30 años (16.7%), 31-40 años (25.3%), 41-50 años (35.3%), 51-60 años (13.3%), más de 61 años (8.6%). Estudios: primarios (8.7%), medios (43.3%), universitarios (48%). Utilizan Internet hace más de 5 años (62.7%), conexión varias veces a la semana (86%), desde el domicilio (58%), trabajo (8.7%) o indistintamente (25.3%). Al

55.3% nadie le ha recomendado su uso. Objetivo: obtener información (74.7%), segunda opinión (9.3%). El 66.7% sólo accede a páginas en lengua española, que localiza mediante buscadores generales (36.7%) o por diversos medios (46%). Google es el buscador más utilizado (86%).

CONCLUSIONES: Este estudio aporta datos del perfil de los afectados de linfoma que utilizan Internet. Suele tratarse de un paciente o familiar directo, entre 31-50 años, nivel de estudios medio-alto, con experiencia y asiduo en el uso de Internet.

P5-12

VALORACION EXITUS EN PACIENTES ATENDIDOS POR NUESTRA UHD

Raúl Guaraz Gutierrez, Virtudes Soriano Teruel, Elena Olieite Ramirez, Antonio Mancheño Alvaro, María Isabel Orts Martínez, Vicente Guillem Porta

Fundación Instituto Valenciano de Oncología

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Estudio del perfil de los pacientes fallecidos en 2004 atendidos por nuestra UHD.

MATERIALES: Estudio retrospectivo, descriptivo del perfil de pacientes fallecidos en 2004 en nuestra UHD mediante consulta de historias clínicas, a través de formulario realizado ad hoc, analizado con SPSS 12.0.

RESULTADOS: En el año 2004 la Unidad contaba con capacidad de 80 camas. La media de ocupación fue 75 pacientes/día y se realizaron 1.160 ingresos (548 pacientes nuevos). Fallecieron 143 pacientes (51.7% varones y 48.3% mujeres). La edad media fue 68,30±13,14 años. La distribución de la patología tumoral fue: C. genitourinario 22,4%; C. gastrointestinal 20,7%; C. mama 18,6%; C. pulmón 13,6%. El 85% presentaban metástasis, la localización más frecuente fue la ósea, seguido de la hepática, pulmonar y ganglionar. Continuaba con tratamiento oncológico al ingreso en nuestra Unidad el 24.4% de los pacientes. Los síntomas más prevalentes al ingreso fueron: dolor (46,5%), astenia (57,5%), pérdida de peso (35,4%), menos frecuentes: xerostomía, estreñimiento, saciedad precoz, disnea, insomnio, tos, náuseas, vómitos, edema, depresión y ansiedad. El tiempo medio de estancia en la UHD fue 71,15 días. El 55,6% falleció en domicilio (con buen control de síntomas), el 44,4% lo hizo en el hospital, sin diferencias estadísticas en función del sexo, tipo de tumor o presencia de metástasis; si hubo diferencias significativas en relación con la edad entre >65 años vs <65 años, falleciendo en su domicilio el 64.4% vs 40% (p=0,004). De los fallecidos en domicilio, un 66,9% precisó para control de síntomas la vía subcutánea. El 91% vivían en su domicilio y el 96,9% vivían dentro de un entorno familiar, un 56,2% tenían un cuidador principal y 40% más de uno. El 9,9% de pacientes remitidos al Hospital fue debido a claudicación familiar.

CONCLUSIONES

1. Atendemos tanto a pacientes en fase terminal como a pacientes oncológicos que precisan soporte sintomático durante su tratamiento oncológico.

2. Sólo obtuvimos diferencias estadísticamente significativas respecto al lugar del exitus al analizar las variables edad y entorno familiar.

3. La atención al entorno es también un objetivo.

P5-13

METODOLOGÍA PROTEÓMICA PARA LA DETERMINACIÓN DE CADENAS PESADAS DE MIOSINA (M) EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP) EN ESTADIOS IIIB Y IV

Cristóbal Belda-Iniesta, Paloma Cejas, Elena Hernández, Javier de Castro Carpeño, Magdalena García Huertas *, Enrique Casado Sáenz, Jaime Feliu, Jorge Barriuso, María Sereno, Manuel González Barón

Unidad de Oncología Translacional CSIC-UAM. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. España. * Unidad de Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El proceso de caquexia tumoral está regulado e influenciado por múltiples factores y mecanismos que confluyen en la destrucción de las proteínas del músculo esquelético. Un estudio reciente ha demostrado que las acciones de las diversas citoquinas convergen en la degradación y reducción de la expresión de la M en el músculo esquelético. El objetivo fue el desarrollo de una metodología fiable para su cuantificación en suero de pacientes diagnosticados de CNMP.

MATERIALES: Población a estudio: pacientes diagnosticados de CNMP en estadios IIIB y IV pendientes de iniciar tratamiento con quimioterapia con un índice de masa corporal (IMC) 15-30 y una pérdida de peso superior al 5% en los últimos 6 meses. La población control son voluntarios sanos sin patología digestiva o muscular. Variable principal: niveles séricos de M. Variables secundarias: IMC, CBM, concentración de albúmina (A), recuento de linfocitos (L), clasificación de Chang y valoración global subjetiva (VGS). La cuantificación de M se determinó en suero mediante ELISA y se confirmó por western-blot (WB) y

Tabla 1. Características nutricionales basales

IMC (mediana)	25.55
CBM (mediana)	26.56
Albúmina (mediana)	4.3
Linfocitos (mediana)	2585
CHANG (frecuencias)	80% Normonutridos 20% Desnutrición calórica
VGS-GP (frecuencias)	80% A 20% B

geles 2D. Fue necesario un procedimiento de sustracción de concentraciones de otros fragmentos proteicos.

RESULTADOS: Hasta la fecha se han incluido 20 pacientes. Las características nutricionales de los pacientes incluidos están recogidas en la tabla 1.

Existió una importante limitación tecnológica en el proceso de determinación de los niveles séricos de M resuelto tras una sustracción sérica en la cuantificación por ELISA confirmada por WB y geles 2D. La correlación de los niveles de M con las características nutricionales de los pacientes se presentarán durante el Congreso.

CONCLUSIONES: Es posible determinar la presencia de M sobre el suero de pacientes diagnosticados de CNMP.

P5-14

PROTOCOLO DE SEDACIÓN TERMINAL (ST) EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO (PTO)

María del Mar Muñoz Sánchez, M^a Dolores Barreda Hernández*, Amaya Olaverri Hernández, M^a Carmen González Arenas, Juan Luis García Llano

Unidad de Oncología Médica. *Comité de Ética Asistencial

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los cuidados continuos deben aplicarse durante la atención global al paciente oncológico y su familia desde el diagnóstico hasta fases finales. Durante la fase avanzada aparecen múltiples síntomas cambiantes, de intensidad creciente, que pueden ser refractarios y necesitan controlarse con ST. El objetivo es un adecuado control sintomático para conseguir el máximo confort. La Bioética aporta metodología útil en la toma de decisiones para indicar ST en un PTO concreto y elaborar un protocolo de ST.

MATERIALES: **Valoración clínica:** PTO según definición de la OMS. Síntoma refractario, nivel y tipos de sedación según Manual SEOM de C. Continuos. **Evaluación bioética:** Beneficiencia: Objetivo de ST: control sintomático. Es correcto aplicar el principio de doble efecto; debe existir equilibrio entre los dos efectos. No maleficencia: Diferenciar síntomas de difícil control versus refractarios. Revisar causa de ineficacia del tratamiento. Consultar con otro profesional.

Autonomía: El consentimiento informado (CI) es un proceso comunicativo con paciente y familia, debiendo reflejarlo en la historia clínica.

Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: **Elaboración del protocolo siguiendo los principios bioéticos:** Situación del paciente (diagnóstico, fase de agonía, síntomas refractarios, voluntades). Situación familiar (deseos, miedos, capacidad, claudicación). Garantía ética: seguir pasos correctamente. Plan: asegurar refractariedad del síntoma; informar al paciente y familia: obtener consentimiento; reajustar tratamiento; historia clínica: registrar los argumentos clínicos que justifican la indicación de ST;

reevaluación. La responsabilidad moral del equipo sanitario recae en el proceso de toma de decisiones y no en el resultado vida-muerte.

CONCLUSIONES: La ST responde a la necesidad de controlar un síntoma refractario y requiere decisiones clínicas complejas basadas en aspectos científicos, éticos y deliberación del equipo-paciente-familia. La necesidad de ST puede surgir súbitamente: es importante haber explorado previamente posibles tratamientos y valores del enfermo. La ST se acepta como lícita considerando la necesidad imperativa de control de síntomas, siempre y cuando se cumplan los principios de la Bioética.

P5-15

EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN EL ÁREA 11 DEL PROGRAMA COORDINADO (PC) AL PACIENTE ONCOLÓGICO AVANZADO (POA)

Vicente Valentín Maganto, Mayte Murillo, A. Mañas, Y. Vilches, Y. Carretero, P. Pérez Cayuela

Hospital Universitario "12 de octubre"

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La atención al POA constituye por su frecuencia, y trascendencia un problema socio-sanitario prioritario donde intervenir. La coordinación entre niveles asistenciales mejora la atención del enfermo y familia, asegurando una continuidad de cuidados en cualquier situación y proporcionando una atención de calidad en domicilio.

MATERIALES: El P.C. está implantado en todo el AREA 11 con una población cubierta de 781.000 personas. Implicados en el programa están todos los profesionales del Area, pero existen tres niveles de actuación:

Domicilio: Atención Primaria (A.P.) con todos los médicos y enfermeros/as de equipos y consultorios, con un responsable por centro y dos Unidades de Soporte (médico y enfermera) ubicadas en A.P. y subvencionadas por el INSALUD y una unidad de la AECC.

H. U. 12 de Octubre: Atención Especializada (AE) con la UNIDAD FUNCIONAL PALIATIVA (UFP) formada por un médico de los S. de Oncología Médica y Oncología Radioterápica y la colaboración de los S. Farmacia y Suministros del hospital.

Unidad de Hospitalización: Ubicadas en el H. de S. Rafael y H. De SEAR con 20 camas asignadas.

RESULTADOS: Fase A: Se realiza una evaluación de la cobertura del programa con un 90% de POA. Fase B: Evaluación del proceso y resultados en domicilio y de la estructura y actividades de los ESAD (Ver tabla).

CONCLUSIONES

1. La coordinación e integración de todos los recursos sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada en un dispositivo único aseguran la atención integral al POA.
2. El Programa Coordinado en el Area Sanitaria XI atiende más del 85% de los pacientes fallecidos por cáncer en la población diana.

Resultados y evaluación

	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Visitas por enfermo	6	7,29	7	5,7	6	4,91
Media en programa	39 días	43 días	142 días	124 días	124 días	116 días
Trabajo social	6,06%	30,13%	13,04%	10%	5,8%	5,7%
Pacientes ingresados	12,12%	23,29%	17,39%	20%	39,86%	20%
Visitas urgencias	3,03%	5,48%	21,74%	18%	20,29%	10,9%
Pacientes muestras	99	73	23	50	138	228

3. Son necesarias camas hospitalarias en una unidad de cuidados paliativos (Hospital concertado) para asegurar la continuidad de cuidados.
4. Es necesaria la identificación del personal sanitario en cada nivel asistencial.

P5-16

MODELO PREDICTIVO DEL RIESGO DE PRESENTAR NEUTROPENIA DURANTE LOS TRES PRIMEROS CICLOS DE QUIMIOTERAPIA (QT) EN PACIENTES AFECTOS DE TUMORES SÓLIDOS (TS). ESTUDIO Delfos

A Casas Fernández de Tejerina¹, A López Pousa², J Rifà³, JL González Larriba⁴, JA Gasquet⁵, J Mercadal⁶, A Carrato⁷

(1) H. Virgen del Rocío (Sevilla, Spain); (2) H. Santa Creu i Sant Pau (Barcelona, Spain); (3) H. Son Dureta (Palma de Mallorca, Spain); (4) H. Clínico San Carlos (Madrid, Spain); (5) AMGEN S.A. (Barcelona, Spain); (6) Salutis Research S.A. (Barcelona, Spain); (7) H. General Universitario (Elche, Spain)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La neutropenia especialmente la neutropenia febril (NF) es el efecto tóxico limitante de dosis más frecuente de la qt. Además, la NF se encuentra directamente asociada a comorbilidades, mortalidad e incremento de costes. Objetivo: Determinar un modelo predictivo de riesgo de aparición de neutropenia durante los 3 primeros ciclos de qt en pacientes con TS.

MATERIALES: Estudio de cohorte prospectiva, multicéntrico y no intervencional realizado en España con reclutamiento finalizado. La recogida de datos para este análisis estaba protocolizada. Para la construcción del Modelo de Regresión Logística (MRL) y permitir la replicación del proceso de modelización se ha utilizado el principio jerárquico. El modelo predice la neutropenia grado ≥ 3 CTC (con/sin temperatura corporal $\geq 38^\circ\text{C}$). Con objeto de determinar la sensibilidad y especificidad del modelo se utilizó una curva ROC.

RESULTADOS: Se incluyeron 1.196 pacientes en 88 hospitales (56% mujeres; edad media: 58 años (DS:12); 93,9% ECOG ≤ 1) con TS (mama, 36,8%; pulmón 17,6%; colorrectal, 11%; otros 34,6%) por primera vez qt y reserva medular normal. El MRL obtenido predice la neutropenia durante los 3 primeros ciclos de qt ($p_{\text{Chi-sq}} < 0.0005$) mediante los siguientes factores: Nivel de neutrófilos basal, edad, sexo, interacción entre edad y sexo, régimen de tratamiento inicial (categorizado como qt basada en Taxanos, Platinos, en una combinación de ambas, Antraciclinas (dosis altas/bajas) u otros sin los agentes mencionados), y la Intención de tratamiento (terapia adyuvante, neoadyuvante, radical curativa, paliativa). Los factores predictivos estadísticamente significativos son el nivel de neutrófilos basal ($p=0,001$; OR=0,881) y el régimen de "otros tratamientos" en comparación con el régimen basado en taxanos ($p=0,007$; OR= 0,367). La sensibilidad y especificidad inherentes al modelo seleccionado son 54,7% y 65,6%.

CONCLUSIONES: Se ha desarrollado un modelo preliminar explicativo del riesgo de presentar neutropenia durante los 3 primeros ciclos de qt con 5 factores predictivos. El nivel de neutrófilos basal se muestra como un factor altamente determinante y asociado positivamente a la aparición de neutropenia. El modelo tiene en cuenta el perfil de toxicidad de la qt. Futuros análisis deberían orientarse a obtener modelos específicos por tipo tumor para aumentar la sensibilidad y especificidad del modelo.

P5-17

ARTETERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Pilar Domínguez Toscano, Juan David Tuttosaus Gómez, Laura Bernal Iriarte, Carmen Machuca Chaves, Marta López Narbona, Begoña Pérez Valderrama, M^a José Flor Oncala, Pilar Sancho Márquez, Patricia Ramíerez Daffos, Ana M^a Casas Fernández de Tejerina

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Día Oncohematológico. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La actividad artística, entendida como un medio para facilitar la expresión de contenidos emocionales, ayuda a fortalecer la capacidad de las

personas para afrontar la enfermedad y los tratamientos. Ya que el arte supone una forma fácil y cómoda de bucear en el interior de la psique, sacar los conflictos al exterior y transformarlos de manera creativa, ayuda a mejorar la capacidad para expresar y reflexionar sobre las propias emociones. Los objetivos del proyecto son: 1) Comprobar si la aplicación de Arteterapia mejora los resultados de salud de las pacientes 2) Medir la repercusión de la Arteterapia en determinadas características de personalidad. 3) Investigar la relación coste-beneficio.

MATERIALES: Estudio de intervención y distribución aleatoria de 20 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y mastectomizadas en los 6 meses previos. Se medirán: 1) Parámetros-variables clínicas; 2) Parámetros-variables psicológicas; 3) Parámetros-variables arteterapeutas.

RESULTADOS: El diseño del estudio se justifica en la hipótesis de la disminución del síndrome estrés-ansiedad-depresión mediante la utilización de la arteterapia y su repercusión en los índices de calidad de vida. Asimismo en el fortalecimiento de la autoestima y la capacidad para afrontar la enfermedad, la actitud de resistencia ante los efectos secundarios y la disminución de las crisis puntuales de desesperación. Otro resultado previsible es la disminución de los costes sanitarios por la menor frecuentación hospitalaria.

CONCLUSIONES: Este tipo de terapia ayuda a explorar el espacio y a desarrollar diferentes formas de representación; potencia la comunicación y ayuda a dar forma y sentido a las experiencias. La utilidad de los resultados, la verificación de las hipótesis formuladas y el logro de los objetivos derivarían en una mejora sensible de los resultados de salud añadida de las pacientes con serios problemas acerca de su propia imagen más los propios derivados del diagnóstico de cáncer de mama.

P5-18

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO AMBULATORIO CON QUIMIOTERAPIA

Laura Bernal Iriarte, Begoña Pérez Valderrama, Jesús Corral Jaime, Sonia Wbanet Batista, Aurelio Cayuela Domínguez, Pedro García Tamayo, Francisco Barcia Barrera, M^o José Flor Oncala, Pilar Sancho Márquez, Ana M^o Casas Fernández de Tejerina

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Día Oncohematológico. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se exponen los resultados de la aplicación así como del análisis de la validez y de verificación de los atributos métricos de un cuestionario. Dicho cuestionario fue creado con el fin de identificar y valorar las percepciones individuales de las necesidades asociadas al proceso de enfermar, que están incidiendo en su calidad de vida y en la adaptación a la enfermedad.

MATERIALES: Se realizó un estudio transversal que contó con la participación de 188 pacientes los cuales estaban siendo atendidos en el Hospital de Día Oncológico. Para el análisis de los datos se utilizaron los siguientes procedimientos estadísticos: análisis factorial exploratorio con rotación Varimax, para estudiar la validez conceptual o teórica y explorar la relación entre los componentes principales y las dimensiones teóricas; El coeficiente alpha de Cronbach para valorar la consistencia interna. Por último, se utilizó el test-retest para analizar la repetitividad, a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

RESULTADOS: El análisis factorial exploratorio mostró una estructura de 8 factores los cuales en conjunto explican 68.64% de la varianza total. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,774, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett dio un resultado significativo ($c^2 = 16000.195$, $gl = 276$, $P = 0,000$). Por lo que hace que la confiabilidad, es decir, el alfa de Cronbach global del instrumento fuera de 0,852. Los datos obtenidos muestran como no existen diferencias significativas entre el test y el retest.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos a través del presente estudio muestran una adecuada validez y fiabilidad, presentando una suficiente evidencia empírica en apoyo de su precisión para la evaluación de necesidades de los pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia. Los resultados demuestran que la prueba construida es repetible en relación con el tiempo.

P5-19

FORTICARE. EL SOPORTE NUTRICIONAL ORAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

José Andrés Moreno Nogueira¹, Jaime Sanz Ortiz², Abelardo García de Lorenzo y Mateos³

(1) Jefe de servicio de oncología del hospital universitario Virgen del Rocío de Sevilla. (2) Jefe de servicio de oncología médica del hospital Marqués de Valdecilla de Santander. (3) Coordinador de formación continuada del hospital universitario La Paz de Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El paciente oncológico puede presentar desnutrición a lo largo de la evolución de su enfermedad. El éxito de los suplementos nutricionales orales (SNO) enriquecidos con EPA depende de consumir cantidades suficientes de forma prolongada. El objetivo principal de estos SNO es proporcionar la suficiente energía para mejorar la función inmunitaria y la calidad de vida. En este estudio prospectivo observacional se recoge la evolución de datos nutricionales de pacientes oncológicos. Objetivos: 1. Describir las características clínicas y el plan, aceptación y sabor del SNO recibido por pacientes oncológicos. 2. Evaluar la tasa de cumplimiento y los factores clave que influyen en el mismo.

MATERIALES: 450 Pacientes oncológicos con soporte nutricional con un suplemento oral enriquecido con EPA. 81 investigadores de 55 centros españoles. 4 especialidades.

RESULTADOS: La edad media fue de 62,3 años. La media de IMC basal fue de 22,5 kg/m². 20,4% presentaban IMC bajo. El

21,3% presentó un tumor localizado y el 74,6% avanzado, con más localizaciones en cabeza y cuello, digestivo y pulmón. El 38,7% fue tratado con QT, el 44,3% con QT+RT. El 94,4% presentaba problemas de nutrición y pérdida de peso en el 92,7% (en 4,2 meses de media). El 80% aumentan o mantienen su IMC en el periodo de observación. Forticare® en 93% de los pacientes. La aceptación fue normal, buena y muy buena en un 90,2% e influye sobre la diferencia de IMC ($p=0,065$). El sabor preferido: cappuccino (43,2%). El grado de cumplimiento fue normal, alto, muy alto en un 84,4% con significación sobre diferencia del IMC ($p=0,001$). Los factores más influyentes en el cumplimiento: Sabor y volumen.

CONCLUSIONES: Existe un aumento significativo en el IMC en aquellos pacientes tratados con SNO enriquecidos con EPA. La aceptabilidad y el cumplimiento de un SNO son factores esenciales en su eficacia.

P5-20

HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Miguel Navarro, Carlota Delgado, Lorena Bellido, Elena Castro, Rafael López, Raquel Seijas, Elvira del Barco, Emilio Fonseca, Cesar A Rodríguez, Juan Jesús Cruz

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Con el progresivo envejecimiento de la población, el cuidado del paciente anciano se ha convertido en un campo importante para todas las especialidades médicas, incluida la oncología. La ancianidad puede condicionar el acceso a los recursos sanitarios y a cuidados específicos como los administrados en una planta de oncología.

OBJETIVOS: Describir las características y evolución de los pacientes > 75 años hospitalizados en el Servicio de Oncología.

MATERIALES: Se registraron 120 pacientes mayores de 75 años, con antecedente de enfermedad neoplásica, hospitalizados por cualquier motivo en el Servicio de Oncología Médica desde el 1 de Enero de 2004 al 31 de diciembre de 2005. En este grupo de pacientes se recogieron datos como edad, sexo, residencia (rural o urbana), extensión de la enfermedad al ingreso, motivo de ingreso, médico responsable del paciente antes del ingreso, días de estancia, uso de pruebas diagnósticas, uso técnicas complementarias, polifarmacia, evolución (éxito-alta) y destino al alta.

RESULTADOS: El médico responsable del paciente antes de ingreso, es principalmente el oncólogo médico 74% pacientes. Un 38% pacientes en tratamiento exclusivamente sintomático. Mayoría de pacientes 72% ingresan desde urgencias. Motivos de ingreso muy variados. Destaca el deterioro estado general 35%. Se realizan durante ingreso: Técnicas (Stent, paracentesis, etc) en 38%. Quimioterapia en 12%. Pruebas diagnósticas en 42%. La estancia media es 13,2 días con 40% de Exitus. El Oncólogo Médico continua al alta siendo el médico principal del paciente anciano. Presencia de polifarmacia al alta.

CONCLUSIONES: El oncólogo es el médico responsable del paciente anciano oncológico en un alto porcentaje, antes y después de su ingreso en la planta. La planta de Oncología juega un papel importante en la dispensación de cuidados continuos (técnicas instrumentales, pruebas diagnósticas, etc). Gran número de ingresos desde el servicio de urgencias. Atención a la polifarmacia.

P5-21

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP) LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO AL DIAGNÓSTICO

Vega Iranzo, Mireia Gil, David Balaguer, Ana Blasco, Maria José Safont, Joaquín Gavilá, Diego Cayuela, Julian Lorca, Nieves del Pozo, Carlos Camps

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La malnutrición es un problema común en los pacientes con cáncer, considerada como probable factor pronóstico de la respuesta a los tratamientos y una de las causas que contribuyen al aumento de la morbilidad. En la práctica clínica es necesario identificar a pacientes con malnutrición o riesgo de presentarla para aplicar medidas correctoras. Peso, talla e índice de Quetelet (IMC) constituyen un método sencillo por su precisión, rapidez y reproducibilidad. La determinación de proteínas plasmáticas (albúmina) es el mejor índice en la evaluación nutricional inicial, por su alto valor predictivo positivo. Objetivo del estudio es valorar el estado nutricional de los pacientes con CPNM avanzado que acuden por primera vez a consultas de Oncología.

MATERIALES: Pacientes diagnosticados de CPNM, estadio IIIB y IV que acuden por primera vez a las consultas del Servicio de Oncología Médica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Método de valoración del estado nutricional: peso y talla, IMC, superficie corporal, proteínas totales en plasma, albuminemia y hemoglobina basal.

RESULTADOS: Entre enero de 2005 y junio de 2006 se incluyeron 33 pacientes: 28 varones, 5 mujeres, edad media 63.48 años (20-79); 37% estadio IIIB y 63% estadio IV; 37% epidermoide, 33% Adenocarcinoma y otras histologías 30% (anaplásico, indiferenciado). Performance Status (PS): 55% 0, 42% 1, 3% 2. Peso medio 67.63 kg (58.8 Kg en mujeres, 69.2 en varones) (rango 49-97) y talla media de 1,65 m. El IMC medio fue 24,91 kg/m², presentando 4 de ellos bajo peso (IMC<18.5 kg/m²). Cifra media de albúmina 3,63 g/dL y cifra media de hemoglobina 13.66 g/dL.

CONCLUSIONES: La incidencia de malnutrición en los pacientes con CPNM localmente avanzado o metastático al

diagnóstico es del 12%, concordante con las cifras publicadas en la mayoría de series. La evaluación y diagnóstico precoz junto al soporte nutricional temprano permitirá mejorar la calidad de vida y tolerancia al tratamiento oncológico.

P5-22

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INGRESOS EN UNA UCP HOSPITALARIA

R. Trujillo², F. Alvarez¹, M.L. Martín², A. Villalobos², F. Miralles², M. Franquelo¹, F. Jiménez¹

(1) Unidad de Cuidados Paliativo. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. (2) Fundación CUDECA. Arroyo de la Miel. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En nuestra UCP durante los años 2002 y 2003 se produjeron 480 ingresos de pacientes paliativos oncológicos. Este trabajo recoge los datos epidemiológicos, así como los motivos de ingreso y de alta. Análisis de los motivos de ingreso y alta de los pacientes ingresados en nuestra UCP hospitalaria.

MATERIALES: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad a lo largo de los años 2002 y 2003. El estudio estadístico se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 13.0. Las variables que se estudian son diagnóstico, motivo de ingreso, motivo de alta y estancia.

RESULTADOS: Durante los años 2002-2003 ingresaron 483 pacientes paliativos oncológicos, siendo evaluables 449. La edad media de la serie fue 67 años, 61.7% eran hombres. Los diagnósticos más frecuentes son Cáncer de pulmón (22,9%), Cáncer colo-rectal (12,9%), Cáncer de mama (8,2%). El principal motivo de ingreso fue dolor con un 86% de los casos, seguido de disnea en un 47% de los pacientes, con una media de estancia de 17 días y una mediana de 10 días. Las altas se produjeron por éxitus (64,8%), mejoría (30,5%) y alta voluntaria (2,2%).

CONCLUSIONES: El Ca de pulmón es el tumor que más ingresos genera en la UCP por su alta incidencia y el descontrol sintomático que produce. El síntoma principal que ocasionó el ingreso de los pacientes fue el dolor de difícil de control, seguido de la disnea. La media de estancia es corta, debido a que los pacientes ingresan en situación muy avanzada, que se corrobora por ser el éxitus la mayor causa de altas.

P5-23

UTILIDAD DE LA ESCALA VISUAL-ANALÓGICA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER

Nofre Pons Sureda, Catalina Lladó Sampol, Antònia Perelló Martorell, Juli Rifà Ferrer

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Este estudio se realiza gracias a una Beca de la SEOM

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La escala-visual-analógica (EVA) de evaluación del dolor no ha demostrado su capacidad de mejorar el control del dolor en ensayos clínicos. El estudio intenta mostrar la influencia de este instrumento en la utilización de analgésicos, la dosis de los mismos y sus vías de acceso.

MATERIALES: Se analizaron 124 pacientes. Se distribuyeron al azar en un grupo Estudio en el que se practicaba valoración con la EVA y un grupo Control, que recibía los cuidados estándar de la planta. Estudiamos, de los 105 pacientes valorables, las variables clínicas, demográficas, la tipología y localización del dolor, número, tipo y dosis de analgésicos.

RESULTADOS: Los grupos Estudio y Control están balanceados respecto a las variables clínicas estudiadas, excepto el tipo de dolor, que muestra un desequilibrio a favor de mayor proporción de dolor neuropático en el grupo Control (16,9% vs. 9,2%) y de mixto en el grupo Estudio (18,5% vs. 10,2%).

El 58% de la utilización de los fármacos fue por vía oral, el 20% por vía endovenosa, el 17% por vía transdérmica, el 3% intramuscular y el 1% subcutánea. No existieron diferencias significativas entre los grupos.

El 19% de los días del estudio, los pacientes recibieron analgesia según el primer escalón de la OMS; el 15% en el segundo, y el 66% en el tercero. No existieron diferencias significativas entre el grupo Estudio y Control.

La dosis media oral equivalente de morfina fue de 125 mgrs.-día (Estudio), y de 96 mgrs.-día (Control). P=N.S.

CONCLUSIONES: La EVA no ha demostrado por ahora su utilidad en una más enérgica utilización de los fármacos analgésicos en los pacientes ingresados en un servicio de Oncología Médica. Sin embargo, los efectos menos tangibles de este instrumento de valoración (concreción numérica, capacidad de comunicación entre profesionales, etc.) siguen siendo argumentos a favor de su incorporación en las unidades de Oncología.

P5-24

ANÁLISIS DE DATOS GLOBALES DE CONSUMO DE OPIOIDES MAYORES EN EL ÁREA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CUENCA (2004-2005)

María del Mar Muñoz Sánchez, Amaya Olaverri Hernández, Ana Isabel Vera Martínez¹, Silvia Yangüe Belmonte¹, M^a Ángeles Poyatos Alvarez¹, Carmen Rubiños López¹, Laura Haro Martínez¹, M^a Carmen González Arenas, M^a Dolores Barreda Hernández², M^a Teresa de las Heras Lain¹

Unidad de Oncología Médica. (1) Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria - AECC. (2) Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El consumo de opioides mayores constituye una medida de resultados recomendada por la Organización Mundial de la Salud para valorar la efectividad de los programas asistenciales para el cuidado de los pacientes paliativos. Determinar cuál es el consumo en el área de Salud de la provincia de Cuenca durante los años 2004 y 2005.

MATERIALES: Calcular consumo total según las bases de datos de la Gerencia de Atención Primaria y del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz (único centro hospitalario de la provincia). Se excluye el consumo de metadona referente a programa de deshabituación. Definición de dosis diarias definidas (DDD) según tabla 1.

Tabla 1.

Morfina oral DDD	100 mg
Morfina parenteral DDD	30 mg
Fentanilo transdérmico DDD	1,2 mg
Fentanilo transmucosa oral DDD	0,6 mg
Metadona oral DDD	25 mg

CONCLUSIONES: El consumo predominante de opioides mayores se realiza en el ámbito domiciliario. Tanto en el hospital como en el domicilio se observa un incremento de 15,1% en el uso de fentanilo transdérmico y 4,2% en el fentanilo transmucoso oral, frente a la reducción paralela en el uso de morfina oral y parenteral; la utilización de metadona es anecdótica y no se utilizan habitualmente opioides como oxycodona. Asimismo cabe destacar el incremento del gasto farmacéutico.

Tabla 2. Datos de consumo de opioides mayores hospitalarios

Fármaco	2004	2005
Morfina oral DDD	366,3	205,3
Morfina parenteral DDD	4393	2588
Fentanilo transdérmico DDD	5246,5	6765,5
Fentanilo transmucosa oral DDD	67,6	321,6
Metadona oral DDD	54,2	116,5
Gasto global (euros)	12.851,74	0.148,17

Tabla 3. Datos de consumo de opioides mayores en domicilio

Fármaco	2004	2005
Morfina oral DDD	8369,8	7747,8
Morfina parenteral DDD	341,2	42,1
Fentanilo transdérmico DDD	451145	531041
Fentanilo transmucosa oral DDD	2607000	2721000
Gasto global (euros)	220.452,54	239.240,43

P5-25

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carmen Guillen Ponce, María José Molina Garrido, Sonia Macía Escalante, María Guirado Risueño, Elisa Gálvez, María José Martínez Ortiz, Inmaculada Ballester Navarro, Vanesa Pons Sanz, Alfredo Carrato Mena
Servicio Oncología. Hospital General Universitario de Elche.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Descripción de las características epidemiológicas de una población de pacientes oncológicos con anemia y en tratamiento con quimioterapia.

MATERIALES: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes vistos en una consulta de oncología en los dos últimos meses. Se analizaron las variables: tipo de tumor, edad, sexo, finalidad de la quimioterapia, línea de quimioterapia, estudio de anemia, anemia antes de la quimioterapia, anemia a mitad del tratamiento, anemia al final del tratamiento, anemia tras un mes sin tratamiento, y anemia tras 3 meses sin tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 115 pacientes en este estudio. 70 mujeres y 45 hombres. Los tumores más frecuentes fueron: cáncer de mama (48,7%), cáncer de pulmón (13%), colorrectal (7%), hematológicos (7%), digestivo no-colorrectal (6,1%). La finalidad de la quimioterapia fue paliativa en el 52,2% de los pacientes. El 12,2% había recibido al menos dos líneas de quimioterapia previa. Sólo un paciente presentaba anemia con riesgo vital (grado 4 OMS) al inicio de la quimioterapia (se trataba de una 3ª línea). No hubo ningún paciente con quimioterapia adyuvante que llegara a desarrollar anemia con riesgo vital a lo largo de su tratamiento. El 22,6% de los pacientes tenía anemia previa al inicio del último tipo de quimioterapia, aunque sólo se realizó estudio de anemia en el 14,8% de éstos. A la mitad del tratamiento, el 42,6% de los pacientes tenía anemia. Al finalizar el tratamiento, la anemia afectaba al 51,3% de los pacientes. Tras un mes sin quimioterapia, la anemia persistía en el 33,9%, y tras 3 meses sin quimioterapia, sólo el 8,8% de los pacientes seguían teniendo anemia.

CONCLUSIONES: La anemia es un evento frecuente en pacientes con cáncer, tanto al inicio de su tratamiento con quimioterapia como durante el mismo. El riesgo de anemia es mayor si la quimioterapia es paliativa.

P5-26

INTERNET Y SU USO POR LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

M^a del Mar Aires González¹, Esther Fernández Rincón², Rosa María Villatoro Roldán³, José Antino Sánchez Calzado⁴, Antonio Duque Amusco⁵, Juan Antonio Virizuela Echaburu⁶

(1) Profesora Asociada Universidad de Sevilla. Investigadora Servicio Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena. (2) Alumna doctorado Universidad de Sevilla. (3) PIR Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen. (4) Jefe de Sección. Servicio Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen Macarena. (5) Jefe de Servicio. Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. (6) FEA. Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las nuevas tecnologías de la información, como Internet, han comenzado a impactar en el mundo sanitario, cambiando el modo de entender el concepto de salud y enfermedad. En los últimos años asistimos a un progresivo incremento de enfermos oncológicos que en ocasiones consultan Internet para obtener información sobre su enfermedad, los tratamientos o los avances científicos más novedosos. Diversas investigaciones señalan Internet como el segundo medio más importante para obtener información sobre el cáncer después del profesional médico.

El presente trabajo es una revisión bibliográfica detallada sobre las investigaciones, tanto del ámbito de la medicina como de la

psicología, que versan sobre el uso de Internet por la población oncológica como vía o recurso para obtener información médica y apoyo psicológico.

MATERIALES: Dicha revisión se ha realizado analizando las publicaciones registradas en los últimos quince años en las dos bases de datos más importantes en cada una de las áreas citadas anteriormente: Medline y Psycinfo. Se han establecido los siguientes parámetros de análisis: productividad, ámbitos de influencia científica y áreas temáticas.

RESULTADOS: Los resultados aportan una información clara acerca del volumen de publicaciones existentes, las revistas más preocupadas por estos aspectos, qué es lo que más le interesa a la comunidad científica en este ámbito, de qué aspectos se ocupan, qué es lo que hasta ahora se ha hecho y quienes son los investigadores más productivos.

CONCLUSIONES: Internet es un medio claramente utilizado para obtener información sobre diversos aspectos del cáncer. La mayor parte de las publicaciones se centran en el estudio de los contenidos disponibles en las páginas Web y el estudio de las características de los usuarios. Quedando en segundo lugar aquellos trabajos centrados en el modo en que los usuarios buscan la información o en los efectos que el uso de Internet tiene en los pacientes.

VIERNES, 6 DE OCTUBRE

SALA IBIZA

11,00-11,30 h.

PÓSTERS EXPUESTOS

Discutor: Dr. Antonio Colmenarejo Rubio. H. Central de la Defensa. Madrid

P6-1

UTILIZACION DE KETAMINA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPATICO EN PACIENTES CON CANCER AVANZADO

Javier Lavernia Giner, Ignacio Romero Noguera, Nuria Ruiz Miravet, Miguel A. Muñoz Quintana, Ricardo Yaya Tur, Andres Poveda Velasco, Vicente Guillem Porta

Servicio de Oncología Médica. Fundación Instituto Valenciano de Oncología (I.I.V.O.). Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Ketamina, un antagonista no competitivo del receptor NMDA, es un fármaco utilizado como adyuvante para el dolor neuropático en pacientes con cáncer avanzado.

Valoramos la eficacia analgésica y efectos secundarios de la utilización de Ketamina.

MATERIALES: Presentamos nuestra experiencia en la utilización de Ketamina en 7 pacientes con cáncer avanzado y dolor neuropático no controlado. La dosis inicial de Ketamina utilizada era de 0,5-1 mg/kg/día, administrada por vía subcutánea (sc) en infusión continua de 24 horas (ic). La eficacia analgésica era revisada cada 24 horas (EVA) y según ésta, se aumentaba la dosis en 25 mg/día. Eran revisados a diario el punto de punción y presencia de efectos psicómiméticos. Se administraban bajas dosis de benzodiazepinas, como profilaxis del efecto psicómimético. La dosis de opioides era reducida a la mitad.

RESULTADOS: La dosis media de Ketamina inicial fue de 45.7 mg (35-70 mg) y la dosis máxima administrada fue de 190.7 mg (50-500 mg). La dosis se aumentó en 6/7 pacientes. La eficacia analgésica fue progresiva, de forma que, al ir escalando dosis se conseguía mejor nivel de analgesia. Se consiguió disminuir la puntuación de la EVA en 5.42 puntos (EVA inicial 8.28 / EVA durante tratamiento 2.85). 5/6 pacientes presentaron somnolencia como efecto secundario y en ninguno se apreció la aparición de síntomas psicómiméticos. La duración del tratamiento fue de 33.66 días (11-82 días).

Tabla 1. Características de los pacientes

Sexo M	16
H	
Edad	50.71 (22-64)
Diagnóstico	Ca. Mama 3 Sarcoma 1 Tu. C: y cuello 1 Melanoma 1 Ca. Cérvix

CONCLUSIONES: Hemos observado una notable eficacia en todos enfermos tratados con ketamina, ya que en todos disminuyó la intensidad del dolor medida por EVA. La somnolencia fue un efecto secundario frecuente. La irritación local del punto de punción era imperceptible.

P6-2

INDICACIÓN, TIPO Y RECAMBIO DE PRÓTESIS BILIARES

Urbano Anido, Jorge García, María Carmen Areses, Santiago Aguin, Gabriela Graña, Luis León, Julio Iglesias, Rafael López, Enrique Domínguez

Servicios de Oncología Médica y de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las prótesis biliares se han convertido en la última década en una alternativa válida a la cirugía en pacientes con estenosis primarias y secundarias de vías biliares. En algunos casos se perfilan como la única opción terapéutica. Existen diferentes dispositivos biliares cuya problemática principal deriva de su tendencia a obstruirse, por ello han surgido nuevas alternativas tratando de evitar este problema. Desconocemos el coste-beneficio de las diferentes opciones.

Objetivo: Estudiar las indicaciones de colocación de prótesis biliares de plástico en el HCU durante 36 meses, y la necesidad de recambio de las mismas según la indicación.

MATERIALES: En colaboración con el Servicio de Digestivo revisamos todas las CPRE con colocación de prótesis realizadas en 36 meses. Se valoró la necesidad de recambio y los diferentes tipos de prótesis empleados.

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio se colocaron 134 prótesis biliares de plástico en un total de 110 pacientes, 90 eran pacientes oncológicos. Existen 5 patologías malignas (ampuloma, colangiocarcinoma, estenosis tumoral, neoplasia de vesícula, tumor pancreático), que motivaron la colocación de una prótesis biliar. Se realizaron 24 recambios protésicos, siendo la vida media en días de las prótesis de 48. La mediana de durabilidad de las prótesis fue de 64 días, con una desviación típica de 112. Se recambiaron 33% de las prótesis de los pacientes con ampuloma, 24% de los que presentaban un

colangiocarcinoma, 20% de las estenosis tumorales, 66% de las neoplasias de vesícula, y 3% de los tumores pancreáticos.

CONCLUSIONES: La colocación de prótesis biliares es un procedimiento factible y útil para resolver obstrucciones de la vía biliar secundario a cáncer. El cáncer de páncreas constituye la entidad con menor necesidad de recambio de prótesis (3%), y el colangiocarcinoma y el ampuloma son las etiologías con mayor incidencia de necesidad de recambio protésico, con un 24% y 33% respectivamente.

P6-3

ANÁLISIS DE CASOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES INGRESADOS EN LA SALA DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Joaquín Gavilá, Diego Cayuela, Julián Lorca, Ana Blasco, Cristina Caballero, Vega Irazo, Mireia Gil, David Balaguer, Sara Blasco, Carlos Camps

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los factores de riesgo asociados al tromboembolismo venoso (TEP) son: edad, tromboembolismo previo, trombocitosis, traumatismos, cirugía mayor, hospitalización y/o encamamiento prolongado, cateterismo venoso central, ICC, y la gestación. Otros factores de riesgo son modificables: estilo de vida, tabaquismo, obesidad, actividad física y fármacos.

El cáncer, es factor de riesgo para el desarrollo de TEP, siendo un factor de mal pronóstico.

El objetivo es analizar la incidencia del TEP en los pacientes ingresados en nuestro servicio, así como los factores de riesgo asociados.

MATERIALES: Análisis descriptivo de los casos de TEP en pacientes con cáncer ingresados en la Sala de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Valencia.

RESULTADOS: Entre enero de 2004 y junio de 2006 se incluyeron 24 pacientes: 16 varones, 8 mujeres, edad media de 64.2 años (41-76); 37.5% neoplasias de pulmón, 12.5% neoplasias ginecológicas, y con un 8.3% respectivamente las neoplasias de mama y colorrectales; estadios localizados 25%, avanzados 75%; 54.2% adenocarcinoma, 16.7% microcítico, 12.5% epidermoide, otros 16.6%. Performance Status (PS): 29.2% <2. 54.2% tabaquismo. Situaciones clínicas predisponentes al TEP: 40% trombosis venosa profunda, 25% ICC, 20% con cirugías mayores y/o fracturas, y un 12.5% con obesidad. El 70.8% de los pacientes recibían tratamiento quimioterápico específico; el 12.5%, hormonoterapia; y el 29.2% análogos de eritropoyetina. El síntoma más frecuente fue la disnea (83.3%), con un 70% hipoxemia. El tratamiento administrado al alta: un 83.3% con HBPM y en un 12.5% con ACO. El 37.5% precisó de oxigenoterapia domiciliaria. La mortalidad específica por TEP fue del 30%.

CONCLUSIONES: El TEP es una complicación frecuente en pacientes con cáncer con morbi-mortalidad específica elevada. La tasa de mortalidad específica por TEP obtenida en nuestra serie es similar a la de la literatura revisada. Una valoración exhaustiva de los factores de riesgo y causas modificables es necesaria en los pacientes oncológicos ya que por sí mismos tienen un riesgo aumentado.

P6-4

EFFECTO ANALGESICO DEL CETUXIMAB E IRINOTECAN EN QUIMIOTERAPIA PALIATIVA: A PROPOSITO DE DOS CASOS CLINICOS

Maria Jose Flor Oncala, Manuel Chaves Conde, Manuel Gonzalez Moya, Jerónimo Jimenez Castro, Ana María Casas Fernandez De Tejerina

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento estándar del Cáncer colorrectal metastático (CCRM) con EGFR positivo, refractario a quimioterapia (QT) basada en Irinotecan, es la adición del Cetuximab. La respuesta no depende de los ciclos previos, ni de la secuencia, presentándose con un perfil de seguridad muy aceptable.

MATERIALES: CASO1: Paciente de 60 años con Cáncer rectosigma estadio IIB. A los 3 años recidiva local irreseccable, recibiendo RT-QT. Trás 5 meses, progresión de la enfermedad recibiendo FOLFOX-4 y posteriormente CPT-11-5FU, como máxima respuesta estabilización de enfermedad (EE). Trás episodio de dolor a nivel sacrococcígeo que no cede con 3º escalón analgésico, se coloca catéter epidural permanente y ante progresión y EGFR positivo comienza 3ª línea con Irinotecan más Cetuximab. CASO 2: Paciente de 54 años, con Adenocarcinoma de recto-sigma con metástasis hepáticas iniciando QT neoadyuvante con FOLFOX-4 y posterior cirugía. Trás ILE de 2 meses, progresión recibiendo CPT-11-5FU con EE. Tras recaída local, XELOX, objetivándose respuesta parcial (RP). En septiembre 2005 ante dolor incontrolado en zona perianal recibe radioterapia paliativa.

A los meses nuevo progreso y dolor no controlado con 3º escalón analgésico y coadyuvantes, con colocación de catéter epidural comenzando 4ª línea de QT con CPT-11 y Cetuximab (EGFR positivo).

RESULTADOS: Tras 3 y 2 meses respectivamente de tratamiento, con toxicidad secundaria mínima, se retira el catéter epidural, controlando el dolor con fentanilo transdérmico únicamente. La respuesta según criterios RECIST fue EE.

CONCLUSIONES: Estos casos demuestran que, a pesar de obtener solamente una EE, se consigue un control analgésico importante con la consecuente mejoría de calidad de vida y toxicidad mínima al tratamiento.

Esto apoya la idea que en los ensayos clínicos actuales que evalúan tratamientos paliativos, no solo se contemplen objetivos como tasas de respuesta o supervivencia, sino que se valoren objetivos clínicos como respuesta analgésica y calidad de vida que, en última instancia, es lo que el paciente siente como beneficio clínico.

P6-5

EXPERIENCIA CON FENTANILO TRANSDÉRMICO EN EL DOLOR PRODUCIDO POR LAS METÁSTASIS ÓSEAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Angel Rodríguez Sánchez, Andrés García-Palomo Pérez, Manuel Carlos Fernández Fernández

Unidad de Oncología Médica (Complejo Hospitalario de León).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las metástasis óseas del cáncer de próstata producen habitualmente en el paciente un dolor nociceptivo somático crónico invalidante con alta repercusión en su calidad de vida, no controlado ni por el Urologo ni por el Médico de Atención Primaria, que hemos constatado en la primera visita y donde la utilización del parche de fentanilo transdérmico, según nuestra experiencia, juega un papel fundamental para el control de este tipo de dolor.

MATERIALES: Hemos registrado 20 pacientes con cancer de próstata y metástasis óseas que en nuestra primera consulta presentaban dolor ≥ 6 a 5 según la escala analógica visual (EVA) a pesar de que estaban tomando analgésicos del primer escalón de la OMS. Se les pautó fentanilo transdérmico a dosis de 25 microgramos y rescate con cloruro mórfico oral 10 mg y se les volvió a ver al mes de iniciarlo para constatar el resultado del tratamiento.

RESULTADOS: De los 20 pacientes registrados 10 presentaron desaparición completa del dolor (EVA = 0), 5 presentaron mejoría del dolor (EVA = 2-3) con practica desaparición del mismo tras aumentar el fentanilo transdérmico a 50 micogramos y los otros 5 continuaban con bastante dolor (EVA > 7) que en 3 mejoró con EVA < 3 tras aumentar el fentanilo transdérmico a 75 microgramos y en los otros 2 hubo que realizar rotación de opioides.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia el fentanilo transdérmico es un buen fármaco para controlar el dolor somático nociceptivo crónico, muchas veces invalidante, con EVA ≥ 6 a 5 tras utilización del primer escalón de la OMS, producido por las metástasis óseas del cáncer de próstata. La utilización de la EVA debe ser rutinaria para valorar la intensidad del dolor en todos los pacientes.

P6-6

INGRESOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Carlota Delgado, Lorena Bellido, Miguel Navarro, Elena Castro, Raquel Seijas, Rafael López, Germán Martín, Rocío García, Raquel Salazar, Juan Jesús Cruz

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Tromboembolismo Pulmonar es una complicación frecuente en los pacientes oncológicos, constituyendo la 2ª causa de muerte tras la enfermedad neoplásica. Se estima que 1 de cada 7 pacientes oncológicos hospitalizados que fallecen lo hacen a causa de un TEP. Entre los factores de riesgo se incluyen, entre otros, el tipo tumoral, la extensión de la enfermedad y el tratamiento recibido.

Objetivos: Analizar de manera descriptiva los pacientes ingresados en nuestro servicio por sospecha de TEP, y los factores asociados al desarrollo, tratamiento y evolución del mismo.

MATERIALES: Se revisaron los ingresos con diagnóstico de TEP desde Enero de 2005 hasta Enero de 2006. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, la localización tumoral, la extensión de la enfermedad, sintomatología, presencia de TVP concurrente, Factores relacionados con el tto, factores relacionados con enfermedades concomitantes, procedimiento diagnóstico, tratamiento recibido y evolución.

RESULTADOS: Se registraron 24 casos de TEP de 447 pacientes ingresados. El cáncer de páncreas y el de pulmón, así como la presencia de tumores diseminados, fueron lo procesos más frecuentemente asociados al desarrollo de TEP. El 54% de los pacientes recibía tratamiento quimioterápico en el momento del diagnóstico. Se identificó presencia de TVP previa o concurrente en el 25% de los pacientes, siendo el la disnea el síntoma más común referido por los pacientes. El tratamiento más frecuentemente administrado fue Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), siendo la evolución favorable en el 66.5% de los pacientes.

CONCLUSIONES: El desarrollo de un TEP es una complicación grave y frecuente sobre todo en pacientes con tumores diseminados. Hasta una cuarta parte de los pacientes presentan una TVP en el momento del diagnóstico. El tratamiento con HBPM es sencillo y eficaz en la gran mayoría de los pacientes.

P6-7

BENEFICIO DE OXICODONA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

José Alfonso Cruz Conde, Felipe Couñago, Laura Cerezo Padellano, Almudena Zapatero Laborda, Patricia Ríos

Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital de la Princesa (Madrid).

OBJETIVOS: Valorar eficacia y seguridad de Oxycodona en el tratamiento del dolor del paciente oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre septiembre del 2005 y abril del 2006, se analizan 15 pacientes de 2 centros oncológicos

distintos (Hospital de la Princesa y Clínica Anderson, ambos de Madrid). Los criterios de elección eran enfermos oncológicos en un estadio avanzado III-IV, que habían recibido tratamiento con otros derivados opioides con mal control del dolor o con alta incidencia de efectos secundarios y que en la rotación de opioides han finalizado tratamiento con oxycodona.

P6-8

AFECTACIÓN DEL SNC EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Carlota Delgado, Lorena Bellido, Miguel Navarro, Elena Castro, Rafael López, Raquel Seijas, Elvira del Barco, Cesar A. Rodríguez, Amalia Gómez-Bernal, Juan Jesús Hernández

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La aparición de metástasis cerebrales es la complicación neurológica más frecuente de los pacientes con cáncer. Una tercera parte de los enfermos desarrollará a lo largo de su evolución afectación cerebral metastásica.

Describir las características y evolución de los pacientes con afectación del SNC hospitalizados en el Servicio de Oncología.

MATERIALES: Se registraron 79 pacientes hospitalizados desde el 1 de Enero de 2004 al 30 de Septiembre de 2005 con diagnóstico de metástasis cerebrales.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, localización del tumor primario, extensión de la enfermedad al diagnóstico, tiempo a la progresión cerebral, sintomatología de debut, tratamiento administrado para la afectación cerebral y supervivencia desde el diagnóstico de la misma.

RESULTADOS: Existía extensión cerebral al diagnóstico de la enfermedad oncológica en un 13% de los pacientes, un 90% hombres y un 10% mujeres. El tiempo desde el diagnóstico del tumor primario hasta la aparición de la afectación cerebral fue de 15 meses (rango: 0-174 meses), siendo de 27 meses para las mujeres y de 7 meses para los hombres. El 56% de los pacientes estaba recibiendo tratamiento activo en el momento del diagnóstico: Quimioterapia 75%, Hormonoterapia 23% y Radioterapia 2%. El 94% de pacientes presentaron clínica neurológica, siendo la cefalea el síntoma más frecuente. La radioterapia holocraneal fue el tratamiento más comúnmente administrado asociado o no a otros tratamientos. La mediana de supervivencia fue de 6 meses (rango: 1-18), siendo de 11 meses en mujeres y de 4 meses en varones.

CONCLUSIONES: Las metástasis cerebrales afectan de manera similar a varones y a mujeres. En varones el origen más común fue el cáncer de pulmón y en mujeres el de mama. La mayoría de los pacientes se presentaron sintomáticos al diagnóstico. La radioterapia holocraneal fue el tratamiento más frecuentemente administrado.

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

Patricia Ramírez Daffos, Jesús Corral Jaime, Pilar Sancho Márquez, Manuel Chaves Conde

Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Revisión de la literatura del cáncer de mama resecable durante el embarazo (cirugía, radioterapia, hormonoterapia, radioterapia y tratamiento de soporte) y pronóstico tras tratamiento.

MATERIALES: Búsqueda en Medline y Pubmed de estudios retrospectivos publicados en inglés sobre cáncer de mama y embarazo desde 1968 hasta 2005.

RESULTADOS: La cirugía es el tratamiento de elección del cáncer de mama diagnosticado en el embarazo, siendo sólo posible la cirugía conservadora en el segundo y tercer trimestre. Como tratamientos adyuvantes existen datos que apoyan el uso de algunos quimioterápicos como las antraciclinas, a partir del segundo trimestre, existiendo pocos datos sobre nuevas drogas. La hormonoterapia y la radioterapia, sin embargo, están contraindicadas durante la gestación.

CONCLUSIONES: Existen pocos datos en la literatura para llegar a consensuar un esquema de tratamiento del cáncer de mama en la mujer embarazada pero podemos concluir que la cirugía es el tratamiento de elección en cualquier momento de la gestación, posponiendo el tratamiento adyuvante, si es posible, hasta después del parto.

METÁSTASIS CEREBRALES Y CALIDAD DE VIDA: BENEFICIOS DE LA RADIOCIRUGÍA

Nora Drove¹, M Angeles Cabeza¹, Maite Murillo¹, Pedro Domínguez¹, Ana Mañas¹, Vicente Valentin², Eduardo Lanzos¹

(1) 5º Oncología Radioterápica y (2) Oncología Médica. Hospital "12 de Octubre". Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La supervivencia media sin tratamiento en las metástasis cerebrales (BM) múltiples apenas supera un mes. La progresión sistémica supone la principal causa de muerte. La consecución de tratamientos que salvaguarden la función neurocognitiva y calidad de vida (QoL) de estos pacientes debe ser uno de los objetivos prioritarios. La Radiocirugía (SRS) ha demostrado mejoras significativas en supervivencia, control local y situación funcional, permitiendo el tratamiento de lesiones múltiples, aun localizadas en áreas elocuentes, con baja morbilidad, buen perfil coste-efectivo y reducción de los requerimientos de medicación adicional. Analizamos nuestros resultados de QoL.

MATERIALES: Estudio prospectivo de 67 pacientes, 44 varones y 23 mujeres, de edad media 52 años, tratados con radioterapia holocraneal (WBRT) más SRS entre 1997 y 2006 en el H.U. Doce de Octubre. Se empleó la clasificación pronóstica RPA-RTOG (grupo I 31%) y el Test de log-rank para el análisis estadístico.

RESULTADOS: KPS medio al diagnóstico: 90%, manteniéndose estable en el 50% de los pacientes a los 12 meses. Clase funcional neurológica: en el 75% de los casos se conserva en grados 0-1 al año de tratamiento. Necesidad media de dexametasona: 8 mg. previa al tratamiento, suprimiéndose por completo a los 6 y 12 meses.

CONCLUSIONES: La radioterapia holocraneal seguida de radiocirugía es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados diagnosticados de metástasis cerebrales. Es un tratamiento incruento y bien tolerado. Mantiene la QoL y funcionalidad de estos pacientes, reduciendo los requerimientos de medicación y por tanto los efectos secundarios y la morbilidad asociada a los mismos.

PROTOCOLO DE ANEMIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Paula Jiménez Fonseca, Beatriz Llorente Ayala, María Luque Cabal, Marta Capelán Rodríguez, Guillermo Crespo Herrero, José Pablo Berros Fonbella, M^a Dolores Menéndez Prieto, Angel Jiménez Lacave

Servicio de Oncología médica. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La anemia es uno de los síntomas más prevalente e incapacitante en pacientes oncológicos; sin embargo, su importancia se infraestima.

Objetivo: Elaboración de protocolo de anemia en pacientes con tumores sólidos y tratamiento citotóxico.

MATERIALES:

- Estudio retrospectivo de administración de eritropoyetina (EPO).
- Incluye los pacientes con tumores sólidos a tratamiento citotóxico en el servicio de oncología médica del HUCA durante 2004.
- Características de los 98 pacientes: 57 hombres y 41 mujeres, mediana de edad: 58 años; ECOG: 0-1: 29 pacientes, 2: 62, 3: 7; localización tumoral: pulmón: 31 pacientes, digestivo: 18, mama: 18, otros: 27 y estadio: I-II: 3 pacientes, III: 15, IV: 80.
- Se evalúa beneficio analítico y necesidades transfusionales.
- Administración semanal de EPO desde el 3º a 5º día tras tratamiento citotóxico.
- Criterio de respuesta: aumento ≥ 1 g/dl de hemoglobina (Hb) a las 4 semanas.

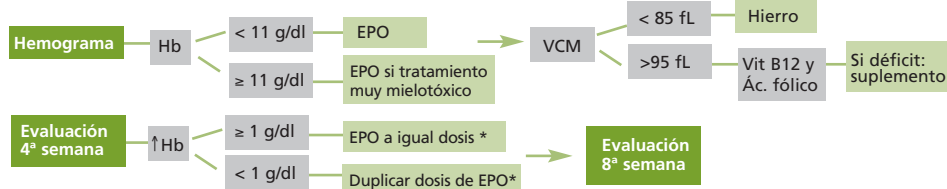
RESULTADOS:

- Tasa de respuesta global del 70%. Aumenta al 75% asociando hierro y al 85% con Hb de inicio ≥ 10 g/dl.

Características de los pacientes

Parámetros	Pacientes	
EDAD	> 65	40
	65-50	41
	<50	17
SEXO	Hombres	57
	Mujeres	41
ECOG	0-1	29
	2	62
	3	7
LOCALIZACIÓN	Pulmón	31
	Digestivo	22
	Mama	18
	Otros	27
ESTADIO	II	3
	III	15
	IV	80

Protocolo de anemia



* Suspender EPO: cuando Hb sea mayor de 11 g/dl o ausencia de respuesta a las 8 semanas.

- Valorar mantener EPO en dosis trisemanal durante tratamientos muy mielotóxicos para evitar transfusiones y poder mantener dosis e intervalos de tratamiento citotóxico.
- Valorar beneficio clínico mediante la escala de astenia triple EVA.
- No administrar EPO en: hipertensión arterial mal controlada, trombosis en mes previo y sangrado activo.

- 10% de no respondedores mantienen cifras estables de Hb.
- Menores necesidades transfusionales en respondedores: 32% frente a 80% en no respondedores.
- El mantenimiento medio de EPO fue de 12 semanas (3-32 semanas).

CONCLUSIONES: Protocolo de anemia

Hemograma:

- Hb < 11 g/dl: EPO y > 11 g/dl: EPO si tratamiento muy mielotóxico
- VCM < 85 fL: Hierro y > 95 fL: determinar Vit B12 y Ác. fólico; si déficit: suplemento

Evaluación 4ª semana:

- Hb ≥ 1 g/dl: EPO a igual dosis * y < 1 g/dl duplicar dosis*. * Suspender EPO: cuando Hb > 11 g/dl o ausencia de respuesta tras 8 semanas.
- Valorar mantener EPO en dosis trisemanal durante tratamientos muy mielotóxicos para evitar transfusiones y poder mantener dosis e intervalos de tratamiento citotóxico.
- Valorar beneficio clínico mediante escala de astenia triple EVA.

P6-12

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LAS FÍSTULAS TRÁQUEO-ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER

Sonia Maciá Escalante, María José Molina Garrido, María José Martínez Ortiz, Inmaculada Ballester Navarro, Vanesa Pons Sanz, Carmen Guillén Ponce, Alfredo Carrato Mena

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las fístulas tráqueo-esofágicas tienen una incidencia considerable en pacientes con cáncer. Es una complicación que se asocia con un curso dramático de la enfermedad, siguiéndose de infecciones del tracto respiratorio, que pueden evolucionar a sepsis y muerte. La incidencia de

neumonías es del 25% en los pacientes oncológicos con fístulas. Los tumores que más se relacionan con fístulas son el de esófago y el de pulmón. El objetivo del presente estudio es la descripción de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con fístulas tráqueo-esofágicas, para tipificar los factores que predisponen a su aparición, la metodología utilizada para su diagnóstico, su tratamiento y su evolución.

MATERIALES: Se realizó un estudio ambispectivo de las fístulas tráqueo-esofágicas con infección respiratoria secundaria diagnosticadas en pacientes oncológicos ingresados en el S. Oncología del H.G.U. Elche en los últimos cuatro años.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 12 fístulas tráqueo-esofágicas, 9 (75%) en pacientes con carcinoma esofágico y 3 (25%) con cáncer de pulmón. De estos últimos, el 100% tenían carcinoma epidermoide, al igual que todos los pacientes con carcinoma esofágico. 8 de los 12 pacientes (67%) habían recibido radioterapia previamente. 6 de los 12 (50%) ingresaron por neumonía, y en dicho ingreso se diagnosticó la fístula; en el restante 50% ya se conocía su existencia. Todos los pacientes fallecieron ingresados, siendo la causa del ingreso infección respiratoria con condensación. En 11 de los 12 pacientes (92%), la neumonía era lobar inferior derecha. Los métodos diagnósticos empleados fueron TAC y tránsito esófago-gástrico.

CONCLUSIONES: Las fístulas tráqueo-esofágicas tienen una alta incidencia en pacientes con cáncer y causan frecuentemente éxitus a pesar de la instauración temprana de tratamiento. Las neumonías por aspiración son su principal complicación y en más de la mitad de los casos evolucionan a sepsis y muerte. Al igual que otras neumonías por aspiración, suelen ser lóbulos inferiores derechos, y los gérmenes aislados pertenecen a la flora orofaríngea.

P6-13

FULVESTRANT: RESCATE DE PACIENTES CON CARCINOMA

DE MAMA AVANZADO (CMA) SIN TRATAMIENTO ACTIVO

María del Mar Muñoz Sánchez, M^a Carmen González Arenas, Ana Isabel Vera Martínez *, Amaya Olaverri Hernández, Coral Gallego Torres, M^a Teresa de las Heras Lain *, Laura Haro Martínez *, Carmen Rubiños López *, M^a Angeles Poyatos Alvarez *, Silvia Yangüe Belmonte *

Unidad de Oncología Médica. *Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria-AECC. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Debido a su perfil de toxicidad muy favorable frente a los citostáticos, la hormonoterapia es el tratamiento de elección para muchas pacientes con CMA hormonosensible. Eventualmente en todas esas pacientes la enfermedad progresará, requiriendo nuevos tratamientos hormonales sin resistencia cruzada y con escasa toxicidad, como el fulvestrant.

Valorar la posibilidad de aplicar una nueva terapia hormonal en pacientes con CMA pretratadas y en tratamiento sintomático exclusivo.

MATERIALES: Presentamos 4 pacientes diagnosticadas de CMA hormonosensible previamente tratadas con tamoxifeno (TAM) e inhibidores de la aromataasa (IATG) que debido a la progresión tumoral y al deterioro del estado general (ECOG = 3) se encontraban en tratamiento sintomático exclusivo y seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria, a las que se rescató para recibir fulvestrant.

RESULTADOS: Para estas pacientes con CMA el tratamiento con fulvestrant consiguió en todos los casos beneficio clínico: mejor control sintomático y estabilización de la enfermedad o respuesta parcial, con una media de tratamiento de 5,5 meses.

CONCLUSIONES: La utilización del antagonista de RE fulvestrant puede ser una estrategia terapéutica que aporte beneficio clínico, mejoría en la calidad de vida, con escasa toxicidad, en pacientes con CMA previamente tratadas con TAM e IATG y en situación de tratamiento sintomático exclusivo.

Tabla 1. Datos de las pacientes

Pac	Sexo	Fecha nacimiento	Fecha Dgtco Ca mama	Fecha Dgtco CMA	RE	RP	HER2	MTS óseas	MTS extraóseas
OEL	F	04/06/1930	18/02/1994	26/01/1999	2+	3+	Neg	Sí	Hepáticas
GMB	F	24/03/1924	19/09/2000	19/09/2000	3+	3+	Neg	Sí	Cutáneas
GFS	F	27/03/1929	18/07/1999	24/01/2001	2+	2+	Neg	Sí	Peritoneales pleurales
PMS	F	23/10/1924	16/12/1998	15/12/2002	3+	2+	Neg	Sí	No

Tabla 2. Tratamientos recibidos

Pac	QT adyuv	HT adyuv	Nº líneas QT IV	1ª línea HT	2ª línea HT	3ª	4ª	5ª
OEL	FAC	TAM	4	Anastrozol	Exemestano	Fulvestrant		
GMB	-	-	2	Tamoxifeno	Letrozol	Exemestano	A.megestrol	Fulvestrant
GFS	FAC	TAM	3	Anastrozol	Exemestano	Fulvestrant		
PMS	-	TAM	1	Letrozol	Exemestano	A megestrol	Fulvestrant	

Tabla 3. Evaluación tras el tratamiento con fulvestrant

Pac	Fecha inicio fulvestrant	Evaluación	Beneficio clínico	Duración tto (meses)	Toxicidad	TTO posterior	Actualm.
OEL	20/09/2005	EE		4	-	Sintomático	Éxito
GMB	04/10/2005	RP	> autonomía	7	-	Sintomático	Viva
GFS	15/11/2005	EE		4	-	Sintomático	Éxito
PMS	03/11/2005	RP		continúa	-	-	Viva

USO DE ERITROPOYETINA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE LA QUIMIOTERAPIA

María José Molina Garrido, Carmen Guillen Ponce, Sonia Macía Escalante, Vanesa Pons Sanz, María José Martínez Ortiz, Inmaculada Ballester Navarro, Alfredo Carrato Mena
Hospital General Universitario de Elche.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Estudiar el uso de eritropoyetina (EPO) como tratamiento de la anemia de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico.

MATERIALES: Análisis retrospectivo basado en las historias clínicas del tratamiento de la anemia en pacientes con cáncer y quimioterapia en los dos últimos meses en nuestro servicio. Se emplea el paquete estadístico SPSS Windows 11.0 para el análisis de los datos.

RESULTADOS: Se estudió la aparición de anemia y su tratamiento en 115 casos. El 60,9% eran mujeres. Edad media 60,74 años (rango: 24,97-83,14). El tumor más frecuente fue el de mama (48,7%). En el 40% hubo algún evento anémico a lo largo del tratamiento (hemoglobina <10 g/dl, transfusión de hematíes, o uso de eritropoyetina). En el 21,7% del total se empleó eritropoyetina (EPO) en monoterapia. En otro 16,5% además de EPO, transfusión. La EPO se inició con un valor medio de hemoglobina de 9,87 g/dl (rango: 8,4-10,9; desviación típica: 0,724). Con valores entre 10 y 11 g/dl se aplicó EPO a 11 pacientes; entre 9 y 10 g/dl a otros 11; entre 8 y 9 g/dl a 3 pacientes. Tras un mes de uso de eritropoyetina, la hemoglobina había aumentado entre 1-2 g/dl en el 11,5% de los pacientes. Sólo se consiguió un aumento de las cifras de hemoglobina superior a 2 g/dl en el 15,4% de los pacientes. Tras 3 meses de tratamiento, entre 1-2 g/dl en el 32%. El performance status, medido por la escala ECOG, mejoró en el 68% de los pacientes tras un mes de uso de EPO, y en 70,8% tras 3 meses de su uso.

CONCLUSIONES: La quimioterapia puede causar anemia en el paciente oncológico. El empleo de EPO como tratamiento continuo en nuestro servicio en pacientes con cáncer y quimioterapia, se inició de manera homogénea con cifras de hemoglobina inferiores a 10 g/dl. Parece haber una mejoría del ECOG tras el uso de eritropoyetina.

TOXICIDAD DE LA QTRT ADYUVANTE EN EL CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO. EXPERIENCIA DEL H. U. "12 DE OCTUBRE" (MADRID)

Carmen Murariu¹, M Angeles Pérez Escutia¹, M Angeles Cabeza¹, Nora Drove¹, Cristina Gravalos², Carlos Gomez-martin², Nuñez², Vicente Valentin²

Servicios de Oncología Radioterápica (1) y Oncología Médica (2) del H.U. 12 de Octubre (Madrid).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El estudio del Intergrupo 0116 demostró mejoría en la supervivencia con la adición de tratamiento adyuvante con QT-RT en adenocarcinomas gástricos o de la unión gastroesofágica localmente avanzados completamente resecados, si bien con una elevada toxicidad. Se revisa nuestra experiencia con RT tridimensional conformada.

MATERIALES: Estudio retrospectivo con 27 pacientes afectos de adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica, estadios IB a IV (M0), resecados y tratados de forma adyuvante según esquema Macdonald (Estudio Intergrupo 0116), 5FU-leucovorin x 5, y RT tridimensional sobre piso abdominal superior concurrente con 2ª y 3ª ciclos. Todos han recibido tratamiento de soporte y valoración nutricional.

RESULTADOS: Seguimiento: r(1-40 meses). Edad media 60 años. Toxicidad tto. concurrente (RTOG): Mucocutánea grado 1-2: 26; Gastrointestinal grado 1-2: 25, grado 3: 1; Hematológica grado 1-2: 24; grado 3: 2. Más del 50% necesitaron reducción dosis de QT, y al menos 3 no pudieron finalizar la totalidad de los ciclos. No hubo diferencias significativas en las valoraciones funcional y ponderal a lo largo del tratamiento. Han desarrollado recidiva 8 pts (6 locorregionales, 1 mts a distancia, 1 locorregional y a distancia), falleciendo 6 de ellos. Mediana de SG 17.10 m, y de SLE 16.67 m.

CONCLUSIONES: La tolerancia al tratamiento postoperatorio RT-QT es aceptable con adecuado tratamiento de soporte y RT tridimensional conformada.

Y-90 IBRITUMOMAB TIUXETAN EN PACIENTES CON LNH-B MULTITRATADOS: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María del Mar Muñoz Sánchez, Francisco Martín Ordóñez*, Mª Carmen González Arenas, Coral Gallego Torres

Unidad de Oncología Médica. *Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La radioinmunoterapia (RIT) combina la exquisita especificidad-diana del sistema inmune humoral con la potencia anti-tumoral de la radioterapia de alta energía, facilitando el tratamiento (TTO) simultáneo y eficaz de la enfermedad diseminada, mientras se minimiza la toxicidad en tejidos normales. Y-90 ibritumomab tiuxetan es eficaz en el TTO de LNH-B, siendo su toxicidad limitante la supresión reversible de la médula ósea. Valorar la efectividad y toxicidad de RIT en pacientes multitratados.

	Dgtco AP	Extensión (TAC / M nuclear)	TTO	Grado de respuesta	Toxicidad
10/94	LNH folicular centrocítico- centroblástico CD20+ est IV-A	M.O. + Adenopatías (A)mediastino retroperitoneo inguinal	CHOP x 8	Respuesta parcial (RP)	Hematológica (H) gr IV
7/95		Infiltración MO residual	PAMD x 3 + TAMO	Respuesta completa (RC)	H gr IV.
12/97		A mediastínicas, retroperitoneal y MO	Fludarabina (e Interferón)	RC	Inmunosupresión con sobreinfecciones: TTO gammaglobulinas y cotrimoxazol
11/98		A cervicales	Rituximab x 6	RC	
12/99		A mediastínicas	CVP x 6	RP	H gr IV
6/00		A cervicales y mediastínicas	No tratamiento		
12/00	LNH cél grande B difuso	A cervicales, mediastínicas, retroperitoneales y afectación pulmonar	ESHAP x 6	RP máxima	H gr IV
12/01	LNH folicular gl/III	A axilares subcarinales y pelvis MO +	R-MINE x 2		H gr IV
2/02		Dada la toxicidad se suspende QT y mantiene anti-CD20	Rituximab x 8	RP máxima	
10/02	LNH folicular gh II/III	A cervicales + Afectación gástrica	Rituximab x 6	RP máxima	H gr III
6/03	LNH folicular	A supraclavicular dcha + cola mama dcha	Rituximab x 6 + RT campo afecto	RP	H gr III
8/04	LNH folicular	A inguinales dchas	Taxol en monoterapia x 4	Progresión	H gr IVNeurológica gr II
12 /04		A retroperitoneales + cadenas ilíacas + inguinales + MO	CDDP + GZB	RP	H gr IV
11/05	LNH folicular	A subcarinales + retroperitoneales + pélvicas + inguinales + MO. HG: Hb 11,4; leuc 3.200, plaq 95.000	Zevalin 11MBq/Kg	RP máxima – mantenida hasta 5/06	H gr III

MATERIALES: Exponemos los resultados de eficacia y toxicidad en una paciente con LNH folicular transformado tras 12 años de evolución, con escasa reserva medular.

Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Historia clínica de P.O.D.

CONCLUSIONES: La RIT puede ser una estrategia terapéutica que aporte respuesta tumoral y mejoría en calidad de vida en pacientes con LNH-B CD20+ previamente multitratados, con escasa toxicidad sistémica y toxicidad hematológica manejable.

P6-17

LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DE ERITROPOYETINA EN CARCINOMA INFILTRANTE DE VEJIGA ES UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Cristóbal Belda-Iniesta, Javier de Castro Carpeño, Francisco Antonio Bernabeu Andreu, Paloma Cejas, Jorge Barriuso, Enrique Casado Sáenz, María Sereno Moyano, Jaime Feliu, Manuel González Barón

Unidad de Oncología Translacional CSIC-UAM. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Tras la cistectomía radical (CR) un elevado número de pacientes diagnosticados de carcinoma infiltrante de vejiga (CIV) recae y muere sin que los factores pronósticos (FP) actuales puedan predecir fiablemente estos eventos. Por ello son necesarios nuevos FP. La expresión del receptor de eritropoyetina (EPOR) en células tumorales se ha asociado a proliferación y angiogénesis por lo que su determinación en estos pacientes podría ser crítica.

Objetivos: Analizar el impacto que posee la expresión de EPOR en especímenes de CIV de paciente sometidos a CR con la SLE y la SG de éstos.

MATERIALES: Se incluyeron pacientes diagnosticados de CIV y sometidos a CR, con G3 y pN=0. La expresión del EPOR se determinó por inmunohistoquímica. La positividad y la negatividad de la inmunotinción se ajustó a los controles positivos y negativos tanto internos como externos.

Variables principales: SLE, SG y expresión de EPOR.

Variables secundarias: estadio tumoral (pT), hematuria, citología urinaria al diagnóstico, debut como obstrucción urinaria e infiltración linfocitaria del tumor.

RESULTADOS: Se incluyeron 75 pacientes consecutivos (pT1=11; pT2=21; pT3=21; pT4=22) todos con grado de diferenciación 3 y sin afectación ganglionar. Se demostró expresión de EPOR en 40 pacientes (53.3%). El grupo de

pacientes con expresión del EPOR presentó una SLE mediana de 10 meses mientras que no se alcanzó en el grupo sin expresión tras un seguimiento de 22 meses (p=0.0001). La SG mediana fue de 17 meses en los pacientes EPOR+ y no se alcanzó en el otro grupo (p=0.0002). La estratificación por estadios fue la única variable secundaria que evidenció diferencias significativas en SG (p=0.0190). El análisis multivariante demostró que el único factor pronóstico para SLE (p=0.0001) y SG (p=0.0002) fue la expresión de EPOR.

CONCLUSIONES: La expresión del EPOR en los pacientes sometidos a CR por la presencia de un CIV sin afectación ganglionar imprime un mal pronóstico.

P6-18

SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON Y RADIOTERAPIA

Miguel Marín Vera, Pilar Sánchez Henarejos, Silverio Ros Martínez, Jerónimo Martínez García, María Bermejo Martínez, María Luisa Gonzálvez Cascales, Agustín Navarrete Montoya

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Presentamos el caso de una paciente con metástasis cerebrales de un cáncer de recto que desarrolló un Síndrome de Steven-Johnson.

MATERIALES: Mujer de 59 años hipertensa, con antecedentes personales de asma intrínseca. Es diagnosticada de Adenocarcinoma de recto en Diciembre/03, recibe quimioterapia neoadyuvante con Xeloda y radioterapia y en Mayo/04 es sometida a cirugía tipo Hartman. En Junio/04 se objetiva progresión pulmonar que se trata en primera línea con quimioterapia paliativa con esquema Xelox y en 2ª línea con CPT-11 semanal. En Marzo/03 presenta pérdida de fuerza y movimientos tónico-clónicos en el miembro superior izquierdo. En el TAC craneal se objetiva una metástasis cerebral frontal derecha. Se inicia tratamiento anticomicial con fenitoína 100 mg cada 8 horas y radioterapia holocraneal. A las tres semanas de iniciado el tratamiento comienzan a aparecer máculas eritematosas que de forma rápida se convierten en vesículas y ampollas que dan lugar a un desprendimiento epidérmico, con afectación conjuntival, de mucosa oral y signo de Nikolsky positivo.

RESULTADOS: El eritema exudativo multiforme es una dermatosis aguda mediada por inmunocomplejos y de etiología múltiple. Aunque hay pocos casos descritos, puede aparecer en pacientes tratados con radioterapia holocraneal y fármacos antiepilépticos, principalmente con fenitoína.

CONCLUSIONES: El Síndrome de Steven-Johnson es una rara enfermedad que debe tenerse en cuenta siempre que se administren fármacos antiepilépticos durante la irradiación craneal.

PALIACIÓN DEL DOLOR CON RADIOTERAPIA EN EL SÍNDROME COMPRESIVO MEDULAR DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Inmaculada Rincón Pérez, Jerónimo Pachón Ibáñez, Verónica Díaz Díaz, Raquel Dávila Fajardo, María Rubio Jiménez, Elena Montero Perea, Elvira Rodríguez García, María José Ortiz Gordillo, Patricia Cabrera Roldán

Servicio de Oncología Radioterápica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de compresión medular (SCM) es una urgencia médica que, de no tratarse precozmente, puede conducir a un déficit neurológico irreversible, con el consiguiente deterioro en la calidad de vida. El aumento en la supervivencia del paciente oncológico determina que sea una complicación neurológica cada vez más frecuente. La Radioterapia (RT) es el tratamiento utilizado con mayor frecuencia, sobre todo en pacientes no candidatos a cirugía por presentar un cáncer en estadio avanzado o múltiples metástasis.

Nuestro objetivo es establecer el protocolo más adecuado de tratamiento radioterápico en el SCM.

MATERIALES: Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica y Medline. Se incluyeron artículos publicados en revistas oncológicas y de neurocirugía entre 1995 y 2004.

RESULTADOS: Según lo revisado en la literatura, la Radioterapia en el SCM está indicada en pacientes con diagnóstico claro de cáncer, que presenten déficit neurológico secundario a compresión en área no irradiada previamente, sin desplazamiento óseo o fragmentos discales y sin inestabilidad espinal. El volumen a tratar dependerá de la cantidad de enfermedad paraespinal, incluyendo al menos la vértebra comprometida y dos cuerpos vertebrales por encima y por debajo de ésta. La dosis depende del tipo de tumor, presencia de síntomas neurológicos o dolor, tiempo de evolución y expectativa de vida. En pacientes con mal estado general se utiliza una dosis única de 8 Gy. En pacientes con buena calidad de vida, pero expectativa de vida corta se utiliza una dosis de 20 Gy, durante 4 días (5 Gy/día), y en pacientes con expectativa de vida larga, 30 Gy en 10 días.

CONCLUSIONES: En el SCM el protocolo de actuación se adapta a las características del paciente. Los factores pronósticos más importantes que influyen sobre la recuperación neurológica son la naturaleza del tumor primario y el tiempo transcurrido desde la aparición de la clínica neurológica hasta el inicio del tratamiento.

TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS EN PARES CRANEALES, PLEXOS Y NERVIOS PERIFÉRICOS

Verónica Díaz Díaz, Jerónimo Pachón Ibáñez, Inmaculada Rincón Pérez, Raquel Dávila Fajardo, María Rubio Jiménez, Elena Montero Perea, Elvira Rodríguez García, María José Ortiz Gordillo, Patricia Cabrera Roldán

Servicio de Oncología Radioterápica. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las lesiones en pares craneales, plexos o nervios periféricos frecuentemente causan dolor y, dependiendo del nervio afecto, pueden producir importantes desórdenes neurológicos. Se suelen manifestar como dolor localizado en la región del plexo o nervio, pérdida de fuerza, aparición de masas, parestesias o incontinencia de esfínteres (plexopatía lumbosacra). El diagnóstico diferencial incluye plexopatía por radioterapia, traumatismo, lesiones postquirúrgicas, plexopatía idiopática y hernias discales. La radioterapia es el tratamiento de elección, pudiendo tener utilidad la quimioterapia en pacientes previamente irradiados. El tratamiento se centra en el control sintomático del dolor y en el manejo interdisciplinario de las complicaciones neurológicas asociadas.

Objetivo: Describir el tratamiento paliativo del dolor secundario a metástasis de pares craneales, plexos y nervios periféricos.

MATERIALES: MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la literatura que incluye revistas neurooncológicas, de neurocirugía y neurología, desde 1984 a 2002.

RESULTADOS: Establecemos un protocolo de actuación en el que el régimen convencional de tratamiento dependerá del performance status, del grado de compromiso neurológico, pronóstico del paciente, de la existencia de una historia previa de irradiación. En pacientes con buen pronóstico y buena calidad de vida el tratamiento se realizará empleando una dosis de 30 Gy con un fraccionamiento de 3 Gy/sesión, en el caso de pacientes con expectativa de vida corta se administra una dosis de 20 Gy con un fraccionamiento de 4 Gy/sesión, y una sesión única de 8-10 Gy cuando se trata de pacientes con muy mal estado general, que permitirá una reirradiación sin problemas de límites de dosis para la médula.

CONCLUSIONES: La radioterapia constituye uno de los pilares fundamentales del tratamiento paliativo de las metástasis en pares craneales, plexos y nervios periféricos consiguiendo el alivio del dolor y, en consecuencia, mejorando la calidad de vida del paciente.

MANEJO DE LA XEROSTOMIA RADIOINDUCIDA. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Verónica Díaz Díaz, María José Ortiz Gordillo, Inmaculada Rincón Pérez, Jerónimo Pachón Ibáñez, María Rubio Jiménez, Raquel Dávila Fajardo, Elena Montero Perea, Elvira Rodríguez García, Patricia Cabrera Roldán

Servicio de Oncología Radioterápica. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El concepto de xerostomía se define como la marcada reducción del flujo salivar, dando lugar

a una serie de síntomas relacionados con la sequedad oral. Se presenta con una alta prevalencia en los pacientes irradiados en los que las glándulas salivares se incluyen en el campo de irradiación. Se manifiesta clínicamente cuando la dosis de radioterapia es superior a 26 Gy y se hace irreversible a partir de 50 Gy. Los síntomas que aparecen son boca seca, fisuras en comisura, quemazón y dolor a nivel oral, disfagia, alteración del habla, mayor incidencia de infecciones como candidiasis y mayor incidencia de caries y gingivitis.

Objetivo: Realizar una revisión sobre el manejo de la xerostomía radioinducida que incluye un estudio sobre las posibilidades en la prevención y el tratamiento para garantizar al paciente una buena calidad en las funciones de deglución, habla y prevención de infecciones.

MATERIALES: MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica de guías de prácticas clínicas incluyendo revistas de oncología y de cirugía oral desde 1993 al 2004.

RESULTADOS: La xerostomía aparece en casi la totalidad de los pacientes irradiados. Las medidas preventivas a seguir son: a) higiene oral y cuidado de piezas dentales, evitar alimentos cariogénos y que disminuyan el pH oral; b) utilización de estimulantes salivares como la pilocarpina; c) mejora en las técnicas conformacionales o introducción de IMRT que preserven las glándulas salivares de la irradiación, constituye la mejor opción terapéutica en los casos que sean tributarios. Durante la radioterapia igualmente existen las siguientes medidas terapéuticas: a) utilización de radioprotectores (amifostina), b) estimulantes salivares, c) sustitutivos salivares (sprays, geles y líquidos) y otras medidas de carácter general ya mencionadas.

CONCLUSIONES: La prevención y tratamiento de la xerostomía radioinducida persigue aliviar la sequedad oral y sus complicaciones con el fin de obtener una mejor calidad de vida del paciente y una mayor eficacia de la radioterapia.

P6-22

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS

Inmaculada Rincón Pérez, María José Ortiz Gordillo, Verónica Díaz Díaz, Raquel Dávila Fajardo, María Rubio Jiménez, Jerónimo Pachón Ibáñez, Elvira Rodríguez García, Elena Montero Perea, Patricia Cabrera Roldán
Servicio de Oncología Radioterápica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El término mucositis describe la reacción inflamatoria de la mucosa secundaria al uso de fármacos antineoplásicos y radiaciones ionizantes. Puede afectar a todo el tracto digestivo y vías aéreas superiores, y se manifiesta como eritema y/o ulceraciones de diversa extensión. En los casos más severos, puede producir sangrado y necrosis. Todo esto hace que sea la causante de una sintomatología dolorosa que puede llegar a requerir analgesia de tercer escalón. Nuestro objetivo, es establecer la base fundamental del manejo de la mucositis, ya que no existe un tratamiento único y específico.

MATERIALES: Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica y Medline. Se incluyeron artículos publicados en revistas oncológicas entre 1999 y 2004, referentes a estudios aleatorizados, con el objetivo de evaluar el tratamiento en esta patología.

RESULTADOS: El análisis de los resultados seleccionados demuestra que el manejo de la mucositis incluye tanto la prevención como su tratamiento. Entre las medidas preventivas se encuentran la higiene (evaluación estomatológica previa al tratamiento; limpieza con cepillo suave y pastas fluoradas; insistir en el efecto negativo del tabaco y el alcohol), hidratar y lubricar la mucosa, el uso de crioterapia tópica, recubrientes de la mucosa (sucalfato), antisépticos, antifúngicos, antiinflamatorios, láser de baja energía, citoprotectores (amifostina, glutamina), factores hematopoyéticos, factor estimulante del crecimiento epidérmico (palifermin) y mejoras en las técnicas de irradiación.

En cuanto al tratamiento, debe incluir: enjuagues, reparador de la piel y mucosas (ácido hialurónico), y analgesia (AINES, corticoides y opioides).

CONCLUSIONES: Las medidas preventivas y el tratamiento de la mucositis mejoran el estado nutricional del paciente, disminuyen las interrupciones y retrasos en los tratamientos, obteniéndose un mayor beneficio terapéutico para el paciente.

P6-23

HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO MÉDICO COMO COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE CON CISPLATINO Y 5-FLUOR-URACILO MÁS RADIOTERAPIA EN PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Ángel Manuel Mateos Vázquez, Edgar García Pérez, Nuria Jiménez González, Ramón Saldaña Pérez
Distrito de atención primaria de Huelva - Palma del Condado.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Paciente de 65 años de edad con antecedentes personales de enolismo moderado y tabaquismo intenso +20 cigarros al día, no hipertensión arterial; diagnosticado de cáncer de laringe T3N1M0 en 2003 sometido a tratamiento quirúrgico con laringectomía total y vaciamiento ganglionar total-radical. Recibe como tratamiento adyuvante radioterapia a dosis radicales y quimioterapia con esquema de cisplatino y 5-fluor-uracilo hasta un total de seis ciclos con toxicidad gastrointestinal grado II y de piel y mucosas grado I. Inicia rehabilitación vocal con logopeda. Desde su alta hasta la fecha el paciente presenta con una frecuencia semanal episodios de disnea y saturación de oxígeno del 95% con gran componente psíquico-ansioso que ceden con broncodilatadores inhalados (por mascarilla y sin la misma directamente en orificio de traqueostomía), tranquilizantes no depresores del sistema nervioso central tipo cloracepato dipotásico 10 mgr.y alprazolam no valium. El

episodio de acompaña de crisis hipotensiva de 200/120 mm Hg que ceden con captopril a dosis de 25 mgr., furosemda inyectable y antagonistas del calcio-adalat oral que necesita como terapia de mantenimiento. En la historia clínica se descubre hipertensión refractaria de novo post-tratamiento combinado quimioradioterápico fisiopatológicamente:

1. Daño vascular provocado por irradiación de tronco-supraaórticos.
2. Daño vascular y esclerosis ocasionado por la quimioterapia inyectada intravenosa.
3. Esclerosis y aterosclerosis provocada por tabaquismo y eno-lismo intenso-paciente predispuesto y con factores de ries-go vascular.
4. Gran componente emocional y psicológico unido a larin-gectomía y crisis de disnea.
5. Baches o crisis hipóxicas que alteran o dañan el metabolis-mo vascular y del óxido nítrico y degenera la fibra muscu-lar lisa de vasos de mediano y gran calibre capaz de com-pensar con respuestas vasodilatadores.
6. Acción nefrotóxica de fármacos del tipo del cisplatino de eliminación renal. En la evolución y durante una crisis de disnea e hipertensión el paciente sufre un accidente vascu-lar cerebral (marzo del 2006) siendo trasladado a Unidad de Cuidados Paliativos.

P6-24

TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CÁNCER VESICAL METASTÁSICO: CAMBIO EN LA HISTORIA NATURAL

José David Cumplido Buron, María Isabel Blancas López-Barajas, Javier Angel García García, María Isabel Saez Medina, Nuria Cardenas Quesada, Pablo Iglesias Rozas, José Luis García Puche

Unidad de Oncología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El cáncer de vejiga es el tumor urotelial maligno más frecuente. La supervivencia mediana sin tratamiento es 3-5 meses. Realizamos una revisión de cáncer vesical estadio IV en nuestra Unidad. Analizar nuestra población, comportamiento de la enfermedad, tratamiento y modificación de la historia natural.

MATERIALES: PACIENTES Y MÉTODOS: revisión retrospectiva de pacientes con carcinoma vesical estadio IV que hayan recibido tratamiento quimioterápico entre 1999-2004. Encontramos 30 casos nuevos (5 casos/año). Incidencia: 1,86 casos/100.000 habitantes/año.

RESULTADOS: 28 varones (93%) y 2 mujeres (7%). Ninguno con neoplasias previas. Comorbilidad: HTA en 5 pacientes (17%); DM (10%); otras patologías: anecdóticas. Edad mediana: 62 años (37-86). Factores de riesgo: hábito tabáquico (58%), hábito enólico (29%), factores ocupacionales (10%). Todos los pacientes: estadio IV (afectación visceral o adenopática): 22 pacientes con afectación visceral (73%), el 27% restante (8 pacientes) afectación adenopática a distancia.

Anatomía patológica: 28 pacientes, carcinoma de células transicionales (93%), 1 epidermoide y 1 neuroendocrino. La localización metastásica: afectación ganglionar a distancia (13 pacientes -43%-). Afectación ósea (9 pacientes -30%-). Afectación hepática (8 pacientes -26,6%-) y pulmonar (7 pacientes -23,3%-). La supervivencia mediana alcanzada se sitúa en 8 meses. Todos los pacientes recibieron quimioterapia en régimen M-VAC o CDDP-GMZ (100%).

CONCLUSIONES: El cáncer vesical es un tumor frecuente en el que la introducción de la quimioterapia ha modificado su historia natural, produciendo un aumento de la supervivencia mediana, así como un mejor control sintomático. A pesar de ello, su supervivencia continua siendo reducida, por lo que es evidente la necesidad de estudiar nuevos fármacos para mejorar este pronóstico.

P6-25

GIST RESISTENTE A IMATINIB MESILATO: TRATAMIENTO CON SUNITINIB

María del Mar Muñoz Sánchez, M^a Carmen González Arenas, Juan Carlos Palomo Sánchez¹, M^a Dolores Barreda Hernández², Eliseo Val Pérez³

Unidad de Oncología Médica. (1) Servicio de Cirugía General. (2) Servicio de Farmacia. (3) Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes en el tubo digestivo. La mayoría presentan una mutación de los receptores de tirosin kinasa KIT o PDGFRalfa. Imatinib es un inhibidor selectivo de dicha tirosin kinasa, consiguiendo beneficio clínico en 85% de los pacientes con GIST avanzado. Desafortunadamente en gran parte de los pacientes acabará apareciendo resistencia a imatinib. Sunitinib es un nuevo inhibidor de tirosina-kinasa con actividad antitumoral y antiangiogénica.

MATERIALES: Exponemos resultados de eficacia y toxicidad en una paciente diagnosticada de GIST avanzado con progresión tras imatinib en tratamiento con sunitinib malato.

RESULTADOS: C.B.S es una mujer de 64 años diagnosticada de Neurofibromatosis. GIST con resección ileal en 2001. Feocromocitoma tratado con adrenalectomía izquierda en 2001. Recidiva GIST con resección ileocecal en Agosto de 2004. Noviembre de 2004 aparición de metástasis (MTS) hepáticas siendo intervenida con intención radical. Enero 2005 MTS hepáticas múltiples irresecables, por lo que se inició imatinib (600 mg/24h); debido a la progresión se decide aumentar dosis de imatinib (800 mg/24h), pero no se logra el control de la enfermedad. Agosto 2005 se realiza quimioembolización sobre MTS hepáticas con Adriamicina 50 mg y Lipiodol 12 cc, sin complicaciones. Reevaluación en Septiembre 2005: reducción del tamaño de las MTS, por lo que se decide mantener en observación. Tras nueva progresión hepática y ósea en Febrero 2006 se solicitó al Ministerio de Sanidad SU 11248 (SUNITINIB) como USO

COMPASIVO. En marzo de 2006 se inicia Sunitinib 50 mg/24h x 4/6 semanas v.o., con buena tolerancia salvo astenia gr II y coloración azulada lingual.

Clínicamente ha mejorado el dolor. En la reevaluación por técnicas de imagen se objetiva estabilización de la enfermedad. Hemos iniciado metilfenidato para control de la astenia.

CONCLUSIONES: La utilización de sunitinib puede aportar beneficio clínico en pacientes con GIST en progresión a imatinib, con escasa toxicidad sistémica, salvo por la astenia.

P6-26

ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

Álvaro Pinto Marín, César Gómez Raposo, Manuel González Barón

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Proponer un modelo de manejo farmacológico de la sedación paliativa en función de la indicación dicha sedación y del síntoma principal.

MATERIALES: Se revisó la bibliografía acerca del manejo farmacológico de la sedación paliativa, con especial atención en la indicación y dosis empleada de cada grupo farmacológico concreto.

RESULTADOS: Se propone una pauta de actuación según el síntoma principal a controlar, tanto acerca del fármaco o fármacos de elección como de las dosis idóneas de inicio de los mismos.

CONCLUSIONES: Aunque el escenario de la sedación paliativa es complejo y dinámico, consideramos que puede establecerse una pauta inicial de actuación en estos casos, basada principalmente en la indicación de dicha sedación y en el síntoma refractario a aliviar.