

Jueves, 23 de junio
Sala Hipóstila

Mama I

P-1

ENCUESTA DE EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (CM) EN HOSPITALES DEL GRUPO GEICAM (PROYECTO "EL ÁLAMO"): ANÁLISIS DE PACIENTES CON CM OPERABLE Y GANGLIOS AXILARES NEGATIVOS (N0)

M. Martín¹, A. Ruiz², A. Lluch³, B. Munárriz⁴, A. Antón⁵, P. Martínez del Prado⁶, A. Fernández-Aramburo⁷, E. Alba⁸, E. Aranda⁹ y E. Mahillo¹⁰

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico U. San Carlos. Madrid. ²Servicio de Oncología Médica Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. ³Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico U. de Valencia. Valencia. ⁴Servicio de Oncología Médica. Hospital U. La Fe. Valencia. ⁵Servicio de Oncología Médica. Hospital U. Miguel Servet. Zaragoza. ⁶Servicio de Oncología Médica. Hospital de Basurto. Bilbao. ⁷Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete. ⁸Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁹Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Reina Sofía. Córdoba. ¹⁰Sede Científica de GEICAM. Madrid.

Introducción y objetivos. El Álamo es un análisis retrospectivo de 15.381 pacientes (pac) diagnosticados de CM en 43 hospitales españoles.

Materiales. Se han analizado dos cohortes: Álamo I (AI), con 4.532 pac diagnosticados entre 1990 y 1993; y Álamo II (AII), con 10.849 pacientes diagnosticados entre 1994 y 1999. Los datos se recopilaron en los años 2000 y 2003, respectivamente, con 158 datos por pac, que incluían los demográficos, terapéuticos y de evolución. Se seleccionaron los pac con enfermedad operable y N0.

Resultados. En el proyecto AI, el 48% (n = 1806) de los pac presentaban CM operable y N0, frente al 54,4% en AII (n = 4.764). La mediana de edad era de 58 (AI) frente a 59 años (AII); el 67,4% frente al 69,6% de las pac eran postmenopáusicas. El porcentaje de pac con T1 aumentó del 47,6% (AI) al 57,4% (AII). El 94% de los pac en AII recibieron terapia adyuvante (TA) frente al 86,3% en AI. Las TA en el grupo de AI consistieron en quimioterapia (QT) (37,4%), hormonoterapia (HT) (50,4%) y radioterapia (RT) (32,4%). Las TA en el grupo de AII fueron: QT (43,1%), HT (70,2%) y RT (44,2%). El 73,7% (AI) vs el 73,1% (AII) de los pac se clasificaron como de alto riesgo (St. Gallen, 1998): T > 2 cm y/o grado II/III y/o receptores hormonales negativos y/o edad < 35 años. La tasa de recurrencia del CM disminuyó desde el 22,3% (AI) al 15,4% (AII). Las tasas de supervivencia a los 9 años fueron para AI y AII del 75,6% (IC 95%: 72,2%-79%) y del 85,6% (IC 95%: 81,4%-85,7%) respectivamente.

Conclusiones. La población relativa de pac con CM operable y N0, ha aumentado en un 6,4% en España entre 1990 y 1997, lo cual, junto a una contribución de terapias más eficaces,

puede explicar la mejora en la supervivencia de este grupo de pacientes.

P-2

ENCUESTA DE EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (CM) EN HOSPITALES DEL GRUPO GEICAM (PROYECTO "EL ÁLAMO"): ANÁLISIS DE PACIENTES CON CM OPERABLE Y GANGLIOS AXILARES POSITIVOS (GP)

A. Lluch¹, A. Llombart², B. Munárriz³, M. Martín⁴, M. Ramos⁵, E. Alba⁶, J. de la Haba⁷, A. Plazaola⁸, A. Antón⁹ y E. Mahillo¹⁰

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico U. de Valencia. Valencia. ²Servicio de Oncología Médica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. ³Servicio de Oncología Médica. Hospital U. La Fe. Valencia. ⁴Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico U. San Carlos. Madrid. ⁵Servicio de Oncología Médica. Centro Oncológico de Galicia. La Coruña. ⁶Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁷Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Reina Sofía. Córdoba. ⁸Servicio de Oncología Médica. Instituto Oncológico de Guipúzcoa. San Sebastián. ⁹Servicio de Oncología Médica. Hospital U. Miguel Servet. Zaragoza. ¹⁰Sede Científica de GEICAM. Madrid.

Introducción y objetivos. El Álamo es un análisis retrospectivo de 15.381 pacientes (pac) diagnosticados de CM en 43 hospitales españoles.

Materiales. Se han analizado dos cohortes: Álamo I (AI), con 4.532 pac diagnosticados entre 1990 y 1993; y Álamo II (AII), con 10.849 pac diagnosticados entre 1994 y 1999. Los datos se recopilaron en los años 2000 y 2003, respectivamente, incluyendo los demográficos, terapéuticos y de evolución. Se seleccionaron los pac con enfermedad operable y GP.

Resultados. En AI, el 51% de los pac presentaba enfermedad operable con GP, vs. 45% en AII. La mediana de edad fue de 56 (AI) vs. 57 años (AII); el 63,1% vs el 65,5% de las pac eran postmenopáusicas. El porcentaje de pac con 1-3 GP aumentó del 52,2% (AI) al 54,5% (AII), disminuyó para pac con 4-9 GP (30% en AI vs 26,7% en AII); y fue similar para pac con ≥ 10 GP (15,5% en AI vs 15,7% en AII). Tratamiento: el 99% de en ambos grupos recibieron terapias adyuvantes (TA), generalmente en combinación. TA en AI: quimioterapia (QT) (70,4%), hormonoterapia (HT) (60,6%) y radioterapia (RT) (44,7%). TA en AII: QT (82,2%), HT (75,5%) y RT (59,2%). 30 pac (2,2%) recibieron QT de altas dosis en AI vs 296 pac (9,1%) en AII. El 51,3% de las pac en AI recibieron antraciclina, vs el 61,6% en AII. La tasa de recurrencia del CM ha disminuido del 46,4% (AI) al 29,6% (AII). Las tasas de supervivencia a 9 años de AI y AII fueron 58,9% (IC 95%: 56,3%-61,4%) y 68,1% (IC 95%: 65,5%-70,7%), respectivamente.

Conclusiones. La población relativa de pac con CM operable y GP ha disminuido un 6% en España entre 1990 y 1997, lo cual, unido a las terapias más eficaces, se asocia a una mejora en la supervivencia.

P-3**ESTUDIO DEL TRATAMIENTO CON CAPECITABINA EN PACIENTES ANCIANAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO (CMM)**

P. Zamora Auñón, M. Álvarez de Mon, L. Calvo Martínez, C. Jara Sánchez, J.A. Viricueta Echaburu, A. Yubero Esteban, J.I. Chacón López-Muñiz, J. Mira López y M. González Barón

Servicio de Oncología Médica. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos. Capecitabina es una fluoropirimidina que se activa preferentemente a nivel tumoral. En pacientes con CMM pretratados, capecitabina ha mostrado ser activa tanto en monoterapia como en combinación. La administración oral minimiza los inconvenientes de la administración de 5-FU en infusión continua, lo que implica una mejora en la calidad de vida, incluso en pacientes ancianas. El objetivo del estudio es evaluar el perfil de seguridad y la eficacia en pacientes ancianas con CMM.

Materiales. CMM histológicamente confirmado, edad \geq 70 años, ECOG $<$ 2, adecuada función hematológica, renal y hepática. No se permite quimioterapia previa con capecitabina, radioterapia en las 4 semanas previas al inicio del estudio y metástasis en SNC. Tratamiento: capecitabina 1.250 mg/m² \times 2 b.i.d. D1-14 (950 mg/m² cuando el aclaramiento de creatinina es 30-50 ml/min), cada 3 semanas hasta un máximo de 9 ciclos. La respuesta fue evaluada cada 3 ciclos (criterios RECIST).

Resultados. Se han incluido 17 pacientes, mediana de edad 77 años (68-88), ECOG 0/1: 40%/60%. Todas las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, 65% quimioterapia adyuvante y 71% hormonoterapia. El 17,6% de las pacientes recibieron quimioterapia para el CMM. La mediana de lesiones metastásicas fue 2 (86% \geq 2 lesiones), localizadas en hueso (50%), pulmón (45%), hígado (36%) y ganglios linfáticos (36%). Se administraron 74 ciclos (mediana 3, rango: 1-9). La mediana de intensidad de dosis fue del 90% y del 94% en pacientes con aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min. De los 10 pacientes evaluados, dos presentaron RP, 3 EE y 5 PE, siendo la TRO del 20% (IC 95%: 0-45). Con una mediana de seguimiento de 6,9 meses, la mediana del tiempo hasta progresión fue 7,4 meses (IC 95%: 1,8-13,0) y la mediana de supervivencia 11,8 meses (IC 95%: 8,6-15,0). En la tabla se detalla la toxicidad más frecuente.

	Acontecimientos adversos (% ciclos)	
	GI/GII	GIII
Síndrome mano-pie	17,6	6,8 (1,4 G-IV)
Mucositis	1,4	4,1
Náuseas	13,5	2,7
Vómitos	4,1	1,4
Astenia/fatiga	23,0	1,4
Malestar general	—	2,7

Conclusiones. La administración de capecitabina dos veces al día, en pacientes ancianas con CMM es un tratamiento activo y bien tolerado.

P-4**EFICACIA Y TOXICIDAD CON CAPECITABINA-TRASTUZUMAB EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 +**

J. Puente Vázquez, J.A. García-Sáenz, M. Martín Jiménez, S. López-Tarruella Cobo, F. Moreno Antón, C. Bueno Muñio, T. Sampedro Gimeno, E. Grande Pulido, A. Casado Herráez y E. Díaz-Rubio

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos. El objetivo para las pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) es un tratamiento efi-

caz y poco tóxico. Una opción interesante en este contexto es la combinación de quimioterapia oral y terapias de diana molecular. Nuestro estudio describe la actividad y toxicidad de la combinación de trastuzumab y capecitabina.

Materiales. Estudio retrospectivo descriptivo de la actividad y tolerancia de Capecitabina-Trastuzumab en mujeres con CMM HER2+.

Resultados. Entre el año 2000 y 2004, 22 mujeres con CMM HER2+ han recibido capecitabina-trastuzumab en combinación como primera o sucesivas líneas de quimioterapia para la enfermedad avanzada. La mediana de edad fue 45 años; ECOG 0: 82%. La distribución fue: primera o segunda línea de QT para CMM 19% (4), tercera o sucesivas líneas 91% (18). La tasa de respuesta objetiva (RO) y beneficio clínico (BC) fue del 63,5% y 75% respectivamente para la primera-segunda línea y del 50% y 81% para tercera o sucesivas líneas de tratamiento de la enfermedad metastásica. Con una mediana de seguimiento de 14 meses el intervalo libre de progresión fue 9,5 meses (0-24+) y la supervivencia global fue de 13,7 meses (0-24+) La toxicidad grado III-IV fue 23% de los pacientes (síndrome mano-pie; astenia y anemia) precisando retraso o reducción de dosis en el 14% de los pacientes. No hubo muertes tóxicas.

Conclusiones. Capecitabina-trastuzumab es una combinación bien tolerada y eficaz en CMM HER2+, incluso en pacientes muy pretratadas. La toxicidad fue previsible y manejable. La eficacia y tolerancia de la combinación es atractiva y debería de ser evaluada en estudios prospectivos futuros.

P-5**ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE TRASTUZUMAB (H) Y VINORELBINA (N) COMO TRATAMIENTO DE 1.ª Y 2.ª LÍNEA EN PACIENTES (PAC) CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2-POSITIVO (CMM HER2+)**

R.M.^a Franquesa, M. Centelles, K. Villadiego, J. Janáriz, A. Arcusa, L. Cirera, M.A. Seguí y E. Saigí

Miembros de SEOM.

Introducción y objetivos. Se han publicado previamente resultados de la combinación de H y N mostrando un perfil de actividad y seguridad muy aceptable en pacientes con CMM HER2+. Se presentan resultados preliminares de este estudio fase II multicéntrico.

Materiales. Se han incluido en el estudio pacientes CMM HER2+ (IHK 3+ o 2+ y FISH+); PS \leq 2, con una máximo de una línea previa para enfermedad avanzada. Se administró H 2 mg/kg/d (4 mg/kg dosis de carga), seguido de N 25 mg/m², ambos administrados los días 1, 8 y 15 cada 21 días, durante 6 ciclos. Las pacientes han sido evaluadas cada 2 ciclos.

Resultados. Se han incluido 18 pacientes en el estudio. La edad media ha sido 54 años (46-63 años); han recibido quimioterapia neo/adyuvante 66%, tratamiento hormonal 44%. Un 50% tenían metástasis viscerales. 16 pacientes han sido evaluadas para respuesta y 18 para toxicidad. La tasa de respuesta global (RC + RP) fue del 44% (IC 95%: 20-70%); control de la enfermedad (RC + RP + EE) 88% (IC 95%: 62%-98%) y 12% (IC 95%: 2%-38%) de las pacientes tuvo progresión como mejor respuesta. La mediana del tiempo de observación ha sido de 14,7 meses (4,3-41,1 meses), la duración mediana de la respuesta fue de 11,7 meses (IC 95%: 6,8-16,6 meses) y la mediana de tiempo hasta la progresión fue de 11,9 meses (IC 95%: 9,4-14,5 meses). La supervivencia no ha sido todavía calculada. Las toxicidades hematológicas G3-4 por ciclo fueron anemia (0,2%), leucopenia (0,5%), neutropenia (13,5%) y trombopenia (0,1%). Las toxicidades no hematológicas grado 3 observadas fueron náuseas, alopecia y anorexia en un solo ciclo cada una (0,1%). No se han observado eventos cardíacos.

Conclusiones. Estos resultados indican que la combinación de trastuzumab y vinorelbina es un esquema de tratamiento activo para pacientes con CMM HER2+, con un perfil de seguridad muy aceptable.

P-6

EFICACIA DE LA COMBINACIÓN EC-TG EN ASOCIACIÓN A TRASTUZUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO CON SOBREEXPRESIÓN DE C-ERBB2

E. Martínez Ortega, A.M.^a García Tapiador, R. Dueñas García, A. Muñoz Sánchez, P. Sánchez Rovira, A. Jaén Morago, B. Medina Magán, N. Mohedano Mohedano, M. Fernández Morales y A. Lozano Barriuso
Oncología Médica. Complejo Hospitalario. Jaén.

Introducción y objetivos. La quimioterapia neoadyuvante se considera el tratamiento estándar en pacientes con carcinoma de mama localmente avanzado. Los carcinomas con sobreexpresión de c-erbB2 representan un subgrupo de tumores con tendencia precoz a la recaída tras la cirugía. Objetivos: evaluar la eficacia, seguridad y porcentaje de cirugía conservadora, en pacientes con cáncer de mama estadio II y III con sobreexpresión de c-erbB2, tratadas con un esquema de quimioterapia secuencial de densidad de dosis con intención neoadyuvante.

Materiales. Pacientes y métodos: se incluyeron 14 pacientes estadio II y III de una serie de 55 pacientes, tratadas en primera secuencia con epirrubicina 90 mg/m²-ciclofosfamida 600 mg/m² × 3 ciclos y segunda secuencia con paclitaxel 150 mg/m²-gemcitabina 2.500 mg/m² × 6 ciclos. Los fármacos se administraron el día 1, cada 15 días. El trastuzumab se administró en la segunda secuencia 2 mg/kg semanal (4 mg/kg en la primera infusión). Mediana de edad 44 años. 11 enfermas en estatus premenopáusico y 3 postmenopáusico. Se realizó biopsia con tru-cut para diagnóstico e inmunohistoquímica. Todas las pacientes presentaban un ECOG ≤ 0-1, función renal, hepática, hematológica y una fracción de eyeción normales. La respuesta clínica se evaluó según criterios RECIST y la toxicidad según criterios del NCI-CTC.

Resultados. Diez pacientes se evaluaron para eficacia y seguridad. La respuesta clínica completa fue del 40%. El 30% tuvieron respuesta patológica completa y el 70% parcial. Sólo en un 50% del total, se realizó cirugía conservadora, si bien, 6 pacientes eran T4. Se registró toxicidad hepática G III en dos de las pacientes de carácter transitorio, y dos neutropenia G IV. Un caso de toxicidad cardíaca G II por descenso del FEVi > 30%.

Conclusiones. En pacientes con tumores localmente avanzados c-erbB2 positivo, el tratamiento neoadyuvante con un esquema secuencial con densidad de dosis y trastuzumab, es un tratamiento con alta tasa de respuestas patológicas completas con buena tolerancia.

P-7

PAPEL DEL HIDROXITIROSOLO Y ESCUALENO EN LA TERAPIA COMBINADA CON ADRIAMICINA PARA EL CÁNCER DE MAMA

P. Sánchez-Rovira¹, M.^aC. Ramírez-Tortosa², C.L. Ramírez-Tortosa³, S. Granados Principal², J. Juan Gaforio⁴ y J.L. Quiles Morales⁵

¹Servicio de Oncología, Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén (CHCJ). ²Dpto de Bioquímica y Biología Molecular, Instituto de Nutrición (INYTA), UGR. ³Dpto de Fisiología, INYTA, UGR; ⁴Servicio de Anatomía Patológica, CHCJ;

⁵Dpto. Ciencias de la vida, UJ.

⁴Dpto. Ciencias de la vida, UJ.

Introducción y objetivos. Numerosos estudios epidemiológicos en humanos han implicado de forma directa a componentes específicos de la dieta con una mayor incidencia de diversos tipos de cáncer aceptándose en la actualidad que un 25%-30% puede tener alguna relación directa con la dieta. Por otro lado, es evidente que la quimioterapia juega todavía un papel determinante en el tratamiento del cáncer. Según las premisas anteriores.

Objetivo. El objetivo principal es conocer si los antioxidantes presentes en la dieta, hidroxitirosol y escualeno inhiben o atenúan el efecto tóxico de la adriamicina, así como si dichos componentes incrementan el efecto antitumoral de los mismos.

Materiales. Para llevar a cabo nuestro objetivo se utilizó la línea celular de cáncer de mama MCF-7 a la que se trató con adriamicina y los antioxidantes (escualeno e hidroxitirosol) presentes en la dieta, durante 24 h y tras la incubación durante 48 h se realizó la prueba del MTT (bromuro de 3-(4,5-dimetiltiazol-2-il)-2,5-difenil-tetrazolio) para estudiar proliferación celular.

Resultados. Entre los resultados más relevantes destacar que la adriamicina inhibió el crecimiento de las células MCF-7 un 20% a partir de una concentración de 1 µM, efecto que se vio potenciado hasta un 50% por el escualeno a una concentración de 100 µM. Sin embargo, el hidroxitirosol a dosis más bajas (50 µM) inhibió la proliferación celular en estas células tumorales también a concentraciones bajas de adriamicina.

Conclusiones. Estos resultados sugieren que determinados compuestos con capacidad antioxidante presentes en la dieta pueden tener algún efecto en la proliferación celular, así como capacidad para modular tanto el efecto tóxico como la efectividad de algunos fármacos.

P-8

ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTIVOS DE UNA RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA (RPC) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ESTADIOS II Y III TRATADAS MEDIANTE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE (QN): ESTUDIO RETROSPECTIVO

L.G. Estévez, M. Dómine, A. León, V. Casado, R. Álvarez, A.L. Alfonso, M. López y F. Lobo

Oncología Médica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción y objetivos. La RpC debe ser el objetivo primario en cualquier estudio con QN ya que las pacientes (pts) con RpC presentan una mejor evolución. Los datos de factores predictivos (FP) son actualmente controvertidos. Los objetivos de este estudio son el análisis de una serie de factores de las pts como el estado menopáusico y del tumor como histología, estadio, ganglios clínicos palpables al diagnóstico (GCP), receptores estrogénicos (RE), HER2 y el tipo de QN como posibles FP de una RpC.

Materiales. Se incluyeron pts con cáncer de mama estadios II y III tratadas mediante QN. Se analizó el estado menopáusico (pre y post), histología (ductal, lobulillar) estadio (IIa, IIb, IIIa y IIIb) y GCP. Se realizó biopsia o *tru-cut* para análisis de RE (negativos si < 5%) y HER2 (herceptest). El tipo de QN incluyó antraciclina, taxanos o combinación. Se realizó análisis bivariado comparando la RpC y el resto de los factores a estudio independientes.

Resultados. Ochenta pacientes fueron estudiadas entre los años 1994 y 2005. La media de edad fue 57 años (rango 25-78). Pre (37,5%) y post (62,5%). Estadio IIa (13,75%), IIb (51,25%), IIIa (20%) y IIIb (15%). Ductal (83,75%). 63,75% de pts no presentaron GCP. RE positivos (61,25%) y HER2+ (16,25%). La RpC fue del 10% (8 pts) y los ganglios afectos tras la QN (57,5%). El análisis univariado no encontró una asociación entre la presencia de los diferentes factores y la RpC. Hubo una mayor tendencia a una RpC sin significación estadística entre los tumores ductales (p = 0,34) y RE negativos (0,705).

Conclusiones. En este estudio ninguno de los factores a estudio fue FP de una RpC. A pesar de que 63,75% de pts se presentó sin GCP, un 57,5% tenía enfermedad ganglionar residual tras la QN planteando la dudosa fiabilidad de la exploración física al diagnóstico.

P-9

EFECTO DE LOS NIVELES DE CA 15,3 EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA ESTADIOS II Y IIIA SOMETIDAS A POLIQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

V. Calderero Aragón, T. Puértolas, R. Pazo, A. Ruiz de Lobera, J. Lao, A. Artal, A. Antón, A. Herrero, J. Martínez y V. Alonso

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos. Evaluar la relación entre los niveles de Ca 15,3 pretratamiento y el tipo de respuesta histológica obtenida tras la cirugía.

Materiales. Se determinaron los niveles de Ca 15,3 en 51 pacientes diagnosticadas de carcinoma de mama estadios IIA, IIB y IIIA entre mayo del 2001 y febrero del 2005. Se les sometió a tratamiento quimioterápico neoadyuvante según esquema TAC (ciclofosfamida 500 mg/m², adriamicina 50 mg/m² y docetaxel 75 mg/m² día 1 cada 21). Se estudió la correlación entre los niveles iniciales del marcador y la respuesta alcanzada con el tratamiento, valorada a través de la respuesta histológica.

Resultados. La media de los niveles de Ca 15,3 en las 51 pacientes fue de 19,37 UI/ml. Cuarenta y dos pacientes presentaron Ca 15,3 normal (< 30 UI/ml) y 9 alterado (> 30 UI/ml). Las respuestas histológicas obtenidas en pacientes con Ca 15,3 normal fueron de 9 completas, 22 parciales, 7 respuestas menores y 4 estabilizaciones. En los pacientes con Ca 15,3 elevado se obtuvieron 3 respuestas completas, 3 parciales, 1 menor y 2 estabilizaciones. El análisis de correlación entre ambas variables, calculado a través de Chi-cuadrado resultó no significativa (p = 0,541). El análisis independiente por estadios (II A,IIB y IIIA) tampoco encontró una relación estadísticamente significativa.

Conclusiones. Si bien los niveles de Ca 15,3 inicial han demostrado tener relación con la supervivencia a largo plazo, no parecen ser buenos predictores de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante, al menos en estadios localizados (II y III A).

P-10

SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN TENERIFE DESDE 1994-2004. REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

D. Lalchandani Lalchandani, C. García Piernavieja, M.^aR. Afonso Gómez, M.^c. Vilar Mesa*, R. Cruz Dorta*, M.^aP. López Álvarez, M. Morales González y F.J. Dorta Delgado

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), *Registro Hospitalario de Tumores del HUNSC.*

Introducción y objetivos. El cáncer de mama (CM) es la primera neoplasia tanto en frecuencia como en mortalidad para las mujeres canarias. En este análisis se actualizan los datos del RHT del HUNSC sobre CM con el objetivo de conocer las características de dicha patología en nuestro centro para evaluar y mejorar a calidad asistencial.

Materiales. El RHT del HUNSC recoge todas las neoplasias infiltrantes e *in situ* diagnosticadas y/o tratadas en el HUNSC. El registro y análisis de los datos se ha realizado con el programa Oncostudio y Excel 97. La supervivencia se ha calculado mediante el método Kaplan-Meier. Se han revisado las historias clínicas de pacientes con CM diagnosticadas entre junio de 1994 y junio de 2004.

Resultados. Durante los diez años del estudio se han registrado 15.865 neoplasias, 8.393 en hombres y 7.472 en muje-

res. El CM representa el 24,92% de todos los tumores en mujeres. Existe mayor frecuencia a partir de los 45 años, siendo máxima su incidencia entre los 65-70 años. De los 1920 CM registrados se han perdido durante el seguimiento 121 casos. La supervivencia de las pacientes con CM a 5 años ha sido de 86% (1994-1999) y 92% (1999-2004); a 10 años (1994-2004) ha sido de 80%. La supervivencia a 5 años para las pacientes con enfermedad metastásica ha sido de 45% (1994-1999) y 60% (1999-2004).

Conclusiones. Según EUROCARE-5 en España el CM es el tumor más frecuente entre las mujeres y la supervivencia a 5 años fue del 78% (1990-1994). Los resultados de nuestro estudio arrojan datos de supervivencia a 5 años del 86% y 92% si bien los datos no son comparables por referirse a los quinquenios posteriores al valorado en el EUROCARE-5. Estos resultados pueden deberse al elevado porcentaje de pacientes con enfermedad localizada, pero el tamaño muestral de nuestro registro y la pérdida de 121 pacientes durante el seguimiento hacen que se deban tomar los resultados con reserva.

Mama II

P11

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN MAYOR A 4 AÑOS TRAS QUIMIOTERAPIA INTENSIVA

M.J. Oruezábal Moreno*, M.^aR. Burón Fernández** y M. Martín Jiménez***

Sección de Oncología Médica. **Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro-Alcázar de San Juan. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.*

Introducción y objetivos. El cáncer de mama metastásico es, esencialmente, una enfermedad incurable, aunque un mínimo porcentaje de enfermas (4% a 5%) puede obtener con el tratamiento de quimioterapia, remisiones completas mantenidas en el tiempo, compatibles con curación de la enfermedad. Evaluar las características de las pacientes con cáncer de mama metastásico y supervivencia libre de progresión mayor a 4 años.

Materiales. Estudio retrospectivo de pacientes con cáncer de mama metastásico tratadas con quimioterapia de inducción e intensiva, independiente de la respuesta inicial lograda. Se incluyeron 82 enfermas diagnosticadas entre 1992 y 1997, analizando las características clínicas de las pacientes libres de progresión mayor a 4 años.

Resultados. Un grupo de 16 pacientes lograron una supervivencia libre de progresión prolongada, compuesto exclusivamente por mujeres con respuesta completa o no evidencia de enfermedad tras quimioterapia intensiva, y posterior radioterapia de consolidación. Después del tratamiento de quimioterapia intensiva nueve mujeres obtuvieron no evidencia de enfermedad y siete respuestas completas. El porcentaje de pacientes con supervivencia prolongada que recibieron quimioterapia adyuvante (62,5%) o quimioterapia adyuvante con adriamicina (25%) no diferió del resto de la población. Inversamente, las mujeres con mayor supervivencia libre de progresión tuvieron una mayor proporción de afectación de un solo órgano (76%) y partes blandas (69%) que el resto de la población.

Conclusiones. La respuesta lograda tras quimioterapia intensiva es determinante en la supervivencia libre de progresión de las pacientes con cáncer de mama metastásico. No está claro el beneficio de la conversión a respuesta completa o no evidencia de enfermedad tras la quimioterapia intensiva, en pacientes que lograron una respuesta parcial inicial.

P-12**AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (CM) TRATADOS CON TRASTUZUMAB**

L. Bellido Hernández, A. Ocaña Fernández, M. Ruiz Martín, M. Navarro Martín, D. Soto de Prado Otero, J. del Valle Zapico, C. Delgado Fernández, G. Martín García, E. Fonseca Sánchez y J.J. Cruz Hernández
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario. Salamanca.

Introducción y objetivos. La afectación metastásica en el SNC aparece en el 10%-15% de los pacientes con cáncer de mama metastásico. Sin embargo, dado que trastuzumab no atraviesa la barrera hematoencefálica se ha sugerido que en los pacientes tratados con este fármaco el riesgo de desarrollar metástasis cerebrales podría estar aumentado. El objetivo del estudio es describir la incidencia de afectación metastásica en el SNC en pacientes con cáncer de mama y sobreexpresión de HER2 que recibieron tratamiento con trastuzumab.

Materiales. Se revisaron las historias clínicas de 40 pacientes tratados en el Servicio de Oncología Médica. La información recogida se procesó en el programa estadístico spss 12.0.

Resultados. De un total de 40 pacientes estudiados 12 (30%) desarrollaron metástasis en el SNC. La mediana desde el diagnóstico de enfermedad metastásica hasta el diagnóstico de afectación del SNC fue de 32,5 meses (rango, 11-52), y desde el inicio del tratamiento con trastuzumab hasta el desarrollo de afectación del SNC fue de 15 meses (rango, 2-37). La mediana de supervivencia después del diagnóstico de afectación cerebral fue de 4 meses (rango, 2-12 meses). Cuando se diagnosticó afectación del SNC, 7 pacientes (58,3%) tenían respuesta clínica o estabilización de la enfermedad, y 25% tenían progresión a otro nivel; el resto de los pacientes no fueron evaluados. 83% de los pacientes presentaron afectación metastásica cerebral parenquimatosa y el 16,7% afectación solamente leptomeníngea.

Conclusiones. La incidencia de afectación metastásica del SNC en pacientes con cáncer de mama tratados con trastuzumab en nuestro estudio es superior a la observada en controles históricos. El papel que pueda jugar trastuzumab sobre la progresión metastásica en el SNC no es claro y se necesitan más estudios para evaluarlo.

P-13**VALOR DE LA SOBREEXPRESIÓN DE HER2 EN CÁNCER DE MAMA (CM). ANÁLISIS DE 200 PACIENTES**

C. Delgado Fernández, L. Bellido Hernández, A. Ocaña Fernández, M. Ruiz Martín, D. Soto de Prado Otero, J. del Valle Zapico, M. Navarro Martín, A. Gómez Bernal, C. Rodríguez Sánchez y J.J. Cruz Hernández
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario. Salamanca.

Introducción y objetivos. HER2 es un protooncogen que codifica para una proteína transmembrana con actividad tirosinkinasa. Se conoce que HER2 está sobreexpresado en el 25-30% de los cánceres de mama y que se asocia con peor pronóstico. Nuestro objetivo es describir la incidencia de HER2 en nuestros pacientes y estudiar la asociación de HER2 con otros factores pronósticos en cáncer de mama.

Materiales. Se estudiaron retrospectivamente 200 pacientes y se correlacionó la sobreexpresión de HER2 con estadio tumoral (I-IV), tamaño tumoral (> 5 cm, 5-2 cm, < 2 cm), receptores hormonales (RH+, RH-), edad (< 35 años, 35-55 años, > 55 años), grado nuclear (G1-3), número de ganglios (< 3, 3-9, > 9), y P53 (P53+ vs P53-). Para analizar los datos se utilizó el test estadístico de la chi-cuadrado.

Resultados. De los 200 pacientes, en 61 (34,7%) se encontró sobreexpresión de HER2. HER2 se asociaba con los siguientes factores de mal pronóstico: estadio (I: 15,3%, II: 39%, III: 35,6%, IV: 10,2% VS I: 29%, II: 44,9%, III: 18,7%, IV: 7,5%, p =

0,046), tamaño tumoral (> 5 cm: 17,3% vs 10,3%, p = 0,026), receptores hormonales (RH+: 41% vs 23%, p = 0,015), edad (< 35 años: 9,8% vs 2,6%, p = no significativo), P53 (P53+: 46,2% vs 34,2%, p = no significativo). Sin embargo, no se encontró asociación con el estado ganglionar, y el grado nuclear.

Conclusiones. En nuestro estudio, la mayoría de los factores de mal pronóstico se correlacionan con sobreexpresión de HER2, sugiriendo que HER2 confiere un peor pronóstico a los pacientes. Nuestros datos son similares a los ya descritos en la literatura.

P-14**EPIRRUBICINA (E) Y DOCETAXEL (T) EN ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA AVANZADO (CMA)**

C. Llorca Ferrándiz, G. Esquerdo Galiana y J.M. Cervera Grau

Unidad de Oncología. Hospital de Elda. Alicante.

Introducción y objetivos. Antraciclinas y Taxanos son los agentes más activos en el tratamiento del cáncer de mama. Epirrubicina muestra una actividad similar a la adriamicina, pero con menor cardiotoxicidad. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia y tolerabilidad de este régimen en primera línea de cáncer de mama metastásica.

Materiales. Veintisiete pacientes con cáncer de mama avanzado fueron tratadas en un único centro con Docetaxel 75 mg/m² y Epirrubicina 75 mg/m² administrados intravenosamente cada 3 semanas. No se permitió el uso profiláctico de G-CSF. La mediana de edad fue de 50 años (rango: 38-75), ECOG 0-1: 85,4%. El 88,9% recibieron quimioterapia adyuvante (51,9% antraciclinas). La mediana de localizaciones metastásicas fue 2 (63% ≥ 2), localizadas principalmente en hígado (44,4%), huesos (40,7%), pulmón (37,0%) y ganglios (35,5%).

Resultados. De los 26 pacientes evaluados 4 alcanzaron RC, 9 RP, 10 EE y 3 PE (1 paciente no fue evaluado), obteniéndose una tasa de respuesta objetiva del 48,1% (IC 95%: 29,3-67,0). Tras una mediana de seguimiento de 13,8 meses, la mediana del tiempo hasta la progresión fue de 10,4 meses y la mediana de la supervivencia global 17,8 meses. Se administraron un total de 144 ciclos (mediana 6, rango 2-8), 2 se retrasaron y en 14 hubo reducción de dosis. El 37% de los pacientes recibieron tratamiento con G-CSF. La toxicidad grado 3-4 por paciente fue: neutropenia (44,4%), náuseas/vómitos (14,8%), anemia (11,1%), plaquetopenia (7,4%) y estomatitis (7,4%). El 51,9% de los pacientes presentaron algún episodio de neutropenia febril, muriendo un paciente por esta causa. La toxicidad más frecuente grado 1-2 por paciente fue alopecia (100%), astenia (63%), anemia (51,9%), náuseas/vómitos (48,1%) y estomatitis (44,4%).

Conclusiones. La combinación de Docetaxel y Epirrubicina es un tratamiento efectivo en el cáncer de mama metastásico, presentando una elevada toxicidad hematológica (neutropenia y fiebre neutropénica) aunque manejable.

P-15**CÁNCER DE MAMA BILATERAL SINCRÓNICO Y METACRÓNICO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA**

A. Gascó Hernández, A. García Arias, M. Bellet Ezquerro, M. Gallén Castillo, J.M.^a Corominas Torres, J. Remón Masip, F. Maciá Guilá, I. Tusquets Trias de Bes y X. Fabregat Mayol
Servicio de Oncología Médica. Anatomía Patológica. Registro Hospitalario de Tumores. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y objetivos. La incidencia de cáncer de mama bilateral (CMB) varía entre el 3% y 8%. Dada la escasez de datos referentes a CMB, nos proponemos estudiar la correla-

ción histopatológica entre ambos tumores primarios y la supervivencia de pacientes con CMB en nuestro centro.

Materiales. Entre 1965 y 2003 se registraron 2.572 pacientes afectadas de cáncer de mama, identificándose 40 (1,5%) con CMB, de las que hemos podido analizar 29.

Resultados. La edad mediana fue 64 años (rango 42-82); postmenopausia: 83% al diagnóstico del primer tumor (A) y 93% en el segundo tumor (B); metacrónicos: 59% (tiempo mediano a la aparición del segundo tumor: 6,5 años). Historia familiar de cáncer de mama (primer grado): 26%. Tratamientos (A): mastectomía: 28%, tumorectomía: 72%, adyuvancia con quimioterapia, tamoxifeno y radioterapia: 41%, 59% y 76% respectivamente. Estadificación (A): 0: 19%, I: 37%, II: 15%, III: 30%. Histología (A): CDI: 61%, CLI: 11%, CDI+CLI: 7%. Tratamientos (B): mastectomía: 41%, tumorectomía: 59%, adyuvancia con quimioterapia, tamoxifeno y radioterapia: 38%, 76% y 66% respectivamente. Estadificación (B): 0: 16%, I: 48%, II: 36%. Histología (B): CDI: 59%, CLI: 10%, CDI+CLI: 14%. Se objetivó concordancia histológica entre A y B en el 73% de casos. Hubo concordancia en receptores de estrógeno y progesterona en el 74% y 58% de casos, respectivamente. No hubo correlación en el grado histológico. Con una mediana de seguimiento de 5 años sólo se ha observado un éxito en el grupo de CMB sincrónico.

Conclusiones. 1) El CMB es una entidad poco frecuente; 2) El porcentaje de carcinoma lobulillar (puro y mixto) es algo superior con respecto a las series de CMB y 3) Hay una alta concordancia en tipo histológico y positividad de receptores hormonales. Está previsto completar este estudio realizando la determinación de erbB-2 y p53.

P-16

QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN Y ADYUVANTE CON EPIRUBICINA Y DOCETAXEL EN CÁNCER DE MAMA

A. Galán Brotons, V. Giner Marco y J.M.^a Vicent Verge
Servicio de Oncología. Hospital de Sagunto. Sagunto. Valencia.

Introducción y objetivos. Valorar las respuestas patológicas en cáncer de mama tras tratamiento con epirubicina y docetaxel. Valorar la supervivencia y el intervalo libre de enfermedad.

Materiales. En 2004 iniciamos un programa de tratamiento para cáncer de mama, en estadios II ($T > 3$ cm) y III, con epirubicina: 75 mg/m²; y docetaxel: 75 mg/m², cada 21 días. Se administraron 4 ciclos antes de cirugía, y dos después. Hemos tratado 23 pacientes con edades comprendidas entre 38 y 68 años (promedio de 55,6). Como tratamiento complementario a la quimioterapia se añadió prednisona 50 mg por vía oral, 5 dosis en cada ciclo; ondansetron durante 3 días; y GCS-F (filgastrin) durante 5 días, para corregir las alteraciones tóxicas derivadas de la quimioterapia.

Resultados. En 4 casos se realizó mastectomía radical y en los otros 19 cirugía conservadora más linfadenectomía axilar. Tras la cirugía todas las pacientes recibieron dos nuevos ciclos de la misma quimioterapia; radioterapia en aquellas en las que se realizó cirugía conservadora y tratamiento hormonal cuando expresaron receptores para estrógenos y progesterona. Se comprobaron dos respuestas completas patológicas (8,7%); 9 respuestas parciales (39%); 8 en situación de enfermedad estable (34,8%) y en 4 (17,4%) pacientes progresó la enfermedad tras la quimioterapia de inducción. Toxicidad grado III: alopecia en todos los casos; neutropenia 9 episodios que requirieron hospitalización, aunque se resolvieron satisfactoriamente y pudo continuarse el tratamiento. Toxicidad grado II: náuseas y vómitos 15 episodios; astenia 14; diarrea 7; anemia 5; mucositis y disgeusia 4; alteraciones ungueales y erupciones cutáneas 5.

Conclusiones. El empleo de estos fármacos, la medicación concomitante y los episodios de hospitalización, han incrementado el coste terapéutico, sin obtener un beneficio clínico

co significativo. El pequeño número de pacientes tratadas y el corto espacio de tiempo transcurrido, es todavía insuficiente para obtener conclusiones definitivas. Continuamos el estudio con este grupo de pacientes para ampliar los datos y conocer su evolución.

P-17

PRESENCIA DE LA MUTACIÓN 1100delC DEL GEN CHEK2 EN POBLACIÓN VASCA CON CÁNCER DE MAMA FAMILIAR

C. Martínez Bouzas¹, E. Beristain Mendizabal¹, I. Guerra Merino², J. Gorostiaga Ayastuy², J.L. Mendizabal Urizar², J.L. de Pablo Lozano², E. García Alegría¹, A. Sanz Parra¹ y M.^aI. Tejada Mínguez¹

¹Laboratorio de Genética Molecular. Hospital de Cruces. Barakaldo-Bizkaia. ²Unidad de Patología mamaria. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Introducción y objetivos. El gen CHEK2 forma parte de la vía del gen p53 modulando su función en respuesta al daño en el ADN, por lo que se le considera un buen gen candidato de predisposición al cáncer de mama. La mutación germinal 1100delC -que trunca la proteína CHEK2- es considerada hoy como un alelo de susceptibilidad al cáncer de mama de baja penetrancia. Un estudio realizado en población finlandesa mostró una alta frecuencia de esta mutación en población con cáncer de mama familiar respecto a la población control (5,5% frente al 1,4% o 1,1%). Recientemente ha sido publicado un trabajo en población española donde no se ha encontrado la mutación 1100delC, concluyendo que está ausente o es muy infrecuente en España. La población del País Vasco no fue incluida en el estudio, por ello nos planteamos como objetivo establecer la presencia o ausencia de esta mutación.

Materiales. El análisis de la mutación 1100delC se ha analizado en 282 mujeres, de las cuales 162 estaban diagnosticadas de cáncer de mama y otras 120 eran población control de la misma región. Se incluyen los casos con mutaciones en BRCA1 y BRCA2, por ser todas *missense*.

Resultados. La mutación CHEK2*1100delC se ha encontrado en el 1,2% (2/162) de los casos con cáncer de mama, y en ningún caso en la población control. Las dos pacientes que presentaron la mutación fueron diagnosticadas de cáncer de mama antes de los 40 años y ambas tienen familiares de primer grado con cáncer de mama.

Conclusiones. Nuestros datos en la población del País Vasco se asemejan más a los publicados por otros autores en población anglosajona que a los publicados en población española. Se podría pensar que la mutación CHEK2*1100delC aumenta la incidencia de cáncer de mama en la población del País Vasco.

P-18

CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS DURANTE 29 AÑOS EN UN GRUPO DE PACIENTES DE LA PROVINCIA DE LAS PALMAS. IMPORTANCIA DE CONTAR CON UNA BASE INFORMATIZADA DE DATOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS

J. Aguiar Morales¹, A. Murias Rosales², U. Bohn Sarmiento¹, P. Jiménez Medina³, V. Vega Benítez², M. Winter Navarro⁴, R. Chirino Godoy⁴, B. Díaz Chico⁴ y J.C. Díaz Chico⁴

¹Oncología Médica. Hospital Dr. Negrín. ²Oncología Médica y Cirugía. Hospital Insular. ³Ginecología. Hospital Materno Infantil. ⁴Dpto. de Bioquímica, Biología Molecular y Fisiología. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos. El acceso a la información de los pacientes oncológicos permiten realizar estudios epidemio-

lógicos, clínicos y/o básicos. El objetivo es la creación de una base de datos central informatizada a partir de las historias clínicas de pacientes con cáncer de mama.

Materiales. Revisión de las historias clínicas de todas las pacientes con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en los Hospitales Universitarios Dr Negrín, Insular y Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. De cada historia clínica se obtuvieron más de 70 variables, englobadas en cinco grupos: datos demográficos, antecedentes, diagnóstico clínico-patológico, tratamiento y evolución clínica.

Resultados. Entre febrero y diciembre de 2004 se incluyeron datos de 1.500 pacientes diagnosticadas entre enero de 1975 y diciembre de 2004. Sobre el comportamiento de las variables durante el periodo de diagnóstico, destacan dos aspectos: 1) La detección mamográfica aumentó sensiblemente, pasando del 10,1% en el 1990-94, al 28,4% en el 95-99 y al 37,6% en el 00-fin del estudio ($p < 0,0001$) y 2) Entre los tumores operados, la frecuencia del T1 aumentó y la del T2 disminuyó, constituyendo el T1 el 29,2% en el 90-94, el 36,3% en el 95-99 y el 45,5% en el 00-fin del estudio ($p < 0,0001$).

Conclusiones. Nuestro análisis preliminar muestra que el diagnóstico del cáncer de mama ha evolucionado favorablemente en nuestra provincia. Este estudio ha sido financiado por el Instituto Canario de Investigación del Cáncer (ICIC).

P-19

FRECUENCIA DE PROGRESIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE HAN RECIBIDO TRASTUZUMAB

R. Lara López-Dóriga, M.^aE. Ortega Izquierdo, R. Lastra del Prado, E. Aguirre Ortega, J. Lambea Sorrosal, J.I. Mayordomo Cámara, R. Andrés Conejero, P. Escudero Emperador, D. Isla Casado y A. Tres Sánchez

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos. La historia natural del cáncer de mama que sobreexpresa erb-B2 se caracteriza por un curso clínico agresivo. El impacto del uso del trastuzumab en el desarrollo metastásico de la enfermedad no es bien conocido todavía a día de hoy.

Materiales. En el período comprendido entre agosto 2002 y octubre 2004 se ha evaluado retrospectivamente la frecuencia de progresión a nivel del sistema nervioso central en 20 pacientes con erb-B2 sobreexpresado (Herceptest +++ por inmunohistoquímica) en mujeres con cáncer de mama metastásico que habían recibido algún tipo de protocolo de tratamiento que contenía trastuzumab.

Resultados. La mediana de edad fue de 61,6 años (rango: 41-89). Las localizaciones metastásicas fueron: hígado (8 pacientes); pulmón (4 pacientes); hueso (8 pacientes) y tejidos blandos (8 pacientes). Se utilizaron 3 esquemas diferentes de tratamiento: trastuzumab semanal + vinorelbina (4 pacientes); trastuzumab semanal + paclitaxel + gemcitabina (11 pacientes); trastuzumab semanal + paclitaxel + myocet (5 pacientes). Con una mediana de seguimiento de 10 meses o hasta el fallecimiento, 4 pacientes (20%) habían progresado. Las localizaciones más frecuentes de progresión fueron en el sistema nervioso central: 3 pacientes (75%) y en el hígado: 1 paciente (25%).

Conclusiones. La frecuencia de progresiones en el sistema nervioso central en pacientes con cáncer de mama metastásico erb-B2 +++ que reciben un tratamiento que contiene trastuzumab es elevada. Los datos publicados hasta la fecha son similares a los obtenidos en nuestro estudio. Es necesario estudios más amplios que determinen la influencia de dicho factor en este tipo de pacientes.

P-20

ANÁLISIS PRECOZ DE LA TOXICIDAD CARDÍACA AGUDA TRAS RADIOTERAPIA MEDIANTE ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA (VFC) Y ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

A. Méndez Villamón, L.M. Álvarez de la Fuente*, P. Serrano Aísa*, R. Ibáñez Carreras, M. Valero Lanzuela, J. Valencia Julve**, A. Antón Torres***, P. Mateo Gascón**** y F. Solsona Motrel

*Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet. *Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario. **Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario. ***Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Miguel Servet. ****Grupo de Tecnologías de las comunicaciones del C.P.S. de la Universidad de Zaragoza.*

Introducción y objetivos. A la toxicidad inducida por la quimioterapia se suma la toxicidad inducida por la radioterapia en pacientes tratadas con cáncer de mama izquierda y tratadas con quimioterapia y radioterapia. Debido a la larga latencia en el tiempo para la aparición de manifestaciones clínicas a consecuencia del tratamiento con radioterapia nos planteamos realizar un estudio para valorar de forma precoz el daño cardíaco agudo, mediante análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y ecocardiografía.

Materiales. Seleccionamos 38 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, entre octubre de 2001 y octubre de 2002. Todas ellas fueron tratadas con cirugía y tratamiento complementario con quimioterapia y radioterapia. A todas las pacientes se les realizaron tres estudios de variabilidad de la frecuencia cardíaca y tres estudios Eco cardiográficos. El primer estudio en situación basal previo al tratamiento con quimioterapia (T1) el segundo tras finalizar la quimioterapia (T2) y el tercer estudio al mes de finalizar la radioterapia (T3).

Resultados. Mediante un análisis bivariado con la U de Mann-Whitney no observamos diferencias estadísticamente significativas en el análisis de variabilidad de frecuencia cardíaca realizado en T2 y T3. Tampoco obtuvimos diferencias estadísticamente significativas al comparar las pacientes que habían recibido radioterapia en la mama derecha frente a la izquierda. Obtuvimos diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que habían recibido radioterapia en la cadena ganglionar mamaria interna izquierda frente al resto. En el estudio ecocardiográfico únicamente se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de la función diastólica (onda E) de las pacientes que habían recibido radioterapia en la cadena ganglionar mamaria interna izquierda.

Conclusiones. Las alteraciones detectadas, cuantificadas como descenso de la VFC, podrían considerarse como un marcador de cardiotoxicidad, que eventualmente sería más precoz y sensible que la ecocardiografía. En ningún caso las alteraciones de la variabilidad de la frecuencia cardíaca se asocian a clínica cardiológica.

Traslacional

P-21

ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE PSEUDOGENES DEL ISOTIPO 1 BETA TUBULINA EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS Y SU RELACIÓN CON LA RESISTENCIA A DOCETAXEL

C. Belda-Iniesta¹, R. Perona², J. de Castro Carpeño¹, R. Machado Pinilla², E. Casado¹, C. Menguán-García², M.^a Sereno Moyano¹, J. Barriuso¹, J. Feliú Batlle¹ y M. González Barón¹

¹Unidad de Oncología Traslacional. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

²Unidad de Oncología Traslacional. Instituto de Investigaciones Alberto Sols. CSIC. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Introducción y objetivos. Las distintas variantes químicas de los taxanos están consideradas como tratamientos de prime-

Tabla 1 (P-21)

Primers	Número de acceso ENSEMBL/GENSCAN	Secuencia (5-3')	Referencia
A	ENSG00000137379 (isotipo 1 beta tubulina; intrón 3)	Fw CCCTGTTAATTAGCTTTTCT Rv CCGTAGGTTGGTGTGGTCA	De Castro et al, 2003
B	ENSG00000137379 (isotipo 1 beta tubulina; exón 4)	Fw CTCGATACTGCTGGCTTCCACG Rv CGGGGATCTGAACCACCTT	Monzo et al, JCO 1999
C	GENSCAN00000063960 (pseudogén cr 8)	Fw GTGTGGTGCCTTCACCCAAAGTGTCTGAC Rv GGCCGTGCTACTGCCGATGAAGG	
D	OTTHUMG00000014655 (pseudogén cr 6)	Fw CTGACCAGTGAAGACAGCAGCC Rv GACCCCACCATCACCTACCATG	

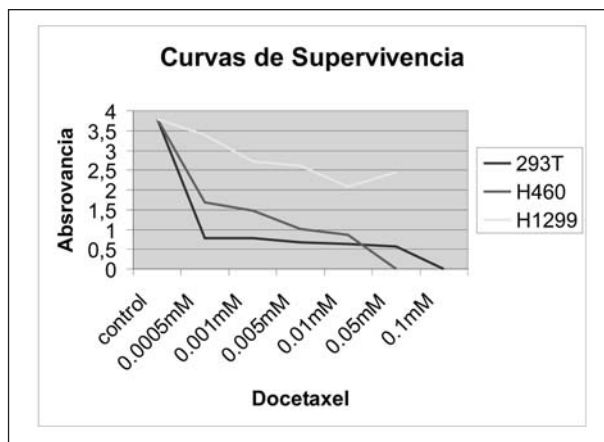


Fig. 1

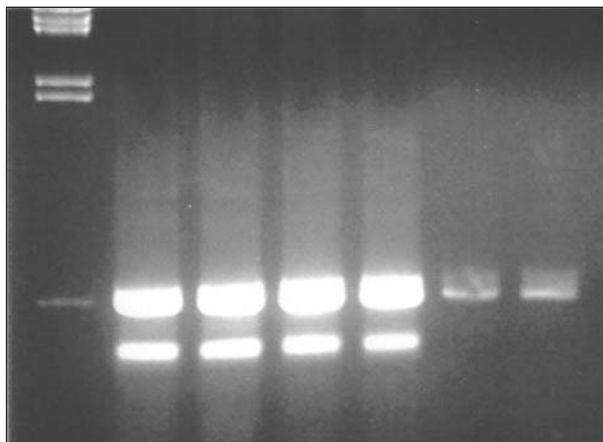


Fig. 2

ra y segunda línea en CPCNP. Los mecanismos de resistencia a taxanos más estudiados son aquellos relacionados con mutaciones de beta tubulina. Múltiples estudios han descartado la existencia *in vivo* de estas mutaciones. Sin embargo, se ha sugerido la presencia de interferencias de sus pseudogenes con la respuesta a los taxanos. El objetivo fundamental de este estudio es evaluar la expresión de los todos los pseudogenes de beta tubulina, así como su relación con la resistencia a taxanos en líneas celulares de CPCNP.

Materiales. Se realizaron curvas de supervivencia de las líneas de CPCNP (H460 y H1299) y 293T (control), tras trata-

mientos a dosis crecientes de docetaxel, utilizando el método de violeta cristal. Se extrajo DNA genómico y RNA total a idénticas concentraciones para cada línea. Se secuenció el exón 4 de beta tubulina (primers A y B). La pareja A se diseñó sobre el intrón 3 mientras que la pareja B se diseñó sobre el exón 4 homólogo con los distintos pseudogenes del citado gen. Se realizó RT-PCR (primers C y D) sobre los pseudogenes de beta tubulina que poseían regiones con pauta abierta de lectura en cualquier dirección (tabla 1).

Resultados. Sólo existe expresión del pseudogén de beta tubulina con n.º acceso GENSCAN00000063960. Existen diversos patrones de expresión de GENSCAN00000063960 en función de la IC 50% para docetaxel de cada línea celular así como de sus características fenotípicas.

Conclusiones. Estos datos sugieren potenciales implicaciones de los pseudogenes de beta tubulina en la biología del cáncer y en la resistencia a taxanos. Existe una alta homología entre esta secuencia y ciertos *housekeeping* empleados en cuantificación lo cual puede implicar dificultades para interpretar resultados normalizados con secuencias similares.

P-22

MICROMATRICES DE CDNA MICROARRAYS EN ONCOLOGÍA. ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE DATOS Y PROPUESTA DE UN NUEVO MÉTODO

P. Gómez Vilda*, F. Díaz Pérez*, E. García-Rico**, N. Martínez Jáñez** y M.F. Paz de Paz**

*Universidad Politécnica de Madrid **Hospital Madrid-Montepríncipe. Madrid.

Introducción y objetivos. Actualmente se está introduciendo el análisis de expresión masiva de cientos de genes en paralelo para la definición de patrones con valor predictivo o pronóstico en oncología. El método más utilizado es el de *Affymetrix*. En este trabajo se analiza el procedimiento de adquisición de datos más frecuentemente utilizado y se propone un nuevo método.

Materiales. Se analizaron 10 muestras de pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal y sus correspondientes controles de tejido normal. Se utilizó el programa desarrollado por "Affymetrix" para el análisis de las imágenes producto de la hibridación y para la selección del rango de valores a los que se atribuye significación. En paralelo, se aplicó un programa alternativo contemplando múltiples factores que influyen en la hibridación y mediante un análisis multivariante se realizó una interpretación escalar de los resultados.

Resultados. En el procedimiento convencional se desestima entre el 80% y el 90% de la información (interpretada como ruido) potencialmente significativa.

Conclusiones. Demostramos las posibilidades del análisis escalar de los datos adquiridos en la hibridación de micromatrices de cDNA. En el futuro deberá demostrarse el valor

de esta técnica una vez correlacionados los resultados con la evolución clínica de los pacientes.

P-23

LECTINAS Y CÁNCER

C. Guzmán-Bistoni, E. Triguboff, N. Evora, A. Rodríguez, T. Gallardo, A. Rita Szurba, J. García-Tamayo y E. Blasco-Olaetxea

Instituto Investigación y Ciencia de Puerto del Rosario-Fuerteventura. Novaph. Maracaibo, Venezuela, Instituto Canario de Investigación del Cáncer ICIC y Hospital de Fuerteventura.

Introducción y objetivos. Todas las lectinas reconocen específicamente residuos carbohidrato relacionados con los antígenos de grupo sanguíneo. Mediante técnicas inmunohistoquímicas forman un sistema extraordinariamente sensible para reconocer azúcares de la superficie de la membrana celular, lo que ha llevado a conocer que el patrón de glicosilación de la superficie de las células experimenta cambios característicos durante la diferenciación celular, produciéndose cambios en los procesos de transformación neoplásica. Las interacciones Lectina-carbohidrato juegan un importante papel en el reconocimiento célula a célula, en las regulaciones de las funciones biológicas y en el crecimiento celular.

Materiales. Se estudió la expresión de glicoproteínas de la membrana celular de tejido humano normal y tumoral utilizando diferentes lectinas (*arachis hypogaea*, *Helix pomatia*, Jacalina, *Artocarpus intergrifolia*, *Ulex europeus* y *Viscum album*) mediante una técnica de inmunoperoxidasa.

Resultados. Hemos encontrado alteraciones en la expresión de los carbohidratos reconocidos por las diferentes lectinas en todos los tipos de tumores estudiados.

Conclusiones. Nosotros pensamos que los carbohidratos reconocidos por las Lectinas forman un complejo código de señales biológicas celulares, codificado genéticamente que interviene en los procesos de diferenciación, crecimiento y reconocimiento celular, produciéndose importantes modificaciones en los procesos neoplásicos, pudiéndose ser útiles en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer.

P-24

PAPEL EN LA ONCOGÉNESIS DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES DE LAS FOSFATASAS DE LA PROTEÍNA TIROSINA

J.J. Lambea Sorrosal, J. Godino Gómez, I. Marcos Campos, J.I. Mayordomo Cámara, R. Lara Doriga, E. Ortega Izquierdo, R. Lastra del Prado, E. Aguirre Ortega, W. Storkus y A. Tres Gómez

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Introducción y objetivos. Las fosfatasa de la proteína tirosina (PTPs) desprenden el fósforo de los receptores de la tirosinkinasa activados, reciclándose a la superficie. Hay varios tipos de PTPs: LMW-PTP, PTP-1B, SH-PTP-1. En algunos tipos de tumores hay sobreexpresión de las mismas, ello produce disregulación en los receptores de la tirosinkinasa, traduciéndose en un comportamiento clínico más agresivo. Estudiamos la expresión de PTPs en carcinoma de células renales, un tumor agresivo, con la hipótesis de que inhibidores de estas PTPs pueden modificar el curso desfavorable favoreciendo la degradación de receptores de tirosinkinasa.

Materiales. Utilizamos 5 líneas celulares murinas de carcinoma de células renales, mantenidas en cultivo, facilitadas por Hillman Cancer Center Institute (University of Pittsburgh, USA). Como control, una línea celular murina superponible al tejido renal normal (HK) Mediante WesternBlot identificamos las PTPs sobreexpresadas en comparación con tejido normal y utilizarlo como referencia la expresión de beta-actina, presente en todas las células. Posteriormente se calculan las ratios de expresión comparadas con la del tejido normal. Para el análisis estadístico utilizamos la aplicación informática Excel Microsoft.

Resultados. Encontramos sobreexpresión de los 3 tipos de PTPs en las 5 líneas celulares en comparación con tejido sano. Solo en 2 líneas celulares hay una menor expresión de SH-PTP1 (SLR24, SLR2175) y en LMW-PTP hay expresión superponible a la del tejido normal en SLR20. En los 12 casos restantes, las PTPs tienen una expresión como mínimo 1,5 veces superior a la del tejido normal.

	Líneas celulares					
	SLR20	SLR21	SLR22	SLR24	SLR2175	HK
PTP-1b	1,515152	7,878788	1,515152	1,839827	1,641414	1
SH-PTP-1	5,3	3,565455	2,201538	0,574167	0,513182	1
LW-PTP	1,111111	2,875817	1,919192	2,60771	1,666667	1

Conclusiones. Las fosfatasa de la proteína tirosina están sobreexpresadas en líneas celulares murinas de carcinoma de células renales, es un dato a favor de que aumentan la agresividad tumoral. Se plantea la hipótesis de que tratamientos basados en inhibidores de las mismas, para evitar el reciclaje de los receptores de tirosina cinasa a la superficie, alterarían el curso de la enfermedad. Esta hipótesis requeriría estudios posteriores para su validación.

Viernes, 24 de junio Sala Hipóstila

Gastrointestinal no colorrectal

P-25

GEMCITABINA EN INFUSIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

N. Fuente Fernández, M. Sh Jangi, I. Rubio Etzebarría, T. Pérez Hoyos, J.M. Mañe Martínez, R. Barceló Galíndez, A. Martínez Bueno, A. Gil-Negrete Laborda, S. Carrera Revilla y G. López Vivanco
Servicio de Oncología Médica Hospital de Cruces. Osakidetza/SVS.

Introducción y objetivos. El tratamiento con gemcitabina en el cáncer de páncreas ha demostrado conseguir tanto un beneficio clínico como un discreto aumento en la supervivencia. La gemcitabina administrada en infusión i.v. de 10 mg/m²/min, tiene un mejor perfil farmacocinético que la dosis estándar, con un incremento de la concentración intracelular de trifosfato de gemcitabina. En un estudio fase II publicado se ha demostrado la eficacia del tratamiento con gemcitabina en infusión prolongada. Comunicamos la actividad y la toxicidad de este esquema en nuestra población de pacientes con carcinoma de páncreas localmente avanzado o metastásico en primera línea.

Materiales. Criterios de inclusión: adenocarcinoma de páncreas, ECOG: 0-2, consentimiento informado, no haber recibido tratamiento para la enfermedad metastásica. Características de los pacientes: Entre septiembre-03 a octubre-04 fueron incluidos 14 pacientes (pts). Edad mediana 60 años (rango 44-74). Hombres/mujeres: 11/3 ECOG 0/1/2: 0/12/2. Localmente avanzado 2, metastásico 12. Localizaciones metastásicas: hepáticas 9, pulmonares 2, peritoneal 1, oseas 1. Esquema: GEMCITABINA 1.500 mg/m² a pasar en infusión de 10 mg/m²/min días 1,8.15 cada 28 días.

Resultados. Se han administrados 74 ciclos (mediana 5,29 rango 1-15). Respuesta objetiva evaluable en 12 pacientes: RP 2 (16%), EE 6 (50%), PE 4 (33,3%), RO 16,6%. Mejoría clínica en 5 pacientes (35,7%). Toxicidad grado 2/3/4 (NCI-CTC v2.0) por ciclo (14 pts evaluables). Neutropenia 4/3/1, trombopenia 1/1/1, anemia 3/1/0, astenia 5/9/2 y náuseas 5/1/0. La mediana de supervivencia libre de progresión ha sido de 19 semanas (IC 95%: 9-28) y la mediana de supervivencia global 42 semanas (IC 95%: 30-54) (Kaplan-Meier).

Conclusiones. El tratamiento con gemcitabina en infusión prolongada es un esquema activo, bien tolerado. La supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global parece superior que la gemcitabina en infusión 30'.

P-26

ESTUDIO FASE II DE LA ADMINISTRACIÓN DE CISPLATINO Y IRINOTECÁN EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

A.M.^a Sánchez Peña, I. Díaz Padilla, B. Martínez Amores Martínez, M. Martín Angulo, M. Pérez Pérez, A. Ballesteros García, O. Donnay, U. Jiménez y A. Velasco
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos. El objetivo del estudio es determinar el perfil de toxicidad del tratamiento y la tasa de respuestas clínicas y secundariamente evaluar la duración del

intervalo libre de enfermedad (ILE) y la supervivencia global.

Materiales. Desde enero de 2000 a diciembre de 2004 se han incluido 21 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico avanzado 6 recidivas, 1 estadio IIIA, 1 estadio IIIB y 13 estadio IV. Veintiuno fueron evaluables para toxicidad y respuesta. Los pacientes recibieron cisplatino 50 mg/m² más irinotecán 65 mg/m² semanal por 4 semanas con 2 semanas de descanso. De los 21 pacientes 5 mujeres (24%) y 16 varones (76%) con una mediana de edad de 61 años (58-75). Las localizaciones de las lesiones son: óseas (2/21), hepáticas (6/21), ganglionares (14/21), peritoneo (2/21), pulmonares (6/21), ovario (1/21) y muñón gástrico (2/21).

Resultados. La media de dosis administradas fue de 12 dosis (5-24 dosis). 3 pacientes suspendieron el tratamiento (1 isquemia grado III, 1 isquemia grado IV, 1 diarrea grado IV). 6 necesitaron reducción de dosis (1 anemia grado III, 1 trombopenia grado III, 1 neutropenia grado III, 2 diarrea grado III). 14 sufrieron retrasos (6 neutropenia grado III, 2 anemia grado III, 2 trombopenia grado III, 2 diarrea grado III, 2 vómitos grado III). Las respuestas clínicas alcanzadas fueron: 5 RC (14%), 5 RP (14%), 7 estabilizaciones (33%) y 8 progresiones (39%) con una respuesta global del 28%. En el momento del análisis 12 pacientes han recidivado con una mediana de duración del ILE de 18 semanas (4-58 semanas). 17 de los 21 pacientes incluidos fallecieron con una mediana de supervivencia de 10 meses (5-39 meses). La toxicidad del tratamiento se muestra en la tabla.

	Efectos adversos (% pacientes)	
	GI/GII	GIII/GIV
Anemia	52	14
Neutropenia	14	14
Trombopenia	29	32
Diarrea	34	14
Anorexia	9	—
Astenia	19	14
Cardiológico	5	10
Pérdida de peso	9	—
Dolor abdominal	14	5
Vómitos	23	14
Neurológicos	9	—

Conclusiones. El esquema semanal de la combinación cisplatino más irinotecán no muestra mejores resultados que las pautas estándares en primera línea de cáncer gástrico avanzado, con una toxicidad manejable.

P-27

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CARCINOMA GÁSTRICO

J. Garde Noguera, A. Juárez Marroquí, V.I. González-Cruz, J. Gavilá Gregori, C. Caballero Díaz, M.^aJ. Safont Aguilera, A. Blasco Cordellat, J. Pastor Peidro, A. Hernández Machancoses y C. Camps Herrero
Servicio de Oncología Médica. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción y objetivos. La resección quirúrgica del adenocarcinoma gástrico sólo consigue la curación en el 40% de los casos. En septiembre de 2001, Macdonald et al, comunicaron sus resul-

tados con quimiorradioterapia adyuvante, encontrando un aumento en supervivencia global (36 frente a 27 meses), y tiempo libre de enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es comprobar la reproducibilidad de dichos datos en nuestro entorno.

Materiales. Análisis preliminar retrospectivo de los pacientes intervenidos de Adenocarcinoma gástrico entre mayo de 2001 y diciembre de 2004, tratados con quimiorradioterapia adyuvante según esquema de Macdonald.

Resultados. Dieciocho pacientes analizados; edad media 59 años, 14 varones y 4 mujeres. PS 0 (80%) y 1 (20%). Diez pacientes (55%) estadio II, siete (39%) estadio IIIA y un paciente IIIB (6%). Ocho pacientes fueron sometidos a linfadenectomía D1 (44%), ocho a linfadenectomía D2 (44%), 1 paciente D3 y en otro no se realizó linfadenectomía. Número medio de ganglios extirpados 14 y margen quirúrgico medio de 3 cm. Tras un seguimiento medio de 19 meses, no se han alcanzado las medianas de supervivencia global ni libre de recaída. Sólo 2 pacientes han recidivado. El resto terminaron su tratamiento y continúan en seguimiento libres de enfermedad. Dosis media de radioterapia recibida 44,5 Gy, y número medio de ciclos de quimioterapia 4,5. Siete pacientes (40%) presentaron retrasos en el tratamiento, disminuyendo dosis en 2 (11%). Un paciente presentó toxicidad G3 gastrointestinal, y 7 pacientes (40%) toxicidad hematológica (neutropenia G3-4).

Conclusiones. Pese al corto tiempo de seguimiento, nuestros resultados reproducen el estudio de McDonald, sugiriendo que el tratamiento adyuvante quimiorradioterápico ofrece una mejora en la supervivencia global y tiempo libre de enfermedad con una toxicidad aceptable.

P-28

CISPLATINO, 4-EPIADRIAMICINA Y UTEFOS COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO (CGA)

L. Vázquez Tuñas, C. López Jato, M. Gentil González, J. Carrasco Álvarez, M. Lázaro Quintela, M. Jorge Fernández y J. Castellanos Díez
Complejo Hospitalario Universitario Xeral Cies. Vigo.

Introducción y objetivos. La mayoría de los pacientes con carcinoma gástrico desarrollan metástasis en algún momento de su enfermedad y un elevado porcentaje se diagnostican en fases localmente avanzadas. La combinación 4-Epi, cisplatino y 5-FU se asocia a tasas de respuesta elevadas. El ensayo clínico randomizado de Webb y Cunningham (JCO, 1997) la compara frente al esquema FAMTX obteniéndose mejores resultados en términos de respuesta y supervivencia para el grupo de pacientes tratados con EFC. Decidimos realizar un análisis retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro con esquema similar pero con fluoropirimidinas orales.

Materiales. Análisis retrospectivo de los pacientes con CGA tratados con: Cisplatino (60 mg/m² d1 cada 21), 4-epiadriamicina (60 mg/m² d1 cada 21) y UTEFOS (400 mg/8 h d1-14 cada 21) desde 01/01/00 al 31/12/03.

Resultados. Se han incluido 14 pacientes, 11 evaluables y 3 no evaluables: 9V/5M, mediana de edad 59 años. ECOG 0-1 en el 80%. La localización más frecuente encontrada es el antro (53,8%). La mayoría de los tumores son de tipo intestinal (60%), frente a los subtipos difusos y mixto de la clasificación de Lauren. La toxicidad más significativa fue la hematológica con neutropenia grado 3-4 en 10 de los 14 pacientes en algún momento del tratamiento. La mediana de supervivencia global encontrada es de 8,5 meses (1-50). Se obtuvieron 9% respuestas completas (1 p), 9% respuestas parciales (1 p), 27% estabilizaciones (3 p), 54% progresiones (6 p) (criterios RECIST).

Conclusiones. Se trata de un esquema de quimioterapia con resultados aceptables en términos de supervivencia global y beneficio clínico del 45%, a expensas de una toxicidad hematológica considerable.

P-29

TRATAMIENTO ORAL EN EL CARCINOMA DE VÍAS BILIARES

P. Bueso Inglán y J. Florián Gericó

Unidad de Oncología Médica. Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción y objetivos. Los tumores malignos de las vías biliares son relativamente raros en nuestro medio (aproximadamente 2 casos por 100.000 habitantes). Tradicionalmente se han dividido en tumores de vesícula biliar (VB), de conductos biliares y de la región periampular. Los tipos histológicos más frecuentes son el adenocarcinoma de la VB y el de los conductos biliares o colangiocarcinoma. Tumores con muy mal pronóstico, cuyo tratamiento de elección es la cirugía, aunque entre el 50%-90% de pacientes presentan enfermedad irsecable al diagnóstico. Los regímenes de quimioterapia más utilizados incluyen cisplatino, 5-fluoracilo y gemcitabina con tasas de respuestas en torno al 30% y medianas de supervivencia que no superan los 12 meses.

Materiales. Comentamos tres casos de carcinoma de vías biliares tratados en el Hospital de Barbastro con capecitabina oral a dosis de 1.250 mg/m² cada 12 horas durante 14 días en ciclos de 3 semanas.

Resultados. Paciente A: varón de 69 años diagnosticado de adenocarcinoma de VB estadio IV (metástasis hepáticas) recibió tratamiento durante 5 meses con buena tolerancia, mejoría clínica y estabilización por imagen tras el tercer ciclo. Actualmente se encuentra vivo con enfermedad (7 meses de supervivencia tras el diagnóstico). Paciente B: mujer de 77 años diagnosticada de recidiva irsecable de adenocarcinoma de vías biliares, recibió tratamiento durante 6 meses con respuesta parcial. El tratamiento se suspendió por toxicidad palmo-plantar grado 3. Actualmente se encuentra viva con enfermedad a los 16 meses de la recidiva. Paciente C: varón de 75 años diagnosticado de adenocarcinoma de la región ampular estadio IV (metástasis hepáticas). Actualmente, tras 5 meses del diagnóstico se encuentra en tratamiento con buena tolerancia y respuesta parcial mantenida.

Conclusiones. El tratamiento paliativo con capecitabina oral en esta patología es bien tolerado y en nuestra experiencia, dadas las respuestas y supervivencia de estos tres pacientes podría ser considerado como una opción de tratamiento.

P-30

AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL PORCENTAJE DE PACIENTES CON RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN GUIADA POR TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO

A. Irigoyen Medina, A. Mansilla Roselló*, A. Rodríguez Fernández**, R. del Moral Ávila***, J.R. Delgado Pérez, E. González Flores, P. Ballesteros García, R. Luque Caro, V. Conde Herrero y J. Belón Carrión

*Servicios de Oncología Médica. *Cirugía General, **Medicina Nuclear, y ***Oncología Radioterápica. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada.*

Introducción y objetivos. La incidencia de adenocarcinoma esofágico está aumentando. La reducción de la captación tumoral de flúor-18-fluorodeoxiglucosa (FDG) a los 14 días del inicio de tratamiento (T) predijo la respuesta clínica con una especificidad y sensibilidad de 93% y 95% respectivamente. Objetivo: aumentar el porcentaje de pacientes (p) respondedores en cáncer de esófago y unión esofagogástrica mediante la quimioterapia (Q) guiada por PET.

Materiales. PET previo a: Un ciclo de Cisplatino (100 mg/m² día 1) y 5-FU (1.000 mg/m²/d infusión continua de 120 horas). En caso de respuesta en PET tras el primer ciclo (respuesta en PET: reducción en 35% de la captación de FDG tras 14 días de iniciar el T): se continuó hasta los 3

ciclos y posterior cirugía en los casos operables, o bien radioterapia(R) y Q. En caso de no respuesta en PET tras el primer CDDP-5FU, se continuó con 2 ciclos de Docetaxel 35 mg/m² e irinotecán 50 mg/m² los días 1 y 8 de ciclo de 21 días. Seguimiento de R y Docetaxel concomitante 40% en tercio superior, 60% afectando la unión esofagagástrica. Edad media 65 años (45 a 77). 80% hombres. Adenocarcinoma 36% y carcinoma epidermoide 64%. Estadío clínico IIA (44%), III (44%) IVB (9%).

Resultados. Sólo 55% de los p mostraron respuesta en PET tras el primer ciclo de CDDP-5FU. El 83% de los p respondieron a la segunda línea de Q.

Conclusiones. 1) Aproximadamente 50% de los p no responden a la Q estándar actual; 2) Las imágenes de PET pueden diferenciar entre tumores con y sin respuesta precozmente durante el T y 3) Nuestros resultados sugieren que es posible aumentar de forma significativa el porcentaje de p con respuesta a Q guiada por PET en cáncer esofagagástrico.

Colon

P-31

RADIOTERAPIA (RT) CONCOMITANTE CON CAPECITABINA EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE RECTO (CR)

T. García García, E. González Billalabeitia, J.A. Macías Cerrolaza, E. García Martínez, F. Ayala de la Peña, C. Rubio Rodríguez, M. de las Heras González* y V. Vicente García
*Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital General Universitario Morales Meseguer. *Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Introducción y objetivos. En el tratamiento del CR la infusión continua de 5FU + RT preoperatoria mejora el control local y la posibilidad de preservar el esfínter y consigue un número considerable de RC patológicas que se correlaciona con la supervivencia global. Sin embargo obliga a la utilización de un catéter central, con los consiguientes riesgos e inconvenientes. La capecitabina es un profármaco del 5FU cómodo, eficaz y bien tolerado en el tratamiento del cáncer colorrectal. Varios estudios fase I-II demuestran su eficacia y seguridad en combinación con RT preoperatoria. El objetivo de este estudio fue valorar la factibilidad, tolerancia y eficacia (respuestas y respuestas completas patológicas) de capecitabina + RT preoperatoria en el CR resecable.

Materiales. Se incluyeron pacientes con CR uT3-4 y/o uN1 (estadificación ultrasonográfica), que recibieron radioterapia preoperatoria (45 Gy en pelvis y sobreimpresión hasta 50,4 Gy en el tumor, a 1,8 Gy/d, 5 días/semana) concomitante con Capecitabina (825 mg/m²/12 h continuo). Se realizó cirugía a las 6 semanas de finalizar el tratamiento, seguida de 6 ciclos de Capecitabina adyuvante (1.250 mg/m²/12 h x 14 días cada 21).

Resultados. Entre enero/03 y diciembre/04 se incluyeron 21 pacientes. Mediana de edad: 68 años (41-79), M/F: 15/6, ECOG: 0-1. Estadío: uT3-4No: 10 (47%) uT3-4N1: 11 (53%). Todos los pacientes completaron la dosis planeada de RT y 5 no recibieron la dosis completa de capecitabina por toxicidad. Todos son evaluables para respuesta y seguridad. Toxicidad grado 3-4: diarrea: 2 (9,5%), síndrome mano-pie: 2 (9,5%), radiodermatitis: 1 (4,8%). Respuesta global (infraestadaje): 66,6%; respuestas completas patológicas: 3 (14%). Preservación del esfínter: 15 (71,4%); preservación en tumores del tercio inferior: 1/5 (20%); tercio medio: 11/13 (86%).

Conclusiones. La quimiorradioterapia preoperatoria con capecitabina es un tratamiento seguro, cómodo y eficaz en el CR y evita los riesgos asociados al catéter central.

P-32

RESULTADOS PRELIMINARES EN UN PROGRAMA DE NEOADYUVANCIA DE RADIOQUIMIOTERAPIA CON RALTITREXED EN CÁNCER DE RECTO

J.A. García García, D. Cumplido Burón, I. Blancas, R. Jiménez, M.^a del M. Delgado, M. Sáez Medina, I. Castillo, C. Asensio y J.L. García Puché

Unidad Clínica de Oncología Integral. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos. la cirugía sigue siendo el tratamiento estándar de las neoplasias de recto, desarrollándose en los últimos años programas de radioquimioterapia preoperatoria a fin de mejorar la supervivencia global y reducir el porcentaje de amputaciones abdominoperineales. Presentamos los datos de un programa con radioterapia 45 Gy con fotones de 18 MV con fraccionamiento de 1,8 Gy/s. y posterior boost de 5,4 Gy, concomitante con raltitrexed 2,5 mg/m² los días 1-19-38. Una vez intervenido se realiza tratamiento adyuvante con QT en caso de afectación de ganglios linfáticos. El objetivo es valorar la toxicidad, porcentaje de cirugía conservadora, reducción del estadiaje y datos de seguimiento.

Materiales. Desde mayo de 2001 a diciembre 2004 se han incluido 47 pacientes, 27 varones y 20 mujeres con una edad media de 57,7 años (rango de 33 a 76), siendo todos ellos adenocarcinomas. El estudio de extensión previo al inicio del tratamiento incluía Rx de tórax, marcadores (CEA, Ca 19,9), ECO hepática y RMN pélvica o ECO transrectal. El TNM clínico: Tx = 10, T1-2 = 9, T3-4 = 28, localización tumoral 0-5 cm = 18; 6-10 cm = 24 y > 10 cm = 5. La cirugía se realizó 6 semanas después de la RT.

Resultados. Toxicidad III-IV en 8 pacientes (17%, siendo local 7 de ellos) sin retraso del tratamiento. Cirugía conservadora en el 68 % de los casos, diferenciando los porcentajes según la distancia del tumor: 0-5 cm con 33% (6/18), 6-10 cm con 91% (22/24) y el 100% a más de 10 cm. Reducción del estadiaje en el 27,6% con 5 respuestas completas patológicas. En cuanto al seguimiento destacan 6 recaídas a distancia (12%) presentando una supervivencia del 94% con una mediana de seguimiento de 26,5 meses (de 8 a 50 meses).

Conclusiones. El tratamiento con quimiorradioterapia preoperatoria con raltitrexed en el cáncer de recto presenta buena tolerancia, mejorando el porcentaje de cirugía conservadoras así como reducción del estadiaje clínico.

P-33

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA COLORRECTAL NO METASTÁSICO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

E. Galve, M.^aA. Sala, C. Pérez San José*, J. Fernández*, P. Martínez del Prado, T. Abad y V. Alija López

*Sección de Oncología Médica. *Servicio de Cirugía. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya.*

Introducción y objetivos. Revisión retrospectiva de la cirugía laparoscópica del cáncer de colon en nuestro centro.

Materiales. Entre junio de 1998 y diciembre de 2004, 115 pacientes (p.) con diagnóstico de adenocarcinoma de Colon se realizó cirugía laparoscópica, quimioterapia adyuvante en los pacientes con estadío II (de alto riesgo) y III. Características: Varones: 63 p. (54%), Mediana edad: 73 (31-90); ECOG: 0: 17 p. (14%); 1: 80 p. (69%); 2: 7 p. 6). Localización: Ciego: 21 p., colon ascendente: 26 p., flexura hepática: 2 p. Colon descendente: 10 p., Sigma: 56 p. Tipo Intervención: Colectomía derecha: 50 p., colectomía izquierda: 7 p., Sigmoidectomía: 46 p., Resección anterior alta: 8 p., Resección abdominoperineal: 2 p. 36 p. recibieron quimioterapia adyuvante (16 estadío B y 20 estadío C). Ganglios linfáticos extirpados (Media: 11,9; Mediana: 12). Estadíos: A: 11 p. (9%), B1: 11 p. (9%), B2: 36 p. (31%), B3: 6 (5 %), C: 34 p. (31%), D: 11 p. (9%).

Resultados. Duración intervención: 180 min.; estancia hospitalaria: 9 d.; Complicaciones (23%-26 p.): Infección: 7 p.; íleo 2 p.; hemorragia 3 p.; colección intraabdominal 6 p, obstrucción 5 p., Conversión a abierta 4 p. Días mórnicos 1 d. Mortalidad 30 días de la cirugía: 1 p. Recidivas: 12 p., tipo recurrencia : local 1 p., distancia 8 p., ambas 3 p. Mediana seguimiento 35 meses. Mediana supervivencia no alcanzada.

Conclusiones. En nuestros pacientes el tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico del cáncer colorectal es una alternativa aceptable a la cirugía abierta en el cáncer de colon.

P-34

CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN ESTADIOS I-III SIN QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE (QTA): ANÁLISIS DE 173 PACIENTES

J. Aparicio Urtasun, R. Díaz Beveridge, A. Guerrero Zotano, L. Pellín Ariño, L. Palomar Abad, J. Molina Saera, A. Giménez Ortiz, J. Ponce Lorenzo, J. Artés Martínez y M.^a Martín Ureste

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos. Desde 1990 se acepta la QTA como tratamiento estándar en pacientes con CCR resecado en estadios III y II de alto riesgo. Sin embargo, en ocasiones se desestima esta terapia por motivos diversos. Investigamos de forma retrospectiva la frecuencia y causas de esta actitud en nuestro medio.

Materiales. Entre 1992 y 2004 hemos incluido prospectivamente 506 pacientes con CCR en estadios II y III en protocolos sucesivos de QTA. Durante el mismo período identificamos 173 casos en estadios I-III que no la recibieron y se remitieron tras la cirugía o después de la recidiva. Analizamos la indicación de QTA, el motivo de exclusión y la incidencia de recidivas.

Resultados. Había 94 hombres y 79 mujeres con una mediana de edad de 71 años (32-87). Un 25% de los tumores eran rectales. La distribución por estadios fue: I (24%), IIA (46%), IIB (8%) y III (22%). Existía indicación de adyuvancia en 81 (47%) y las causas de exclusión fueron comorbilidad o mal estado general (34%), edad (26%), decisión del cirujano o tiempo transcurrido (26%), negativa del enfermo (4%) y otros (10%). La mediana de seguimiento es de 40 meses (6-143). Han recaído 41 pacientes (24%) y fallecido 34 (20%), 11 de ellos por causas ajenas al CCR.

Conclusiones. Una proporción importante de pacientes con CCR en estadios II y III no recibe QTA a pesar de existir indicación. Los motivos más frecuentes son la edad avanzada (sin comorbilidad) y/o la ausencia de valoración tras la cirugía por un oncólogo. Sin embargo, la mayoría de enfermos con recaída recibe tratamiento activo (quimioterapia y metastatectomía) y un porcentaje significativo se rescata con éxito.

P-35

QUIMIORRADIOTERAPIA (QT-RDT) PREOPERATORIA EN EL CÁNCER DE RECTO (CR). NUESTRA EXPERIENCIA

I. Guasch*, P. Collera**, A. Reig****, I. Moysset***, F. Roset**, J. Buxó*, M. Doménech*, A. Miguel*, J. Pérez de Olaguer* y J. Bargalló**

*Althata. Xarxa Assistencial de Manresa. *Servicio de Oncología; **Servicio de Cirugía; ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Esperanza de Barcelona; ****Servicio de Radioterapia.*

Introducción y objetivos. La QT-RDT preoperatoria en el CR está ampliamente aceptada y ofrece ventajas sobre el tratamiento (trat) convencional postoperatorio: menor toxicidad aguda, disminución del estadio y aumento de la preservación de esfínter. Evaluamos la eficacia y toxicidad del trat preoperatorio con 5-fluorouracilo (5FU) en infusión continua (IC) y RDT en el CR.

Materiales. Desde 1/00 a 12/04, 65 pacientes (ptes) con CR estadios II y III recibieron trat con 5FU en IC (225 mg/m²/día/5 semanas) concomitante con RDT 45 Gy (2 Gy/d/5 semanas). La cirugía fue a las 6-7-semanas de finalizado QT-RDT. Todos los ptes menos 6 recibieron QT postoperatoria.

Resultados. Fueron tratados 65 ptes, 43 hombres y 22 mujeres, edad media de 64 a. (39-84). Estadio: II 29 ptes. (44%); III 29 ptes (44%); UTx 1 pte y Nx 5 ptes. La toxicidad del trat preoperatorio: gastrointestinal grado III-IV 4 ptes, uno falleció; neutropenia febril 1 pte y eritrodlistesia palmar 1 pte. La cirugía: resección anterior 36 ptes (55%) y resección abdomino-perineal 28 ptes (43%). En 15 ptes (35%) se preservó esfínter. El estadio postoperatorio: 0 6 ptes (9,2%); I 16 ptes (24%); II 19 ptes (29%); III 19 ptes (29%); IV 5 ptes. De los 5 ptes estadio IV, 2 fueron ypT0N0 y de los 60 ptes sin metástasis 6 (10%) presentaron remisión completa. Un pte murió en el postoperatorio. En 27 de los 65 ptes disminuyó el estadio (41%). El seguimiento medio es de 24 meses (5-52). La SLE y la SG a los 38 meses son de 68,8% y 72%. Diez pacientes han progresado a distancia (16,9%). No se han observado recidivas locales. La respuesta al trat. (RT) y N se asocian a riesgo de recidiva. La RT se asocia a la SG.

Conclusiones. La QT-RDT preoperatoria en el CR es un trat. con baja toxicidad y consigue un adecuado control local. La disminución del estadio se asocia a mejor pronóstico.

P-36

ESQUEMA DE COMBINACIÓN DE OXALIPLATINO Y CAPECITABINA EN SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRM). RESULTADO PRELIMINAR

E. González Flores, V. Conde Herrero, R. Luque Caro, C. Rodríguez Franco, C. Sánchez Toro, I. Alés, A. Irigoyen Medina y J. Belón Carrión

Unidad de Oncología Médica. H.M.Q. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos. Oxaliplatino (OXA) ha demostrado su utilidad en primera y segunda línea de CCRM en combinación con 5FU. Capecitabina se ha mostrado, asimismo, como fármaco útil en el tratamiento del CCRM, resultando equivalente a 5FU con un mejor perfil de tolerabilidad para el paciente.

Materiales. El objetivo de este estudio es demostrar la eficacia y tolerabilidad de la combinación de OXA más capecitabina en pacientes con CCRM previamente tratados. El esquema de tratamiento administrado: OXA 150 mg/m² día 1 y capecitabina 2.000 mg/m² días 1 a 14 cada 21 días. De los 16 pacientes que han sido incluidos (10 mujeres y 6 hombres), 9 con cáncer de colon, 4 de sigma y 3 de recto. La mediana de edad: 60 (48-77). La distribución por estadios II: 4 pacientes, III: 8 y IV: 4; las principales localizaciones metastásicas fueron: hepáticas: 6, pulmón: 5, ganglios retroperitoneales: 5 y 3 recaídas pélvicas; 4 pacientes presentaban más de 1 localización metastásica. Todos los pacientes incluidos habían recibido una primera línea de tratamiento quimioterápico con esquemas de combinación con CPT11.

Resultados. Tras una mediana de seguimiento de 12 meses (2-20), 9 pacientes permanecen vivos. La mediana de ciclos administrados ha sido de 5 (1-7). De 11 pacientes valorables para respuesta se han obtenido: 4 EE, 4 RP y 3 progresiones. La tolerancia al tratamiento ha sido buena, no se ha observado toxicidad hematológica grado 3-4. La principal toxicidad no hematológica fue neurológica: 5 pacientes presentaban toxicidad neurosensorial grado 2 y 3 pacientes astenia grado 2, no se observó síndrome mano-pie grado 3-4.

Conclusiones. La asociación de OXA y Capecitabina supone una buena alternativa para pacientes con CCRM previamente tratados con un buen perfil de toxicidad y un beneficio clínico alrededor de 60%. Se requieren estudios comparativos con mayor número de pacientes que confirmen estos resultados.

P-37

TRATAMIENTO COMBINADO PREOPERATORIO EN EL CARCINOMA DE RECTO

R. Serrano Blanch, M.^aA. Gómez España, M. Rodríguez Liñán*, S. García Cabezas*, R. Morales Chamorro, J.R. de la Haba Rodríguez, S. González Santiago, S. Moreno Martín, A. Palacios Eito* y E. Aranda Aguilar

*Servicio de Oncología Médica y *Radioterápica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción y objetivos. Cada vez es más frecuente en la práctica clínica diaria el enfoque del tratamiento preoperatorio en el carcinoma de recto. Objetivos: analizar la supervivencia, downstaging y toxicidad de los pacientes diagnosticados de carcinoma de recto (estadios II-III) tratados con quimio-radioterapia preoperatoria.

Materiales. Desde abril de 2001 a julio 2004 se han tratado en nuestro Servicio 80 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de recto, 52 para el análisis de datos. El estadiaje preoperatorio se realizó mediante ecografía endorrectal para el T y TAC pélvico para el N. El tratamiento preoperatorio consistió en 5-FU en ic 300 mg/m²/día concomitante con Radioterapia 45 Gy (fraccionamiento 180 cGy/día). Intervención quirúrgica a 4-6 semanas postfinalización y quimioterapia adyuvante con Isovorrín-5FU 4-6 ciclos.

Resultados. La media de edad fue de 61,46 años (33-79). La sintomatología más frecuente al diagnóstico fue rectorragia en el 32,7%. El 53,8% fueron varones. 84,6% uT₃ y 15,4% uT₄, 48,1% N, 46,1% N+ y 5,8% N_x. Sólo se suspendió tratamiento preoperatorio en dos pacientes por diarrea grado IV y toxicidad cutánea grado III. En el 46,2% de los pacientes se consiguió preservación de esfínteres. La disminución del T fue estadísticamente significativa, no así la del N. La distribución por respuesta a nivel tumoral fue: 6 (11,5%) T₄, 22 (42,3%) con T₃, 15 (28,8%) T₂ y 3 (5,8%) con T₁ y 4 (7,7%) pacientes con T₀. A nivel ganglionar 63,5% (33 pacientes) fueron N. La mediana del intervalo libre de enfermedad fue de 15,6 meses (4,52-26,75), no se ha alcanzado la mediana de supervivencia, el 90,4% (47) permanecen vivos.

Conclusiones. El tratamiento preoperatorio es una buena opción terapéutica con escasa toxicidad.

P-38

TRATAMIENTO PREOPERATORIO EN CÁNCER RECTAL CON CAPECITABINA (CAP) CONCOMITANTE A RADIOTERAPIA (RT)

G. López-Vivanco, A. Gil-Negrete Laborda, S. Carrera Revilla, G. López de Argumedo Esnarrizaga, A. Viteri Jusué, J.M. Mañé Martínez, A. Muñoz Llarena, R. Fernández Rodríguez, R. Barceló Galíndez e I. Rubio Etxebarria
Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces-Osakidetza. Barakaldo. Vizcaya.

Introducción y objetivos. El tratamiento preoperatorio con quimio-radioterapia del carcinoma rectal locamente avanzado proporciona una mejora de la calidad de vida de los pacientes (ptes) al favorecer la preservación del esfínter anal, como alternativa a la resección abdominoperineal y sin detrimento de la tasa de curaciones. La CAP es una prodroga que se transforma en 5-fluorouracilo (5-Fu) en las células tumorales por la alta actividad del enzima timidina fosforilasa, remedando a una infusión continua de 5-Fu.

Materiales. El objetivo principal fue determinar la tasa de preservación de esfínter y los secundarios la tasa de respuestas y la seguridad del tratamiento. Pacientes con adenocarcinoma de recto, estadios T3-4 N0-2 fueron incluidos en el estudio. La estadificación se realizó mediante TAC-TAP y RM pélvica o/y ecoendoscopia. La CAP se administró a una dosis de 825 mg/m²/12 h. durante 5 días por semana, coincidiendo

con el tratamiento de RT, que alcanzó una dosis de 45 Gy en 25 fracciones. La cirugía se realizó entre 4-6 semanas de finalizado el tratamiento.

Resultados. De diciembre-02 a septiembre-04 se han incluido 29 ptes (mediana de edad: 62 años (43-86), hombres/mujeres: 22/7, ECOG-PS: 0/1/2: 5/22/2) con estadio clínico T₃₋₄ N: 4 (13,8%), T₃₋₄ N₁: 16 (55,2%) y T₃₋₄ N₂: 9 (31%). Todos los ptes completaron el tratamiento, siendo evaluables para respuesta (R) y toxicidad (To). La tasa de R fue 75,8% (IC 95%: 60,2-91,4%): 3 R completas patológicas (10,3%), 19 R parciales (65,5%), 6 estabilizaciones (20,7%) y 1 progresión (3,5%). En 20 ptes (68,9%) se pudo conservar el esfínter anal. La To/pte más frecuente grado 1-2 fue cistitis en 16, diarrea en 9, proctitis y astenia en 3 ptes. No hubo To grado 3-4.

Conclusiones. La CAP asociada a RT preoperatoria del cáncer rectal es un tratamiento eficaz con escasa toxicidad, de fácil manejo y administración.

P-59

CETUXIMAB + CPT-11 COMO TERAPIA COMPASIVA EN PACIENTES (PTS) CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRM) PREVIAMENTE EXPUESTOS A CPT-11: RESULTADOS PRELIMINARES

J. Puente Vázquez*, J. Sastre Varela*, R. Alfonso San Segundo*, J.A. García-Sáenz*, J.A. López García-Asenjo** y E. Díaz-Rubio*

**Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.*

Introducción y objetivos. La asociación de Cetuximab + CPT-11 ha obtenido recientemente un 23% de respuestas en pacientes con CCRM refractario a CPT-11 (D. Cunningham N Engl J Med 2004).

Materiales. Quince pacientes con CCRM previamente expuestos a CPT-11, fueron tratados con cetuximab 400 mg/m² de carga seguido de 250 mg/m²/semana + CPT-11 180 mg/m² quincenal (14 pts) o 350 mg/m² cada 3 semanas (1 pt). Todos los pacientes recibieron premedicación con difenhidramina 5 mg iv y profilaxis antiemética con dexametasona y ondansetrón. 7 pts habían progresado durante el CPT-11 previo. 8 pts progresaron en los siguientes 2-6 meses tras finalizar tratamiento que incluía CPT-11.

Resultados. Mediana de edad 66 años (37-81), 11 varones y 4 mujeres, IK 90-100: 11 pts, IK 80: 4 pts. Oxaliplatino previo 14 pts. Quimioterapia previa para la enfermedad metastásica: 2 líneas 9 pts, 3 líneas 6 pts. N.º localizaciones metastásicas: 1: 3 pts, 2: 7 pts, > 2: 5 pts. Se administraron un total de 87 ciclos, con una mediana de 5 (1-13). Todos los pacientes fueron evaluados para toxicidad. Se redujo la dosis de CPT-11 en 4 pts (26%) y la de Cetuximab en 1 pt (6,6%). La toxicidad más relevante se muestra en la tabla 1. No se observaron reacciones de hipersensibilidad. 14 pts fueron evaluables para respuesta: RP 4 pts (28,5%), EE 4 pts (28,5%), con una tasa de control de la enfermedad del 57%, PE 6 pts (40%).

Toxicidad	Grado 1-2 NCI-CTC (%)	Grado 3-4 NCI-CTC (%)
Cutánea	10 (66,6)	2 (13,3)
Diarrea	6 (40)	1 (6,6)
Vómitos	7 (46,6)	0
Mucositis	4 (26,6)	0
Astenia	2 (13,3)	1 (6,6)
Neutropenia	1 (6,6)	1 (6,6)
Anemia	2 (13,3)	0

Conclusiones. La asociación Cetuximab + CPT-11 es un régimen bien tolerado y activo en pacientes con CCRM pretratados.

P-40

INFLUENCIA DE LA EDAD Y DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN LA TOXICIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA COMPLEMENTARIA EN CÁNCER COLORRECTAL

G. Marcos García, A. Ocaña Fernández, M.^ªI. Ruiz Martín, J.C. Adansa, J. del Valle Zapico, D. Soto de Prado Otero y J.J. Cruz Hernández

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario. Salamanca.

Introducción y objetivos. Se han recogido los datos relativos a 100 pacientes diagnosticados de ADC de colon, que recibieron tratamiento complementario en nuestro servicio, y se han analizado los datos referentes a la toxicidad aparecida.

Materiales. Se ha realizado una estratificación en función de la edad del paciente (< 70 y > 70 años) y del tipo de tratamiento administrado (5Fu: 570 mg/m² + isovorin: 10 mg/m² × 5 d y tegafur: 400 mg/12 h D1 a D21, ambos 6 ciclos c/28 d). Posteriormente se analizaron los datos de la toxicidad en cada grupo.

Resultados. Setenta y cinco pacientes realizaron tratamiento ev, habiendo algún tipo de evento tóxico en 39 (52%) y no reconociéndose toxicidad en 36 pacientes (48%). Entre los 25 que recibieron tratamiento oral, hubo 7 pacientes (28%) que presentaron algún tipo de efecto adverso, mientras que en 18 (72%) no hubo ninguno ($p < 0,037$). Del total de pacientes, 55 eran < de 70 años, entre ellos, en 29 (52,7%) hubo algún tipo de toxicidad y en 26 (47,3%) no hubo ninguna. De los 45 pacientes con edad > 70 años, hubo eventos tóxicos en 17 (37,8%) y no hubo toxicidad en 28 (62,2%) ($p < 0,136$).

Conclusiones. En la casuística analizada se apreció: mejor tolerancia y menor toxicidad en los pacientes que recibieron tratamiento oral respecto a los que realizaron tratamiento intravenoso. No se apreciaron diferencias claras en cuanto a tolerancia y toxicidad entre los distintos grupos de edad. Sería aconsejable individualizar cada caso, sin descartarse de entrada la quimioterapia complementaria por la edad del paciente.

P-41

TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB EN TERCERA LÍNEA O POSTERIORES EN CÁNCER DE COLON RECTO

P. Salinas Hernández, R. Pérez Carrión, A. Cubillo Gracián, L. González Cortijo y J. Hornedo Muguero

Servicio de Oncología Médica. Centro Oncológico "Md Anderson International España".

Introducción y objetivos. La introducción de anticuerpos monoclonales Anti-VEGFR, bevacizumab, en el tratamiento del cáncer de colon-recto ha mejorado la mediana de supervivencia de los pacientes tratados en primera línea junto con quimioterapia. Su utilidad en líneas de tratamiento más avanzadas está por determinar. El objetivo de este trabajo es valorar respuesta y toxicidad en pacientes a los que se administra bevacizumab en combinación con quimioterapia en tercera o más líneas de quimioterapia.

Materiales. Se analizaron los resultados de 13 pacientes tratados con bevacizumab de forma asistencial. Se recogieron las toxicidades y la tasa de respuesta en cada paciente y se exponen los resultados de forma descriptiva.

Resultados. Entre julio de 2004 y febrero de 2005 se han tratado 13 pacientes, 7 hombres y 6 mujeres (38-72 años). Se han administrado un total de 49 ciclos con una mediana de 4 ciclos por paciente. 8 pacientes se trataron en tercera línea; 2 pacientes en cuarta línea y 3 pacientes en quinta línea. Las toxicidades más importantes han sido la existencia de un cuadro de perforación intestinal en una paciente (grado 4). 1 paciente presentó astenia grado 3 y una paciente anemia grado 3. En 2 pacientes se documentó hipertensión arterial grado 2 y una paciente experimentó sangrado grado 2. Se ha observado una respuesta parcial en una paciente con metástasis hepáticas en tercera línea de tratamiento con el esquema FOLFIRI + bevacizumab. 1 paciente presenta enfermedad estable y 4 pacientes han progresado al tratamiento. 7 pacientes están pendientes de valoración.

Conclusiones. La administración de Bevacizumab junto con quimioterapia en pacientes en 3.º o más líneas de quimioterapia con cáncer de colon-recto metastásico es segura. Los efectos secundarios son leve-moderados, salvo un episodio de perforación intestinal. El sangrado y la HTA no han sido limitantes del tratamiento. Hasta la fecha y pendiente de valorar 7 pacientes, existe una respuesta parcial y una enfermedad estable. Los resultados de respuesta y evolución clínica se presentaran en el Congreso.

Sábado, 25 de junio
Sala Hipóstila

Pulmón

P-42

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPCNP) AVANZADO EN POBLACIÓN ANCIANA

A. Guerrero Zotano, L. Pellín Ariño, J. Montalar Salcedo, J. Molina Saera, L. Palomar Abad, A. Giménez Ortiz, J. Ponce Lorenzo, R. Díaz Beveridge y A. Segura Huerta

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos. ¿Aporta algún beneficio la quimioterapia paliativa en población anciana no seleccionada con CPCNP avanzado?

Materiales. Revisión retrospectiva de los pacientes mayores de 70 años con diagnóstico histológico de CPCNP estadios IIIb (derrame pleural)-IV, atendidos en el Hospital Universitario La Fe entre los años 2000-2004.

Resultados. Análisis descriptivo: localizamos 83 pacientes (edad media: 75 años). Un 41% asociaba comorbilidad (Índice de Charlson [ICH] ≥ 2). Un 53% *Performance Status* (PS) entre 2 y 4. Un 44% de deterioro clínico atribuido al tumor y 76% metástasis al diagnóstico (más de 2 localizaciones: 20%). Se administró tratamiento de soporte (TS) en 50 pacientes (60%), radioterapia exclusiva en 4 (5%) y quimioterapia paliativa (QT) en 29 (35%), ([dobletes con platino (73%)]. La toxicidad generada obligó a interrumpir el tratamiento en un 28% de los casos. Análisis de supervivencia y factores pronósticos: la mediana de supervivencia global de la serie es de 4,1 meses. Si recibieron tratamiento: (QT 7,1 m frente a 2,1 m TS, $p <$

0,0001). Según PS: (PS \leq 1: 7,9 m vs PS \geq 2: 2,1 m, $p < 0,0001$) Según comorbilidad: (ICH \leq 1: 4,1 m vs ICH \geq 2: 2,4 m, $p < 0,01$). La población no tratada y la tratada se diferencian en el PS y la comorbilidad (PS \geq 2: 69% frente a 31%; ICH \geq 2 53% vs 30%); no existen diferencias en la distribución de otros factores pronósticos. Entre los pacientes tratados, el PS se asoció con la supervivencia (PS \leq 1: 8,5 m vs PS \geq 2: 3 m $p < 0,01$). Se apreciaron diferencias, no significativas, según ICH (ICH \leq 1: 14,4 vs ICH \geq 2: 7,9 m, $p > 0,05$), sin embargo, el grupo de pacientes sin comorbilidad, veía matizada su supervivencia de forma significativa si se estratificaba por PS: (ICH \leq 1 + PS \leq 1: 14,4 m frente a ICH \leq 1 + PS \geq 2: 6,6 m, $p < 0,05$).

Conclusiones. La eficacia del tratamiento en pacientes ancianos no seleccionados con CPCNP avanzado, parece ser similar a la presentada en los diferentes ensayos clínicos. El PS es un excelente factor pronóstico de supervivencia, adecuado para predecir qué pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento con QT paliativa.

P-43

RESULTADOS DE UN ESQUEMA CON GEMCITABINA-VINORRELBINA COMO SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN TRATADOS PREVIAMENTE CON CARBOPLATINO-TAXOL

J. Montalar Salcedo, A. Segura Huerta, R. Díaz Beveridge, L. Palomar Abad, J. Molina Saera y A. Giménez Ortiz

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos. La quimioterapia (QT) de segunda línea del cáncer pulmonar no microcítico (CPCNP) mejora la supervivencia y el control de síntomas en casos seleccionados. Su empleo se ha incrementado en los últimos años.

Materiales. Estudio prospectivo del empleo de gemcitabina 1.000 mg/m² y vinorelbina 25 mg/m² (GV)/15 días en pacientes (pacs) con CPCNP en progresión tras primera línea con esquema paclitaxel 175 mg/m² y carboplatino AUC 6 (TP).

Resultados. Cuarenta y cuatro pacientes (40 varones, 4 mujeres), edad mediana: 64 años (43-78). PS: 1 en 17 pacs, 2 en 26, 3 en 1. Estadio inicial: III-B: 28, IV: 16 pacs. Mediana de ciclos de TP previos: 6 (extremos 3-6). Mediana de tiempo a la progresión tras primera línea fue 16 semanas (2-29). Mediana de ciclos de GV: 5 (extremos 2-6). Respuesta: RP en 17 (39%) pacientes, EE en 17 (39%) y PE en 10 (25%). Se administró 100% de la dosis en un 54%, el 80% en el 39% y el 75% en el 7%. No existió toxicidad hematológica grados 3-4 (neutropenia grado 2 en el 25% de pacs, anemia grado 2 en el 7% y plaquetopenia grado 2 en el 11%). 7 pacs (16%) presentaron neuropatía grado 2 y 6 pacientes (14%) alopecia grado 3. Al análisis y con una mediana de seguimiento de 19 meses (extremos 3-34), 6 pacs (14%) permanecen vivos, el resto falleció por progresión. La mediana de supervivencia desde inicio de GV es de 19 semanas.

Conclusiones. El esquema GV presenta actividad moderada y una toxicidad aceptable en pacientes con CPCNP avanzado que progresan a PT. La supervivencia alcanzada es la esperada en este grupo de enfermos. La selección de tratamientos con poca toxicidad es una prioridad en pacientes paliativos y pensamos que el esquema GV es una opción a considerar.

P-44

TRATAMIENTO QUINCENAL CON CISPLATINO Y GEMCITABINA EN CPNM NO QUIRÚRGICO: ACTIVIDAD Y TOXICIDAD

I.C. Barneto Aranda, S. González Santiago, M.^ªJ. Rubio Pérez, S. Moreno Martín, R. Serrano Blanch, M.^ªA. Gómez España, I. Porras Quintela, A. Fernández Freire y E. Aranda Aguilar

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos. El tratamiento quimioterápico proporciona una mejoría en la supervivencia de los pacientes

con CPNM avanzado. Aunque nos encontramos en una fase de meseta en los resultados obtenidos, los avances se pueden obtener con el empleo de nuevos fármacos o buscando esquemas mejor tolerados. Los esquemas de tratamiento quincenal intentan mantener densidad de dosis, presentan perfiles de toxicidad aceptables y permiten favorecer el sinergismo entre fármacos. Objetivos: conocer la actividad y toxicidad de la Gemcitabina 2.000 mg/m² i.v + cisplatino 50 mg/m² cada 14 días en pacientes diagnosticados de CPNM en estadios IIIA, IIIB irresecable y IV.

Materiales. Pacientes y métodos: entre febrero de 2004 y enero de 2005 se han incluido 25 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma no microcítico inoperables, con una media de edad de 64 años, 22 hombres y 3 mujeres.

Resultados. La mediana de ciclos administrados fue de 6 (1-12). Respuestas: 44% RP, 28% EE, 8% PROG, 5% NV. La toxicidad hematológica encontrada se expresa en la tabla siguiente: La toxicidad no hematológica ha sido poco importante, no recogiendo ninguna en grado 3-4. No se ha obtenido la mediana de supervivencia. Actualmente se sigue con la inclusión de pacientes.

Toxicidad %	GO	G1	G2	G3	G4
Anemia	4	72	20	0	0
Leucopenia	76	8	12	0	0
Neutropenia	68	16	4	8	0
Trombopenia	76	16	0	4	0

Conclusiones. El esquema quincenal de CDDP-Gemcitabina, con estas dosis, presenta una actividad comparable a otros empleados en esta situación de la enfermedad, con una toxicidad escasa y tolerable.

P-45

VALOR PRONÓSTICO DE LA ANEMIA EN EL CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN

J. Garde Noguera, J. Gavilá Gregori, A. Juárez Marroquí, C. Caballero Díaz, V. Iranzo González-Cruz, M.^ªJ. Safont Aguilera, A. Blasco Cordellat, A. Berrocal Jaime, R. Sirera Pérez y C. Camps Herrero

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

Introducción y objetivos. La anemia conlleva una merma en la calidad de vida de los pacientes existiendo datos no concluyentes sobre su relación con la supervivencia y tiempo hasta la progresión en diversos tumores. El objetivo de nuestro estudio es determinar el impacto de la anemia sobre la supervivencia y tiempo hasta la progresión en pacientes diagnosticados de carcinoma microcítico de pulmón.

Materiales. Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de carcinoma microcítico de pulmón entre enero de 1996 y noviembre de 2003. Se midieron los niveles de hemoglobina antes, durante y después del tratamiento.

Resultados. Analizamos 97 pacientes, edad mediana 62 años (40-80), 94 varones (96,9%) y 3 mujeres (3,1%). Estadio: 53 pacientes (54,6%) EL y 44 (45,4%) EE. Todos recibieron quimioterapia de primera línea basada en platino y etopósido. Mediana de ciclos 4 (1-9). Sesenta y tres pacientes (64,9%) presentaron anemia (en 8 pacientes G3-4). Respuestas: En los pacientes con enfermedad limitada a tórax (EL) la tasa de OR fue 71,69%: 20 RC (37,73%), 18 RP (33,96%), 7 EE (13,2%) y 8 PE (15,09%). En los pacientes con enfermedad extendida (EE) la tasa de OR fue de 40,9%: 4 RC (9,09%), 14 RP (31,81%), 15 EE (34,09%) y 11 PE (25%). Recibieron quimioterapia de segunda línea el 45,5% de los pacientes, con mediana de ciclos de 3 (1-14), presentado el 36,5% anemia. Al diagnóstico de la enfermedad 16 pacientes (16,5%) presentaban cifras de hemoglobina inferiores a 12 g/dl, estos presentaron una OS (8 frente a 13 meses con $p = 0,007$) y TTP (4

frente a 8 meses con $p = .0036$) inferiores significativamente a los pacientes con cifras superiores a 12 g/dl (85,5%).

Conclusiones. Según los resultados de nuestro estudio, la anemia parece ser un factor de mal pronóstico en pacientes diagnosticados de carcinoma microcítico de pulmón.

P-46

VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN CLÍNICA DEL PET EN PACIENTES CON UN NÓDULO PULMONAR SOLITARIO (NPS) O CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CPNM) EN UN HOSPITAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M.^aA. Sala, E. Galve, P. Martínez del Prado, T. Abad y V. Alija
Sección de Oncología Médica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya.

Introducción y objetivos. La Tomografía de Emisión de Positrones (PET) es un procedimiento diagnóstico por imagen, no invasivo y funcional que evalúa la perfusión y actividad metabólica, útil para el diagnóstico de benignidad o malignidad en el tumor primario, estadificación, valoración de recurrencia. Su utilización está sometido a uso tutelado, las indicaciones reconocidas dentro del pulmón: 1) Nódulo pulmonar solitario; 2) Cáncer de pulmón no microcítico si es operable por TC.

Materiales. Estudio retrospectivo en el que se analizan los datos de 93 pacientes con nódulo pulmonar solitario o un carcinoma no microcítico de pulmón, cuyo médico responsable le solicitó una PET con ¹⁸F FDG como parte del estudio, las solicitudes fueron realizadas entre febrero de 1999 y febrero de 2005. Se documentó la indicación por la que se solicitaba, el estadio clínico convencional y el planteamiento terapéutico propuesto.

Resultados. Se solicitaron 95 PET, los servicios solicitantes fueron: Neumología 74 (78%), Radioterapia 11 (11%), Medicina Interna 5 (5%), Oncología Médica 3 (3%) y ORL 1 (1%). Hubo 19 casos (20%) que no cumplían los criterios de solicitud (metastásicos por otra prueba de imagen). Ochenta y cuatro casos cumplían los criterios de solicitud. Había 28 NPS (21 NPS malignos, 4 NPS benignos y 3 no concluyentes). Había 56 CPNM. Globalmente en un 44% se produjo cambio de actitud terapéutica, se realizó cirugía en 18 p. y radioterapia Radical en 15 p.

Conclusiones. Se deben seguir estrictamente las indicaciones tuteladas para aumentar el rendimiento diagnóstico del PET.

P-47

INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA POBLACIONAL DEL CARCINOMA DE PULMÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA HISTOLOGÍA

X. Hernández Yagüe¹, A. Izquierdo Font^{1,2}, R. Marcos Gragera², G. Viñas Villaró¹, C. Abal Curras¹, A. García Velasco¹, M. Casas Tarrús⁵ y R. Colomer Bosch¹

¹Servicio Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia Girona.

²Institut Català d'Oncologia Girona. Unitat d'Epidemiologia i

Registre de Càncer de Girona. ³Servicio de Anatomía Patológica.

⁴Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos. Analizamos la incidencia y supervivencia poblacional del cáncer de pulmón en la región sanitaria de Girona en el período 1994-2001 a partir de datos del Registro de Cáncer de Girona; en función del sexo y la histología (clasificación de la Organización Mundial de la Salud).

Materiales. Entre 1994 y 2001 se registraron 2.220 casos de cáncer de pulmón en Girona (517.874 habitantes, censo 1996). Se analizan los casos de carcinoma. Se excluyen del cálculo de supervivencia los casos notificados a través del certificado de defunción (4,5%). Se calculan las tasas de incidencia ajustadas (TA) por el método directo a la población mundial. La supervivencia observada se calcula por el método de Kaplan-Meier y la diferencia entre curvas de supervivencia por el test de *log-rank*.

Resultados (ver tabla 1).

Conclusiones. En hombres el carcinoma escamoso y en mujeres el adenocarcinoma son los carcinomas con mayor incidencia y presentan un pronóstico favorable respecto al grupo global. El sexo no es un factor pronóstico en el carcinoma pulmonar.

P-48

CARCINOMA BRONCOPULMONAR EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE

M.^a Martín Ureste, A. Segura Huerta, J. Montalar Salcedo, L. Palomar Abad, J. Molina Saera y R. Díaz Beveridge

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos. Identificar las características clínicas e historia natural del cáncer de pulmón en pacientes inmunodeprimidos, tratados en nuestro centro.

Tabla 1 (P-47)

	Incidencia			
	Varones		Mujeres	
	N	TA	N	TA
GLOBAL	2007	53,38	213	5,02
Escamoso	742	20,42	17	0,46
Adenocarcinoma	312	9,35	86	2,23
Célula grande	298	8,40	32	0,82
Célula pequeña	286	8,38	15	0,46
Indiferenciado	49	NC1	6	NC1

	Supervivencia					
	Varones			Mujeres		
	Mediana (meses)	IC 95%	P ²	Mediana (meses)	IC 95%	P ²
GLOBAL	8	7,45-8,55		7	5,64-8,36	
Escamoso	9	8,06-9,94	< 0,05	7	5,38-8,62	NS
Adenocarcinoma	7	5,78-8,22	NS	9	5,37-12,63	< 0,05
Célula grande	6	4,83-7,17	< 0,05	4	6,30-7,70	NS
Célula pequeña	7	6,08-7,92	< 0,05	6	5,17-6,85	NS
Indiferenciado	4	3,04-4,96	< 0,05	7	0,74-13,26	NS

¹no calculado.

²frente a grupo GLOBAL.

No hay diferencias en la supervivencia entre sexos en función de las histologías (test *log-rank*).

Materiales. Revisión de historia clínica de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón con inmunosupresión por infección VIH o trasplante de órganos. Presentamos estadística descriptiva y supervivencia según Kaplan-Meier.

Resultados. Entre septiembre 1992 y mayo 2004, 22 pacientes fueron diagnosticados de cáncer de pulmón; edad media 51 años (rango 40-69), hombres/mujeres 20/2; El 77% pacientes eran fumadores. Nueve pacientes (41%) presentaban infección VIH (87% en tratamiento antirretroviral alta eficacia); 13 pacientes recibían tratamiento inmunosupresor post-trasplante (8 renal, 4 hepático, 1 cardíaco). Clínica inicial: disnea (41%), síndrome constitucional (14%), hemoptisis (14%); PS 2-3: 73% pacientes. Histología: epidermoide 36,4% (8), microcítico 22,7% (5), células grandes (3) e indiferenciado, bronquioloalveolar y células claras 4,5% (1), sin filiación histológica en uno debido a éxitis precoz. Estadios: sólo un 18% iniciales (I-II), 32% IIIB y 50% estadio IV (metástasis hepáticas 36%, cerebrales 27%, pulmonares 18%, suprarrenales 9%, costales 9%). Dieciséis pacientes (73%) fueron valorados por Oncología, recibiendo tratamiento activo 15 (54% del total). Un paciente estadio IB recibió radioterapia radical, obteniéndose respuesta completa (RC), tres pacientes radioterapia holocraneal paliativa por metástasis cerebrales. Dos pacientes recibieron quimio-radioterapia (1RC y 1RP con cirugía posterior), quimioterapia paliativa con esquemas basados en platino: once pacientes. Tasa respuestas 72%. Con mediana de seguimiento 22 meses (10-200) han fallecido 18 pacientes, 2 por causas no neoplásicas. La supervivencia global fue 13 meses. En los pacientes tratados con QT paliativa la mediana de supervivencia fue de 7 meses.

Conclusiones. En pacientes inmunodeprimidos, el cáncer pulmón se presenta fundamentalmente en pacientes fumadores. Su evolución parece similar a la población general, por lo que debe estudiarse y tratarse según idénticos criterios. La quimioterapia paliativa ofrece una tasa de respuesta aceptable con toxicidad manejable.

P-49

GEFITINIB EN PACIENTES CON CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN AVANZADO

G. Rubio Romero, M.^aM. Muñoz Sánchez, M.^aL. Pombo Parada y A. Olaverri Hernández

Unidad de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción y objetivos. La mayoría de pacientes con carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) presentan enfermedad avanzada al diagnóstico o bien desarrollan recurrencia a lo largo de su evolución, no siendo susceptibles de procedimientos curativos. Las opciones terapéuticas para los pacientes que no toleran la quimioterapia o progresan tras la segunda línea de quimioterapia son escasas. Gefitinib (Iressa[®]), una molécula sintética, capaz de inhibir la tirosin kinasa del EGFR, ha demostrado en varios ensayos ser activo y bien tolerado en estos pacientes. Objetivo: en el presente estudio, comunicamos la actividad y tolerancia de Gefitinib, en 23 pacientes con CPNM avanzado.

Materiales. Desde julio de 2002 hasta enero de 2005, 23 pacientes fueron tratados dentro del programa de uso compasivo del Ministerio de Sanidad y Consumo. La media de edad era 68 años, (rango 56-83); sexo masculino/femenino 17/6; PS era 1 en 13 pacientes (56,5%) y 2 en 10 pacientes (43,4%); estadio IIIB 10 pacientes (43,5%) y estadio IV 13 pacientes (56,5%). En cuanto a la histología 7 pacientes (30,4%) presentaban carcinoma de células grandes, 8 pacientes (34,8%) carcinoma epidermoide, 6 pacientes (26,1%) adenocarcinoma y en 2 pacientes (8,7%) no se especificaba. Iressa se administró en 3 (15%) pacientes como primera línea, en 4 (17,4%) como segunda línea y en 16 (69,5%) como tercera línea o más.

Resultados. De 23 pacientes que recibieron tratamiento con Iressa, 4 (17,4%) experimentaron respuesta parcial; 9 (39,1%) estabilización de la enfermedad y 7 (30,4%) progresión de la enfermedad en la primera evaluación. Duración mediana del

tratamiento: 14 semanas (rango 4-58+). Supervivencia mediana: 21 semanas (rango 4- 65+). Quince pacientes (65,2%) experimentaron mejoría clínica.

Conclusiones. Iressa ha demostrado una actividad antitumoral significativa y un perfil de toxicidad favorable en esta serie de pacientes con CPNM avanzado y con mal pronóstico. Estos resultados indican que Iressa es un agente terapéutico prometedor para aquellos pacientes en los que la quimioterapia ha fallado.

P-50

CARBOPLATINO-GEMCITABINA BISEMANAL COMO PRIMERA LÍNEA QUIMIOTERÁPICA EN PACIENTES CON CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP) AVANZADO. ESTUDIO FASE II MULTICÉNTRICO

M. Dómine Gómez¹, R. García Gómez², J.L. Firvida Pérez³, J.R. Delgado Pérez⁴, L. García Estévez¹, L. Iglesias Docampo², A. León Carbonero, V. Pachón, V. Casado Echaren y F. Lobo Samper

¹Servicio de Oncología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ³Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Orense. ⁴Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos. Carboplatino-Gemcitabina es una combinación efectiva con un buen perfil de toxicidad en el tratamiento del CNMP avanzado. Los estudios preclínicos han mostrado la existencia de un sinergismo, en cuanto a muerte celular, cuando se administra carboplatino seguido de gemcitabina. Este estudio ha evaluado un nuevo esquema administrado cada 15 días. Los objetivos de este estudio son analizar la eficacia y tolerabilidad de esta combinación.

Materiales. Los criterios de inclusión fueron los habituales para un estudio fase II, la presencia de metástasis cerebrales no eran una contraindicación. El tratamiento consistía en Carboplatino (AUC 3) IV seguido inmediatamente por gemcitabina 2.500 mg/m² en infusión IV de 30 minutos. Los ciclos se repetían cada 2 semanas. Se han incluido 20 pacientes, 17 hombres y 3 mujeres. La edad mediana fue 66 años (41-81). El 85% tenían un ECOG 0-1. Ocho pacientes tenían un adenocarcinoma, 8 carcinomas indiferenciados de células grandes y 4 carcinomas epidermoide 17 pacientes presentaban un estadio IV y 3 estadio IIIB. Se han administrado un total de 118 ciclos (mediana 8, rango 4-14). Todos los pacientes fueron evaluables para eficacia y toxicidad.

Resultados. La tasa de respuestas fue del 50% (IC 95%: 27%-73%), todas fueron respuestas parciales. 8 pacientes (40%) permanecieron en enfermedad estable y 2 (10%) progresaron. La mediana del tiempo a la progresión y la supervivencia mediana no se han alcanzado. La mediana de intensidad relativa de dosis fue del 91% para los dos fármacos. El 10% de los ciclos se retrasaron. Se observó la siguiente toxicidad grado 3-4: neutropenia 4,2%, trombopenia 4,2%, anemia 2,5. No se observó toxicidad no hematológica grado 3-4.

Conclusiones. Este esquema muestra una eficacia comparable con un mejor perfil de toxicidad que los esquemas administrados cada 3 o 4 semanas.

P-51

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS MOTIVOS DE INGRESO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN EN EL HGU DE ELCHE EN EL AÑO 2004

S. Maciá Escalante, C. Guillén Ponce, M.^aJ. Molina Garrido, M.^aJ. Martínez Ortiz, I. Ballester Navarro, J. Gallego Plazas, A. Rodríguez Lescure, V. Pons Sanz, N. Martínez Banaclocha y A. Carrato Mena

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario. Elche.

Introducción y objetivos. La incidencia de ingresos en pacientes con cáncer de pulmón es muy elevada. El objetivo

del presente estudio es la caracterización de los motivos de ingreso en Oncología de dichos pacientes.

Materiales. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con cáncer de pulmón que ingresaron en el período comprendido entre los meses de enero y diciembre del año 2004. Se revisaron un total de 197 ingresos que correspondieron a 145 pacientes.

Resultados. De 197 ingresos estudiados, 162 correspondieron a pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas y el resto con cáncer microcítico. 108 tenían un PS de 3 en el momento del ingreso. Un 87% de los pacientes tenían enfermedad avanzada. Las causas de ingreso se distribuyeron de la siguiente manera: 39 casos fueron por complicación neurológica (10 crisis epilépticas, 12 compresiones medulares, 8 síndromes confusionales, 9 cefaleas complicadas); en 36 la causa fue un aumento de su disnea basal (en 6 se diagnosticó un TEP, 12 tenían derrame pleural, en 5 no existente previamente, 2 tuvieron un derrame pericárdico); 4 pacientes ingresaron con un síndrome de vena cava superior. En 19 casos la causa de ingreso fue un deterioro progresivo con claudicación personal. Se registraron 4 ingresos por mal control del dolor y 13 para sedación. Se registraron 12 ingresos por fiebre neutropénica; 16 fueron ingresos programados breves para transfusión; hubo 10 ingresos para ciclo de quimioterapia; 14 pacientes ingresaron por efectos secundarios del tratamiento (vómitos con intolerancia, mucositis postradioterapia); 10 pacientes ingresaron por infección respiratoria no neumónica sin presentar neutropenia; 3 ingresos en pacientes neutropénicos sin fiebre; 8 pacientes fueron trasladados desde otro hospital tras diagnosticárseles cáncer de pulmón, por no ser candidatos a valoración ambulatoria.

Conclusiones. El cáncer de pulmón origina ingresos frecuentes en los Servicios de Oncología. Los motivos de ingreso más frecuentes son las complicaciones respiratorias y neurológicas.

Cáncer hereditario/Epidemiología y prevención

P-52

EVALUACIÓN DE LA HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA COMO MARCADOR PRE-POLIPÓSICO ALTERNATIVO EN LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

A. Alonso Sánchez, A. Valiente Martín, M. Artigas López, A. Bengoa Alonso, P. Cabello Albendea y C. San Román Cos-Gayón

Servicios de Genética Médica. Hospitales Virgen del Camino, Pamplona y Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos. La hipertrofia del epitelio pigmentario de la retina (CHRPE) es una manifestación asintomática empleada como marcador alternativo para predecir la aparición de afectación colónica en sujetos en riesgo de padecer poliposis adenomatosa familiar (FAP). En este estudio se evalúa su eficacia y se establece cual de los criterios que la definen presenta mayor fiabilidad.

Materiales. Se investigó mediante oftalmoscopia indirecta la presencia de CHRPE, definida mediante 3 criterios clínicos diferentes, en 67 pacientes pertenecientes a 27 familias que presentaron CHRPE como manifestación de FAP. Los hallazgos de presencia/ausencia obtenidos, se confrontaron con los diagnósticos de "afecto" (N = 48)/"no afecto" (N = 19) establecidos mediante rectosigmoidoscopia y/o identificación de mutaciones causales en el gen APC para evaluar su sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Resultados. Los valores de sensibilidad y especificidad de CHRPE en la FAP fueron de 87,5% y 89,5%, respectivamente, estableciéndose un valor predictivo positivo (VPP) del 95,5%

(IC 95%: 0,89-1,00) y un valor predictivo negativo (VPN) del 73,9% (IC 95%: 0,56-0,92) (tabla 1). Por criterios, el criterio 1, se identificó en 22 individuos "afectos", pero también en 2 individuos "no afectos", alcanzando un VPP del 92% (IC 95%: 0,81-1,05). El criterio 2, fue identificado en 3 de 16 individuos "no afectos" VPP = 81,2% (IC 95%: 0,62-1,00).

Tabla 1. Diagnóstico de FAT mediante oftalmoscopia indirecta

	Total	IC 95%
Sensibilidad	87,50	(78,2-96,8)
Especificidad	89,50%	(75,8-105,2)
Valor predictivo positivo	95,50%	(89,5-101,6)
Razón de verosimilitud positiva	6,94	
Razón de verosimilitud negativa	0,14	

Conclusiones. La valoración de la CHRPE mediante oftalmoscopia indirecta es una técnica útil como apoyo para anticipar la edad de diagnóstico, pero no puede ser utilizada como criterio único de exclusión en el diagnóstico presintomático de la FAP, al definir erróneamente como no afectos al 26,1% de los pacientes que padecerán la enfermedad. De los criterios evaluados el más apropiado es el criterio 1, que es el que incluye las lesiones de tipo A de Hodgson, por presentar el más adecuado balance entre sensibilidad y valor predictivo positivo.

P-53

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE NUEVAS DROGAS DEL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA DURAN Y REYNALS: RIESGOS Y BENEFICIOS

M. García, A. Pisa, M. Majem, C. Cuadra, V. Arrazubi, M. Martínez, B. Pardo, M.A. Izquierdo, R. Salazar y J. Ramón Germá

Programa de Desarrollo de Nuevas Drogas, Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia Duran i Reynals, IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción y objetivos. Existen dudas sobre el potencial terapéutico y la toxicidad de los Ensayos Clínicos Fase I. Presentamos un análisis descriptivo de la serie de pacientes del Programa de Desarrollo de Nuevas Drogas.

Materiales. Análisis de las características de los pacientes recogidas prospectivamente en la base de datos del Programa de Desarrollo de Nuevas Drogas de 1996 a 2000.

	Total pacientes		Pacientes no incluidos		Pacientes incluidos	
	N	%	N	%	N	%
Cérvix	6	1,75	5	2,98	1	0,57
Colangiocarcinoma	9	2,63	3	1,79	6	3,45
Colorectal	68	19,88	40	23,81	28	16,09
Digestivo superior	29	8,48	12	7,14	17	9,77
Hepatocarcinoma	9	2,63	5	2,98	4	2,30
Mama	14	4,09	5	2,98	9	5,17
Melanoma	13	3,80	2	1,19	11	6,32
Mesotelioma	5	1,46	1	0,60	4	2,30
ORL	26	7,60	12	7,14	14	8,05
Otros	17	4,97	8	4,76	9	5,17
Ovario	25	7,31	3	1,79	22	12,64
Páncreas	16	4,68	6	3,57	10	5,75
Próstata	6	1,75	5	2,98	1	0,57
Pulmón	24	7,02	15	8,95	9	5,17
Renal	18	5,26	7	4,17	11	6,32
Sarcoma	32	9,36	17	10,12	15	8,62
Vejiga	7	2,05	4	2,38	3	1,72
Desconocido	18	5,26	18	10,71	0	0,00
Total	342	100,00	168	100,00	174	100,00

Resultados. Se han realizado 15 ensayos clínicos: 7 nuevas drogas, 3 combinaciones, 5 otros. Pacientes valorados: 342 (58% V/42% M); Edad 54 (25-90), 93% < 70 años. QT previa: 49% > 1 línea, 23% > 2 líneas. Neoplasias más frecuentes: CCR (19,8%), sarcoma (9,3%), digestivo superior (8,5%), ORL (7,6%), ovario (7,3%), otros (47,4%). La tabla 1 refleja la relación de pacientes remitidos e incluidos por localización tumoral. Pacientes no incluidos: 168 (60% V/40% M); Edad 54 (25-90), 88% < 70 años. QT previa: 42% > 1 línea, 18% > 2 líneas. Tumores más frecuentes: CCR (25,8%), sarcomas (10,1%), pulmón (8,9%), ORL (7,1%), digestivo superior (7,1%), otros (42,8%). La causa principal de no inclusión fue el no cumplimiento de criterios de elegibilidad. Pacientes incluidos: 174 (57% V/43% M); Edad 54 (25-80), 97,7% < 70 años. QT previa: 55,7% > 1 línea, 27,6% > 2 líneas. Tumores más frecuentes: CCR (16,1%), ovario (12,6%), digestivo superior (9,8%), sarcomas (8,6%), ORL (8,1%), otros (44,8%). Mediana tratamiento en ECFI: 98 d (8-455). Causas finalización tratamiento: progresión (65,6%), toxicidad (5,8%), decisión del paciente (5,8%), otras (24,7%). No hubo muertes tóxicas. Valoración respuesta (n = 151): progresión 63,6%, estabilización 27,1%, respuesta global 9,5% (7,3% RP, 7,9% RC). Duración mediana respuesta: 141,5 d.

Conclusiones. El análisis por subtipos tumorales de los pacientes evaluados para ensayos fase I muestra un predominio de los tumores más frecuentes en la población general. Un porcentaje relevante de pacientes obtiene beneficio clínico y el número de pacientes que presenta toxicidad importante es reducido. Es notable la poca participación de tumores poco prevalentes.

P-54

MODELOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN LOS PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS EN LOS TRES PRIMEROS CICLOS DE QUIMIOTERAPIA. ESTUDIO DELFOS

A. Casas Fernández de Tejerina¹, J. Rifà², J.L. González Larriba³ y A. López Pousa⁴

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. ³Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Servicio de Oncología Médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; en representación del Grupo de Investigadores del Estudio DELFOS.

Introducción y objetivos. La mielosupresión es la principal toxicidad limitante de dosis de la quimioterapia para el cáncer. Con objeto de definir las variables que determinan la presentación de la toxicidad hematológica, se ha llevado a cabo un estudio epidemiológico, prospectivo, en pacientes con tumores sólidos, cuyo objetivo principal es analizar el riesgo de presentación de toxicidad hematológica (anemia, trombocitopenia, neutropenia y neutropenia febril), para cada uno de los tres primeros ciclos de tratamiento quimioterápico, a partir de variables demográficas, clínicas, analíticas y de tratamiento. De forma secundaria, se pretende analizar las principales variables del coste y el impacto de la edad (≥ 65 años frente a < 65 años) en el patrón de regímenes de quimioterapia utilizados y su toxicidad.

Materiales. Estudio epidemiológico, no intervencional, prospectivo, multicéntrico nacional.

Resultados. Noventa centros hospitalarios del territorio nacional incluyeron durante un período de 9 meses (marzo-diciembre 2004) un total de 1.286 pacientes adultos con tumores sólidos, programados para recibir un mínimo de 3 ciclos de quimioterapia en primera línea de tratamiento. Fueron excluidos los pacientes con infección activa, que hubieran recibido antiinfecciosos sistémicos en las 72 h previas al inicio de la quimioterapia o con enfermedad premaligna o maligna mielóide. El análisis preliminar de los datos recogidos muestra que la media de edad de los pacientes era

de 58,2 años (rango: 19-105) y el 56,8% eran mujeres. El 40,3% de los pacientes recibieron radioterapia. Los tumores más frecuentes fueron: mama (38,2%), pulmón (17,9%) y colon (9,9%).

Conclusiones. Los resultados finales del estudio nos van a permitir manejar fórmulas de diferentes riesgos de toxicidad hematológica y mejorar los algoritmos de decisión clínica en pacientes con tumores sólidos susceptibles de tratamiento quimioterápico.

P-55

SECUENCIACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 EN FAMILIAS CON CÁNCER DE MAMA Y/O OVARIO HEREDITARIOS

A. Torres Moragues^{1,2}, V. Bérez³, S. Merino², F. Martínez², J. Creus², M. Arenas², C. Pérez², J. Brunet Vidal^{1,4} y J. Borrás Balada^{1,2,5}

¹Fundació Privada Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer. Reus. ²Àrea d'Oncologia. H.U. Sant Joan. Reus. ³Institut de Recerca en Ciències de la Salut. Reus. ⁴Institut Català d'Oncologia. H. Josep Trueta. Girona. ⁵Departament Medicina i Cirurgia. Universitat Rovira i Virgili. Reus.

Introducción y objetivos. Un 15%-20% de casos incidentes de cáncer de mama (CM) presentan agregación familiar y 5%-10% presentan el síndrome de cáncer de mama hereditario (CMH). Un 10% de los casos nuevos de cáncer de ovario (CO) aparecen también por predisposición hereditaria. Mutaciones germinales en BRCA1 y BRCA2 son responsables de parte de ellos. Realizamos secuenciación automática de ambos genes para conocer su frecuencia en nuestra población.

Materiales. Incluimos familias con 3 o más casos de CM y/o CO, o con 2 casos de CM diagnosticados < 50 años, o había un varón con CM, CM y CO en la misma paciente o CM < 35 años o era bilateral en < 40 años (90 familias). Se realizó consejo genético y extracción de sangre del miembro afecto más joven previo consentimiento informado. La búsqueda de mutaciones se realizó mediante secuenciación automática de las regiones exónicas y de los intrones adyacentes de los genes BRCA1 y BRCA2.

Resultados. Finalizado el estudio en 41 familias, se han identificado 7 mutaciones truncantes en 9 familias (22%), 3 en BRCA1 y 4 en BRCA2. Seis variantes de significado incierto en 10 familias y, un total de 31 polimorfismos.

Conclusiones. Aunque el período de seguimiento es corto, las pautas de seguimiento aplicadas han permitido el diagnóstico de nuevos tumores en una fase precoz

P-56

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA PREVALENCIA DE ASTENIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

J. Carulla Torrent¹, M. González Barón², Y. Escobar Álvarez³, J. Montalar Salcedo⁴, E. Murillo Capitán⁵, C. Camps Herrero⁶, V. Alberola Candel⁷, A. Ordóñez Gallego⁸, A. Lorenzo Peñuelas⁹ y L. Griffa Izaurralde¹⁰

¹S. Oncología. H. Vall d'Hebron, Barcelona; ²H. La Paz, Madrid; ³H. G. Marañón, Madrid; ⁴H. La Fè, Valencia; ⁵H. Virgen de Macarena, Sevilla; ⁶H. Gral., Valencia; ⁷H. Arnau Vilanova, Valencia. ⁸H. La Paz, Madrid. ⁹H. Puerto Real, Cádiz; ¹⁰Janssen-Cilag, Madrid.

Introducción y objetivos. La astenia es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente con cáncer, desconociéndose en España su prevalencia y su incidencia. Objetivos: en este contexto se ha realizado un estudio para conocer la prevalencia y datos relacionados con los posibles factores causales.

Materiales. Estudio epidemiológico transversal nacional y multicéntrico. Se incluyeron 710 pacientes oncológicos ingresados o ambulatorios, de nuevo diagnóstico o en revisión, valorados en los servicios participantes durante la semana de estudio. En la recogida de datos se incluyeron: datos biodemográficos, tipo tumoral, estadio, ECOG, presencia o no de astenia, su asociación con otros factores, presencia o no de anemia y dolor y escala CLAS para valorar la intensidad de la astenia.

Resultados. La prevalencia global de astenia fue del 42,2% (60,5% en anémicos). La misma fue mayor según: tipo tumoral (CPNCP, Ca. Ovario, Ca. Cabeza y Cuello) estadio (metastásico), tipo de tratamiento (Qt de segunda o sucesivas líneas), entre otros. Los factores con posible relación causal identificados fueron: anemia, dolor, alteraciones del sueño, alteraciones hidroelectrolíticas e insuficiencia respiratoria. En los pacientes asténicos, según la escala CLAS, el nivel medio de energía fue de 5,38 (dt = 2,01), capacidad para realizar actividades diarias 5,47 (dt = 2,28) y calidad de vida global 5,82 (dt = 0,11), frente a los no asténicos que obtuvieron respectivamente las siguientes medias. 6,87 (dt = 2,28); 7,18 (dt = 2,51), 7,10 (dt = 2,52).

Conclusiones. Este estudio proporciona los primeros datos nacionales sobre prevalencia de astenia entre pacientes con cáncer, relegando que la misma es elevada, afectando a casi el 50% de esta población. Este síntoma multifactorial impacta sobre la calidad de vida. Sin duda, estos datos apoyan la necesidad de continuar con el estudio de la astenia asociada al cáncer.

P-57

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

J. del Valle Zapico, I. Ruiz Martín, A. Ocaña Fernández, D. Soto de Prado Otero, L. Bellido Hernández, C. Delgado Fernández, M. Navarro Martín, G. Marcos García, E. Ceballos Barbancho* y J.J. Cruz Hernández

Servicio de Oncología. Hospital Universitario. Salamanca. Hospital de Mérida.

Introducción y objetivos. El objetivo del trabajo es analizar de manera descriptiva las características y evolución de los pacientes oncológicos que realizaron consultas en el servicio de Urgencias de nuestro centro.

Materiales. Se recogieron datos de 1.000 consultas de pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Urgencias en el último año. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, tumor primario, motivo de consulta, juicio clínico inicial y evolución (ingreso versus alta hospitalaria).

Resultados. La mediana de edad fue 65 años (18-97). Quinientos cincuenta y tres de las consultas fueron varones (55%) y 447 mujeres (45%). El tumor primario que motivó más consultas fue el cáncer de pulmón (24%), seguido de mama (21%) y colorrectal (16%). El motivo de consulta principal fue el dolor (26,5%), destacando también la fiebre (16%) y disnea (11%). Los juicios clínicos más frecuentes fueron: infecciones (17%), progresión tumoral (15%) y dolor mal controlado con analgesia pautada (11%). En un 40% de los casos se requirió ingreso hospitalario. Sólo un 7% de los ingresos fue atribuido a complicaciones post tratamientos específicos.

Conclusiones. Los grandes tumores (pulmón, mama y colorrectal) son los que más consultas motivan. La distribución por sexos es homogénea. El dolor es el síntoma que más afecta a nuestros pacientes. En un elevado porcentaje de casos es preciso el ingreso hospitalario. La afluencia de enfermos oncológicos a los servicios hospitalarios de urgencias es cada vez más numerosa, por lo que cobra importancia la asistencia especializada de estas patologías.

P-58

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE PERCEPCIONES DEL ONCÓLOGO SOBRE LA ASTENIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Y. Escobar Álvarez¹, M. González Barón², V. Alberola Candel³, C. Camps Herrero⁴, J. Carulla Torrent⁵, J.J. Cruz Hernández⁶, A. Lorenzo Peñuelas⁷, J. Lizón Giner⁸, J. Montalar Salcedo⁹ y Grupo Astenos

¹S. Oncología. H. Gregorio Marañón. Madrid. ²S. Oncología. H. La Paz. Madrid. ³S. Oncología. H. Arnau de Vilanova. Valencia. ⁴S. Oncología. H. Gral. Universitario de Valencia. ⁵S. Oncología. H. Vall d'Hebrón. Barcelona. ⁶S. Oncología. H. Clínico de Salamanca. ⁷S. Oncología. H. Puerto Real. Cádiz. ⁸S. Oncología. H. San Juan de Alicante. ⁹S. Oncología. H. La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos. La astenia, síntoma frecuente del paciente oncológico, se percibiría de modo distinto por médico y paciente. Encuesta epidemiológica para conocer la percepción del oncólogo sobre este síntoma y sus repercusiones psico-físicas, sociales y emocionales sobre el paciente.

Materiales. Encuesta epidemiológica, nacional. Participaron 102 oncólogos españoles, edad promedio: 45 años, médicos adjuntos (60,3%), sector público (82,4%), centros con más 600 camas (52,9%) y acreditación docente (89,7%) Las preguntas exploran: información, evaluación, manejo y percepción de astenia.

Resultados. Sobre 102 definiciones "astenia" es definida como "cansancio" (60,78%), sólo 5 añadieron "no cede con reposo". Preguntan poco sobre astenia (42%). Habría 58%-70% de diagnóstico de astenia, aunque no usan instrumentos para medirla (75,6%). El 77,4% cree que el paciente no dispone de suficiente información sobre astenia, aunque es él quien la brinda (63,4%) Respecto a formación científica sobre astenia, los oncólogos creen estar bien formados (60,2%) pero no lo estaría la enfermería (72%). Tampoco disponen de guías de actuación a nivel hospitalario (91,5%). En astenia se plantean los factores causales (74,1%). Evalúan principalmente Hb (71,5%) y dolor (61%). Creen no tratar astenia oncológica (86%) y cuando lo hacen es con tratamiento farmacológico+no farmacológico, tratando fundamentalmente la anemia (97,2%). Consideran que astenia es independiente del sexo (49%) y tipo tumoral (33,3%) Sería más frecuente en: ancianos (56,5%); estadios avanzados (94,2%); pacientes ingresados (30%) y tratamiento combinado (QT/RT) (55%). Consideran que enfermedad (29) y anemia (28) son causas más frecuentes de astenia. Cisplatino (23) y Rt de tórax (20) los tratamientos más astenizantes.

Conclusiones. La astenia se percibe con frecuencia en el paciente, aunque existe poca sistemática para la evaluación de la astenia oncológica.

P-59

CARCINOMA BRONCOPULMONAR (CBP): EXPERIENCIA Y GESTIÓN DE RECURSOS SANITARIOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO EN ESPAÑA

B. Massutí¹, J.L. Martí-Ciriquián¹, J. Gil Carbonell², E. Peña Zurdo¹, R. Montoyo¹, M.³C. Gosálvez¹, E. Adrover Cebrían¹, A.L. Yuste Izquierdo¹, S. Romero Candeira² y J.M. Rodríguez-Paniagua³

¹Servicio de Oncología Médica. ²Servicio de Neumología. ³Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario. Alicante.

Introducción y objetivos. El CBP es la primera causa de mortalidad neoplásica y su incidencia continua en aumento en España. El estadio al diagnóstico es el principal factor pronóstico para la supervivencia y el factor fundamental para decidir la estrategia terapéutica. Se requiere una aproximación multidisciplinaria para su diagnóstico, estadifica-

ción y tratamiento. En el proceso asistencial se utilizan múltiples recursos fundamentalmente hospitalarios. Se analiza utilización de recursos sanitarios hospitalarios en diagnóstico y tratamiento del CBP en sus diferentes tipos y estadios.

Materiales. Estudio retrospectivo de las historias clínicas hospitalarias de los pacientes (p) incidentes con CBP en un Hospital General Universitario de 800 camas con Cirugía Torácica de referencia de área durante tres años (2002-2004). Descripción procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Análisis de episodios y días de estancia hospitalaria y visitas a consultas hospitalarias y a urgencias. Análisis comparativo de los grupos de p en función diagnóstico y estadio inicial.

Resultados. Se revisan historias clínicas, documentación administrativa y de gestión de 398 p. 350 (85%) con CBP no microcítico (CBPCNP) y 68 (17%) con CBP microcítico (CBPCP). Estadios: CBPCNP: I-II 72 p, III-A 54 p, III-B 95 p, IV 151 p, recaídas 10 p. CBPCP: Enfermedad Limitada 30 p, Enfermedad Extendida 38 p. Ttos: III-A 19 p tto Quimioterápico (QT) preoperatorio y cirugía (CIR), 10 con QT y radioterapia (RT) y 5 p con CIR-QTpostop. III-B 17 p QT exclusiva, 15 p QTpreop-CIR, 39 p QT -RT, 7 p RT exclusiva y 14 p sintomático de soporte sin tratamiento oncológico activo. IV: QT de combinación 94 p, mono-QT 18 p y tratamiento sintomático exclusivo 29 p.

Conclusiones. La utilización de los recursos sanitarios es diferente en las situaciones definidas por el estadio inicial del CBP. La necesidad de utilización de los recursos sanitarios hospitalarios es mayor para el estadio IV. Se presentarán datos finales y modelo de cuantificación económica.

P-60

ANÁLISIS DEL POLOMORFISMO I1507K DEL GEN APC EN FAMILIAS HNPCC CON ESTUDIO DE GENES REPARADORES NEGATIVO

B. Loboff de León¹, P. Pérez Segura¹, T. Caldés Llopis², J. Godino Gómez³ y E. Díaz Rubio¹

¹Servicio de Oncología Médica. ²Laboratorio de Oncología Molecular. Hospital Clínico San Carlos. ³Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos. El cáncer colorrectal hereditario no polipósico (HNPCC) representa el 5%-7% de todos los cánceres colorrectales (CCR). Existen una serie de criterios (Ámsterdam I y II, Bethesda) que ayudan a identificar estas familias. Este síndrome se produce por mutaciones en genes reparadores (MMR). Sin embargo, existe un porcentaje en los cuales no se encuentran estas mutaciones. Recientemente en población judía Ashkenazi se ha relacionado el polimorfismo I1507K del gen APC con un incremento en el desarrollo de CCR.

Materiales. Se analizó la presencia del polimorfismo I1507K en 66 familias HNPCC que cumplían los criterios Ámsterdam I y II o Bethesda 2004 sin mutación en los genes reparadores.

Resultados. Edad (mediana): 51 a. Sexo: v 40,9%/m 59,1%. Ámsterdam 54,5%, Bethesda 35% y alta agregación 12%. Diferenciación: 62,6% moderados, 24,2% bien diferenciados, 13,2% indiferenciados. Localización: dcho. 31,8%, izq. 68,2%. Tumores asociados en la familia: 58% CCR, 20% CCR y ginecológicos, 9% CCR y urológicos. Estudio de microsatélites: 65% estables, 16,5% inestables. En ningún caso se encontró el polimorfismo estudiado.

Conclusiones. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo están en correlación con la literatura publicada con poblaciones muy diferentes a la española. Salvo los datos publicados en población judía Ashkenazi se podría inferir que este polimorfismo no parece jugar un papel predominante en el riesgo de padecer CCR en otras poblaciones o grupos étnicos.

P-61

REORDENAMIENTOS Y GRANDES PÉRDIDAS DEL GEN BRCA1

R. Salazar Sáez^{1,2}, E.M.³ Sánchez Tapia², A. Ocaña Fernández¹, M.³I. Ruiz Martín¹, E. Fonseca Sánchez¹, P. Sánchez García¹, E. del Barco Murillo⁴, R. González Sarmiento^{2,3} y J.J. Cruz Hernández^{1,2}

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

²Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca. ³Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina. Universidad de Salamanca. ⁴Servicio de Oncología, Hospital de Palencia.

Introducción y objetivos. Se estima que las alteraciones en el gen BRCA1 debidas a las grandes deleciones de uno o varios exones y reordenamientos pueden representar un 5%-10% de las variantes en BRCA1, llegando a un 27% en poblaciones específicas.

Materiales. Se ha realizado el estudio de este tipo de alteraciones en 45 familias de la provincia de Salamanca. Previamente se había realizado el estudio molecular completo de los genes BRCA 1-2 mediante PCR-análisis de heterodúplex no encontrándose alteraciones patogénicas. En 11 familias había al menos tres casos de cáncer de mama y ovario; en 28 familias tres o más casos de cáncer de mama y en 6 familias dos casos de cáncer de mama. El estudio se llevó a cabo mediante la técnica de MLPA "Multiple ligation-dependent probe amplification", MRC-Holland, utilizando DNA genómico extraído de sangre periférica.

Resultados. Se ha encontrado una pérdida del exón 14 de BRCA1, una amplificación de la región que contiene el exón 20 en dos familias no relacionadas y una amplificación concomitante de las regiones que contienen los exones 19 y 20. La familia portadora de la pérdida del exón 14 tenía dos casos de cáncer de mama y cinco casos de cáncer de ovario. Las familias con la amplificación del exón 20 presentaban tres casos de cáncer de mama en una y un caso de cáncer de mama y uno de ovario en otra. La familia con la amplificación de los exones 19 y 20 presentaba tres casos de cáncer de mama. Este tipo de alteraciones representa un 8,8% del grupo estudiado.

Conclusiones. Realizar estudios de grandes deleciones y reordenamientos mejora la sensibilidad de los test genéticos, siendo la técnica rápida y sencilla.

P-62

CÁNCER DE MAMA OVARIO FAMILIAR. RESULTADOS PRELIMINARES DE 21 FAMILIAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

A. Herrero Ibáñez¹, T. Calvo Martín², T. Puértolas Hernández¹, D. Miramar Gallait², A. Antón Torres¹, J. Burriel Ballestín³, F. Llorente Martínez², R. Pazo Cid¹, A. Ruiz de Lobera Martínez¹ y V. Calderero Aragón¹

¹Servicio de Oncología Médica. ²Unidad de Genética Médica. ³Unidad de Mama. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres. La mayoría de casos son de tipo esporádico y entre un 5%-10% tienen un carácter familiar. Una adecuada selección de familias permite unos óptimos resultados de cara a encontrar mutaciones en los genes BRCA1-2 asociados a cáncer de mama-ovario hereditario.

Materiales. Desde noviembre de 2003 estudiamos 21 familias. De ellas 18 han sido remitidas por el servicio de Oncología y 3 por la Unidad de Mama. Todas ellas fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de riesgo del documento de consenso de cáncer hereditario. Todas firmaron un consentimiento. La técnica usada ha sido la secuenciación de todos los exones codificantes de los genes BRCA1-2 y sus regiones de *splicing*.

Resultados. Se han encontrado 9 familias con mutaciones patogénicas (42,8% de las familias estudiadas). En este momento 7 casos están pendientes de finalizar la secuenciación por lo que el número de casos podría incrementarse. De ellas 55,5% corresponden a BRCA1 y 44,4% a BRCA2. Las mutaciones encontradas son: BRCA1: c.185_186delAG en exón 2, c.3600_3601delGAAGATACTAG en exón 11, c.502_2_5025delGA en exón 16, c.5242C > A en exón 18 en dos casos. BRCA2: 2929delC, 3908_3909delTG, 5374_5377delTATG, 5804_5807delTTAA todas estas mutaciones situadas en el exón 11. De las 9 familias con mutación patogénica 4 (44,4%) presentaban casos de cáncer de ovario en su genealogía y 3 (33,3%) casos de cáncer de mama en menores de 35 años. Estas dos características solas o en combinación están presentes en el 77% de nuestras familias portadoras.

Conclusiones. Resulta llamativo el alto porcentaje de mutaciones patogénicas encontradas (42,8%) lo cual resulta explicable por la rigurosa técnica de estudio y una adecuada selección familiar. En nuestro caso la existencia de casos de cáncer de ovario o cáncer de mama en menores de 35 años aparece como marcador de alta probabilidad de mutación.

P-63

PRESENTACIÓN TÍPICA Y ATÍPICA DE UNA ENTIDAD INUSUAL: EL SÍNDROME DE COWDEN

B. Graña Suárez¹, A. Vega Gliemmo², A. Blanco Pérez², A. Andrés Pons³, J. Cameselle Teijeiro¹, C. Ruiz Ponte², M. González Rodríguez¹, J. Lavandeira García¹, R. Pulido Murillo³ y A. Carracedo Álvarez²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela;

²Fundación Pública Xenómica de Medicina Galega; ³Fundación Valenciana de Investigaciones Biomédicas.

Introducción y objetivos. El síndrome de Cowden es una entidad infradiagnosticada debido al gran número de manifestaciones asociadas, todas ellas de expresión y penetrancia variable.

Materiales. Presentamos dos casos recientemente identificados en nuestro centro.

Resultados. El primero es una mujer de 58 años con un carcinoma de células renales en estadio IV. De sus antecedentes personales destaca haber padecido un histiocitoma fibroso maligno abdominal a los 32 años de edad, además de múltiples pólipos hiperplásicos y lipomas submucosos intestinales. A los 44 años le fue resecado un adenocarcinoma de recto en estadio II. No refiere antecedentes familiares de interés. A la exploración presenta "palmar pits". Previo consentimiento informado se analizó el gen PTEN en línea germinal identificándose una mutación patogénica previamente descrita en el exón 5, denominada Y155C. El segundo caso es una mujer de 28 años derivada al presentar papilomas en la cavidad oral, pápulas perinasales de histología desconocida y "palmar pits". A los 25 años de edad se le practicó una hemitiroidectomía por un adenoma folicular. Una tía materna falleció por un cáncer de mama inflamatorio a los 38 años. Previa sesión de consejo genético se realizó el análisis de PTEN evidenciándose una mutación germinal en el exón 2, no descrita con anterioridad (G36R). El estudio funcional in vitro de G36R mostró ausencia de actividad fosfatasa, confirmando el diagnóstico de sospecha.

Conclusiones. Realizar un diagnóstico definitivo de Sd. de Cowden es complejo, sin embargo resulta obligado dada la necesidad de prevenir o al menos realizar un diagnóstico precoz de diversos tumores en aquellos individuos en riesgo. En el congreso se revisarán ambos casos en relación con los criterios diagnósticos internacionales; análisis genético y funcional; consejo genético y manejo clínico de las familias.

P-64

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO FAMILIAR, ¿AZAR, AMBIENTE O HERENCIA?

B. Graña Suárez¹, L.M. Cascallar Caneda², A. Vega Gliemmo³, C. Ruiz Ponte³, N. Salvador Garrido², L. del Río Pazos¹, P. Peleteiro Higuero², J. García González¹, U. Anido Herranz¹ y A. Carracedo Álvarez³

¹Servicio de Oncología Médica. ²Servicio de Radioterapia. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ³Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica.

Introducción y objetivos. Los principales factores de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello son el consumo de tabaco y de alcohol. La existencia de una predisposición genética hereditaria para estos tumores es controvertida.

Materiales. Presentamos una familia con una agregación de casos de cáncer de cabeza y cuello. La paciente es una mujer que a los 27 años fue diagnosticada de un carcinoma epidermoide de laringe estadio II (T2N0M0). La madre de la probanda fue tratada a los 46 años de un carcinoma epidermoide de cavum estadio IIB (T1N1M0). Un tío materno fue diagnosticado a los 37 años de un carcinoma epidermoide de laringe de estadio no especificado. El abuelo materno falleció a los 87 años de edad a consecuencia de un carcinoma epidermoide de laringe en estadio IV. Todos los casos han sido confirmados histológicamente. Se ha identificado que todos ellos eran fumadores activos de al menos 20 cigarrillos al día durante un mínimo de 14 años. No se reconoce un consumo excesivo de alcohol.

Resultados. Se presenta una familia con tumores de cabeza y cuello en tres generaciones correlativas y un evidente fenómeno de anticipación (los casos sucesivos son diagnosticados a edades cada vez más jóvenes). Este patrón podría ser compatible con un modelo de herencia mendeliana para un gen de alta penetrancia no identificado, o la expresión de una sensibilidad de etiología compleja aún desconocida a la carcinogénesis inducida por el tabaco.

Conclusiones. En el congreso se discutirán los factores genéticos actualmente descritos que podrían estar implicados, así como la posible interrelación entre ellos y/o el ambiente. Se expondrá además la estrategia de consejo genético y las dificultades en el manejo clínico de los individuos en riesgo de la familia.

P-65

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE FAMILIAS DE POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR ATENUADA

S. González Romero, I. Blanco Guillermo*, J. Aranda Cebrián, E. Castellsagué Torrents, G. Llord Pursals*, C. Yague Muñoz*, M. Peris Tuser* y G. Capella Munar

Laboratorio de Recerca Translacional. *Departamento de Prevención y control del cáncer. IDIBELL-Institut Català d'Oncologia.

Introducción y objetivos. La poliposis adenomatosa familiar atenuada (AFAP) se define por la presencia de menos de 100 adenomas en el colon y recto, aunque hasta el momento no hay un criterio aceptado internacionalmente para el diagnóstico. La base molecular de la enfermedad está ligada a mutaciones en el gen *apc*. Recientemente, se han asociado mutaciones en el gen *myh* con formas hereditarias recesivas de la enfermedad. El objetivo del estudio era evaluar la prevalencia de mutaciones germinales en los genes *apc* y *myh* en una serie de pacientes de AFAP.

Materiales. Se estudiaron 27 pacientes no relacionados (14 de novo), que presentaban entre 5 y 99 adenomas. El análisis del gen *apc* se realizó en todos los casos mediante secuenciación directa. En 15 de las 25 familias que no presentaron mutación en el gen *apc* se realizó el estudio del *myh* por secuenciación directa.

Resultados. Se detectó mutación en el gen *apc* en 8/27 (30%) pacientes y mutación bialélica en el *myh* en 4/15 (27%) pacientes. En total, se identificaron mutaciones en 11/27 (41%) pacientes. Siete pacientes presentaron mutación sólo en el gen *apc* (4 mutaciones patogénicas y 3 missense de sig-

nificado desconocido) y tres pacientes presentaban mutación bialélica en el gen *myh*. Finalmente, un paciente era heterocigoto para una variante del gen *apc* (L1129S) y presentaba la mutación G382D del *myh* en homocigosis. Las alteraciones del gen *apc* se asociaron exclusivamente a la presencia de historia familiar de pólipos.

Conclusiones. Se detectaron alteraciones genéticas en *apc* y *myh* en el 41% de los pacientes de poliposis atenuada, aunque es necesario estudiar el papel patogénico de las mutaciones missense detectadas en *apc*. En ausencia de historia familiar, el análisis del *myh* debe elegirse como el primer paso en la estrategia del análisis genético en estas familias.

P-66

EDUCACIÓN SANITARIA Y CÁNCER

M. Moreno Gómez, M.^aA. González Lucas, M. Alonso Sardón, E. Iglesias de Sena, J.A. Mirón Canelo y M.^aC. Sáenz González

Doctorandos y profesores de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Introducción y objetivos. El control del cáncer constituye una prioridad preventiva y de Salud Pública de primer orden y la Educación Sanitaria (ES) constituye una herramienta que debe realizarse. El objetivo general ha sido conocer la ES de la población adulta en relación a las medidas preventivas del Cáncer.

Materiales. Se realizó un estudio transversal y muestral a población adulta del Área de Salud de Salamanca. Los individuos seleccionados mediante rutas aleatorias, 656, fueron entrevistados a través de un cuestionario (instrumento de medida) que incluye las variables epidemiológicas y los ítems relativos a las recomendaciones y medidas de prevención primaria y secundaria relacionada con el cáncer.

Resultados. Es la enfermedad que más preocupa y más a las mujeres ($p = 0,004$). Un 19,7% (IC 95%: $19,7 \pm 3$) han oído hablar del Código Europeo contra el Cáncer (CECC). El 64,8% ($64,8 \pm 4$) NS/NC y el 23,9% ($23,9 \pm 3$) que son recomendaciones preventivas. El nivel de instrucción, ingresos mensuales (clase social) y antecedentes familiares se asocian significativamente a los conocimientos sobre el CECC. Las acciones preventivas más conocidas: no fumar ($97,7 \pm 2$), evitar exposición al sol ($92,2 \pm 2$) y beber moderadamente alcohol ($77,8 \pm 3$). El 6,1% ($6,1 \pm 2$) ha asistido a charlas de ES. El 16,5% ($16,5 \pm 3$) ha participado en programas de cribados, sobre todo, mujeres en cribados de mama. A mayor nivel de instrucción, con significación estadística, más demandas y consultas, mayor participación en cribados y charlas. El nivel de instrucción influye significativamente en las actitudes y opiniones. El 84,2% ($84,2 \pm 3$) desearía saber el diagnóstico desde el primer momento y el 46% (46 ± 4) refiere que deben cambiar la coordinación entre los servicios clínicos, entre niveles asistenciales y las habitaciones hospitalarias (individuales).

Conclusiones. Existe un escaso conocimiento del CECC y de las medidas preventivas del Cáncer. La clase social se asocia de manera significativa a menor conocimiento y a inadecuadas conductas preventivas.

P-67

DESCRIPCIÓN DE UN SÍNDROME CON PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA A ADENOMA DE PARATIROIDES Y TUMORES DE MANDÍBULA ASOCIADO AL GEN HRPT2

M. Velasco, X. Hernández*, J. Brunet*, C. Clemente, L. Barnadó, M. Valladosera, J.A. Font, M. Urioste**, S. González*** y R. Colomer*

*Servicio de Medicina Interna, Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Josep Trueta, Girona. *Institut Català d'Oncologia, Hospital Josep Trueta, Girona. **CNIO. ***Laboratori de Recerca Translacional, ICO, Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet Llobregat.*

Introducción y objetivos. El estudio de nuevos síndromes con predisposición hereditaria a tumores puede aportar nuevas

claves en la biología molecular del cáncer. A su vez puede tener un interés para el asesoramiento genético. El síndrome adenoma de paratiroides-tumor de mandíbula es de tipo autosómico dominante (código OMIM145001) y está relacionado con mutaciones en línea germinal en el gen HRPT2 (1q25-31). Mutaciones en este gen pueden también explicar algunos casos de carcinoma de paratiroides esporádico. El 95% de los pacientes desarrollan hiperparatiroidismo asociado a único o múltiples adenomas de paratiroides (rango de aparición entre los 10 y 66 años), en un 5% de los casos se puede desarrollar carcinoma de paratiroides. Completa el cuadro clínico un mayor riesgo de tumores fibrosantes maxilares o de mandíbula, quistes renales, hamartomas renales, nefroblastomas y tumor de Wilms del adulto.

Materiales. Se presenta el caso de un varón de 34 años, intervenido de fibroma osificante de maxilar superior y adenoma de paratiroides en un intervalo de 4 meses, y el proceso de asesoramiento genético que se ha realizado.

Resultados. El estudio del árbol genealógico sugiere que se trata de un caso de aparición de novo. Dada la presencia de dos hijos del paciente en edad de riesgo se propuso a la familia iniciar proceso de asesoramiento genético. Después de obtener el consentimiento informado se ha cursado el estudio del gen HRPT2. En espera del resultado para realizar estudio de portadores, se ha iniciado el seguimiento de los familiares a riesgo con calcemia y ecografía renal.

Conclusiones. Dada la elevada penetrancia y la aparición a edades precoces, el estudio y asesoramiento genético en el síndrome adenoma paratiroides-tumor de mandíbula puede ser útil para el manejo de los familiares con riesgo.

P-68

CONSEJO GENÉTICO EN MELANOMA FAMILIAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

E. Aguirre Ortega, R. Andrés Conejero, M.^aE. Ortega Izquierdo, R. Lara López-Doriga, J. Lambea Sorrosal, I. Marcos Campos, J. Godino Gómez, T. Castel Rodó, S. Puig Sardá y A. Tres Sánchez

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Hospital Clinic de Barcelona.

Introducción y objetivos. Se estima que sólo un 10% de los casos de melanoma aparecen en personas con antecedentes familiares. De éstos, un pequeño porcentaje siguen un patrón de herencia autosómico dominante y son debidos a mutaciones en los genes CDKN2A y CDK4. Una detallada historia familiar, la edad de diagnóstico temprana, múltiples melanomas primarios y asociación a nevus displásicos son factores que están presentes en los melanomas familiares.

Materiales. Seleccionamos 12 pacientes con melanoma para estudio genético de mutaciones en la línea germinal (SSCP y secuenciación de bandas anómalas) CDKN2A (exón 1alfa, 1beta, 2 y 3) y CDK4 (exón 2). El estudio genético se llevó a cabo en el Hospital Clinic de Barcelona. Los criterios de selección fueron: 2 o más familiares afectados de melanoma, múltiples melanomas primarios en un individuo, 1 melanoma y otro tipo de cáncer en individuos de una misma familia, 1 melanoma y un nevus displásico en individuos de una misma familia, Melanoma y otro tipo de cáncer en un mismo individuo.

Resultados. Las características de presentación del melanoma fueron: 33,3% de las familias con dos o más casos de melanoma; 8,33% de familias con tres o más casos de melanoma. Edad media de diagnóstico más temprana de melanoma 47,1 años. Edad media de diagnóstico de todos los casos de melanoma: 48,6 años. 16,6% de familias con uno o más casos de cáncer de páncreas. Familias con presencia de al menos un nevus displásico 25%. En ninguna de las 9 familias en las que se ha completado el estudio se detectó ninguna mutación en el exón 2 de CDK4 ni en el CDKN2A.

Conclusiones. En el melanoma hereditario están involucrados varios genes de baja (MC1R) y alta penetrancia como los

genes CDKN2A y CDK4. Éstos se han asociado con una fuerte historia familiar lo que explicaría la no detección de mutaciones en nuestra serie.

P-69

RECOGIDA DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO

M.^aD. Torregrosa Maicas¹, R. Gironés Sarrió¹, J. Aguiló Lucía² e I. Martínez Moreno³

¹Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna. ²Jefe de Servicio de Cirugía. ³Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

Introducción y objetivos. El cáncer hereditario comprende entre el 5%-15% de las neoplasias. En número absoluto son pocos casos, pero su impacto sociosanitario es lo suficientemente importante como para crear Unidades de Consejo Genético. En nuestra comunidad se van a poner en marcha de forma inminente. Es importante conocer, por tanto, aquellos casos que se presentan en nuestra consulta y que pueden ser susceptibles de remisión a estas Unidades. Objetivos: con el objetivo de tener una idea aproximada de cuántos casos podrían ser susceptibles de estudio por posible síndrome hereditario, decidimos aplicar los criterios establecidos en el Documento de Consenso en Cáncer hereditario a los pacientes de nuestra consulta.

Materiales. Recogida de antecedentes personales y familiares de cáncer de todos los pacientes vistos en la consulta de Oncología desde junio del 2004 a enero del 2005.

Resultados. Hemos detectado 42 familias susceptibles de remisión a estudio, según los criterios publicados en el Documento de Consenso de la SEOM, tal y como se refleja en tabla adjunta. Discusión: los antecedentes familiares de cáncer son un factor de riesgo conocido. Sin embargo, es difícil a priori diferenciar los casos realmente hereditarios de las agregaciones familiares. Es imprescindible un alto grado de formación para abarcar este tipo de problemas. Pensamos que las Unidades de Consejo Genético pueden aportar facilitar el estudio de estas situaciones, por lo que es imprescindible su puesta en marcha.

Conclusiones. La remisión de familias con criterios a dichas unidades requiere el establecimiento de circuitos asistenciales con criterios de derivación basados en protocolos establecidos previamente.

P-70

ESTUDIO Y CONSEJO GENÉTICO DEL MELANOMA FAMILIAR

A. Torres Moragues^{1,2}, S. Puig³, A. Azón⁴, S. Servitja², D. Martín², E. Mur², J. Borrás Balada^{1,2,5}, J. Gumá Padró² y J. Brunet Vidal^{1,6}

¹Fundació Privada Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer. Reus. ²Àrea d'Oncologia. H.U. Sant Joan. Reus. ³Servei Dermatologia. H. Clínic. Barcelona. ⁴Unitat Dermatologia. H.U. Sant Joan. Reus. ⁵Departament de Medicina i Cirurgia. Universitat Rovira i Virgili. Reus. ⁶Institut Català d'Oncologia. H. Josep Trueta. Girona.

Introducción y objetivos. Un 1% de melanomas malignos se diagnostican en pacientes con múltiples familiares afectados (MF). Dos genes de alta penetrancia (CDKN2A y CDK4) han sido implicados en este tipo de familias y, mutaciones germinales en CDKN2A se han reportado también en pacientes con múltiples melanomas primarios (MP) o diagnosticados a edad joven. Por ello, evaluamos el tipo de familias que habían consultado la Unidad para este tipo de tumores y valoramos la implicación de ambos genes.

Materiales. Seleccionamos las 7 familias en que podía estar implicado el CDKN2A y el CDK4, realizamos consejo y tras período de reflexión realizamos test genético. Valoramos la asociación con otro tipo de neoplasias y la presencia de nevus displásicos o de carcinomas de piel no melanomas.

Resultados. Ninguna mutación germinal se encontró en

CDK4 y, sólo aquellas familias con > 4 miembros de primer grado afectados de melanoma (2 familias) presentaron mutación patogénica (G101W) en CDKN2A. No se encontró mutación en CDKN2A en los pacientes con MP o diagnóstico a edad joven y sin historia familiar. La edad media al diagnóstico fue 36 años (no significación estadística entre portadores y no portadores). El 75% de pacientes asociaban nevus displásicos. Tumores asociados: páncreas, SNC, mama, ovario, útero y colon.

Conclusiones. En nuestra serie el mayor predictor de encontrar una mutación en CDKN2A es la presencia de una fuerte historia familiar de melanoma. La implicación de CDK4 es baja.

P-71

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON CÁNCER EN EL HGU DE ELCHE EN EL PERÍODO 2001-2005

S. Maciá Escalante, C. Guillén Ponce, M.^aJ. Molina Garrido, M.^aJ. Martínez Ortiz, I. Ballester Navarro, J. Gallego Plazas, A. Rodríguez Lescure, V. Pons Sanz, N. Martínez Banaclocha y A. Carrato Mena

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario. Elche.

Introducción y objetivos. La enfermedad tromboembólica tiene una elevada incidencia en los pacientes oncológicos, debido a la enfermedad de base y a los factores asociados (catéteres, terapia hormonal, encamamiento prolongado). El objetivo del presente estudio es la descripción de las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes, así como el tipo de tratamiento administrado y su evolución.

Materiales. Se realizó un estudio ambispectivo de los tromboembolismos pulmonares diagnosticados en nuestro hospital en los últimos cinco años, siendo los mismos de probabilidad o de certeza (mediante pruebas complementarias).

Resultados. Se diagnosticaron un total de 46 tromboembolismos, 25 en hombres y 25 en mujeres, de ellos 20 tenían un ECOG de 5 previamente al ingreso. El tipo de tumor más frecuente fue el de pulmón con 10 casos (22%), y el tipo histológico más asociado fue el adenocarcinoma, con 25 casos (50%). Un 65% de los pacientes tenían enfermedad avanzada (estadio IV). 10 pacientes tomaban orexígenos. El síntoma más frecuente de presentación fue la disnea, que se dio en 33 casos (80%). Cuarenta y cinco pacientes (99%) presentaban hipoxemia, y 31 de ellos estaban en insuficiencia respiratoria. En 36 casos se utilizaron heparinas de bajo peso molecular de inicio, que en 18 casos se mantuvieron al alta. La técnica más utilizada en el diagnóstico hasta el año 2000 fue la gammagrafía, pasando a ser sustituida por el angioTAC. En 20 pacientes no se llegó a realizar ninguna de las dos pruebas y el diagnóstico fue de presunción en base clínica y gasometría. 25 pacientes fallecieron a pesar del tratamiento anticoagulante.

Conclusiones. La enfermedad tromboembólica tiene una alta incidencia en nuestro medio y en un elevado porcentaje de pacientes es causa de éxitus a pesar de la instauración temprana de tratamiento anticoagulante. Como técnica diagnóstica se emplea en la actualidad el angioTAC, y como tratamiento al alta, se mantienen las HBPM.

P-72

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES ANCIANAS INTERVENIDAS DE NEOPLASIA DE MAMA

R. Gironés Sarrió¹, J. Torró Richard², C. Wolstein Lara³, M. Sayas Lloris⁵ y M.^aD. Torregrosa Maicas¹

¹Oncología Médica. ²Servicio de Cirugía. ³Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna del Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

Introducción y objetivos. La incidencia de cáncer de mama está asociada a la edad. Las pacientes mayores de 70 años

presentan más riesgo de neoplasia de mama. Se desconoce si otros factores además de la edad interfieren en este incremento. Existen pocos estudios prospectivos en pacientes ancianos.

Materiales. Metodología: estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes mayores de 70 años intervenidas de neoplasia de mama en estadios iniciales. Objetivo: detectar otros factores de riesgo además de la edad.

Resultados. Hasta la fecha se han revisado 44 casos de pacientes actualmente vivas sin enfermedad. Mediana de edad: 75 años (70-89 años). Menarquia variable (9-16 años). Menopausia tardía (50 años). Alta paridad (mediana 3 hijos) con edad tardía del primer embarazo a término (26 años). Sólo 2 casos presentaban antecedentes familiares. Ningún hábito tóxico ni tratamientos hormonales previos. Nuestro objetivo es revisar la serie completa. Discusión: la mayoría de pacientes diagnosticadas de neoplasia de mama no suele presentar los factores de riesgo asociados con la neoplasia descritos en la literatura. Tampoco en nuestra serie existen datos relevantes, salvo la edad tardía del embarazo y la menopausia tardía. El análisis retrospectivo no está exento de sesgos. El simple hecho de envejecer parece asociarse a un incremento en la incidencia de cáncer de mama. Sin embargo, éste no es efecto directo del envejecimiento.

Conclusiones. La longevidad de nuestra población se está traduciendo en un incremento de la incidencia de algunas neoplasias. Conocer las características del problema nos permitirá plantear estudios para encontrar las soluciones. Las neoplasias en los ancianos constituyen un reto cada vez más presente en nuestra práctica habitual.

P-73

ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO EN CÁNCERES DE MAMA (CM) DE MUJERES BRCA+: RESULTADOS PRELIMINARES

P. Pérez Segura¹, R. Andrés Conejero², E. Lastra³, B. Graña Suárez⁴ y Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM

¹Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

²Oncología Médica del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

³Oncología Médica del Hospital General Yagüe de Burgos.

⁴Oncología Médica del Complejo Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos. Los conocimientos actuales sobre la biología de los CM de mujeres BRCA+ nos permiten, en ocasiones, mejorar nuestro asesoramiento a las mismas. Sin embargo, un conocimiento más profundo de la relación entre mutación y fenotipo tumoral conseguiría adecuar de manera más fina las medidas preventivas a cada caso así como seleccionar mejor qué mujeres deben ser sometidas a test genético. Se exponen a continuación los resultados preliminares del estudio sobre correlación genotipo-fenotipo que la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM está realizando.

Materiales. Se ha procedido a revisar los datos epidemiológicos, histológicos, evolutivos y moleculares de 40 mujeres con CM y BRCA+.

Resultados. Aunque el tamaño muestral es aún escaso empiezan a encontrarse una serie de diferencias entre los CM BRCA1 y BRCA2 positivos; algunas de estas alteraciones coinciden con lo publicado por otros grupos pero otras, en cambio, no. Los CM BRCA1+ se sitúan en familias distintas a las BRCA2+, la mediana de edad es algo superior y los datos histológicos de estos CM son algo distintos a los BRCA2 (histologías distintas a la habitual, escasa afectación axilar, alto grado, RRHH y Her 2 neu negativo). El resto de los datos se presentarán con detalle en el simposium.

Conclusiones. Los conocimientos que este estudio intenta desentrañar pueden permitirnos afinar nuestra selección de candidatas a test así como su asesoramiento.

P-74

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA POR LA SECCIÓN DE CÁNCER HEREDITARIO DE LA SEOM SOBRE LA ASISTENCIA EN CONSEJO GENÉTICO EN ESPAÑA

P. Pérez Segura y Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM
Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos. La actividad de consejo genético (CG) se está incorporando de manera paulatina a los hospitales; sin embargo, aún existen lagunas asistenciales a este respecto en nuestro país. Se realiza esta encuesta para analizar lo que los miembros de la SEOM conocen sobre el CG y utilizarlo como herramienta de mejora en un futuro próximo.

Materiales. Se ha procedido a enviar la encuesta a todos los miembros de la SEOM tanto por correo habitual como por email. Los resultados han sido analizados siguiendo técnicas estándar de estadística descriptiva. La encuesta ha sido realizada entre el último trimestre de 2004 y el primero de 2005.

Resultados. De los 760 miembros a los que se les ha enviado la encuesta han respondido 83 (10,9%). Existe representación de todas las comunidades autónomas. En cuanto a especialidades el 92,7% eran oncólogos médicos; el reparto por sexos ha sido similar y la mediana de edad era de 41 años. En cuanto a las cuestiones que se planteaban a los entrevistados remarcar las siguientes conclusiones: 1) El 87,95% reconocían haber detectado alguna familia de riesgo en el último año; 2) El 49,4% enviaban las familias para asesoramiento a otro centro; 3) El 80,7% sabía donde debían mandar a esas familias; 4) El 71% consideraban que la oferta de unidades era escasa; 5) El 54,2% realizan un pedegree a todos los pacientes que asisten; 6) El 80,4% reciben frecuentemente preguntas a este respecto de sus pacientes; 7) En cuanto a la formación, el 67,5% la considera insuficiente y 8) Los conocimientos habituales en la materia se recogen bien mediante bibliografía o asistencia a cursos (56,5%).

Conclusiones. Esta encuesta debe servir como herramienta para mejorar la asistencia en CG en nuestro país, así como la formación de nuestros profesionales.

P-75

VALORACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CONSEJO GENÉTICO ONCOLÓGICO EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA A MEDIO Y LARGO PLAZO

J.A. Cruzado Rodríguez, P. Pérez Segura, R. Sanz Rubio y H. Olivera Pérez-Frade

Máster Psicooncología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus Somosaguas. Madrid.

Introducción y objetivos. Se valoran los efectos del Consejo Genético Oncológico (CGO) en personas con riesgo de cáncer hereditario de mama/ovario y de colon tras finalizar el CGO. Los objetivos son los siguientes: A) Evaluar los efectos del CGO en las variables: 1) Comprensión/satisfacción con la información; 2) Psicopatología; 3) Afrontamiento del resultado; 4) Estado de ánimo; 5) Comunicación/apoyo familiar; 6) La calidad de vida (CV) y 7) Satisfacción con el CGO. B) Determinar cómo afectan a estas variables: 1) El diagnóstico previo de cáncer; 2) El síndrome hereditario; 3) El resultado del CGO y 4) El tiempo transcurrido desde los resultados

Materiales. Pacientes de la Unidad CGO del Hospital Clínico San Carlos (n = 96, 18-70 años) (3 meses-5 años desde los resultados). Libres de tratamiento actual. Sin Recomendación de cirugía profiláctica de forma inminente o haberla realizado. Instrumentos: ficha clínica; entrevista; STAI-E; BDI y MICRA.

Resultados. Muestra final fue 59 de las 95 personas contactadas, el 57,6% por mama/ovario y el 42,4% por colon. La per-

cepción de riesgo de cáncer es moderada, aunque mucho mayor que en la población general. Los resultados del MICRA, BDI, STAI-E y entrevista muestran que adaptación al CGO es satisfactoria. Un 32% de los familiares están recibiendo tratamiento por depresión/ansiedad. La sexualidad y pareja son las áreas de CV están afectadas negativamente (25%). Los participantes consideran muy beneficioso el CGO (90%). Las personas con un diagnóstico previo de cáncer presentan mayor: percepción de riesgo, tristeza, preocupación por el cáncer y mejor adherencia a cambios en estilo de vida. El resultado no informativo se asocia a mayor ansiedad y problemas de pareja que el resultado positivo.

Conclusiones. El CGO a medio y largo plazo es beneficioso para los participantes para mejorar la percepción de riesgo y las preocupaciones acerca del cáncer. Las personas diagnosticadas previamente de cáncer se encuentran más afectadas en su calidad de vida, así quienes reciben resultados no informativos.

Cuidados continuos

P-76

PROCESOS DE COMPARACIÓN SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

C. Neipp, S. Bartomeu, Y. Seva, M.C. Terol, M.C. Neipp, P. Sánchez, R. López, S. Massutí, E. Androver, J. Gómez, M. Huerta, S. Ibáñez, Y. Seva, M.C. Perol, P. Sánchez y S. López-R.

Unidad de Oncología. Hospital Universitario. Alicante.

Introducción y objetivos. La comparación social (CS) es un constructo psicológico de reciente aplicación en el ámbito de la psicología de la salud y en el área oncológica. La CS es una estrategia de afrontamiento utilizada ante situaciones crónicas estresantes y relacionada con resultados adaptativos en enfermedades crónicas como el cáncer. Objetivo: analizar el uso de la CS en pacientes con cáncer de mama, y su influencia en el afrontamiento de la enfermedad oncológica, así como, sus resultados en términos de adaptación y ajuste al proceso de enfermedad.

Materiales. Método: entrevistamos a 100 mujeres con cáncer de mama atendidas en los hospitales de Alicante y Elche y en asociaciones provinciales. Se recogieron las variables clínicas y sociodemográficas y utilizamos: La Escala de CS de la enfermedad (Van der Zee et al, 2000); el Cuestionario de Apreciación de estrés y Formas de Afrontamiento (Rodríguez-Marín et al. 1992), Cuestionario de Ajuste (PAIS, Derogatis, 1986), y la adaptación emocional con el HAD (López Roig et al., 2000). El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 12.

Resultados. Los datos muestran que las pacientes utilizaron con mayor frecuencia la CS de "Identificación Ascendente" ($M = 69,11 \pm 31,50$), es decir comparaciones con pacientes que se encuentran en mejor situación. La siguiente comparación más frecuente era la de "Contraste Descendente" ($M = 50,25 \pm 32,88$); con pacientes que estaban en peor situación pero de las que se percibían diferentes. Estos dos tipos de comparación se relacionaron positiva y significativamente con estrategias de afrontamiento aproximativas y adaptativas, mientras que otras formas de comparación se relacionaron con una afrontamiento más evitativo y con mayor ansiedad y depresión.

Conclusiones. Determinados factores psicosociales, como la comparación social, tienen un papel importante en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica y su aplicación terapéutica debe ir dirigida a fomentar aquellas formas de comparación y estrategias de afrontamiento que favorezcan resultados adaptativos en estas pacientes.

P-77

ERITROPOYETINA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANEMIA: ESTUDIO PRAGMÁTICO

J. Garde Noguera, V. Iranzo González-Cruz, C. Caballero Díaz, J. Gavilá Gregori, A. Juárez Marroquí, A. Blasco Cordellat, M.^aJ. Safont Aguilera, A. Berrocal Jaime, M.^aC. Godes de Bremond y C. Camps Herrero

Servicio de Oncología Médica Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción y objetivos. La anemia se ha asociado con astenia y disminución de la calidad de vida en los pacientes oncológicos tratados con quimio y/o radioterapia. El objetivo de este estudio retrospectivo es evaluar la eficacia de la eritropoyetina en el tratamiento de la anemia de dichos pacientes.

Materiales. Se analizaron los datos de los 61 pacientes tratados con EPREX en las consultas externas de nuestro servicio durante los cuatro primeros meses del 2004. Se recogieron las cifras de hemoglobina presentadas antes, durante y después del tratamiento con dicho fármaco, así como la astenia referida por los pacientes (medida como ausente, leve, moderada o severa).

Resultados. Sesenta de los pacientes (98%) referían astenia en el momento de recibir EPREX. Treinta y tres pacientes (56%) manifestaron mejoría sintomática a los 2 meses de comenzar el tratamiento, 19 de éstos (31%) referían ausencia de astenia. 24 pacientes (39,5%) aumentaron sus cifras de hemoglobina al menos 2 mg/dl tras dos meses de tratamiento, y el 91% de éstos manifestaron mejoría clínica. Los 37 pacientes restantes (60,7%) presentaron un aumento inferior a 2 mg/dl, con mejoría sintomática en el 35% de los casos. De los 42 pacientes en tratamiento con primera línea de quimioterapia, 17 (40,5%) aumentaron en al menos 2 mg/dl sus cifras de hemoglobina, mientras 7 de los 25 en tratamiento con segunda línea lo hicieron (36,8%). En 12 pacientes que no obtuvieron mejoría de las cifras analíticas ni sintomática se dobló la dosis de EPREX, consiguiendo 6 de ellos (50%) mejoría clínica.

Conclusiones. El tratamiento con EPREX consigue mejorar la astenia de los pacientes en tratamiento oncológico. El mejor control sintomático se consigue cuando las cifras de hemoglobina aumentan al menos 2 mg/dl. Los pacientes en primera línea de quimioterapia tienen más probabilidades de obtener dicho control sintomático.

P-78

DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS

M. Ruiz Borrego, E. Adrover Cebrian, A. Barnadas i Molins, R. Colomer Bosch, M. Constela Figueira, M. Domine, A. Llombart Bosch, A. Lluch Hernández, B. Massutii y M. Muñoz Mateu

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; Hospital General de Alicante, Alicante; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; Institut Català d'Oncologia de Girona, Girona; Hospital de Pontevedra, Pontevedra; Fundación Jimenéz Díaz, Madrid; Instituto Valenciano de Oncología, Valencia; Hospital Clínico de Valencia, Valencia; Hospital General de Alicante, Alicante; Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción y objetivos. Se planteó la elaboración de un cuestionario que evaluara el impacto de las metástasis óseas (MO) en la CVRS de los pacientes al no disponer de ningún cuestionario específico validado.

Materiales. La primera versión del cuestionario se realizó mediante una revisión bibliográfica y una entrevista a 15 expertos (10 oncólogos, 1 hematólogo y 4 urólogos). Posteriormente, se llevaron a cabo un total de 15 entrevistas a pacien-

tes con cáncer de mama, próstata y pulmón con MO y mieloma. Con los resultados del análisis de contenido de las entrevistas, se administró en un estudio piloto transversal el cuestionario preliminar a 92 pacientes con MO y mieloma a cuyos resultados se realizó un análisis factorial y un análisis Rasch para reducir el número de ítem. El cuestionario final (25 ítem) se está validando en un estudio prospectivo en el que participan 270 pacientes con MO y mieloma (102 mama, 38 pulmón, 60 próstata y 70 mieloma).

Resultados. En el análisis factorial se identificaron 8 dimensiones (73,2% variancia explicada). A todas las dimensiones se aplicó el análisis Rasch excluyendo ítemes con ajuste inadecuado (INFIT > 1,30) o redundantes. El cuestionario que consta de 25 ítem, obtuvo una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,94) en la validación preliminar. El análisis descriptivo de la muestra del estudio prospectivo no ha mostrado diferencias en cuanto al género y nivel de estudios. Si se han encontrado diferencias ($p < 0,01$) en relación a ECOG (pacientes con cáncer de pulmón peor capacidad funcional) y al grado de información (pacientes con cáncer de mama más informadas).

Conclusiones. El cuestionario BOMET-QOL ha mostrado buena fiabilidad y factibilidad preliminares. A la espera de obtención de resultados finales en cuanto a validez y sensibilidad al cambio.

P-79

ANÁLISIS DE LAS EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS QUE REQUIRIERON SOPORTE INTENSIVO DURANTE UN AÑO EN NUESTRO CENTRO

E. González Flores, C. Sánchez Toro, C. Rodríguez Franco, V. Conde, R. Luque, I. Alés y J. Belón

Unidad de Oncología Médica. H.M.Q. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos. La incorporación de nuevas armas terapéuticas ha supuesto un aumento considerable en la tasa de curación del cáncer lo que nos lleva a plantearnos con más frecuencia la necesidad del soporte intensivo en el enfermo oncológico. Sin embargo, no existen criterios estrictos que definan el ingreso del paciente oncológico en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): No se debe tener en cuenta la enfermedad de base, es fundamental conocer el estadio de la enfermedad y la existencia de alternativas terapéuticas.

Materiales. Entre enero de 2004 y enero de 2005, 17 pacientes oncológicos requirieron soporte intensivo (se excluyen pacientes postquirúrgicos). Mediana de edad: 63 (22-84); 13 varones y 4 mujeres. Diez pacientes con enfermedad localizada y 7 con enfermedad extendida. Las principales estirpes tumorales fueron: 4 linfomas (23%), 2 tumores germinales y 2 pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas. Las principales emergencias que requirieron soporte: shock séptico: 7/17 (41%) y distress respiratorio: 3/17 (17%).

Resultados. De los 17 pacientes ingresados en UCI: 12 experimentaron mejoría y fueron alta (70%) y 5 fueron éxitos (30%). Los principales procedimientos utilizados: ventilación mecánica en 4 pacientes (23%) de los cuales 3 fueron éxitos, CPAP/BIPAP en 3 pacientes y 1 pericardiocentesis. Todos los pacientes requirieron colocación de vía central. De los 7 pacientes con shock séptico 5 presentaban neutropenia febril y requirieron soporte antibiótico y 3 de ellos hemato-poyético.

Conclusiones. A pesar de que se conoce que la mortalidad del paciente con cáncer que ingresa en UCI es elevada, en nuestra pequeña serie hubo un porcentaje importante de pacientes que mejoraron tras el soporte por lo tanto no debe discriminarse al paciente oncológico por su enfermedad de base sino en función de la naturaleza del evento y teniendo en cuenta las alternativas oncológicas disponibles.

P-80

ALCALINIZACIÓN INTESTINAL COMO PREVENCIÓN DE LA DIARREA ASOCIADA A IRINOTECÁN (IRI) EN PACIENTES (PTS) CON CÁNCER GASTROINTESTINAL AVANZADO (CGIA)

S. Servitja Tormo¹, I. Cabezas Montero¹, H. Manzano Alemany², A. Salud Salvia³, M. Llobera Serentill⁴, J. Brunet Vidal⁵, F. Martínez Madueño¹, S. Merino Varela¹, J. Gumá Pedró¹ y V. Valentí Moreno¹

¹U. Sant Joan de Reus. ²H.U. Son Dureta, Mallorca.

³H. Arnau de Vilanova, Lleida. ⁴H. Verge de la Cinta

de Tortosa. ⁵H.U. Josep Trueta-ICO. Girona.

Introducción y objetivos. El pH alcalino disminuye la eficacia del proceso de reabsorción intestinal del SN-38, el principal metabolito activo del IRI. La alcalinización del contenido intestinal como mecanismo preventivo de la diarrea tardía asociada al tratamiento (tto) con IRI ha sido evaluada con éxito en el ámbito preclínico *in vivo* (Cancer Research, 2002) y en pts con cáncer de pulmón (Int J Cancer, 2001). El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de este procedimiento en pts con CGIA.

Materiales. Estudio piloto prospectivo en el que los pts afectados de CGIA en tto paliativo con esquemas basados en IRI recibieron bicarbonato sódico diluido en el agua de ingesta (2 gramos/día, durante 4 días, por cada infusión de IRI). No se incluyeron pts afectados de insuficiencia cardíaca o hipertensión arterial. La diarrea se trató con loperamida a dosis altas, según pauta habitual.

Resultados. Entre julio de 2002 y diciembre de 2003 fueron incluidos 24 pts. Edad: mediana 60 años [44-76]. Sexo [M/F]: 17/7. ECOG [0/1/2]: 8/15/1. Localización tumor primaria: colorectal 17 pts (70%); estómago 2; colangiocarcinoma 1; páncreas 1; adenocarcinoma de origen desconocido 3. Esquemas de tto: IFL bolus: 15 pts (62%); monoterapia semanal: 2; monoterapia/21d: 3; nórdico: 2; FOLFIRI: 2. Duración del tto: mediana 20 semanas [1-69]. En 19 pts (79%) el tto era la 1.ª línea para enfermedad avanzada. Toxicidad: diarrea grado III-IV: 4 pts (16%, IC 95%: 2-30); diarrea grado II: 5 pts (21%). Neutropenia grado III-IV: 5 pts (21%). No se han observado complicaciones del procedimiento de alcalinización, episodios de neutropenia febril ni muertes tóxicas.

Conclusiones. El porcentaje de pts que presentaron diarrea grado III-IV fue del 16%, inferior al esperado para los esquemas utilizados. La eficacia del procedimiento merece ser evaluada en un estudio comparativo con una rama placebo.

P-81

UFISS DE PALIATIVOS: ¿PUEDE MODIFICAR ALGUNOS PARÁMETROS ASISTENCIALES DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA?

J. Planas Domingo, A. Gascó Hernández*, G. Colomar Pueyo, A. García Arias*, M. Gallén Castillo*, M. Arellano Pérez y X. Fabregat Mayol*

UFISS de Cuidados Paliativos y *Servicio de Oncología Médica.

Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Introducción y objetivos. La Unidad Funcional de Cuidados Paliativos (UFISS) hospitalaria es un equipo de soporte que puede incidir en la actividad asistencial de un Servicio de Oncología sobre los enfermos hospitalizados. Posiblemente su incidencia sea menor entre los enfermos ambulatorios. La UFISS de Cuidados Paliativos inició su actividad el año 2003. Analizamos la actividad del Servicio de Oncología un año sin soporte de la UFISS (2002) y dos años con este recurso asistencial (2003 y 2004).

Materiales. En los años 2002 (sin UFISS), 2003 y 2004 se han analizado los siguientes parámetros: enfermos dados de alta, número de estancias hospitalarias, estancia media, falleci-

mientos en hospitalización, % de mortalidad, ingresos urgentes y programados y actividad de Hospital de Día.

Resultados

	2002	2003	2004	Variación	Valor p
Altas					
hospitalización	658	589	556	-15,5%	
Estancias	8.587	8.561	7737	-9,9%	
Estancia					
media (días)	15,05	14,53	13,92		
Éxitus					
hospitalización	146	113	95	-34,9%	p = 0,06
% mortalidad					
hospitalización	22,19	19,19	17,09		
Ingresos Urg.	388	334	343	-11,6%	
Ingresos					
programados	204	191	153	-25,0%	
Hospital					
de Día	4.569	5291	5911	+29,4%	

Conclusiones. 1) Ha disminuido el número de altas de la Unidad de Hospitalización (UH) de Oncología entre 2002 y 2004 (-15,5%); 2) Destaca un importante descenso de la mortalidad en la UH (-34,9%); 3) Existe un discreto descenso en los enfermos ingresados procedentes de Urgencias (-11,6%) y 4) Se observa un incremento destacable en los pacientes atendidos en el Hospital de Día de Oncología (+29,4%).

P-82

PRÓTESIS BILIARES COMO MEDIDA PALIATIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

M. Blanco Codesido, B. Martínez Martínez, J. Feliú Batlle, I. Palomo Martín, C. Gómez Raposo, A. Pinto Marín, E. Casado Sáez, M.^a Sereno Moyano, B. Castelo Fernández y M. González Barón

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz. Cátedra de Oncología Médica y Medicina Paliativa, Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción y objetivos. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de las prótesis biliares colocadas en nuestro centro en los últimos 4 años.

Materiales. Entre abril 2001 y noviembre 2004 se colocaron 29 prótesis biliares. 20 eran hombres (68,9%) y 9 mujeres (31,1%). La mediana de edad era de 67 años. Los orígenes más frecuentes fueron los tumores gástricos y pancreáticos, con un 24% de casos cada uno. Menos frecuentes fueron el carcinoma de vías biliares, con un 17% y el cáncer de colon con un 14%. Se evaluó la variación en el ECOG, en la bilirrubina y las complicaciones presentadas en los 15 días posteriores al procedimiento. El tiempo de supervivencia después de la colocación de la prótesis se calculó, en caso de pérdida de seguimiento, según la fecha de la última visita.

Resultados. Hubo 6 pacientes en los que no se pudo evaluar la variación en el ECOG ni el descenso en la bilirrubina por pérdida de seguimiento o fallecimiento precoz y que no se consideraron para el estudio. La mayoría de los enfermos (76%) no variaron su ECOG. Un 10% de pacientes mejoró su ECOG, y un 14% lo empeoró. La mediana de supervivencia fue de 62 días con un rango entre 1 y 394 días. El descenso medio de la bilirrubina fue de 7,9 g/dl y el 27,6% de los pacientes alcanzaron niveles de bilirrubina < 2 g/dl. Se detectaron complicaciones en 6 pacientes (21): obstrucción intestinal (1), peritonitis biliar (3), absceso abdominal (1) y HDA (1).

Conclusiones. La obstrucción biliar es un evento final en el paciente oncológico. La colocación del stent es un procedimiento con escasas complicaciones aunque su eficacia para resolver la ictericia obstructiva en nuestros enfermos ha sido discreta.

P-83

EFFECTIVIDAD DE LA ROTACIÓN OPIOIDE A METADONA

A. Pascual López y A. Vecino Martín

Unidad de Cuidados Paliativos. Servicio de Oncología. Hospital Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos. La rotación o cambio de opioide permite optimizar el alivio del dolor de pacientes con control insuficiente y/o toxicidad. Nuestro objetivo es analizar los resultados de la rotación a metadona en nuestra Unidad.

Materiales. Estudio prospectivo (Feb 04-05) de pacientes hospitalizados que han precisado un cambio de otro opioide potente a metadona. Se analizan las características del dolor y razones para el cambio. Se evalúa mediante escala visual (0-10) la intensidad del dolor y el número de crisis (días 1 y 7). La respuesta se valora como a) control del dolor: intensidad 0-3, máximo 3 crisis; b) mejoría: descenso de 2 puntos y/o más de 3 crisis y c) fracaso: disminución < 2 puntos.

Resultados. Se realizó rotación en 37 pacientes, de los cuales 29 (78%) cambiaron a metadona (24 fentanilo-metadona y 5 morfina-metadona). Se trataba de 26 hombres y 3 mujeres, con edad media de 62,4 años, con las siguientes localizaciones tumorales: pulmón 9, cabeza y cuello 6, próstata 4, colorrectal 3, primario desconocido 2, otras 5. La mayor parte de los dolores (25/29) se clasificaron como estadio 2 de Edmonton, destacando su complejidad. Las razones del cambio fueron: falta de eficacia + toxicidad 20, falta de eficacia 7, toxicidad 2. Cinco pacientes no fueron evaluables. La dosis media previa de fentanilo era de 110 mg/h (25-200) cada 72 horas y de morfina 255 mg/24 h (160-400, equivalente oral). Observamos control del dolor en 15 de los 23 pacientes evaluables con dolor y mejoría en 3 adicionales (78% respuestas). En 8 casos desaparecieron completamente los signos de neurotoxicidad opioide (confusión, mioclonías, alucinaciones). En dos pacientes apareció neurotoxicidad tras la rotación. La dosis media inicial de metadona fue de 23,2 mg/24 h (10-37,5 mg) y la del día 7 de 24 mg/24 h (6-45 mg).

Conclusiones. La rotación a metadona se muestra efectiva para mejorar el control del dolor y reducir la toxicidad en pacientes tratados con otros opioides de tercer escalón.

P-84

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA AMBULANTE

A. Ruiz de Lobera, J. Lao Romera, J. Martínez Trufero, R. Pazo Cid, T. Puértolas Hernández, V. Alonso Orduña, V. Calderero Aragón, A. Artal Cortés, A. Herrero Ibáñez y A. Sanz París*

*Servicio de Oncología Médica y *Unidad de Dietética y Nutrición. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción y objetivos. Según el primer estudio NUPAC el 52% de los pacientes oncológicos en España presentan algún grado de desnutrición. Existen pocos datos sobre esta cuestión en pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria. Nuestro objetivo es valorar el estado nutricional de nuestros pacientes en tratamiento QT ambulatorio.

Materiales. Se tomó una muestra de 33 pacientes tratados en Hospital de Día durante 2 días. Edad media 61 años (37-95). Sexo: 24 varones (68,5%). El estado nutricional fue valorado mediante evaluación clínica con parámetros antropométricos, bioquímicos y con tres test diferentes de valoración nutricional: *Minimal Nutritional Assessment* (MNA), Valo-

ración Global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP), ESPEN.

Resultados. Índice masa corporal: < 16 0 p, 16-19,9: 3 p, 20-25: 14 p, 25-30: 12 p, 30-35 3 p, > 35: 2 p. Pliegue cutáneo triplicital: Percentil < 10: 7 p, 10-25: 2 p, 25-50: 9 p, 50-75: 5 p, > 75: 1 p. Circunferencia muscular brazo: percentil < 10: 9 p, 10-25: 4 p, 25-50: 10 p, 50-75: 3 p, > 75: 1 p. Albúmina plasmática: < 3 g/dl: 5 p, 3-3,4 g/dl: 8 p, 3,5-3,9 g/dl: 14 p, > 3,9 g/dl: 5 p. MNA: normal 13 p (39,4%), riesgo de malnutrición: 20 p (60,6%). VGS-GP: bien nutrido 15 p (45,5%), moderada malnutrición: 18 p (54,6%), Severa malnutrición: 0 p. Método ESPEN: desnutrición leve 14 p (43,7%), moderada 15 p (46,8%), severa 3 p (9,3%). Se detectó una correlación estadísticamente significativa entre la mayoría de los test de valoración nutricional aplicados.

Conclusiones. Entre pacientes oncológicos con QT ambulatoria la incidencia de malnutrición severa es baja, pero casi la mitad de los pacientes están en riesgo de malnutrición o con malnutrición moderada según diferentes métodos de valoración objetivos y subjetivos. Una adecuada valoración del estado nutricional podría servir para realizar intervenciones encaminadas a mejorar la evolución y la tolerancia a los tratamientos.

P-85

PROTOCOLO DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN TRATAMIENTO PALIATIVO

M.^aM. Muñoz Sánchez, L. Pombo Parada, G. Rubio Romero, A. Olaverri Hernández, D. Barreda Hernández, B. González Joga y A. Pacheco Olivares

Unidad de Oncología Médica. Servicio de Farmacia. Experto en Bioética. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción y objetivos. Está demostrado que un correcto soporte nutricional (SN) mejora la calidad y la cantidad de vida del paciente oncológico pero es difícil delimitar si el paciente oncológico en tratamiento paliativo (POTP) se va a beneficiar del SN. La Bioética aporta metodología y procedimientos que pueden resultar útiles en la toma de decisiones sobre la indicación de SN en un paciente concreto. Objetivo: desarrollar un protocolo de SN en el POTP.

Materiales. 1) Formar un equipo multidisciplinar: oncólogo, farmacéutico, experto en bioética y enfermera para el análisis de aspectos clínicos y éticos del SN en el POTP; 2) Para la valoración clínica se utilizan los 8 elementos de las Guías Internacionales de nutrición artificial e hidratación; 3) Para la evaluación de los aspectos éticos: procedimientos de decisión en ética clínica, sustentándose en los 4 principios de la Bioética, sus normas y consecuencias; 4) Se considera POTP según definición de la OMS; 5) Revisión de soporte bibliográfico amplio y 6) Diseño e implantación de un protocolo de SN en el POTP.

Resultados. Se redactó el protocolo con 4 apartados que deben ser completados en su totalidad para una correcta toma de decisiones: 1) Datos identificativos del paciente (demográficos, socio-económicos); 2) Datos clínicos que engloban diagnóstico, estadio, tratamiento oncológico, supervivencia estimada y sintomatología actual; 3) Valoración ética en los 4 principios, cada uno con diversos ítems agrupados con sus normas y consecuencias y 4) Decisión terapéutica: toma de decisión del clínico a partir de la deliberación por parte del equipo multidisciplinar para el aporte o no de suplementos nutricionales, nutrición enteral y/o nutrición parenteral. Reevaluación periódica para cada paciente.

Conclusiones. El diseño de un protocolo de SN en el POTP requiere decisiones clínicas complejas cuya corrección pasa por la evaluación de aspectos científicos, clínicos y éticos que necesitan la deliberación de un equipo multidisciplinar. Obtener resultados concluyentes requiere tiempo para evaluar la implantación del protocolo.

P-86

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

M.^aJ. Molina Garrido, A. Mora Rufete, S. Maciá Escalante, I. Ballester Navarro, M.^aJ. Martínez Ortiz, C. Guillén Ponce, A. Rodríguez-Lescure, J. Gallego Plazas, N. Martínez Banaclocha y A. Carrato Mena

Servicio de Oncología del Hospital General Universitario. Elche.

Introducción y objetivos. Evaluar las características epidemiológicas de los pacientes que ingresaron en el servicio de Oncología de nuestro hospital con el diagnóstico de fiebre neutropénica a lo largo del año 2005.

Materiales. Estudio descriptivo de los pacientes que ingresaron en el Servicio de Oncología de nuestro hospital con el diagnóstico de neutropenia febril a lo largo del año 2005. Se recogieron datos clínicos de los pacientes y se correlacionaron con la aparición de neutropenia, el foco responsable del síndrome febril y el tratamiento administrado (antibiótico y/o antifúngico).

Resultados. Se incluyeron 48 pacientes (64,58% varones y 35,42% mujeres). La neutropenia fue más frecuente entre los 61 y 70 años (35,52%). En la mayoría de casos no llegó a detectarse un foco responsable (64,58%), y la afectación de piel y mucosas causó un 20,83% de neutropenias. En un 35,42% de los casos se detectó al microorganismo responsable (el 20,83% de los aislamientos se obtuvieron de sangre periférica). Se empleó tratamiento antibiótico en el 98,02% de los pacientes, siendo la combinación de ceftazidima y amikacina el esquema más empleado (47,91%). Se añadió vancomicina en un 12,50% de los casos y antifúngicos en el 27,04% (fluconazol en el 24,90%). Se utilizó G-CSF en un 93,75% de los pacientes.

Conclusiones. Los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia presentan neutropenia y fiebre. La identificación del microorganismo responsable suele ocurrir en un 30% de los casos de neutropenia febril, dato que se repite en nuestro estudio. La línea inicial de tratamiento suele ser penicilina con actividad antiPseudomonas combinada con un aminoglucósido. En nuestro hospital, la administración de vancomicina suele iniciarse antes de los 5 días indicados en las guías clínicas de la neutropenia, y los antifúngicos, antes de los 7 días reglamentarios. Se ha generalizado el uso de G-CSF fuera de sus indicaciones habituales.

P-87

¿CUÁNTOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOLICITAN UNA SEGUNDA OPINIÓN?

A.S. Rubiales, E. Uña, M.^aL. del Valle, L. Gómez, S. Hernansanz, C. Gutiérrez, C. García Recio, L.A. Flores, F. Cuadrillero Rodríguez y P. Sandoval

Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción y objetivos. En el ámbito de la Oncología es frecuente que los enfermos y sus familiares se planteen buscar una segunda opinión. Aun así, hay pocos datos sobre cuál es el porcentaje de pacientes oncológicos que la solicita. Este estudio se plantea con el objetivo de hacer una estimación de la proporción de pacientes oncológicos que solicitan una segunda opinión.

Materiales. Estudio prospectivo de los pacientes oncológicos atendidos en una Consulta de Oncología Médica que manifiestan espontáneamente que desean buscar o que han conseguido una segunda opinión. Variables analizadas: edad y sexo del paciente, estadio e intención del tratamiento oncológico, centro en que se solicita la segunda opinión, presencia de informe específico.

Resultados. Se analizaron datos de 500 pacientes atendidos entre 2002 y 2004. Solicitaron una segunda opinión 40 pacientes (8%), 25 la solicitaron en otro Centro, 12 acudieron a

nuestro Hospital tras haber sido valorados en otro Centro y tres la pidieron a otro Especialista del propio Hospital. Sólo 15 pacientes (38%) obtuvieron un informe escrito. La solicitud de una segunda opinión se asocia con una edad menor del paciente (mediana: 53 frente a 64 años, $p = 0,001$), tumor localmente avanzado, recidivado o con metástasis (75% frente a 48%, $p = 0,001$) y ausencia de opción de tratamiento curativo (63% frente a 41%, $p = 0,012$). Dieciseis de los 40 pacientes (40%) decidieron ser tratados en el Centro en que se emitió la segunda opinión.

Conclusiones. En nuestro medio, uno de cada doce pacientes atendidos en una Consulta de Oncología Médica manifiesta de manera espontánea que desean solicitar o que ya han solicitado una segunda opinión.

P-88

LA NÁUSEA Y EMESIS INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA (NEIQ) Y SU IMPACTO SOBRE LOS PACIENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA

P. Fernández, I. Zorrilla, J. Gómez, P. Zabaleta, E. Chirveches, C. Suárez, R. Marquilles, A. Quesada, G. Nocea y M.^aT. Caloto

Instituto Catalán de Oncología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos. Aunque la náusea y la emesis inducidas por la quimioterapia (NEIQ) es uno de los efectos adversos más temidos por los pacientes, se considera actualmente un problema superado con los tratamientos disponibles. Nuestro objetivo es estimar, en condiciones de práctica habitual, el impacto que la NEIQ tiene sobre los pacientes en España.

Materiales. Se recogieron datos de quimioterapia (QT) y tratamiento antiemético de pacientes tratados con QT alta o moderadamente emetógena (primer ciclo), quienes registraron diariamente entre el día pre-QT y el cuarto día post-QT la emesis (episodios) y la náusea (intensidad, en una Escala Visual (EVA) de 100mm). El quinto día post-QT, evaluaron el impacto global de la NEIQ sobre sus vidas mediante el cuestionario FLIE (escala de 1 a 7; 7 = ningún impacto), compuesto por dos dominios: náusea (FLIE(n)) y emesis (FLIE[e]). Se definió No Impacto sobre la Vida Diaria (NIVD) como FLIE > 6, y náusea significativa como EVA ≥ 25 mm.

Resultados. Se incluyeron 47 pacientes, 68% mujeres, de 52 \pm 13 (DE) años, con cáncer de mama (38%) y pulmón (19%) principalmente. El 33% de los pacientes indicó impacto de la náusea sobre sus vidas, y el 34% impacto de la emesis. Los pacientes que padecieron náusea significativa presentaron un FLIE (n) medio de 4,5 puntos, versus 6,6 para aquellos que no. En el caso de los que padecieron emesis, su FLIE (e) medio fue de 5,6, frente a 6,7 para aquellos que no presentaron emesis. Evaluando globalmente la NEIQ, un 33% reportó impacto sobre sus vidas.

Conclusiones. La NEIQ sigue siendo un problema de una alta incidencia entre los pacientes tratados con QT altamente emetógena en España, afectando muy negativamente a la vida de los pacientes. Son necesarias alternativas terapéuticas que mejoren el control sobre este frecuente e incapacitante efecto adverso de la QT.

P-89

EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (UFISS). INTERVENCIÓN SOBRE ENFERMOS CON CÁNCER

A. García Arias, J. Planas Domingo*, G. Colomar Pueyo*, A. Gascó Hernández, M. Arellano Pérez*, M. Gallén Castillo y X. Fabregat Mayol

*Servicio de Oncología Médica y *UFISS de Cuidados Paliativos. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.*

Introducción y objetivos. La UFISS es un equipo básico de soporte de cuidados paliativos cuyos objetivos son: forma-

ción e introducción de medidas de soporte, gestión de casos e investigación. Describimos la actividad de la UFISS en 2003 y 2004, y su repercusión en la atención del enfermo con cáncer avanzado y otras enfermedades terminales.

Materiales. La UFISS actúa a demanda de los servicios que atienden pacientes avanzados y terminales, principalmente con cáncer. Colabora en la detección y control de síntomas, en el tratamiento y en la ubicación más adecuada de los pacientes.

Resultados

Resultados	2003	2004	Variación
Pacientes atendidos	282	389	+ 38%
Edad (años)	71,0 \pm 11,5	71,4 \pm 12,0	
Sexo H/M	90/92	239/150	
No neoplásicos	4 (1%)	44 (11%)	+ 1000%
Neoplásicos	278 (99%)	345 (89%)	+ 24%
345 (89%)			
S. Oncología	123 (44%)	128 (33%)	+ 4%
S. Urgencias	24 (8%)	74 (19%)	+ 217%
S. Digestivo	37 (13%)	61 (16%)	+ 66%
S. M. Interna	24 (8%)	32 (8%)	+ 34%
Otros Servicios	74 (27%)	94 (24%)	+27%
Altas domicilio	50 (18%)	69 (18%)	+ 38%
Exitus hospital	64 (23%)	79 (20%)	+ 23%
Altas Cuidados			
Paliativos	138 (48%)	219 (57%)	+ 58%
Otros destinos	30 (11%)	22 (5%)	- 30%

Conclusiones. 1) Se objetiva un aumento del 38% en la actividad de la UFISS; 2) Un mayor número de enfermos son derivados a la UCP (+58%) y 3) Incremento en la demanda de atención UFISS en los servicios de Urgencias y de Digestivo (217% y 66%).

P-90

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS REACCIONES EMOCIONALES Y PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

V. Almonacid Guinot, P. Moreno Bas y P. Aguilar Cañabate
Junta asociada provincial de Valencia de la Asociación Española contra el Cáncer.

Introducción y objetivos. El diagnóstico de cáncer va asociado a emociones negativas de miedo, incertidumbre, rabia, indefensión, pero sobre todo a síntomas de ansiedad y depresión. En contra de lo que podríamos suponer, un 25%-30% de los pacientes oncológicos desarrollan una psicopatología que requiera tratamiento (Ibáñez, 1991, Zabora et al, 2002). Así mismo, los estudios realizados con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, informan que entre el 20 y 35% de ellas presentan morbilidad psiquiátrica (Spiegel, 1997; Hall et al, 1989, Zabora et al, 2002). Nuestro trabajo tiene como objetivo evaluar la prevalencia de psicopatología en una muestra de 554 pacientes, valorados en los Servicios de Oncología del Hospital Lluís Alcanyes de Xàtiva, el Hospital de Sagunto y Hospital de la Ribera. Valencia; entre los años 2001 y 2004.

Materiales. 1) Entrevista clínica individual; 2) Valoración psicológica: mediante juicio clínico según criterios DSM-IV. a 554 pacientes oncológicos visitados como primera visita en los hospitales anteriormente citados y 3) Estudio descriptivo de la muestra: localización tumoral y porcentaje de psicopatología.

Resultados. El 62% de los pacientes eran mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, el 6% eran cáncer de pulmón, el 6% cáncer de colon, el 4% cáncer ginecológico, el 2% genitourinario, el 2% cáncer gástrico y el 18% restante eran otros diagnósticos. En cuanto al diagnóstico psicológico, el 28% presentaba algún tipo de psicopatología (diagnóstico según DSM-IV), frente al 72% que presentaba problemas psicológicos reactivos a la enfermedad (problemas de asimilación de

la información, problemas de aislamiento social, incumplimiento terapéutico, etc.).

Conclusiones. Tanto la bibliografía existente, como nuestros resultados, apoyan la necesidad de evaluación psicológica a los pacientes oncológicos, ya que aproximadamente un 30% requieren intervención psicológica especializada, presentando el resto síntomas reactivos que pueden interferir en el proceso de adaptación, calidad de vida durante los tratamientos médicos y normalización posterior al episodio de la enfermedad oncológica padecida.

P-91

ESTRUCTURAS DE EQUIPOS DE APOYO EN ENSAYOS CLÍNICOS ONCOLÓGICOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE CATALUÑA, COMUNIDAD VALENCIANA E ISLAS BALEARES

F.J. Pérez Martín* **, Y. García Caro**, M. Encuentra Martí*, V. Navarro Pérez*, G. Berenguer Peinado*, J. Rivero Alonso*, M. Martínez Muñoz*, O. Delgado Murillo*, C. Cuadra Amor*, T. Peralta Lacambra* y M. García Martín*

*Unidad de Investigación Clínica. Institut Català d'Oncologia Duran Reynals. **Escola Bosanova.

Introducción y objetivos. La participación de hospitales en ensayos clínicos (EC) viene motivada por del creciente interés de pacientes, de oncólogos y de la industria en utilizar el método científico reconocido de evaluación de nuevas terapéuticas. El objetivo de este estudio es describir con qué personal, tareas y organizaciones se está afrontando dicha participación.

Materiales. Se han elaborado dos encuestas sobre EC (ambas validadas), una dirigida a los data-manager (DM) y otra a los servicios de Oncología. La población objeto de estudio comprende los hospitales que realizan EC oncológicos en estas Comunidades Autónomas. El listado de centros se ha obtenido a través de las instituciones autonómicas y mediante llamada telefónica se han seleccionado aquellos que realizan EC.

Resultados. De 82 hospitales, el 52,5% realizan EC. Hasta la fecha se han recibido 26 encuestas de DM y 11 globales. En el 64% de los centros la estructura está formada por investigadores con unidad de soporte; en el 55% el número de personas de soporte es < 2 . La mediana de pacientes incluidos durante 2003 es 53 (14-228). Existe la percepción de un aumento en el n.º de ensayos aceptados (75%) y un incremento en la complejidad de éstos (71%). De los 26 DM, 5 ejercen también como investigadores. Su mediana de edad es 33 años (24-52) y el 77% son mujeres. El 85% poseen título universitario. El 35% tienen una jornada laboral inferior a 30 horas. Sólo el 23% están contratados por el hospital, el 50% a través de Fundación y el 27% no tienen relación laboral con el centro.

Conclusiones. La mayoría de centros que realizan EC en Oncología precisan un equipo de soporte que actualmente no está integrado laboralmente con los centros, pese a tener una alta cualificación académica, y pese a que cada vez los ECs se perciban con más complejidad.

P-92

ANÁLISIS TEMPORAL DE LA NÁUSEA Y EMESIS INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA (NEIQ) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA

P. Fernández¹, I. Zorrilla², J. Gómez³, P. Zabaleta⁴, E. Chirveches⁵, C. Suárez⁶, R. Marquilles⁷, A. Quesada⁸, G. Nocea⁹ y M.^ªT. Caloto⁹

¹Instituto Catalán de Oncología ICO, Hosp. de Bellvitge, Barcelona. ²Hosp. Gral. de Valencia, Valencia. ³Hosp. Gral. de Alicante, Alicante. ⁴Instituto Oncológico de Guipúzcoa, San Sebastián. ⁵Hosp. Gral. e Vic, Vic. ⁶Hosp. Clínico de Salamanca, Salamanca. ⁷Hosp. Arnau de Vilanova, Lérida. ⁸Hosp. Josep Trueta, Girona. ⁹Outcomes Research, MSD de España, Madrid.

Introducción y objetivos. La náusea y la emesis inducidas por la quimioterapia (NEIQ), uno de los efectos adversos más temidos por los pacientes, se considera frecuentemente un

problema superado gracias a los tratamientos disponibles. El objetivo de este estudio es estimar, en condiciones de tratamiento antiemético habitual, el patrón temporal de la NEIQ en España.

Material y métodos. Se recogieron los datos de la quimioterapia QT y el tratamiento antiemético de pacientes tratados con QT alta o moderadamente emetógena (primer ciclo). Asimismo, éstos registraron diariamente entre el día pre-QT y el cuarto día post-QT tanto la emesis (N.º episodios) como la náusea (su intensidad, en una Escala Visual (EVA) de 100 mm). Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier), para estimar el momento de fracaso del tratamiento antiemético (pérdida de protección completa), definido como presencia de emesis, o náusea significativa (EVA ≥ 25 mm) o necesidad de medicación de rescate. Se definió como fase aguda de la NEIQ las primeras 24 h post-QT, y como retardada el período posterior.

Resultados. Se incluyeron 47 pacientes, 68% mujeres, de 52 ± 13 (DE) años, con cáncer de mama (38%) y pulmón (19%) principalmente. Un 33% fracasó durante la fase aguda; de ellos, un 92% también fracasó en la retardada. Adicionalmente, un 48% de los pacientes que no fracasaron en la fase aguda debutaron en la retardada, resultando un total del 63% de pacientes que fracasaron en la fase retardada. En la fase retardada, un 22% del total de pacientes presentaron náusea significativa, un 40% emesis y un 30% requirieron medicación de rescate.

Conclusiones. La NEIQ sigue siendo un problema de una alta incidencia entre los pacientes con QT altamente emetógena en España, muy especialmente en su fase retardada. Son necesarias alternativas terapéuticas que mejoren el control sobre la fase retardada de este frecuente efecto adverso de la QT.

P-93

NÁUSEA Y VÓMITOS INDUCIDOS POR QUIMIOTERAPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA

P. Fernández, I. Zorrilla, J. Gómez, P. Zabaleta, E. Chirveches, C. Suárez, R. Marquilles, A. Quesada, G. Nocea y M.^ªT. Caloto

Instituto Catalán de Oncología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción y objetivos. La náusea y la emesis inducidas por la quimioterapia (NEIQ), uno de los efectos adversos más temidos por los pacientes, se considera en la actualidad un problema prácticamente superado gracias a los tratamientos disponibles. El objetivo de este estudio es estimar, en condiciones de práctica habitual, la incidencia e intensidad actuales de la NEIQ.

Materiales. Se recogieron los datos relativos a la quimioterapia (QT) y al tratamiento antiemético prescrito a pacientes tratados con QT alta o moderadamente emetógena (primer ciclo). Estos pacientes registraron diariamente entre el día pre-QT y el cuarto día post-QT, tanto la emesis (N.º episodios) como la náusea (intensidad diaria, medida en una escala visual (EVA) de 100 mm). Se definió Fracaso del tratamiento antiemético (pérdida de protección completa) como presencia de Náusea Significativa (EVA ≥ 25 mm), o emesis, o necesidad de medicación de rescate.

Resultados. Se incluyeron 47 pacientes, 68% mujeres, de 52 ± 13 (DE) años, con cáncer de mama (38%) y pulmón (19%) principalmente. En el día de la QT, el 100% de los pacientes recibió un 5HT₃, el 96% un corticoide y el 23% un antagonista de la dopamina. El tratamiento con 5HT₃ se continuó en un 62% de pacientes, con una duración media total de 3,6 días para este grupo. Del total de pacientes, un 31% padeció náusea significativa, un 40% emesis, y un 34% requirió medicación de rescate, siendo el porcentaje de fracaso global de un 65%.

Conclusiones. A pesar de percepción general, la NEIQ sigue siendo un problema de una elevada incidencia entre los pacientes tratados con quimioterapia altamente emetógena en España. Son necesarias alternativas terapéuticas a los tra-

tamientos actualmente disponibles que mejoren el control sobre este efecto adverso de la QT.

P-94

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA EFICACIA DEL ¹⁵³SAMARIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS

B. Castelo Fernández¹, M. Coronado Poggio², A. Redondo Sánchez¹, J. Coya Viña², P. Zamora Auñón¹, L. Frutos Esteban², E. Espinosa Arranz¹, M.E. Lillo García², L.M. Martín Curto² y M. González Barón¹

¹Servicio de Oncología Médica. ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos. El ¹⁵³Samario ha demostrado su utilidad en el tratamiento de las metástasis óseas dolorosas. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad del ¹⁵³Samario en una serie de enfermos tratados en nuestro hospital.

Materiales. Entre noviembre de 2000 y mayo de 2004, 64 pacientes con metástasis óseas y mal control del dolor recibieron una dosis de 37 MBq/kg de ¹⁵³Samario en el Servicio de Medicina Nuclear. En ocho enfermos se administraron dos dosis (intervalo medio entre ellas: 7,54 meses). El 53% fueron hombres y el 47% mujeres, con una mediana de edad de 66 años (rango: 33-100). El 43,7% estaban diagnosticados de cáncer de mama, el 40,6% de próstata y el 15,7% restante tenían tumores de otros orígenes. En los dos meses previos al tratamiento con ¹⁵³Samario, un 46,8% recibió quimioterapia, un 17% radioterapia, un 67% tratamiento hormonal y un 46,8% bifosfonatos. La efectividad del tratamiento se evaluó según la modificación del estado general (escala ECOG), la intensidad del dolor (escala EVA) y la necesidad de consumo analgésico.

Resultados. En la evaluación realizada a las cuatro semanas del tratamiento, en el 83,6% de los enfermos se consiguió un beneficio clínico con una disminución en la mediana de intensidad del dolor de 8 a 5. El 54,16% disminuyó el consumo analgésico y el 42,2% experimentó una mejoría del estado general. Tres enfermos (4,6%) presentaron una toxicidad hematológica grado 3 (1 caso de leucopenia y 2 de anemia). No se objetivó nefrotoxicidad. No existió una mayor toxicidad si habían recibido recientemente quimioterapia o radioterapia.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la gran mayoría de los enfermos tratados con ¹⁵³Samario experimentó una mejoría sintomática con una escasa incidencia de toxicidad hematológica.

P-95

ESTADO DE ÁNIMO OBSERVADO POR EL ONCÓLOGO Y RECOMENDACIÓN DE APOYO PSICOLÓGICO

V. Iranzo González-Cruz, G. Peiró Ballestín, C. Cobellas Solanas, R.M. Portal Machín, J. Gavilá Gregori, A. Juárez Marroquí, J. Garde Noguera, C. Caballero Díaz, A. Blasco Cordellat y C. Camps Herrero

Servicio de Oncología Médica. Unidad de Apoyo Psicológico. CHCUV.

Introducción y objetivos. En nuestro entorno cultural acudir al psicólogo no es un acto neutro. Dentro una amplia investigación sobre la primera entrevista en el Servicio de Oncología nos interesamos por el estado de ánimo observado y su relación con la recomendación-derivación para apoyo psicológico.

Materiales. Diseñamos una hoja registro de la consulta donde el oncólogo recogía diversos aspectos, incluyendo su impresión del estado de ánimo del paciente y su recomendación en ese momento sobre el apoyo psicológico. Se entrevistó a 104 pacientes con una edad media de 61,09 ± 12,55.

Resultados. De las 104 entrevistas registradas, en 75 pacientes se observó un ánimo normal para la situación, en 18 pacientes ánimo deprimido, en 8 ánimo ansioso y en 3 pacientes un ánimo ansioso-deprimido. La recomendación de Apoyo Psicológico se realizó en 39 pacientes (37,5% de la muestra), que agrupaban respectivamente al: 78% de los

pacientes "deprimidos", al 75% de los pacientes ansiosos, al 33% de los pacientes ansioso-deprimidos, y al 24% de pacientes con ánimo "Normal".

Conclusiones. La recomendación de apoyo psicológico por parte del oncólogo está influida por la percepción del estado de ánimo del paciente. Un ánimo deprimido o de un ánimo ansioso, justificarían la recomendación-derivación para apoyo psicológico, mientras que en el resto de los casos se justificará en la medida que el paciente relate la existencia de dificultades en el orden personal, familiar o social.

P-96

INFECCIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO: ANÁLISIS DE LOS PATÓGENOS AISLADOS DURANTE UN AÑO EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

R.A. Pazo Cid, T. Puértolas Hernández, A. Ruiz de Lobera Martínez, J. Lao Romera, M.ªJ. Revillo Pinilla*, R. Casas Cornejo, J. Martínez Trufero, A. Herrero Ibáñez, V. Alonso Orduña y A. Antón Torres

Servicio de Oncología. Unidad de Hospitalización. Servicio de Microbiología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos. Análisis de los patógenos aislados durante un año en la unidad de hospitalización del servicio de oncología de un hospital de referencia.

Materiales. Entre abril de 2003 y marzo de 2004 se remitieron desde la planta de hospitalización 367 muestras para hemocultivo, 112 para c. de esputo y 108 para urocultivo. La rentabilidad diagnóstica fue de un 15%, 64% y 26% respectivamente.

Resultados. Hemocultivos: Gérmenes aislados por orden de frecuencia: *E. coli* (30%), *S. aureus* (26%), *S. coagulans* neg (19%), *P. aeruginosa* (15%) y otros (10%). Los estafilococos resistentes a meticilina supusieron el 17% del total de gérmenes aislados y el 100% eran sensibles a teicoplanina y vancomicina. C. de esputo: Se aislaron bacterias en un 62% de las muestras (*P. aeruginosa* 28%, *S. aureus* 25%, *H. influenzae* 13%, *E. coli* 12% y otros 22%) y hongos en un 38% de las muestras (*C. albicans* 47%, *C. glabrata* 19%, *A. fumigatus* 12%, otros 22%). Urocultivo: *E. coli* (44%), *A. baumannii* (22%), enterococos (12%) y otros (22%).

	Gram +	Gram -
Hemocultivo	50%	50%
Cultivo de esputo	36%	64%
Urocultivo	16%	84%

Conclusiones. La mayoría de los aislados en hemocultivos son gérmenes característicos de infección nosocomial y sensibles a los antibióticos utilizados habitualmente en los pacientes oncológicos. Elevado número de aislamientos de hongos en los c. de esputo (posible relación con uso de corticoides y radioterapia) *E. coli* aislado en orina tiene una elevada resistencia a ciprofloxacino y una elevada sensibilidad a amoxicilina-clavulánico.

P-97

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS REGÍMENES DE QUIMIOTERAPIA ADMINISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE Y LA APARICIÓN DE NEUTROPENIA FEBRIL

M.ªJ. Molina Garrido, A. Mora Rufete, C. Guillén Ponce, S. Maciá Escalante, I. Ballester Navarro, A. Rodríguez-Lescure, J. Gallego Plazas, N. Martínez Banaclocha, V. Pons y A. Carrato Mena

Servicio de Oncología del Hospital General Universitario. Elche.

Introducción y objetivos. Evaluar la incidencia de neutropenia febril en nuestro hospital a lo largo de un año, así como su relación con la quimioterapia administrada.

Materiales. Estudio descriptivo de los pacientes que ingresaron en el servicio de Oncología de nuestro hospital con el diagnóstico, principal o no, de fiebre neutropénica a lo largo del año 2005. Se recogieron datos clínicos de los pacientes y se correlacionaron con el tipo de tumor, el tipo de quimioterapia administrada, el período transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de la neutropenia y la gravedad de la misma.

Resultados. Se incluyeron 48 pacientes (64,58% hombres y 35,42% mujeres). La mayoría de neutropenias ocurrieron tras el primer ciclo de quimioterapia (33,3%). La incidencia fue mayor en los tumores de extirpe hematológica (43,7%), seguidos por el cáncer de pulmón (25%) y por el de mama (14,58%). En la mayoría de los casos, la intención del tratamiento fue paliativa (52,08%); los esquemas neoadyuvantes sólo fueron responsables del 6,25% de las neutropenias. La poliquimioterapia condujo al 81,25% de las mismas; la frecuencia fue mayor en los primeros 10 días tras la administración del tratamiento. La neutropenia solía ser de grado 3-4 (66,6%); la fiebre duró una media de 4,54 días; el 89,58% de los pacientes evolucionó favorablemente, y sólo el 8,33% de los pacientes reunía más de un criterio de gravedad.

Conclusiones. La neutropenia febril es un motivo frecuente de ingreso en el paciente oncológico. A lo largo del año 2005, la mayoría de los ingresos realizados por este motivo en nuestro hospital correspondió a neutropenias de alto riesgo, lo que indica la idoneidad de dicho ingreso. Un gran número de casos evolucionó satisfactoriamente con el tratamiento antibiótico administrado, aunque el número de muertes secundarias no fue desdeñable. Los esquemas más agresivos causaron un mayor número de neutropenias, y los tumores que la presentaron con mayor frecuencia fueron los hematológicos.

P-98

ATENCIÓN URGENTE A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: EVOLUCIÓN EN CINCO AÑOS (1999-2004)

F. Pascual, R. Bosca, P. Escolar, A. Mancheño, I. Tena, E. Conesa, I. Romero, J. Ferrando, S. Fons y S. Martín
Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

Introducción y objetivos. Los pacientes oncológicos (PO) solicitan ser atendidos de urgencia frecuentemente, por síntomas de su enfermedad o efectos secundarios del tratamiento.

Materiales. Es un estudio descriptivo y prospectivo entre enero de 1999 y diciembre de 2004. Se recogió filiación de los pacientes, diagnóstico oncológico, síntoma al ingreso, si acudieron por iniciativa propia o no, procedencia y derivación, Performance Status (PS), pruebas complementarias realizadas y diagnóstico en urgencias.

Resultados. Se atendieron 2662 pacientes en 1999 y 5529 en 2004. 50% de mujeres, edad media de 57 años y PS de 2 (rango 0-4). El diagnóstico por tumores y sexo fue, en mujeres mama (89,5%) y genitourinario (5,1%) y en varones genitourinario (56%), cabeza/cuello (16%) y digestivo (15%). Se realizó una exploración clínica y pruebas complementarias. Síntomas por tumor: fiebre/oligoanuria en genitourinario, fiebre/disfagia en cabeza/cuello, dolor abdominal en digestivo, hemoptisis/fiebre en pulmón y fiebre/dolor abdominal en LNH. Síntomas al ingreso: disnea, fiebre, oligo/anuria, náuseas/vómitos, tenesmo urinario y dolor abdominal. Precisarón asistencia especializada por parte de oncología el 30% (rango 27%-34%) e ingreso hospitalario el 23,8% (rango 21-29%). Diagnósticos al alta en urgencias: infección de vías respiratorias, vómitos postratamiento, retención aguda de orina, infección del tracto urinario, candidiasis/mucositis, neutropenia febril, hipercalemia y derrame pleural.

Conclusiones. Conocer la patología urgente más prevalente y su evolución, permite mejorar la actuación. Uno de cada tres pacientes precisó de asistencia oncológica específica en

urgencias y uno de cada cinco, ingreso hospitalario por su patología. No se apreciaron diferencias significativas en los últimos años en cuanto a PS, motivos de consulta (síntomas) y diagnósticos.

P-99

ÁCIDOS GRASOS W-3, CÁNCER Y PÉRDIDA DE PESO. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

R. Colomer¹, J.A. Moreno Nogueira², P. García Peris³, P.P. García Luna⁴, A. García de Lorenzo⁵, A. Zarazaga⁶, L. Quecedo⁷, J. del Llano⁷, L. Usán⁸ y C. Casimiro⁸

¹Servicio de Oncología, Hospital Josep Trueta, Girona; ²Servicio de Oncología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ³Servicio de Nutrición Clínica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ⁴Unidad de Nutrición Clínica, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; ⁵UVI y Unidad de Formación Médica Continuada, Hospital La Paz, Madrid; ⁶Servicio de Cirugía, Hospital La Paz, Madrid; ⁷Fundación Gaspar Casal, Madrid; ⁸Dpto. Médico Abbott Laboratorios, Madrid.

Introducción y objetivos. Con los ácidos grasos w-3 se consigue un efecto beneficioso gracias a la disminución la producción de citoquinas asociadas a enfermedades crónicas y tumorales, disminuyendo la pérdida de peso y mejorando la CdV. Hemos realizado una revisión sistematizada de la literatura que permitiera emitir recomendaciones sobre la utilización clínica de los ácidos grasos w-3 en oncología.

Materiales. Se realizó una búsqueda sistemática en MEDLINE y EMBASE, y se consultaron también las bases de datos Cochrane y Healthstar. Se seleccionaron los ensayos clínicos o estudios prospectivos observacionales que incluyeran pacientes con cáncer y esperanza de vida > 2 meses, a los que se les administraban suplementos enterales con EPA (ácido eicosapentaenoico) y DHA (ácido docosahexaenoico). Se evaluaron individualmente parámetros clínicos (estado nutricional, tolerancia, supervivencia y estancias hospitalarias), analíticos (mediadores inflamatorios y PCR), y funcionales (estado funcional, apetito y CdV).

Resultados. Quince estudios cumplían los criterios de inclusión, 7 de alta calidad. El panel de expertos establece las siguientes recomendaciones: 1) los suplementos orales con ácidos w-3 proporcionan beneficios en pacientes con cáncer avanzado y pérdida de peso, estando indicados en tumores de tracto digestivo alto y páncreas; 2) los beneficios observados son: ganancia de peso y apetito, mejora de CdV, aumento de supervivencia, y disminución de morbilidad postquirúrgica, relacionándose con mediadores inflamatorios y de oxidación; 3) no existe un patrón definido de combinación de los ácidos grasos, recomendándose administrar > 1,5 g/día y 4) se obtiene mejor tolerancia administrando fórmulas bajas en grasas durante un período de al menos 8 semanas (todas ellas con grado de recomendación B).

Conclusiones. Nuestros hallazgos sugieren que el aporte de ácidos grasos w-3 (EPA y DHA) durante al menos 8 semanas en pacientes con cáncer avanzado, se asocia con una mejoría de los parámetros clínicos, biológicos y de CdV.

P-100

ENTEROPATÍA RÁDICA CRÓNICA: UNA COMPLICACIÓN FRECUENTEMENTE OLVIDADA. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA 1990-2004

J. Cervas Chopitea, J.L. García Llano, M. Cortés Béjar, M.ª Somovilla Cabezon, M. Palomera García, R. Stolle Arranz y B. Bartolomé Castilla

Unidad Oncología-Paliativos. Fundación Rioja Salud. Hospital General de la Rioja. Logroño.

Introducción y objetivos. La afectación crónica por la radioterapia es una de las complicaciones más temidas, frecuentemente olvidada y normalmente evitada por los especialistas. No se conoce bien su fisiopatología y apenas se revisan los datos de su incidencia. Por otra parte la práctica de tra-

tamientos conservadores de recto puede aumentar su frecuencia.

Materiales. Se revisan los pacientes tratados durante los años 1990 a 2004 con radioterapia pélvica por tumores malignos de recto, útero, cérvix, mielomas con afectación sacra, sarcomas pélvicos y otros. Sobre 375 pacientes tratados con dosis superiores en pélvis a los 40 Gy. Se exige un promedio de seguimiento de más de 30 meses.

Resultados. De los 375 pacientes revisados, 137 tenían tumores de recto, 62 de útero, 83 de cérvix, 21 mielomas con afectación sacra, 17 sarcomas pélvicos y 55 casos con otros tumores. Se detectan 17 pacientes con diagnóstico de enteritis rídica crónica, con promedio de seguimiento de 33 meses. Complicaciones más frecuentes: diarrea crónica 10/17, desnutrición 7/17, obstrucción intestinal 16/17, dolor 17/17 y vómitos 15/17. En los 17 casos se precisó intervención nutricional, 11 con dieta elemental y 2 con parenteral. Cuatro pacientes requirieron transfusiones y en 4 casos se precisó cirugía.

Conclusiones. 1) Complicación grave y de frecuencia relativamente baja; 2) Frecuentemente se asume su seguimiento en oncología médica; 3) Obligada la intervención nutricional y 4) Posible infradiagnóstico por desconocimiento del problema.

P-101

DERIVACIÓN Y ASISTENCIA DE PACIENTES UROLÓGICOS: UN PROBLEMA EVIDENTE. REVISIÓN DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA-PALIATIVOS EN EL AÑO 2004

J. Cevas Chopitea, J.L. García Llano, M.^a Somovilla Cabezón, B. Bartolomé Castilla, M. Palomera García y M. Cortés Béjar
Unidad Oncología-Paliativos. Fundación Rioja Salud. Hospital General de La Rioja. Logroño.

Introducción y objetivos. En España no existe un modelo definido de atención oncológica, dando cada vez más importancia a los cuidados paliativos. Las neoplasias urológicas cobran especial significancia dada su frecuencia y sintomatología que altera notablemente la calidad de vida del paciente.

Materiales. Se revisan las características de los pacientes con tumores urológicos malignos remitidos a la Unidad durante el año 2004.

Resultados. Se solicitó valoración de 50 pacientes (46 varones, 4 mujeres). Mediana de edad: 78 años (límites 52-91). Servicio de procedencia: Urología 12 casos (24%), Atención Primaria 11 (22%), Oncología Médica 10 (20%), Medicina Interna 5 (10%), Urgencias 5 (10%), Consulta Externa propia 4 (8%), otros servicios 3 casos. Por histología: 25 casos de carcinoma de próstata (50%), 21 carcinoma urotelial (20 vejiga urinaria, 1 pélvis renal) (42%), 2 adenocarcinoma renal, 2 carcinoma vejiga y próstata asociados. En 3 casos se diagnosticó otro tumor maligno (digestivos). Por estadios, en carcinoma de próstata 24 casos estadio IV y 1 estadio II. En carcinoma urotelial 19 estadio IV, 1 estadio III, 1 estadio II. En carcinoma renal 2 casos estadio IV. En cuanto al tratamiento médico oncológico recibido: en carcinoma de próstata 14 casos (56%) solo hormonoterapia, en 7 (28%) hormonoterapia y quimioterapia (QT), desconocido en 4. En carcinoma urotelial 17 casos (81%) solo tratamiento sintomático, 3 QT, 1 caso desconocido. En carcinoma renal 1 caso tratado con QT e inmunoterapia, 1 tratamiento sintomático exclusivamente. En el momento del análisis han fallecido 46 pacientes, ocurriendo 34 éxitos (74%) en domicilio. La mediana del intervalo fecha ingreso unidad-fecha éxitos fue de 18 días (límites 1-210 días).

Conclusiones. Se observan como datos más significativos: el número bajo de pacientes referidos a la unidad en relación al total de casos, la ausencia de un servicio de referencia en el tratamiento de estos pacientes y el corto intervalo de tiempo entre el paso a nuestra unidad y el éxitos. Consideramos que estos aspectos deberían ser corregidos, para conseguir una mejor atención a nuestros pacientes.

P-102

ACCESOS VENOSOS CENTRALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. DESCRIPCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES

L. Palomar Abad, M.^a Tasiás Pitarch*, A. Segura Huerta, J. Todolí Parra*, A. Giménez Ortiz y J. Gómez Codina
*Servicio de Oncología Médica. *Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Introducción y objetivos. El empleo de accesos venosos permanentes es frecuente en los pacientes oncológicos. El desarrollo de quimioterapias en infusión continua y su seguridad ha extendido su uso.

Materiales. Revisión retrospectiva de todos los accesos venosos centrales colocados en pacientes oncológicos en un período de tiempo (julio de 2004-septiembre de 2004) y que tuvieran un seguimiento mínimo de tres meses. Se colocan por un equipo de cirujanos especializados. Describimos las características clínicas y complicaciones del procedimiento.

Resultados. Cincuenta pacientes, edad mediana: 60 años (21-81). La mitad de ellos con cáncer metastásico. Diagnósticos más frecuentes: 26 cáncer colorrectal (52%), 4 gástricos (8%), 3 páncreas (6%). Todos fueron tipo *port-a-cath* (P-A-C) de una luz. Lugar de colocación: subclavia izda. 48 (96%). En 49 pacientes era el primer catéter que se colocaba. En ningún caso se realizó profilaxis antitrombótica (2 pacientes la llevaban previamente). Complicaciones: Hubo tres trombosis en la vena de inserción (6%) que ocurrieron tras 26, 130 y 150 días de la colocación. Un paciente presentó trombosis venosa profunda en otra localización. No hubo ninguna hemorragia y 4 catéteres tuvieron oclusión de la luz. Tres pacientes presentaron infección local tras la colocación. Se retiraron 2 catéteres (4%), uno por obstrucción y otro por extravasación. En el momento del análisis han fallecido 10 enfermos, 7 de ellos por progresión tumoral.

Conclusiones. El tratamiento con infusión continua de QT es la causa más frecuente de colocación del P-A-C. Su empleo en pacientes afectos de cánceres digestivos está muy extendido. La localización preferente de inserción es la subclavia izda. Las complicaciones son escasas y poco graves. La experiencia de los profesionales que los colocan es importante para reducir las complicaciones. La profilaxis antitrombótica es un tema discutido y en nuestra serie el escaso porcentaje de trombosis asociada a catéter no parece justificarla.

P-103

PARACETAMOL INTRAVENOSO FRENTE A METAMIZOL EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TUMORAL Y SECUNDARIA A CITOSTÁTICOS

F. Pascual, R. Bosca, A. Mancheño, S. Martín, S. Fons, J. Ferrando, E. Conesa, P. Escolar, I. Tena e I. Romero
Fundación Instituto Valenciano de Oncología.

Introducción y objetivos. La fiebre es muy frecuente en los pacientes oncológicos (PO), pudiendo ser de etiología infecciosa, por administración de fármacos (2aF), reacción transfusional y como síndrome paraneoplásico (SPN).

Materiales. Se analizan las manifestaciones clínicas de 17 PO atendidos de urgencia con fiebre 2aF (6, 4 precoz y 2 tardía) y SPN (11) diagnosticados entre 2000 y 2004.

Resultados. Diez fueron varones, con edad media de 58 años (rango 42-71) en tratamiento quimioterápico (11 paliativa). Por tumores, 8 eran carcinoma renal, 3 melanomas y LNH-BG. Se utilizó paracetamol 1 g iv en los casos de alergia a antiinflamatorios (2) e inestabilidad hemodinámica (3) y metamizol magnésico 2 g iv (6) y paracetamol 1 g iv (6) alternativamente en el resto de casos. Con el metamizol, la disminución de la temperatura se inició a los 15' con un efecto límite de 7 horas, precisando alternar con el paracetamol en dos casos para no sobrepasar la dosis máxima diaria. En el caso del paracetamol iv, el descenso se inició a los 15' (7) y a los

20', en el resto con una duración de hasta 8 horas. Cada episodio precisó de una media de cinco ampollas de metamizol (2,35 €, solo el fármaco) y de tres de paracetamol (9,90 €). No se produjo ningún efecto adverso atribuible a los fármacos.

Conclusiones. la fiebre es un signo de aparición frecuente en PO y la identificación de su etiología no infecciosa facilitaría su tratamiento, siendo el paracetamol iv un fármaco adecuado en estos casos por su efectividad, escasos efectos secundarios y precio.

P-104

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ENFERMOS FALLECIDOS EN EL AÑO 2004 EN LA SECCIÓN DE ONCOLOGÍA DE UN HOSPITAL DEL GRUPO 2

A. Viana Alonso, D. Marrupe González, F. Marcos Sánchez y F. Juárez Ucelay

Sección de Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Introducción y objetivos. En el momento actual, para una adecuada gestión y manejo clínico en cualquier unidad asistencial resulta fundamental conocer el perfil de mortalidad que presenta. En nuestro caso, es además prioritario por la ausencia de asistencia domiciliaria a enfermos terminales en nuestra área.

Materiales. Se recoge el perfil epidemiológico de todos los pacientes fallecidos a cargo de la Sección de Oncología Médica en el año 2004.

Resultados. Número de fallecimientos: 44 pacientes (varones 24 y mujeres 20), edad: 64,35 + 12,64 años (mínimo 38, máximo 89 años), con una estancia de 9,30 + 20,61 días (mínimo 0, máximo 131 días), los procesos neoplásicos más frecuentemente implicados son: pulmón 12, mama 7, colon-recto 7, cánceres de origen desconocido 4, resto 14; las causas de fallecimiento son progresión de la enfermedad 24, complicación intercurrente 17 y 3 complicaciones de la quimioterapia. Este grupo puede dividirse en 2 subgrupos de pacientes con la única connotación de si al ingreso se preveía su fallecimiento y se instauraron únicamente medidas sintomáticas (sedación-analgésica), 12 cumplen esta condición y 32 no. Los que la cumplen tienen el siguiente perfil epidemiológico: varones 5 y mujeres 7, edad: 58,19 + 14,66 años (mínimo 38, máximo 85 años), con una estancia de 2,25 + 1,42 días (mínimo 0, máximo 5 días) y los que no: varones 19 y mujeres 13, edad: 66,82 + 11,29 años (mínimo 44, máximo 89 años), con una estancia de 11,94 + 23,71 días (mínimo 0, máximo 131 días).

Conclusiones. El 27,3% de los fallecidos tienen una estancia media inferior a 3 días, lo que indica el escaso beneficio que supone la hospitalización para ellos y la necesidad de buscar otras formas de asistencia para este grupo de pacientes como la Atención Primaria, Hospitalización Domiciliaria, Asistencia Domiciliaria o Cuidados Paliativos.

P-105

TOXICIDAD CUTÁNEA POR ERLOTINIB

R. de Toro Salas, N.V. Colomina, R. Villatoro Roldán, A. Duque Amusco, F. Camacho y J.A. Virizuela Echaburu
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos. Erlotinib es un antineoplásico que inhibe de forma dosis-dependiente la actividad tirosina-quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (HER1/EGFR). Éste se expresa en la epidermis, glándulas sebáceas y epitelio del folículo piloso y actúa en su diferenciación y desarrollo. Estudios en fase II han mostrado actividad clínica de erlotinib en cáncer no microcítico de pulmón. Estudios en animales han demostrado que la inhibición de HER1/EGFR produce anomalías en el pelo y en la piel como necrosis cutánea. Hasta la fecha el único efecto adverso cutáneo conocido en personas es un exantema cutáneo acneiforme.

Materiales. Varón de 73 años con antecedentes de carcinoma escamoso de pulmón (estadio IIIB) irreseccable quirúrgicamente, resistente a quimioterapia (CDDP-VNR) y radioterapia, que participó en el ensayo clínico con erlotinib a una dosis de 150 mg/día.

Resultados. A los 20 días de iniciar el tratamiento presentó exantema facial. A los 40 días desarrolló placas necróticas simétricas en miembros (codos, rodillas y pies). El estudio anatomopatológico reveló ulceración y necrosis epidérmica con queratinocitos apoptóticos, sin vasculitis. La IFD fue negativa. Al suspender el tratamiento mejoraron las lesiones y al reintroducirlo se comprobó nuevo empeoramiento.

Conclusiones. Paciente con placas necróticas simétricas que consideramos secundarias a toxicidad cutánea por erlotinib. Hasta donde conocemos esta reacción adversa cutánea no ha sido previamente referida en humanos.

P-106

TOXICIDAD CUTÁNEA DE LOS INHIBIDORES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO (EGFR): EXPERIENCIA CLÍNICA Y ABORDAJE PRÁCTICO

R. Sánchez-Escribano Morcuende, J.E. Alés Martínez y P. Aramburo González

Unidad de Oncología Médica. Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Introducción y objetivos. La toxicidad cutánea es el efecto secundario más común asociado a la inhibición del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), nueva estrategia empleada en el tratamiento de diferentes neoplasias a través de pequeñas moléculas inhibitoras de la tirosin-quinasa como gefitinib y erlotinib o anticuerpos monoclonales como cetuximab.

Materiales. Para ilustrar la toxicidad cutánea de los inhibidores del EGFR describimos cinco casos. Dos presentan dermatitis acneiforme con elementos foliculares y pustulosos, en pacientes con carcinoma pulmonar tratados con gefitinib a dosis de 250 mg/d y erlotinib 150 mg/d respectivamente y tres casos de exantema pruriginoso maculo-papular en cara y tronco superior dos en pacientes con carcinoma colorrectal avanzado tras tratamiento con cetuximab que además presentaron paroniquias y un paciente de cáncer de pulmón tratado con erlotinib.

Resultados. En estos casos se observa la toxicidad cutánea representativa de los inhibidores del EGFR, el abordaje terapéutico empleado fue similar al del acné convencional, precisándose sólo en un caso la suspensión temporal del fármaco, todos presentaron remisión de las lesiones.

Conclusiones. La toxicidad cutánea por inhibidores de EGFR es moderada y tratable con terapias convencionales, respondiendo a la suspensión del fármaco en casos refractarios.

P-107

ARTETERAPIA COMO TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA EN ONCOLOGÍA

M.^aM. Gordón Santiago, M.^aD. Callejón Chinchilla, I. Granados Conejo, I. Fernández Cantón, M.^aM. Aires González, J.P. Aznárez López, E. Jiménez Orozco, A. Moreno Vega y J. Fuentes Pradera
Hospital de Jerez.

Introducción y objetivos. El arteterapia consiste en el uso terapéutico del arte desde sus distintas expresiones. Se puede definir como la "disciplina de ámbito asistencial e interdisciplinar que utiliza la expresión artística y/o el proceso creativo como recurso de relación-artística-comunicación, ayuda, prevención y/o intervención terapéutica" (Callejón y Granados 2005). Esta profesión con una trayectoria de más de 50 años en EE.UU., Inglaterra, Canadá y oficialmente en

España no está reconocida y su uso habitual se da en la rama social y sanitaria con enfermos mentales y de Parkinson, pacientes que han sufrido algún tipo de shock traumático, y se está iniciando en Oncología. Objetivos de nuestro proyecto: conscientes de las posibilidades de este recurso psicoterapéutico, vimos la posibilidad de llevar a cabo una experiencia en el Hospital de Jerez. Tras un primer paso de curso de formación-taller experiencial- para personal sanitario (facultativos de Oncología, Cuidados Paliativos y Hospitalización Domiciliaria y personal de enfermería), para comprender sus posibilidades terapéuticas, se continuará con talleres dirigidos a: 1) pacientes en tratamiento oncológico o no, con buen estado general y síntomas relacionados con su enfermedad neoplásica o con una importante carga emocional y 2) familiares de pacientes, generalmente cuidadores principales objetivos: 1) descubrir beneficios del arteterapia tanto en el control de síntomas como en la prevención de enfermedades relacionadas con el estado de ánimo asociado al conocimiento y progresión de la enfermedad oncológica y 2) conocer técnicas y recursos del arteterapia acercarnos a las posibilidades del arteterapia en el ámbito hospitalario.

Materiales. Los talleres se basan en los siguientes contenidos: 1) catarsis y experiencia de flujo; 2) el poder de la imagen; 3) técnicas y estrategias artístico-terapéuticas; 4) arteterapia como relajación y 5) arteterapia como comunicación con uno mismo arteterapia como relación y encuentro con los otros.

Conclusiones. Conocido y aceptado el arteterapia como intervención psicoterapéutica eficaz, consideramos que con estos recursos pacientes y familiares van a beneficiarse en cuanto al control de síntomas o derivados del conocimiento de padecer una enfermedad frecuentemente incurable.

P-108

RELAJACIÓN AUTÓGENA Y DISMINUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL DISTRÉS

A. Juárez Marroquí, R. Cortell Hernández, J. Mazón Herreros, P.T. Sánchez Hernández, A. Ruiz Sastre, J.M. Iranzo Miguélez, V. Iranzo González-Cruz, J. Garde Noguera, A. Berrocal Jaime y C. Camps Herrero
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción y objetivos. El Distrés genera en el paciente oncológico una sintomatología psicológica relacionada con la tensión emocional que se desarrolla paralelamente a la enfermedad. La relajación autógena ha sido valorada como una de las técnicas más eficaces para la reducción de la tensión emocional. En el presente trabajo intentamos establecer la relación existente entre la técnica y la reducción de dicha sintomatología.

Materiales. Diseñamos un protocolo de aprendizaje de técnicas de Relajación autógena en seis sesiones de aproximadamente 45 minutos. En la primera sesión se evaluaba la presencia de 9 síntomas relatados por el paciente, relacionados con tensión emocional, y tras la última sesión se realiza una reevaluación de dicha sintomatología. La muestra total es de 100 pacientes oncológicos en distintos momentos del tratamiento, siendo la única condición de exclusión la presencia de deterioro cognitivo. Los síntomas evaluados son: tensión interna, sentimientos de hostilidad, preocupaciones, miedos, fatigabilidad, dificultad de concentración, insomnio, alteraciones autonómicas y desrealización.

Resultados. En la actualidad hemos concluido el tratamiento y evaluación de 75 pacientes, estando los 25 restantes en el tratamiento, quedando por tanto pendiente de su terminación para presentar los resultados definitivos.

Conclusiones. La tendencia general actual muestra una reducción de la sintomatología, estando pendiente de los últimos resultados, para un análisis detallado de cada uno de los síntomas descritos.

P-109

PARÁMETROS ACTUALES DEL DOLOR ONCOLÓGICO

M.M. Gordón Santiago, M.M. Aires González**, I. Fernández Cantón*, E. Jiménez Orozco*, A. Moreno Vega* y J. Fuentes Pradera*

**Unidad de Oncología del Hospital de Jerez de la Frontera.*

**Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.*

Introducción y objetivos. Actualmente existe acuerdo en considerar el dolor como experiencia compleja multidimensional, con factores sensoriales, emocionales, conductuales y cognitivos (IASP; 1986). El dolor es experiencia susceptible de ser abordada desde un enfoque bio-psico-social de cada paciente. En el dolor crónico, se afectan numerosos parámetros que incluyen desde el lenguaje interno que utiliza el paciente hasta su comportamiento o su estilo de vida, repercutiendo todo ello en las diferentes áreas de su funcionamiento. Este trabajo tiene por objeto conocer la relación entre los parámetros clínicos del dolor oncológico (intensidad, frecuencia, localización, medicación) y variables psicológicas implicadas en la valoración y manejo del dolor (pensamientos automáticos negativos, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y apoyo familiar).

Materiales. Hemos recogido una muestra de 60 enfermos oncológicos, entrevistados cuando acudían al Hospital de Día del Hospital de Jerez. Utilizamos los siguientes instrumentos: 1) Entrevista sociodemográfica y de datos médicos y parámetros clínicos de dolor; 2) Inventario de Pensamientos Negativos en respuesta al dolor (Gil et al, 1990, adaptación española de Cano, 2000) y 3) Cuestionario de estrategias de Afrontamiento (Rosenstiel y Keefe, 1983, adaptación española de Cano, 2000) General Health Questionnaire-28 (Goldberg e Hillier, 1979, adaptación española de Lobo et al, 1981-86).

Resultados. Los resultados nos muestran la existencia de relación entre estas variables. Destacamos relaciones significativas entre algunos parámetros clínicos del dolor (sobre todo intensidad y consumo diario de analgésicos) y ciertas estrategias de afrontamiento (catastrofización, esperanza, fe y plegarias y distracción cognitivo), los síntomas somáticos de origen psicológico y los síntomas de ansiedad e insomnio. No se establece relación entre las dimensiones de dolor estudiadas y los pensamientos negativos.

Conclusiones. Estos datos nos generan hipótesis para abordar multidimensionalmente el dolor en los enfermos oncológicos. Al mismo tiempo que obligan a continuar profundizando en este ámbito para seguir esclareciendo la relación entre las variables descritas.

P-110

PREOCCUPACIONES Y NECESIDADES DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME

J.L. Díaz Cordobés, J.A. Barcia Albarca, J.M.^a Gallego Sánchez, M.^aE. Hernández de Pablo, F. Fontana Tormo, J. Campos García, J.M. Belinchón de Diego y M.^aP. Barreto Martín

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Introducción y objetivos. El glioblastoma multiforme supone el 60% del total de los tumores cerebrales primarios diagnosticados. El tiempo de progresión es aproximadamente de un año y su tratamiento siempre es paliativo. Los pacientes diagnosticados de tumor cerebral y sus familias se enfrentan a un período de sus vidas donde la incertidumbre y la ansiedad predomina desde los primeros indicios de enfermedad, por ello, la comunicación de malas noticias, llevada a cabo de forma adecuada puede disminuir la percepción de amenaza al incrementar la percepción de control del paciente. Objetivo: identificar las principales preocupaciones y necesidades de los pacientes, con el objetivo a largo plazo, de diseñar un programa de intervención multidisciplinar basado en

la bioética a través de la máxima eficacia clínica y teniendo en cuenta el balance costos-beneficios del tratamiento e intervenciones.

Materiales. Se realiza un estudio descriptivo de las necesidades y preocupaciones del paciente. La evaluación se realiza al día siguiente de informar del diagnóstico y es recogida por un psicólogo entrenado a través de la siguiente pregunta de evaluación: ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

Resultados. Las preocupaciones principales de los pacientes que reciben tratamiento en el Servicio de Neurocirugía del HGUV se refieren a: miedo a la propia muerte, ser una carga familiar, conspiración del silencio, incapacidad para tomar decisiones, pérdida de independencia, pérdida de rol social y familiar y deterioro de la imagen corporal, entre otras.

Conclusiones. La información individualizada en pacientes y familiares es determinante en un programa general de intervención neuro-oncológica, conocer aspectos de la enfermedad, protocolos de intervención, posibles efectos secundarios y cuidados recomendados pueden ayudar a los pacientes y familiares en la toma de decisiones modulando de este modo los niveles de ansiedad e incertidumbre. Del mismo modo, la identificación individualizada de lo que al paciente y a sus familiares les preocupa y necesitan y/o quieren saber facilita el proceso de comunicación y la intervención psicológica posterior.

P-111

EXPERIENCIA ASISTENCIAL DE 12 AÑOS DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FUNDACIÓN CUDECA

R. Trujillo Vílchez, N. Morgado Bermejo, R. Pozo Villa, J.M. Lapeira Cabello, A. Gómez Thébaut, M. Rosúa Rodríguez, A. Ortega Morell, E. Romero Montero, O.A. Villalba Merchán y M.^ªJ. de la Ossa Sendra
Fundación Cudeca. Benalmádena. www.cudeca.org

Introducción y objetivos. Se analizan los datos de 2.539 pacientes atendidos desde julio de 1992 hasta mayo de 2004 en el programa asistencial de cuidados paliativos de la Fundación Cudeca.

Materiales. Se procesaron los datos de 2.539 pacientes mediante el programa estadístico SPSS 11.0, se realizó un estudio descriptivo de las siguientes características de los pacientes: sexo, edad de los pacientes, edad del cuidador y tiempo de permanencia en programa.

Resultados

Tabla 1. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	1.026	4,04
Varón	1.507	59,04
Total	2.539	100,0

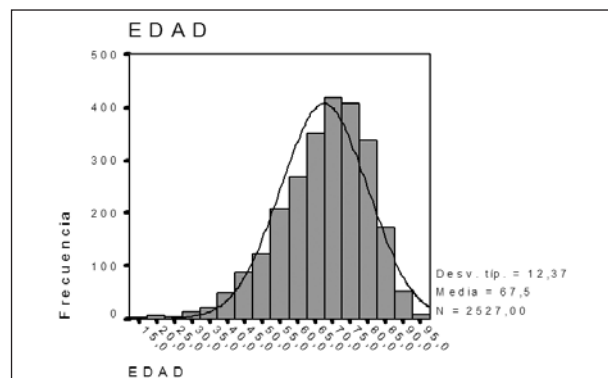


Fig. 1

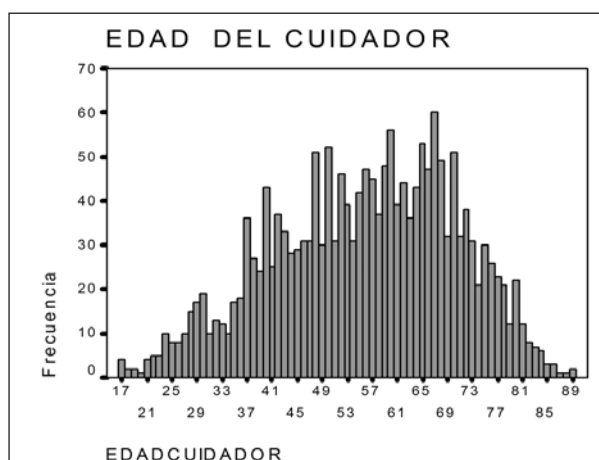


Fig. 2

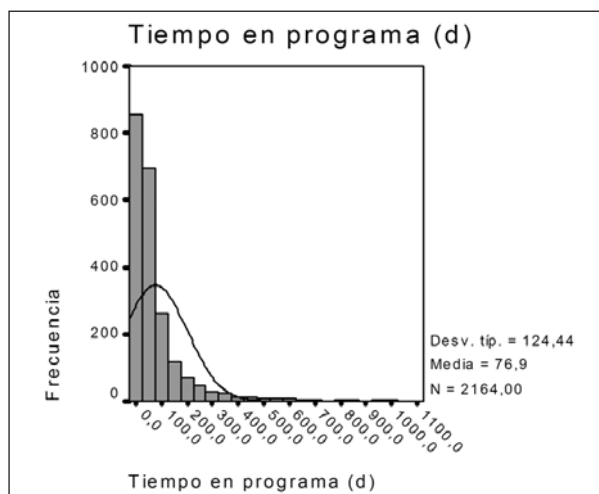


Fig. 3

Conclusiones. 1) La media de edad es de 67 años; 2) Acorde con la mayor prevalencia de tumores en pacientes mayores y también en relación con el mayor envejecimiento de la población; 3) Predominan los varones; 59,6%; 4) En relación a la mayor prevalencia de tumores, especialmente de pulmón en varones, que es el tumor más prevalente en nuestra población; 5) La media de estancia en programa es de 76 días; 6) La moda es de 36 días y 7) Está dentro de los estándares para un programa de cuidados paliativos en relación a otras unidades.

P-112

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL TIPO DE TUMOR DE UNA POBLACIÓN DE 2.539 PACIENTES DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FUNDACIÓN CUDECA

R. Trujillo Vílchez, N. Morgado Bermejo, A. Ortega Morell, E. Romero Montero, R. Pozo Villa, J.M. Lapeira Cabello, M. Rosúa Rodríguez, M.^ªA. Jurado Martín, M.^ªR. Rodríguez Ávila y M. Martín Roselló
Fundación Cudeca. Benalmádena. www.cudeca.org

Introducción y objetivos. Existen pocos estudios en la literatura, con un número significativo de pacientes, que analicen los diagnósticos del tipo de tumor más frecuente en los

pacientes paliativos. Es por ello, que nos planteamos el objetivo de analizar en nuestra amplia base de datos que incluye 2.539 pacientes el tipo de tumor más frecuente.

Materiales. Se procesaron los datos de 2.539 pacientes mediante el programa estadístico SPSS 11.0, donde figuraba codificado el diagnóstico de los pacientes a la entrada en el programa.

Resultados

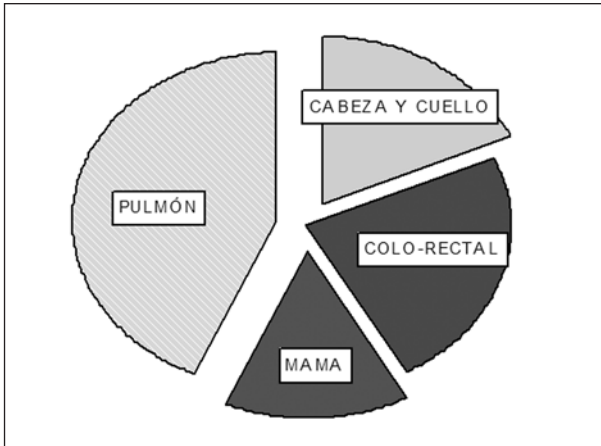


Fig. 1. Diagnóstico.

Conclusiones. 1) Destaca el tumor de pulmón como el más frecuente con un 24%; 2) Seguido del colorectal con un 14%, cabeza y cuello y mama con un 10%; 3) Los datos de alta frecuencia de cáncer de pulmón coinciden con los descritos en la literatura, ya que se trata del tumor más prevalente y 4) En nuestra población destaca la alta frecuencia de tumores de cabeza y cuello, en posible relación al tabaco y al consumo de alcohol.

P-113

LUGAR DE DEFUNCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE 2.539 PACIENTES DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FUNDACIÓN CUDECA

R. Trujillo Vilchez, N. Morgado Bermejo, A. Ortega Morell, E. Romero Montero, R. Pozo Villa, J.M. Lapeira Cabello, A. Gómez Thébaut, M. Rosúa Rodríguez, O.A. Villalba Merchán y M.ªJ. de la Ossa Sendra
Fundación Cudeca. Benalmádena. www.cudeca.org.

Introducción y objetivos. Uno de los parámetros de calidad en un programa de cuidados paliativos es conseguir que los pacientes fallezcan en sus domicilios. Por ello nos propusimos como objetivo analizar en nuestra base de datos, que incluye 2.539 pacientes, donde habían fallecido.

Materiales. Se procesaron los datos de 2.539 pacientes mediante el programa estadístico SPSS 11.0, donde figuraba codificado el lugar de defunción de los pacientes.

Resultados

Tabla 1. Lugar de defunción

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Domicilio	1.950	76,8
	Hospital	424	16,7
	Otros	20	,8
	Residencia	68	2,7
	U.C.P.	77	3,0
	Total	2.539	100,0

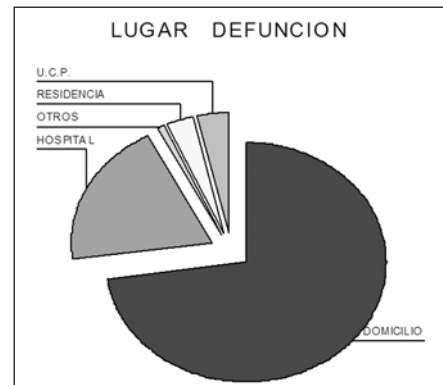


Fig. 1. Lugar de defunción.

Conclusiones. 1) La mayoría de nuestros pacientes, el 76,8% fallecen en el domicilio; 2) Es un dato muy importante de calidad de asistencia en cuidados paliativos, ya que se consigue que los pacientes mueran en su ambiente familiar y 3) Supone un importante ahorro al sistema nacional de salud y compañías privadas, ya que se evitan estancias prolongadas en hospital, con el ahorro que supone de coste cama/día.

P-114

ARTETERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

N. Collette Birnbaum, A. Vecino Martín y A. Pascual López
Unidad de Cuidados Paliativos. Servicio de Oncología. Hospital Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos. La primordial atención a las necesidades físicas del paciente con cáncer no debe hacernos perder de vista sus numerosas necesidades emocionales, en especial cuando la enfermedad avanzada sitúa a la persona ante un gran sufrimiento espiritual. El arte-terapia intenta aliviar el sufrimiento mediante el acompañamiento a los pacientes en un proceso creativo. Nuestro objetivo es describir este proceso y analizar las creaciones artísticas que realizaron.

Materiales. Presentamos tres casos de pacientes oncológicos de la Unidad de Cuidados Paliativos, a los cuales propusimos participar en sesiones individuales bisemanales de arte-terapia, sin precisar ninguna habilidad artística previa: I.L., mujer de 74 años con leucemia aguda linfoblástica; A.C., hombre de 43 años con cáncer de pulmón y J.P., hombre de 77 años con cáncer de próstata. Teniendo en cuenta la importancia de las imágenes reales, imaginadas o soñadas en nuestro mundo consciente e inconsciente, les propusimos experimentar principalmente con el dibujo y la pintura pero también con trabajos puntuales basados en la música, el modelado o la literatura.

Resultados. El valor altamente simbólico de las realizaciones artísticas producidas en este contexto evidenció el poder expresivo y comunicativo de las técnicas utilizadas que, en ocasiones y según el grado de implicación personal del enfermo, también permitieron llegar a creaciones con notable presencia estética. Los trabajos, expuestos en las paredes de la habitación según la propia selección del paciente, produjeron un aumento de la autoestima después del efecto de relajación experimentado durante su elaboración. Determinadas obras pudieron revestir también un importante aspecto de legado para los familiares.

Conclusiones. Los efectos positivos observados contribuyeron a que las personas enfermas encontraran en su proceso creativo una ayuda frente a la falta de esperanza y la pérdida de sentido, especialmente frecuentes en los procesos avanzados y terminales.

P-115**ANALGESIA COMPLEJA EN SITUACIÓN TERMINAL. RESISTENCIA A MÓRFICOS. ROTACIÓN DE MÓRFICOS. SEDACIÓN. REMIFENTANILO**

A. Viana Alonso, D. Marrupe González, F. Marcos Sánchez y F. Juárez Ucelay

Sección de Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

Introducción y objetivos. En algunos pacientes se asocia al dolor la aparición de la resistencia a los mórnicos y la situación de enfermedad terminal, lo que nos lleva a un difícil control de los síntomas. Pretendemos mostrar dos casos con estas características y las decisiones tomadas.

Materiales. Caso 1: mujer, 67, afecta de neoplasia de ovario estadio IV, no alcoholismo ni adicciones, ingresó por dolor abdominal no controlado el 20-06-04. El 20-07 los requerimientos diarios eran 20 gramos de morfina, midazolam 560 mg, haloperidol 90 mg y clorazepato 200 mg, y los extras de morfina y midazolam. Decisión: aumentar las dosis. Caso 2: varón de 58 años, afecto de neoplasia de colon estadio IV, no alcoholismo ni adicciones, ingresó por dolor abdominal no controlado el 20-01-05. El 06-02 los requerimientos diarios eran de 24,6 gramos de morfina, midazolam 875 mg, clorpromacina 25 mg y los extras de morfina y midazolam. Decisión: rotación de mórnicos.

Resultados. Caso 1: fallecimiento con dolor 24-07-04. Caso 2: se logró el control del dolor con la siguiente rotación: fentanilo IV + propofol y desde el 09-02-05 remifentanilo + propofol, fallece sin dolor el día 12-02-05.

Conclusiones. No podemos afirmar que la rotación de mórnicos en situaciones de paliación avanzada y resistencia a mórnicos sea más adecuada que el progresivo aumento de dosis ya que nuestra experiencia es limitada. Si podemos ratificar como otros autores el uso del fentanilo IV y el propofol y aportamos la posibilidad de utilizar el remifentanilo en el control del dolor en estas situaciones de dolor complejo con una buena relación de eficacia y seguridad. La rotación de mórnicos y el remifentanilo aportaron además: satisfacción del personal sanitario, familia y el propio enfermo (se controla el dolor), disminuyó el trabajo de la enfermería y médicos de guardia y evitó la quiebra de la farmacia del hospital (desabastecimiento de morfina).

P-116**ASTENIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**

J. Lavernia Giner, I. Romero Noguera, M.A Muñoz Quintana, A. Poveda Velasco, N. Ruiz Miravet, I. Tena García, R. Yaya Tur y V. Guillem Porta

Servicio de Oncología Médica. I.V.O. Valencia.

Introducción y objetivos. La astenia es frecuente en pacientes con cáncer. Empeora la calidad de vida. Está relacionado con la enfermedad, tratamientos y otros factores. Recientemente ha suscitado un creciente interés. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de astenia en pacientes con quimioterapia. Objetivos secundarios: conocer su relación con los esquemas de tratamiento, patología de base, anemia, importancia que se le concede al síntoma, etc.

Materiales. La astenia es frecuente en pacientes con cáncer. Empeora la calidad de vida. Está relacionado con la enfermedad, tratamientos y otros factores. Recientemente ha suscitado un creciente interés. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de astenia en pacientes con quimioterapia. Objetivos secundarios: conocer su relación con los esquemas de tratamiento, patología de base, anemia, importancia que se le concede al síntoma, etc.

Resultados. Se han incluido 49 M y 33 H en con quimioterapia. Edad media de 52,6 años (18-75), 6 seguían tratamiento QT+RT. Presentaban metástasis el 52,4%. Los diagnósticos se detallan en la tabla 1.

Tabla 1

	N	%
Ca mama	19	23,2
Tu. Génito-urinaris	23	28
Tu. C y C	10	12,2
Tu. Gastro-intestin	16	19,5
Ca. pulmón	5	6,1
Otros	9	11

No presentaban astenia (Grado 0) 20 pacs (24,4%). Astenia \pm Grado 1: 62 pacs (75,6%). Por EVA; EVA0: 9 pacs, EVA \pm 1:73 pacs (89%). Constaba en historia en 10/62 pacs (12,2%). La mayor intensidad de astenia se asoció con administración de CDDP (EVA 4,57; grado 1,41). Los 6 pacs que recibían QT+RT concomitante (7,3%), todos refirieron astenia (grado 1,8, EVA 5,06). La EVA y el grado de astenia fue mayor en pacientes con enfermedad avanzada (EVA 4,64; Grado 1,46 frente a EVA 3,37; Grado 1,21). No observamos relación entre intensidad de astenia y la cifra de hemoglobina.

Conclusiones. La astenia es frecuente en pacientes con cáncer en tratamiento. Su incidencia es mayor con los tratamientos concomitantes con RT. Necesitamos mayor casuística para identificar grupos de riesgo de padecer astenia.