

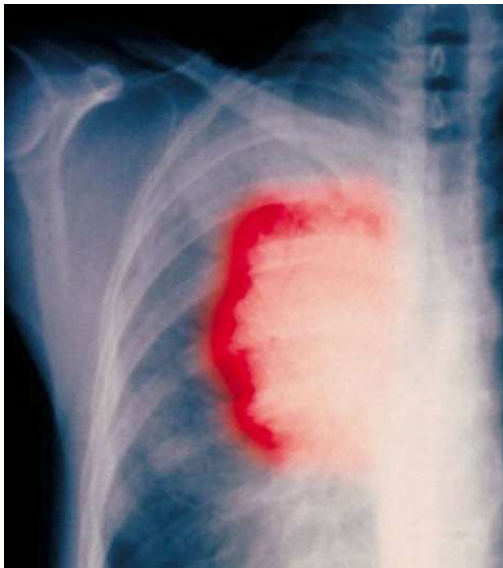
sección

Desde los medios, noviembre 2019

Ana María Palacios Romero

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

am.palacios.romero@navarra.es



La atención telefónica de enfermeras especialistas en cáncer de pulmón mejora la eficiencia clínica

diarioenfermero.es

Un estudio realizado en el Reino Unido ha demostrado que un servicio de atención telefónica con una enfermera especialista al otro lado del aparato no sólo aumenta la eficiencia clínica, sino reduce el tiempo de espera para las citas, promueve la capacitación de los médicos con poca experiencia y asegura la continuidad en la atención a los pacientes.

El estudio, realizado por Jenny Mitchel de la **Fundación de Hospitales del Sistema Nacional de Salud de Reino Unido (NHS)** de la Universidad se ha presentado en la última Conferencia Mundial de Cáncer de Pulmón

organizada por la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón.

Los roles de enfermería especializada en los centros de cirugía torácica en el Reino Unido son únicos para cada centro y se desarrollan para satisfacer las necesidades del servicio local. En Oxford, Mitchel se dio cuenta de que el seguimiento de los pacientes después de la resección de **cáncer de pulmón** en una etapa temprana podría mejorarse a través de la creación de una figura especializada. Antes de que se introdujese la figura de la **enfermera especialista**, los pacientes eran atendidos por médicos junior que trabajaban en la clínica, estos profesionales con poca experiencia a menudo ofrecían cuidados limitados y a menudo se enfrentaban a situaciones complicadas dando resultados poco satisfactorios. Tras el exitoso desarrollo de una clínica de seguimiento temprano dirigida por una enfermera, Jenny Mitchell y su equipo comenzaron un programa de seguimiento dirigido por una enfermera para pacientes después de una cirugía de cáncer de pulmón.

De acuerdo con la autora, tras revisar las directrices internacionales y trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinar de cáncer de pulmón, diseñaron un programa de seguimiento que consistía en un examen de tórax y pelvis cada seis meses durante los dos años siguientes a la cirugía, seguido de

una cita para obtener resultados, así como un examen de tórax, abdomen y pelvis a los tres, cuatro y cinco años después de la cirugía, seguido de una cita para analizar los resultados. Todo el programa es coordinado por la enfermera especialista. «Los comentarios de los pacientes sobre nuestro programa demuestran que los dos viajes al hospital resultan pesados para ellos y que con frecuencia solicitan obtener los resultados de las imágenes por teléfono», explica Mitchell. «Además, la capacidad limitada en las clínicas de cirugía torácica llevó a los pacientes a esperar una cita cara a cara para estar informados de sus resultados de imágenes», concreta la investigadora. Para acabar con estas carencias la clínica incluyó un servicio de atención telefónica de enfermeras a pacientes después de las imágenes de vigilancia. Los criterios para las citas telefónicas eran: si los resultados no muestran anomalías o cambios menores que requieren una repetición en tres meses y los pacientes pueden comunicarse adecuadamente por teléfono. En este punto, la enfermera especialista es la encargada de revisar todos los resultados de la cirugía torácica y de asignar a los pacientes la clínica más adecuada, además se encarga de asegurar de que los pacientes sean revisados en el entorno adecuado para sus necesidades y se priorice a aquellos que necesitan ser atendidos con urgencia.

Este estudio demuestra que la existencia y presencia de la enfermera especialista en las clínicas de seguimiento ha aumentado la capacidad y la eficiencia de la clínica, también ha reducido el tiempo de espera para las citas, promueve la capacitación médica junior y garantiza la continuidad en la atención. «Los pacientes aprecian esta continuidad y el mejor acceso al apoyo de enfermería especializada y el equipo

multidisciplinar aprecia y respeta el papel», concreta Mitchell. La introducción de la clínica telefónica ha aumentado la capacidad general de la clínica y ha reducido el tiempo de espera para citas dentro de las clínicas cara a cara. «El enfermero especialista puede proporcionar atención continua y garantizar que todos los resultados de las imágenes se sigan adecuadamente», explica Mitchell. «El papel requiere el apoyo del equipo multidisciplinar de cáncer de pulmón para trabajar eficazmente en todos los elementos de la vía del paciente», concluye la investigadora.

Un test de sangre puede detectar el cáncer de colon 15 años antes

elperiódico.com

La **compañía de biomedicina Amadix, con sede en Valladolid**, pretende lanzar al mercado "a lo largo del 2020" un **test de sangre** basado en biomarcadores que podría diagnosticar el **cáncer de colon hasta 15 años antes de la aparición de los primeros síntomas**, a través de la detección de pólipos intestinales en pacientes sanos, tanto mujeres como hombres, de 50 a 75 años de edad una vez al año.

El producto, denominado **Colofast**, ya ha sido validado en 1.000 muestras procedentes de 13 hospitales españoles. Según estos resultados, su tasa de detección es de alrededor del 90% en esos 15 años que transcurren entre la primigenia presencia de pólipos y la formación del tumor. De acuerdo con sus cálculos, entre 12 y 15 millones de españoles (hombres y mujeres sanos de entre 50 y 75 años) son los potenciales beneficiarios de este análisis de sangre.



"Más del 60% de los tumores de colon se detectan en fases avanzadas. Es un cáncer de desarrollo muy lento, de unos 15 años. En ese periodo, se pueden detectar pólipos intestinales (adenomas avanzados) de unos 2 centímetros de diámetro, que posteriormente desarrollan en tumor. Con una colonoscopia, se quitan y se evita el posterior cáncer", ha explicado en rueda de prensa la directora general de la compañía, **Rocío Arroyo**.

Tras obtener los primeros resultados a nivel nacional, Amadix actualmente está realizando una validación en Europa en 3.100 pacientes gracias a la inversión de sus socios y al apoyo de la Comisión Europea. Una vez se conozcan sus conclusiones, allá por el "primer trimestre" del año que viene, podría estar en el mercado "a lo largo de 2020".

Según Arroyo, su **coste estaría por debajo de 200 euros**. "No va a ser elevado, ya que el coste de fabricación es bajo. Estamos hablando con comercializadores tanto públicos como privados", ha detallado. Además, ya se están produciendo negociaciones tanto con la administración pública como con entidades privadas para incluirlo en la cartera de servicios pública o de estos hospitales particulares.

Su salida al mercado en la Unión Europea (UE) está "prácticamente" autorizada, ya que "este año" esperan tener el mercado europeo CE, que establece que un producto

cumple con la legislación de la UE y puede circular libremente dentro del mercado comunitario. En Estados Unidos, sin embargo, el proceso será "más largo", ya que la compañía está en conversaciones con la Administración de Alimentos y Medicamentos de EEUU (FDA) para poner en marcha un ensayo clínico que culmine con su autorización.

Este test de la compañía española es prácticamente único en el mundo, pues se distingue de otro análisis que detecta precozmente el cáncer de colon, pero a través de las heces en sangre, un método "menos efectivo" que el de biomarcadores de Amadix, según Rocío Arroyo.

Campaña "respira y respira", yoga contra el cáncer de pulmón

cope.es

La Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP) y Roche han lanzado la campaña 'Respira y Respira' que pretende concienciar a través del yoga, a pacientes de cáncer de pulmón y a la población en general, de la importancia de llevar unos hábitos de vida saludables.

"El objetivo de esta iniciativa no es solo visibilizar la enfermedad sino también transmitir un mensaje de esperanza dando a conocer los avances que la medicina personalizada está logrando en el abordaje del cáncer de pulmón y cuál está siendo su impacto en la evolución de la enfermedad", ha dicho el director *Corporate Affairs* Roche España, Federico Plaza.

La campaña consiste en una serie de encuentros dirigidos a pacientes, familiares y a la población en general. Para ello, empiezan con una introducción por parte de un especialista en oncología de la iniciativa, que explica la importancia y los beneficios del ejercicio físico y unos hábitos

de vida saludables para prevenir, controlar y ayudar en el tratamiento del cáncer de pulmón. Después se realizan unas sesiones de yoga, en donde los asistentes pueden disfrutar de este ejercicio de la mano de un experto.

Además, la campaña cuenta con una sección 'Respira y Respira' en la web 'roche.es', donde se facilitan tutoriales y recursos informativos para pacientes con cáncer de pulmón y sus familiares. Esta iniciativa ha sido avalada por el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP), la Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres (ICAPEM) y el Grupo de investigación y Divulgación Oncológica (GIDO), y viajará durante este mes a otras sedes de los gimnasios Holmes Place en Barcelona, Valencia y Granada.



"Esta campaña es muy positiva y enriquecedora para pacientes y familiares ya que promueve y apuesta por la generación de bienestar y el aumento de la calidad de vida para los pacientes y su entorno. Además, con esta iniciativa se remarca una de nuestras líneas de acción que es el fomento de la actividad física como generadora de salud", ha dicho el presidente Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón, Bernard Gaspar.

Los comités multidisciplinares del cáncer necesitan enfermeras

redaccionmedica.com

La presencia de comités multidisciplinares para el abordaje



del **cáncer** ya no es una excepción en los hospitales españoles. En la última década, esta forma de trabajo ha pasado de algo casi heroico a establecerse como una realidad cotidiana, si bien hasta el momento poco estructurada, y por eso hay que dar un siguiente paso.

Y este siguiente paso implica la **incorporación de la enfermera** en dichos comités. Es algo en que los ponentes en el XI Seminario de Periodistas organizado por la **Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)** y el laboratorio **MSD** han estado de acuerdo, pues hay que integrar los cuidados en el manejo del cáncer. "Es tan importante curar como cuidar", ha manifestado con contundencia **Ángeles Peñuelas**, presidenta de la **Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)**, parafraseando el lema del seminario: 'Curar y cuidar en Oncología'. "La enfermera, dentro del equipo multidisciplinar, lleva a cabo funciones de una alta responsabilidad", ha apuntado, "y **colabora en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento que se hace a los pacientes**, así como en el manejo de las toxicidades debido al tratamiento". Peñuelas ha recordado que "hace once años se empezó a tratar el tema de los equipos multidisciplinarios. Ahora se está empezando a pedir una enfermera que entre a formar parte del equipo multidisciplinar. Es una pena, no hay equidad", ha lamentado. **Ruth Vera**, presidenta de SEOM, ha recordado que en su centro (el Complejo

Hospitalario de Navarra) tienen dos enfermeras gestoras de casos desde hace menos de un año, “y las dos siempre han trabajado en Oncología, poco a poco la Enfermería ha ido adquiriendo un rol en los hospitales de día”.

Sin embargo, ha señalado un problema crucial: la falta de formación y de criterios de selección, recordando que **no hay bolsas de trabajo de enfermeras especialistas en cáncer**. Y reconoce que ha llevado bastante tiempo, “un año o dos”, poder disponer de una enfermera gestora de casos especializada en Oncología.

A este respecto, Peñuelas se ha mostrado completamente de acuerdo: “Tenemos que hablar de especialidades enfermeras sí o sí”, siendo una exigencia tanto de los pacientes como de la sociedad “los cuidados por enfermeras expertas”.

La evolución de los comités multidisciplinares no solo pasa por la incorporación de la Enfermería. Vera ha destacado la necesidad de pensar cómo mejorar su composición, estructura y función. “Hemos pasado de una ‘reunión de amigos’ a pensar qué debe de tener un comité multidisciplinar”.

No obstante, los especialistas presentes en el seminario se han mostrado de acuerdo en que **este tipo de órganos debe ser flexible y adaptarse al tipo de cáncer y paciente**. Eso sí, también estar presentes en todos los hospitales en los cánceres más comunes (pulmón, mama, colorrectal) y quizá trabajar más en red en aquellos menos frecuentes. Por su parte, **Encarnación González Flores**, oncóloga del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), ha destacado, más allá de la enfermera, la incorporación de la Psico-Oncología, “que en cáncer de mama lo está más, pero falta en otros”, o la Biología

Molecular: **“Un patólogo es primordial y falta en algunos comités, así como los geriatras, que hay que ir incorporándolos”**. Además, el paciente necesita formar parte de los comités. “No cuando se discute el caso sino desde fuera”, ha puntualizado Ruth Vera, “porque **tenemos que abordar el seguimiento del paciente**”. La incorporación de Cuidados Paliativos también está pendiente.

Profundizando en ello, **Ramón Colomer**, jefe de Oncología Médica del Hospital de La Princesa, ha puntualizado también la necesidad de “una estructura administrativa que soporte todo esto, que organice las reuniones, las agendas, las actas... El soporte administrativo implica que **la dirección del hospital se está metiendo en este ‘juego’**”.

Colomer ha destacado el impacto positivo de los comités multidisciplinares en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Una breve revisión de la literatura evidencia una **mejora notable de la supervivencia global en tumores de pulmón, colorrectal, de cabeza y cuello, mama y otros**. Las mejoras en el diagnóstico, además, hace que mejore la supervivencia de casos tanto en estadios tempranos como en avanzados. Pero también ha destacado otros beneficios de la existencia de estos comités. Para el paciente, supone un aumento de la confianza y de la satisfacción con el cuidado, una reducción de los retrasos y un aumento de la participación en la toma de decisiones. Para los profesionales, el establecimiento de protocolos y la mejora de la comunicación son también puntos positivos, así como la oportunidad de compartir conocimiento y desarrollar nuevos métodos de tratamiento. Existen también beneficios para los sistemas de salud, ha destacado Colomer. Se minimiza la duplicación de los esfuerzos

y se mejoran los procesos de auditoría, mejora la toma de decisiones y **aumentan tanto los ensayos clínicos como los programas de tratamiento y prevención**. Por todos estos beneficios, la presidenta de SEOM, Ruth Vera, lo ha resumido de esta manera: "Un paciente con cáncer, esté donde esté, tiene que ser evaluado en el seno de un comité multidisciplinar".

Asocian la fibra y el yogur a un menor riesgo de cáncer de pulmón

20minutos.es

Una dieta rica en fibra y yogurt está asociada a un riesgo reducido de cáncer de pulmón, según un estudio realizado por investigadores del Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt (Estados Unidos) y publicado en JAMA Oncology.



Los beneficios de una dieta alta en fibra y yogurt ya se han establecido para las enfermedades cardiovasculares y el cáncer gastrointestinal.

Los nuevos hallazgos, basados en un análisis de datos de estudios que involucraron a 1,4 millones de adultos en los Estados Unidos, Europa y Asia sugieren que esta dieta también puede **proteger contra el cáncer de pulmón**.

Los participantes **se dividieron en cinco grupos**, de acuerdo con la cantidad de fibra y yogurt que consumieron. Las personas con el mayor consumo de yogurt y fibra tenían

un **riesgo 33% menor de cáncer de pulmón** en comparación con el grupo que no consumía yogurt y consumía la menor cantidad de fibra.

"Nuestro estudio proporciona pruebas contundentes que respaldan la directriz dietética de EE UU entre 2015-2020 que **recomienda una dieta alta en fibra y yogurt** -asegura el autor principal Xiao-Ou Shu, profesor de Investigación del Cáncer, director asociado de Salud Global y codirector del Programa de Investigación de Epidemiología del Cáncer en el *Vanderbilt-Ingram Cancer Center*.

Esta asociación inversa fue robusta, **vista consistentemente en fumadores actuales, pasados y nunca fumadores**, así como en hombres, mujeres e individuos con diferentes antecedentes".

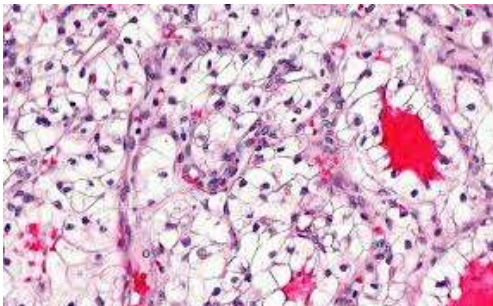
Shu destaca que los **beneficios para la salud** pueden estar enraizados en sus propiedades prebióticas (alimentos no digeribles que promueven el crecimiento de microorganismos beneficiosos en los intestinos) y propiedades probióticas. Las propiedades pueden modular de forma independiente o sinérgica la microbiota intestinal de una manera beneficiosa.

La Comisión Europea aprueba la combinación de avelumab con axitinib para el tratamiento del carcinoma de células renales avanzado

elmedicointeractivo.com

Merck y Pfizer han anunciado que la Comisión Europea (CE) ha aprobado la combinación de avelumab con axitinib como tratamiento en primera línea de pacientes adultos **con carcinoma de células renales avanzado** (CCR). La aprobación se basa en los resultados positivos del análisis intermedio del estudio Fase III JAVELIN Renal 101, que demuestra que esta combinación reduce significativamente el riesgo de progresión de la enfermedad o

muerte en un 31% en comparación con sunitinib en pacientes con CCR avanzado, independientemente de la expresión PD-L1. El estudio incluyó pacientes de todos los grupos de riesgo de la base de datos del Consorcio Internacional de CCR metastásico (IMDC, por sus siglas en inglés). Observándose mejoría en la supervivencia libre de progresión (SLP) entre los subgrupos preespecificados en los pacientes que recibieron el tratamiento en combinación. Merck y Pfizer tienen una alianza estratégica global para desarrollar y comercializar conjuntamente avelumab.



De acuerdo con el profesor James Larkin, consultor médico oncólogo en la Royal Marsden NHS Foundation Trust y profesor del Instituto de Investigación del Cáncer (ICR, por sus siglas en inglés): “Hemos observado un beneficio demostrado en la eficacia y un perfil de seguridad y tolerabilidad de **avelumab** en combinación con **axitinib** en todos los grupos de riesgo en pacientes con carcinoma de células renales avanzado, por lo que esta aprobación en Europa ofrece una importante opción que puede ayudar a los profesionales sanitarios a optimizar las estrategias de tratamiento a través de todos los grupos de riesgo”.

Además, mediante esta aprobación, se ha actualizado la sección de posología en la ficha técnica de avelumab. La dosis recomendada como monoterapia es de 800 mg administrados por vía intravenosa durante 60 minutos cada 2 semanas. La administración de avelumab debe continuar

según el calendario recomendado hasta que la enfermedad progrese o hasta que la toxicidad sea inaceptable. La dosis recomendada de avelumab en combinación con axitinib es de 800 mg administrados por vía intravenosa durante 60 minutos cada 2 semanas y 5 mg de axitinib tomados por vía oral dos veces al día (con 12 horas de diferencia) con o sin alimentos hasta que la enfermedad progrese o hasta que la toxicidad sea inaceptable.

Avelumab es un anticuerpo humano específico para una proteína denominada PD-L1 o ligando-1 de muerte programada. Este se ha demostrado activar tanto la función inmunitaria adaptativa como la innata en modelos preclínicos. Al bloquear la interacción de PD-L1 con los receptores PD-1, se ha demostrado que avelumab libera la supresión de la respuesta inmunitaria antitumoral mediada por células T en modelos preclínicos.

ESMO revela la eficacia de pembrolizumab en cáncer de cabeza y cuello

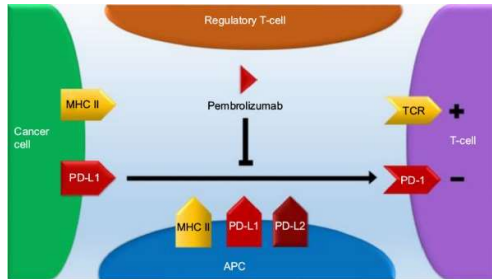
redaccionmedica.com

El tratamiento de referencia actual para el cáncer de cabeza y cuello metastásico o recurrente es la quimioterapia base de platino (5-fluorouracilo con cisplatino o carboplatino) más el inhibidor EGFR cetuximab. Alrededor del 35 por ciento de los pacientes responden al tratamiento, lo que conduce a una mediana de la supervivencia de apenas diez meses.

El estudio en fase III ‘Keynote-048’ examinó si el anticuerpo monoclonal anti-PD-1 pembrolizumab podía prolongar la supervivencia y retardar el desarrollo del cáncer en comparación con el tratamiento de referencia.

Se reclutaron a pacientes con cáncer de cabeza y cuello que no habían recibido previamente quimioterapia ni terapia biológica para la enfermedad recurrente o

metastásica. Los pacientes se asignaron aleatoriamente al tratamiento de referencia con quimioterapia a base de platino y cetuximab, pembrolizumab en monoterapia o una combinación nueva de este fármaco más quimioterapia a base de platino.



En la primera comparación, 301 pacientes recibieron pembrolizumab y 300 pacientes el tratamiento de referencia. En pacientes con tumor o células circundantes que expresan PD-L1, la supervivencia global era significativamente más larga con pembrolizumab (14,9 meses) que con el tratamiento de referencia (10,7 meses).

Un 23,3 por ciento respondió a pembrolizumab y un 36,1 por ciento respondió al tratamiento de referencia. La mediana de la duración de la respuesta fue más larga con pembrolizumab (20,9 meses) que el tratamiento de referencia (4,5 meses). No hubo ninguna diferencia en la supervivencia libre de progresión.

Barbara Burtness, de la Yale School of Medicine y primera autora del estudio, ha señalado que “los pacientes con expresión de PD-L1 viven más tiempo cuando reciben tratamiento inicial con pembrolizumab”.

Los resultados fueron similares en pacientes con un punto de corte más bajo de la expresión de PD-L1. La supervivencia global fue significativamente más larga con pembrolizumab (12,3 meses) en comparación con el tratamiento de referencia (10,3 meses).

Alrededor del 19,1 por ciento de los pacientes que recibieron pembrolizumab

respondieron al tratamiento en comparación con el 34,9 por ciento que recibieron quimioterapia de referencia. La mediana de duración de la respuesta fue más larga con pembrolizumab (20,9 meses) que la quimioterapia de referencia (4,5 meses).

En la segunda comparación, 281 pacientes recibieron la nueva combinación de pembrolizumab y quimioterapia a base de platino y 278 recibieron el tratamiento de referencia. La supervivencia global fue de 13 meses con la combinación frente a 10,7 meses de la referencia. Las tasas de respuesta fueron de 35,6 por ciento para la primera, y 36,3 por ciento para la segunda.

Burtness ha señalado que, en comparación con el tratamiento de referencia, pembrolizumab en monoterapia tenía una tasa de respuesta más baja y una supervivencia libre de progresión numéricamente menor, pero una supervivencia global significativamente mayor.

“Pembrolizumab parece prolongar la vida, aunque el cáncer siga desarrollándose, lo que sugiere que esta sería una terapia de primera línea en el cáncer de cabeza y cuello metastásico y recurrente. Independientemente de si pembrolizumab se administra en monoterapia o con quimioterapia, puede depender de la expresión de PD-L1 y estamos llevando a cabo análisis para contestar a esta pregunta”.