ISSN 0304-4858 | e-ISSN: 2173-2302

Gaceta Médica de Bilbao

Volumen 112. Número 1.
Enero-Marzo 2015
N.º especial: Bilbaopraxis Cáncer 2015

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Información para profesionales sanitarios

ENCUENTRO 3 BILBAOPRAXIS 2015 CANCER

www.bilbaopraxiscancer2015.com

Publicación incluida en:
el BIRENE, BN, BNCS, CCPP, CIBCHACHO (Argentina), CINDOC, Excep, Med, IMBIOMED (México), IME/Índice Médico Español, Inguma/Euskaltzaindia, Latindex, NIWI, U.S LC, U.S. NLM (NLMUID 7505493), U.S. UnR, SCOPUS, Scirus y SCIENCE DIRECT

Decana de las revistas médicas de España
Fundada en 1894

Euskaraz dagoen lehen aldizkari zientifiko biomedikoa

ENCUENTRO BILBAOPRAXIS 2015 CANCER

el cáncer, algo más que una enfermedad

Bilbao acogerá los próximos 5 y 6 marzo de 2015 el Encuentro BilbaoPraxis 2015 Cáncer, un encuentro científico de alto nivel que tratará de forma integral el abordaje del cáncer. En él estarán presentes todos los actores implicados de la enfermedad: profesionales sanitarios, pacientes, sociedades científicas, colegios profesionales, entidades sanitarias y las distintas administraciones sanitarias.

Con un programa científico ambicioso y amplio, la cita comprende además actos culturales y homenajes a figuras tan destacadas como los doctores recientemente fallecidos Iñaki Azkuna y Albert Jovell.

Más información sobre el programa y las sedes que acogerán el evento en:

www.bilbaopraxiscancer2015.com

coorganizadores:

GACETA MÉDICA DE BILBAO

BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director	Jefe de redacción	Secretaria de redacción
Juan Ignacio Goiria	Julen Ocharan Corcuera	María Elena Suárez González

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Ignacio Antépara
Antonio Celada Cotarelo
Carlos de la Riva
M.ª Carmen N. Espinosa Furlong
Fco. Javier Goldaracena
Jesús Iturralde
Arsenio Martínez Álvarez
Juan Carlos Maté
Julen Ocharan Corcuera
Lorenzo Rodríguez González
M.ª Elena Suárez González
Felisa Aizpurua
Ángel Barturen
Julián de Castro
Juan José Díaz Franco
Isidoro García Sánchez
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
Nerea Leal
Gabriel Martínez Compadre
Gregorio Mediavilla Tris
Guillermo Quindós Andrés
Alfredo Rodríguez Antigüedad
Elena Sánchez Chamorro
Luis Alciturri
Jacinto Bátiz Cantera
Carmen de la Hoz
Santiago Eguiraun
Juan Gervás
Itziar Ibarra
M.ª José López de Goikoetxea
M.ª José Martínez Bengoechea
Rosa Inés Muñoz González
Vicente Piñeiro
Alfonso Rodríguez Fernández
Juan José Zarranz Imirizaldu

Comité editorial internacional

Anestesia y Reanimación
Juan Heberto Muñoz, D. F. México
Cirugía Digestiva-Oncología
Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile
Farmacología Clínica
Patrick du Souich, Montreal, Canadá
Hipertensión
Alberto Zanchetti, Milán, Italia
Nefrología
Ricardo Correa-Rotter, D. F. México
Odontólogía Pediátrica
Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel
Virología
Luc Montaigner, París, Francia
Cardiología
Carlos Morillo, Canadá
Cirugía Vascular y Angiología
Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.
Gastroenterología
Henry Cohen, Montevideo, Uruguay
Medicina Interna
Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.
Neurología
F. Barinagarrementeria, México
Psiquiatría
Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.
Ciencias de la Alimentación
Flaminio Fidanza, Perugia, Italia
Economía de la Salud
Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.
Hematología
Alejandro Majlis, Santiago, Chile
Medicina del Trabajo
Pierre Brochard, Burdeos, Francia
Odontología
Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.
Radiodiagnóstico
Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

Comité editorial (presidentes de las secciones)

Académicos Jóvenes
Daniel Zarranz Sarobe
Análisis Clínicos
Mikel Longa
Anestesia y Reanimación
Antón Arizaga
Biología
Çinta Altés
Cardiología
Andrés Bodegas
Ciencias de la Alimentación
Javier Aranceta
Cirugía General y Laparoscopia
Carlos Pérez
Cirugía Plástica
Francisco J. García Bernal
Cirugía Vascular y Angiología
Ángel Barba
Comunicación Médica
Alvaro Ortega Altuna
Cuidados Paliativos
Jacinto Bátiz
Dolor (Tratamiento del)
María Luisa Franco
Economía de la Salud
Arturo Rodríguez
Educación Médica
Jesús Morán Barrios
Educación para la salud
Amado Cuadrado
Endocrinología
Begoña Quintana
Estudiantes de Medicina
Gillen Oarbeascoa Royuela
Farmacia
Juan del Arco
Gastroenterología
Juan Antonio Arévalo
Geriatría
Arantza Pérez Rodrigo
Gestión Sanitaria
Jon Darpón
Ginecología y Obstetricia
Álvaro Gorostiaga
Hematología
José M.ª Beltrán
Medicina del Trabajo
Juan José Díaz Franco
Medicina Deportiva
José Antonio Lekue
Medicina Familiar
José Antonio Estévez
Medicina Interna
Ricardo Villanueva
Médico Taurina
José Luis Martínez Bourio
Nefrología-Hipertensión
Julen Ocharan Corcuera
Neumología
Luis Alberto Ruiz Iturriaga
Neurofisiología
Carmen Bilbao
Neurología
Juan José Zarranz Imirizaldu
Odontología
Alberto Anta
Oftalmología
Juan Durán
Oncología Médica
Guillermo López Vivanco
Otorrinolaringología
Iñaki Riaño
OVAL
Juan Ignacio Goiria
Pacientes
Francisco Villar
Pediatría
Jesús Rodríguez Ortiz
Psicosomática
Isabel Usobiaga
Psiquiatría
Fernando Marquínez Bascones
Radiología
Arsenio Martínez Álvarez
Rehabilitación
Luis Arsuaga
Relaciones exteriores
Juan José Sánchez Milla
Relaciones institucionales
Juan I. Goiria
Reumatología
Eduardo Úcar
Salud Laboral
Alfonso Apellaniz
Salud Pública
Isabel Izarzugaza
Toxicomanías
Javier Ogando
Traumatología
Antonio Arrien
Urgencias
Gabriel Gutiérrez
Urología
Ander Astobieta
Vacunas
Lucila Madariaga
Valoración del daño corporal
Alberto Pascual Izaola
Veterinaria
Ramón A. Juste

Contacto

® Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.
C/ Lersundi 9, 5.º. C. P. 48009 Bilbao. Bizkaia. España. Tel.: +(34) 94 423 37 68.
Web: www.acmbilbao.org. E-mail: academia@acmbilbao.org

Envío de artículos a Gaceta Médica de Bilbao: gacetamedica@acmbilbao.org
Normas de publicación en Gaceta Médica de Bilbao: http://www.acmbilbao.org/gaceta-medica-de-bilbao/

SUMARIO
CONTENTS
AURKIBIDEA

Gaceta Médica de Bilbao

BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA
ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Volumen 112. Número 1. Enero-Marzo 2015
Volume 112. Number 1. January-March 2015
112. liburukia. 1.Zenbakia. 2015ko Urtarrila-Martxoa

Saludo / Salutation / Agurra

Saluda del Rey 1

Cartas / Letters / Gutunak

Carta del Lehendakari 2

Carta del Diputado General de Bizkaia 4

Carta del Alcalde de Bilbao 6

Carta del Consejero de Salud del Gobierno Vasco 8

Carta del decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU 10

Carta de la Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa (UPV/EHU) 12

Carta del Presidente de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares 14

Carta del Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao 16

Carta del Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia 18

Carta de la Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia 20

Carta del Presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Bizkaia 22

Carta del Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Bizkaia 24

Carta de la Presidenta del Colegio de Enfermería de Bizkaia 26

Carta de la Presidenta de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia 28

Ponencias / Presentations / Aurkezpenak

Apellidos	Nombre	Ponencia	Página
Aguirre Urizar	José Manuel	Cómo evitar el cáncer bucal y mejorar el pronóstico	30
Aizpurua Imaz	Iñigo	Evaluación de nuevos medicamentos en oncología	31
Aldasoro Unamuno	Elena	El programa Euskadi Libre de Humo de Tabaco	32
Álvarez López	Isabel	Cáncer de mama: nuevas terapias biológicas	33
Arana Basterrechea	Josefina	Cáncer de colon y enfermería. Colonoscopia: métodos diagnósticos y terapéuticos	34
Arce Arana	Verónica	Estudio de investigación EFICÁNCER. Ejercicio físico para mejorar la calidad de vida de las personas en tratamiento por procesos tumorales	35
Arietaleanizbeaskoa Sarabia	Marisol	Programa de investigación EfiKroniK. Ejercicio supervisado para personas con patologías crónicas .Ensayo híbrido clínico y de implementación	36
Arruti Ibarbia	Mikel	Tratamiento con quimioterapia en cáncer de mama; revisión y nuevos avances	37
Asensio Samper	Juan Marcos	Tratamiento no farmacológico del dolor en el paciente oncológico	38
Astobieta Odriozola	Ander	PSA y cáncer de próstata. Dónde estamos en 2015. El PSA por encima de los 75 años	39
Barrenetxea Ziarrusta	Gorka	Preservación de la fertilidad	40
Bátiz Cantera	Jacinto	La atención al enfermo oncológico desde la deontología médica. Imperativos éticos	41
Bolaños Fernández	Natacha	El ejercicio físico tras el diagnóstico de cáncer: prevención y recuperación de efectos secundarios de los tratamientos	42
Borque Fernando	Ángel	Convivencia con el cáncer de próstata: alternativas en estadios tempranos	43
Borrás Andrés	Josep M.	La estrategia contra el cáncer del Sistema Nacionalde Salud	44
Babasés	Juan Manuel	Economía de la salud y cáncer	45
Calvo Martínez	Begoña	Investigación en oncología: la cooperación interdisciplinar, una clave para la generación del conocimiento	46
Caramés Estefanía	Jaime	Reconstrucción mamaria inmediata tras mastectomía	47
Carrera Revilla	Sergio	Cáncer de mama hereditario: hasta dónde podemos prevenirlo	48
Cintora León	Elena	Sobrediagnóstico radiológico en cribado	49
Eito Valdovinos	Clara	La radioterapia externa y la braquiterapia son una alternativa no quirúrgica, eficaz y bien tolerada, para los pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo	50
Errezola Saizar	Manuel	Incidencia y tendencias recientes del cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi	51
Fernández Rodríguez	Ricardo	Manejo de la salud ósea en pacientes con cáncer de próstata	52
Ferreiro Quintana	Josefa	Tratamiento hormonal en cáncer de mama: adyuvancia y neoadyuvancia	53
Galcerán	Joan Carles	Nuevas perspectivas en el tratamiento cáncer de próstata resistente a la castración	54
Gallardo Díaz	Enrique	Convivencia con el cáncer de próstata: alternativas en estadios avanzados	55
García Alonso	Pedro	Ostomías digestivas de eliminación	56
García Bernal	Francisco Javier	Reconstrucción tras radioterapia y técnicas reconstructivas con microcirugía	57
García Cendón	Raquel	Paciente urostomizado: y ahora... ¿qué?	58
García González	José María	Cirugía endoscópica transanal. TEM	59
García Ortiz	María del Mar	Programa de rehabilitación en paciente oncológico en fase final de la vida en una unidad de Cuidados Paliativos	60
Gil Lemus	María Ángeles	Terapia alternativa: mitos y realidades	61
Gómez Cañedo	Julio	Atención psicosocial a personas con enfermedades avanzadas y a sus familiares	62

Ponencias / Presentations / Aurkezpenak

Apellidos	Nombre	Ponencia	Página
Gómez Ruiz	Marcos	Cirugía robótica colorrectal	63
Grandes Odriozola	Gonzalo	Promoción de la salud para la prevención y tratamiento de las personas con cáncer	64
Guisasola Yeregui	Aitor	Exposición a sílice y cáncer: evidencias: perspectivas para el screening	65
Gutiérrez Muñoz	María Isabel	Exposición a sílice y cáncer: evidencias: perspectivas para el screening	66
Imaz Murga	Miren Igone	Valoración de los márgenes quirúrgicos en la cirugía conservadora	67
Jul Vázquez	Carlos	Mastectomía reductora de riesgo	68
Lastra Aras	Enrique	Cáncer de colon hereditario: ¿podemos prevenirlo?	69
León (de) Casasola	Óscar	Treatment of cancer pain	70
Llarena Ibarguren	Roberto (1)	Hematuria macroscópica; factores epidemiológicos. Sospecha de tumor vesical: ¿qué hacer?	71
Llarena Ibarguren	Roberto (2)	Tratamiento de la enfermedad metastásica sensible a castración	72
López Fernández de Villaverde	José Ignacio	El patólogo, médico invisible	73
Machado Saiz	Vanesa	Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz	74
Matheu Fernández	Ander	Investigación traslacional en neurooncología	75
Molina Porto	Rafael	Decisiones clínicas en función de algoritmos de marcadores tumorales	76
Moreno Domingo	Julio	Manejo de familias de alto riesgo familiar de cáncer de mama	77
Muel Guerrero	Carolina	Neoadyuvancia en el cáncer de mama: papel de la resonancia magnética	78
Otalora Moreno	Gabriel María	El cuidador en la AECC: un valor estratégico	79
Páez Borda	Álvaro	PSA y mortalidad por cáncer de próstata	80
Peña (de la) Loroño	María de las Nieves	Exposición a agentes cancerígenos en Euskadi	81
Pérez San José	carlos	Cirugía laparoscópica del cáncer de colon (1)	82
Portillo Villares	María Isabel	El cribado de cáncer colorrectal: balance de beneficios y efectos adversos	83
Portugal Porras	Vicente	Cirugía laparoscópica del cáncer de colon (2)	84
Ramos Jiménez	Félix Ángel	Fast track en cirugía colorrectal	85
Regalado Bilbao	Javier	Cirugía oncoplástica e inyección de grasa libre	86
Rodríguez Sánchez	María Sacramento	Enfermería oncológica: apoyo y soporte con la persona y la familia	87
Rosell Costa	Rafael	Integrated research in STAT3 in cancer stem cells. Early adaptive resistance to EGFR inhibition in EGFR mutant Non-Small-Cell-Lung-Cancer	88
Saiz Golzarri	Aitziber	Consejos nutricionales para pacientes oncológicos	89
San José Ruiz	Begoña	Manejo de interacciones y toxicidades más frecuentes desde medicina de familia y farmacia comunitaria de la terapia antineoplásica oral	90
Santamarta Lozano	María Teresa	i-botika: información independiente y objetiva sobre medicamentos a la ciudadanía	91
Sarriugarte Irigoien	Garbiñe (1)	Evaluación de la calidad del cribado mamográfico	92
Sarriugarte Irigoien	Garbiñe (2)	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) de Euskadi. Revisión de los primeros 20 años	93
Toro (de) Iglesias	Manuel	Linfadenectomía tras centinela positivo: estado actual	94
Tore (de la) Bravos	María Mercedes	La videotoracoscopia en el tratamiento del cáncer de pulmón	95

Ponencias / Presentations / Aurkezpenak

Apellidos	Nombre	Ponencia	Página
Torralba Puebla	María Teresa	Rehabilitación: manejo del linfedema	96
Urbaneja Arrue	Félix	Estimación de la incidencia y de la mortalidad por cáncer laboral en la Comunidad Autónoma de Euskadi	97
Urruticoechea Ribate	Ander	Utilidad clínica de las plataformas genéticas	98
Vicente Pardo	José Manuel	Paciente laboral con cáncer. Aptitud para el puesto de trabajo. Incapacidades	99
Villa Corbacho	Mariano	Paciente oncológico participante en el programa EFiCancer	100
Vivanco Ruiz	María de M.	Cáncer de mama: por qué necesitamos nuevas terapias combinatorias	101
Zabalza Estévez	Ignacio	Carcinoma intraductal y lesiones atípicas proliferativas intraductales: impacto de la anatomía patológica en la decisión terapéutica	102
Zubiri Cearra	Mikel	Intervención psicosocial con pacientes oncológicos y sus familias: hacia una intervención integral	103

SALUDA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):1

Saluda del Rey

Erregearen agurra

Salutation of The King

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):2-3

Carta del Lehendakari

Lehendakariaren gutuna

Letter of the President of the Basque Country

El Gobierno Vasco adquirió al comienzo de esta legislatura un compromiso firme con las personas. Un compromiso con la sociedad vasca en su conjunto porque nos hemos propuesto avanzar pero sin dejar a nadie atrás. Y nuestro compromiso lo hemos plasmado en el día a día priorizando las políticas sociales y la salud. Porque la salud es nuestro bien más preciado y debemos preservarlo y aunar nuestros esfuerzos para hacer frente a una de las mayores lacras del siglo XXI luchando contra el cáncer desde todos los ámbitos. Todas y todos juntos.

En Euskadi, contamos con un sistema de salud propio que nos enorgullece a todos y a todas, y al que dedicamos un tercio de nuestros recursos anuales. Invertimos 1.565 euros per cápita cada año. Gracias a

Eusko Jaurlaritzak pertsonekiko konpromiso irmoa hartu zuen Legegintzaldiaren hasieran. Euskadiko gizarte osoarekiko konpromisoa, inor atzean utzi gabe egin nahi baitugu aurrera. Eta konpromisoa egunerokoan aplikatu dugu, gizarte- eta osasun-politikei lehentasuna emanez. Osasuna delako babestu behar dugun gure ondasunik preziatuena, eta XXI. mendeko izurririk handienetako bati, minbiziari, aurre egiteko esfortzuak batu behar ditugulako. Denok elkarrekin.

Euskadik bere osasun-sistema du. Horrekin oso harro gaude, eta urteko baliabideen heren bat bideratzen diogu. Urtean herritar bakoitzeko 1.565 euro inbertitzen ditugu. Hala, minbizia duten Euskadiko herritarrek osasun-tratamendu aurreratuenak jaso ditzakete. Konpromiso horri esker, gaixotasunari aurre

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

ello los vascos y las vascas que padecen un cáncer pueden recibir los tratamientos de salud más avanzados. Este compromiso social ha contribuido a que esta enfermedad se vaya convirtiendo entre nosotros, cada día más, en una enfermedad a la que, o estamos derrotando o estamos siendo capaces de convertir en crónica.

En nuestro país no solo hemos recorrido un largo camino de apoyo e impulso a la investigación, sino que consideramos el avance científico como una variable estratégica en nuestro horizonte como sociedad adelantada del siglo XXI. Gracias a esta política, cada día tenemos más grupos en los laboratorios y más empresas dedicadas a la i+d+i, que no solo ayudan a mejorar nuestra vida sino que crean empleo de alta calidad. En Osakidetza, los centros de investigación biomédica son el resultado de esta estrategia de país, y ejercen de elemento tractor en la diversificación de las áreas de conocimiento sanitario.

Lo que acabo de mencionar hace que tengamos completamente integrada, en nuestros ejes de acción política, la ecuación ciencia, salud, empleo y bienestar social. Por ello, en la competencia global, en este gobierno afrontamos la lucha contra el cáncer no solo como un desafío a la excelencia de nuestro sistema de salud; también la vemos como una prueba de que la equidad, la solidaridad y la atención que dedicamos a los que más sufren une, a la grandeza de la acción política elevada, la eficacia del bienestar y de la cohesión social. Porque como ya he señalado, es importante avanzar, pero sin dejar a nadie atrás.

Iñigo Urkullu Renteria
Lehendakari

egin diezaiokegu edo kroniko bihurtzen ari gara.

Gure herrian bide luzea egin dugu ikerketa babesten eta sustatzen, eta, XXI. mendeko gizarte aurreratu garen aldetik, aurrerapen zientifikoa gure zerumugako aldagai estrategikotzat jotzen dugu. Politika horri esker, gero eta gehiago dira I+G+Bn lanean diharduten laborategietako taldeak eta enpresak. Bizimodua hobetzeaz gain, kalitate handiko enplegua ere sortzen dute. Osakidetzako ikerketa biodemikoko zentroak herrialde-estrategia horren emaitza dira, eta osasuneko ezagutza-arloen dibertsifikazioaren eragile.

Aipatu berri dudan horregatik, gure ekintza politikoaren ardatzetan erabat integratuta dago zientziaren, osasunaren, enpleguaren eta gizarte-ongizatearen ekuazioa. Horrenbestez, gobernu honek, bere gaitasun globalean, minbiziaren aurkako borroka gure osasun-sistemaren bikaintasunaren erronka gisa hartzen du. Gainera, iruditzen zaigu gehien sufritzen dutenei agertzen dizkiegun ekitateak, elkartasunak eta arretak ekintza politikoaren handitasunari gehitzen diotela ongizatearen eta gizarte-kohesioaren eraginkortasuna. Lehen esan dudan bezala, garrantzitsua da inor atzean utzi gabe aurrera egitea.

Iñigo Urkullu Renteria
Lehendakaria

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):4-5

Carta del Diputado General de Bizkaia

Bizkaiko Ahaldun Nagusiaren gutuna

Letter of the General President of Bizkaia

Dicen muchas personas que han superado esta enfermedad que una vez que te has enfrentado a ella, todo te parece una lucha bastante sencilla. Quien quiere a una persona afectada por esta dolencia también la sufre de una u otra manera. Es complicada y aterradora. Cuesta hasta pronunciarla... cáncer.

También dicen que el amor, el corazón, la cercanía, pueden ser las mejores armas. Y creo que desde las instituciones podemos trasladar esa cercanía a quien más lo necesita. Decimos en Bizkaia, en referencia al compromiso institucional con las personas, que la Diputación es el corazón de Bizkaia. El esfuerzo inversor en gasto social, en bienestar, así lo demuestran.

Y es que pocas cosas hay tan importantes para las instituciones y entidades como el compromiso con lo

Gaixotasun hau gainditu duten pertsona askok esaten du eritasunari aurre egitea erabaki ostean denak askoz errazagoa ematen duela. Gaixotasun hori duen pertsona bat maite duenak ere, era balera edo bestera, sufritu egiten du. Konplikatua eta beldurgarria da. Esatea ere zaila da... minbizia.

Aldi berean, esaten dute maitasuna, bihotza, hurbiltasuna, armarik onenak izan daitezkeela. Eta uste dut erakundeok gauza garela gehien behar duenari hurbiltasun hori helarazteko. Bizkaian beti esaten dugu, erakundeek pertsonekin daukagun konpromisoa aipatuz, Aldundia Bizkaiaren bihotza dela. Gizarte gastuan, ongizatean inbertitzeko egiten den ahaleginak egiaztatu egiten du uste hori.

Eta, egia esan, instituzio eta erakundeentzat oso

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

más importante; las personas. En este caso, Bilbaopraxis representa la responsabilidad conjunta de la Academia de Ciencias Médicas y el Ayuntamiento de Bilbao para potenciar el conocimiento científico que apoyamos desde Diputación.

En un mundo tan cambiante, tan lleno de continuas novedades, científicas, sociales... aportar conocimiento es de vital importancia; propiciar encuentros para promover el conocimiento es vital.

Compartimos la necesidad de potenciar el conocimiento científico, aglutinar y compartir una visión conjunta desde la perspectiva sanitaria, la de los pacientes, familias, la de la Administración, las personas cuidadoras, que por cierto, casi siempre son mujeres...

La ciencia médica, consigue a veces verdaderos milagros: detecta el problema y pone sus soluciones, cada vez más y mejor. Y no quiero dejar de recordar que incluso nos deja ejemplos para superar la angustia que con frecuencia viene aparejada esta enfermedad. Los doctores lñaki Azkuna, alcalde de Bilbao, y Albert Jovell, primer presidente de la sección de Pacientes de la ACMB, fueron un ejemplo de normalización de la imagen que tenemos de las personas con cáncer.

José Luis Bilbao Eguren
Diputado General de Bizkaia

argi dago zer den benetan garrantzitsuena, zer den funtsezkoa: pertsonak. Kasu honetan, Bilbaopraxis-ek Aldunditik ere sustatzen dugun ezagutza zientifikoa bultzatzeko Medikuntzako Zientzien Akademiaren eta Bilboko udalaren arteko erantzukizun erkidea adierazten du.

Etenik gabe aldatzen ari den munduan, berrikuntza zientifiko, sozial eta abarrez beteta dagoenean, ezagutzak funtsezko garrantzia du; ezagutza bultzatzeko topaketak bideratzea ezinbestekoa da.

Bat gatoz ezagutza zientifikoa sustatzearen beharrizan horrekin, ikuspegi bateratua lortzearen eta konpartitzearen beharrizanarekin, ikuspegi guztiak kontuan hartzen dituena, sanitarioa, pazienteena, familiena, Administrazioarena, pertsona zaintzaileena, ahaztu gabe ia beti emakumeak izaten direla,...

Medikuntzaren zientziak batzuetan benetako mirariak lortzen ditu: arazoa antzematen du eta irtenbideak eskaintzen ditu, gero eta gehiagotan eta gero eta hobeto. Eta berariaz gogorarazi nahi dut, horiek ez ezik, sarritan gaixotasunari lotuta dagoen estutasuna gainditzearen adibideak uzten dizkigula. lñaki Azkuna doktorea, Bilboko alkatea, eta Albert Jovell doktorea, ACMB-ko pazienteen ataleko lehen presidentea, minbizia duten pertsonei dagokienez daukagun irudia normalizatzeko ereduak izan ziren.

José Luis Bilbao Eguren
Bizkaiko Ahaldun Nagusia

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):6-7

Carta del Alcalde de Bilbao

Bilboko Alkatearen gutuna

Letter of The Mayor. Bilbao City

De las tres cosas fundamentales de la vida, el dinero y el amor son las que más quebraderos de cabeza han causado en la historia de la Humanidad. Que yo sepa, nunca se ha hecho una guerra o se ha cometido un asesinato en nombre de la salud, que parece que está siempre ahí, perpetua e inalterable. Pero la realidad y, sobre todo, el paso de los años nos demuestran que la salud es un bien frágil y efímero que merece toda nuestra atención y todo nuestro esfuerzo personal y colectivo.

La celebración en Bilbao del Encuentro Bilbao Praxis 2015 Cáncer convierte a nuestra ciudad en punto de encuentro de cientos de expertos del ámbito de la salud. En este encuentro confluirán la experiencia, capacidades y voluntad de especialistas sanitarios implicados en la lucha contra el cáncer y de enfermos, con

Gure bizitzak daukazan oinarrizko hiru gauzetatik, dirua eta maitasuna izan dira arazo gehien sortu dabezanak Gizadiaren historian. Nik dakidala, inoz ez da osasunaren izenean gerran inor borrokatu edo ez dabe inor hil hura aitatuta; izan be, osasuna beti hor dagoala emoten dau, betiko eta aldatu barik. Baina errealidadeak eta, batik bat, urteen joan-etorriak erakusten deuskuenez, osasuna ondasun hauskor eta igarokorra da, banako legez zein taldean jardunda danon arreta eta ahalegin osoa eskaintzea ondo merezita daukana.

Bilbao Praxis 2015 Minbizia Topaketa Bilbon egiteari esker, gure uria osasunaren arloko ehundaka adituren alkargune bihurtuko da. Topagune horretan, minbiziaren kontrako borrokan tartean dagozan osasun-alorreko espezialisten eta gaixoen esperientzia,

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

sus entornos familiares, que aportarán su experiencia. Bilbao es una ciudad que ha vivido de cerca esta enfermedad en la figura de mi antecesor Iñaki Azkuna, quien dio ejemplo de normalizar la imagen que tenemos de los pacientes con cáncer.

Espero que estas jornadas de trabajo en Bilbao resulten fructíferas para que sigamos teniendo una gran sanidad en los ámbitos hospitalarios, sin olvidar la investigación, absolutamente necesaria en esta disciplina tan esencial y digna para el enfermo, y en general para el género humano.

Como Alcalde de Bilbao, a los que vengan de fuera les deseo una feliz estancia en nuestra ciudad, que se enorgullece de poder contar con tan distinguidos visitantes.

Ongi etorri Bilbora.

Ibon Areso
Alcalde de Bilbao

gaitasunak eta borondadea familien esperientziagaz bateratuko dira. Iñaki Azkuna aurreko alkatearen gaixotasuna hur-hurretik biziteko aukera euki genduan Bilbon. Berak irakatsi euskun minbizidun pazienteen ganean daukagun irudia normalizatuten.

Bilbon egingo diran jardunaldi honeek ospitaleetan osasungintza sendotuteko be emonkorrak izatea espero dot, ikerkuntza bazterrean itxi barik; izan be, behar-beharrezkoa da pazienteentzat eta, jeneralean, gizaki guztiontzat oinarrizkoa eta duintasun handikoa dan diziplina honetan.

Bilboko Alkate lez, kanpotik datozanai gure artean pozik egotea opa deutsiet, maila horretako bisitariak eukiteaz oso harro gagoz eta.

Ondo etorri Bilbora.

Ibon Areso
Bilboko alkatea

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):8-9

Carta del Consejero de Salud del Gobierno Vasco

Osasun sailburuaren gutuna

Letter of The Advisor of Health of the Basque government

Afortunadamente hoy, el cáncer puede llegar a vencerse. En esta lucha, la ciencia y el saber han contribuido en gran medida pero también las medidas de prevención, tratamiento y cuidado de la persona que padece un cáncer. Los expertos aseguran que el cáncer es prevenible y puede ser también objeto de detección temprana, lo que agranda las posibilidades de supervivencia. Por ello, en materia de prevención y tratamiento, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco ha puesto el foco en avanzar en la coordinación y mejora de la asistencia que se presta a los enfermos de cáncer impulsando, por ejemplo, un acuerdo con el Oncologikoa, fomentando la investigación en los hospitales de Osakidetza, promoviendo estilos de vida saludable y ampliando y manteniendo la cobertura de

Zorionez, gaur egun, badago minbizia garaitzerik. Borroka horretan zientziak eta jakintzak ekarpen handia egin dute, baina baita prebentzio-neurriek zein minbizia duenaren tratamenduak eta zaintzak ere. Adituen iritziz, minbizia prebenitu eta goiz hauteman daiteke; eta horrek, gainera, handitu egiten du bizirauteko aukera. Horregatik, prebentzioaren eta tratamenduaren arloan, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak minbizia duten gaixotasunei ematen zaien laguntzaren koordinazioan eta hobekuntzan aurrera egitean jarri du arretagunea; adibidez, Onkologikoarekin hitzarmena bultzatuz, Osakidetzako ospitaleetan ikerketa sustatuz, bizi-estilo osasungarriak bultzatuz eta, gehien sortzen diren minbiziei dagokienez (kolon-ondeste eta bularretakoa), goiz hautemateko programen estaldurari

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

los programas de detección precoz en tipos de cáncer tan frecuentes como el de colon-recto y mama. Estos programas han dado unos resultados muy satisfactorios en cuanto a su participación voluntaria y a la tasa de detección. Por ello, el Gobierno Vasco los mantendrá y los fomentará.

La medicina personalizada con evidencia científica establecida es otro campo de inmenso futuro para los procesos tumorales. Con la vista puesta en el horizonte del año 2020, el Gobierno Vasco se ha propuesto una meta ambiciosa y realista: una reducción de entre un 5% y un 10% de incidencia y mortalidad en la mayoría de los cánceres. Y ello solo será posible si lo acometemos todos y todas desde nuestra responsabilidad personal y social.

Los avances científicos y las políticas de prevención, así como la promoción de hábitos de vida saludable nos aportan cada día una lección; que el camino más eficaz y justo para afrontar el cáncer es el de la responsabilidad compartida en el cuidado de la salud. La batalla la estamos ganando y la difusión del conocimiento y de las experiencias que vamos a compartir en este encuentro de BilbaoPraxis organizado por la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao es un paso más en este camino por lo que felicito a sus organizadores y organizadoras por su labor y esfuerzo en una lucha contra el cáncer que compartimos y que queremos impulsar junto a ellos.

Jon Darpón Sierra
Consejero de Salud del Gobierno Vasco

eutsiz. Programa horiek oso emaitza onak izan dituzte borondatezko parte-hartzeari eta detekzio-tasari dagokienez. Horregatik, horiei eutsi ez ezik, bultzatu ere egingo ditu Eusko Jaurlaritzak.

Ebidentzia zientifikoa duen medikuntza pertsonalizatua ere bada tumore-prozesuetan etorkizun handia duen beste arlo bat. Eusko Jaurlaritzak helburu anbiziotsua eta errealista jarri du 2020rako: minbizi gehienetan intzidentzia eta heriotza-tasa % 5 eta 10 artean murriztea. Baina nork bere ardura sozial eta pertsonaletik ekinez baino ezin izango dugu hori gauzatu.

Irakaspen bat ematen digute egunero zientzia-aurrerapenek eta prebentzio-politikek zein bizi-ohitura osasungarrien sustapenak; hau da, osasuna zaintzeko orduan erantzukizun partekatua izatea da minbiziari aurre egiteko biderik eraginkorren eta bidezkoena. Bataila irabazten ari gara, eta Bilboko Medikuntzako Zientzien Akademiak antolatutako Bilbaopraxis topaketa honetan partekatu behar ditugun ezagutza eta esperientziak zabaltzea da beste aurrerapauso bat bide horretan; zorionak, beraz, antolatzaileei bat gatozen eta haiekin batera bultzatu nahi dugun minbiziaren aurkako borrokan egindako lan eta ahaleginagatik.

Jon Darpón Sierra
Eusko Jaurlaritzako Osasuneko sailburu

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):10-11

Carta del decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU

UPV/EHU Medikuntza eta Odontologia Fakultateko dekanoaren gutuna

Letter of the Dean of the Faculty of Medicine and Dentistry at the University of the Basque Country UPV/EHU

BilbaoPraxis 2015Cáncer representa una interesante y ambiciosa iniciativa de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, que bajo el lema "El cáncer, algo más que una enfermedad" ofrece una visión multidisciplinaria de muy alto nivel. La Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) recibió la invitación de sumarse al evento, cosa que hizo muy ilusionada ya que pensábamos que podíamos ayudar activamente. La Facultad está implicada en el estudio y conocimiento del cáncer a través de la docencia de pregrado, postgrado y formación continua mediante el buen hacer de sus

BilbaoPraxis2015Minbizia Bilboko Mediku Zientzien Akademiaren ekimen interesgarri eta handia da. "Minbizia, gaixotasuna baino zerbait gehiago" lelopean maila goreneko ikuspuntu diziplina anitza eskaintzen du. Medikuntza eta Odontologia Fakultateak ekimenean parte hartzeko gonbidapena gogo handiz jaso zuen bertan parte hartze aktibo bat izateko gai garela uste bai genuen. Fakultateak minbiziaren ikasketa eta ezagutzan parte hartzen du gradu ikasketetan eta prestakuntza jarraikian irakasleen jarduera onarekin. Halaber, azpimarra beharrekoa da Fakultatearen papera minbiziaren aspektu desberdinen ikerketan, nazioar-

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

profesores. También debemos citar el importantísimo papel que la Facultad lleva a cabo mediante la investigación de los diferentes aspectos del cáncer, siendo referente internacional; tal y como se refleja en las numerosos artículos científicos de alto impacto que se publican tanto a nivel nacional como internacional. Espero, y deseo, que nuestra presencia en este encuentro contribuya al buen desarrollo del mismo.

Enrique Hilario
Decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea

tean ezaguna eta erreferente izanik, bai nazio mailan zein nazioartean argitaratzen diren inpaktu handiko artikulu zientifiko ugariek adierazten duten moduan. Espero dut gu bertan egotea topaketaren garapen egokirako lagungarri izatea.

Enrique Hilario
Medikuntza eta Odontologia Fakultatea (UPV/EHU). Dekanoa

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):12-13

Carta de la directora de la EUE de Leioa (UPV/EHU)

UPV/EHU Leioako Erizaintzako Unibertsitate Eskolako zuzendariaren gutuna

Letter of the director of the School of Nursing of Leioa (Basque Country University)

El cáncer es una enfermedad con un alto índice de prevalencia. En las últimas décadas, los avances en el conocimiento de la enfermedad y el desarrollo tecnológico han permitido que la prevención y los nuevos tratamientos aumenten las tasas de supervivencia y mejoren la calidad de vida de los pacientes. Para conseguir estos objetivos se ha evidenciado que es fundamental el abordaje multidisciplinar con un enfoque integral tratando no solo los aspectos biológicos, sino también los aspectos psicológicos y sociales del paciente.

La aportación de la enfermería tanto en su vertiente de promoción de la salud, prevención, cuidados en la enfermedad y rehabilitación posterior tiene un papel fundamental en la atención de estos pacientes. Por lo

Minbiziak prebalentzia indize handia du. Azken hamarkadotan, gaixotasunaren ezagutzaren eta teknologia garapenaren inguruko aurrerapenek ahalbidetu egin dute prebentzioak eta tratamenduek gaixoen biziraute tasak areagotzea eta bizi kalitatea hobetzea. Bestalde, ikusi da helburu horiek lortzeko ezinbestekoa dela diziplina anitzeko lanean aritzea, ikuspegi osoarekin: gaixoaren alderdi biologikoak ez ezik, alderdi psikologikoak eta sozialak ere artatu behar dira.

Erizaintzaren ekarpena funtsezkoa da gaixo horiei emandako arretan, osasunari, prebentzioari, gaixotasuna zaintzeari eta ondorengo errehabilitazioari dagokienez. Beraz, gaixotasunaren fase larriko zaintza espezializatuekin batera, jarraipena eta arreta ere biltzen ditu, erizaintza erkidearen ikuspegitik.

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

tanto abarcará no solo unos cuidados especializados en la fase aguda de la enfermedad sino también un seguimiento y una atención desde la enfermería comunitaria.

Desde la Escuela de Enfermería de Leioa no podemos ser ajenos a la importancia de formar a los futuros enfermeros y enfermeras en las competencias de enfermería que engloban tanto conocimientos teóricos y prácticos como habilidades, actitudes y valores. Así mismo, les hacemos énfasis en que la enfermería debe cuidar comprendiendo las necesidades de los pacientes y sus familias, sus aspectos emocionales, mediante intervenciones profesionales que logren una interrelación con los individuos implicados.

La evolución constante de los conocimientos exige una formación continuada que permita aportar una mayor eficacia tanto en los tratamientos como en los cuidados de estos pacientes. Agradecemos al Comité Organizador del Encuentro Bilbaopraxis Cáncer 2015 su invitación para participar en este evento. La iniciativa de realizar un encuentro en el que participen todos los implicados en este proceso es muy interesante para poner en común los conocimientos y la experiencia, y redundará, sin duda, en beneficio del paciente y sus familiares.

Clara E. Sánchez
Directora de la
Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa

Leioako Erizaintza Eskola ezin da bazter gelditu: garrantzitsua da etorkizuneko erizainei erizaintzako eskumenen inguruko prestakuntza ematea, bai prestakuntza teorikoa eta praktikoa, bai abileziak, jarrerak eta balioak. Halaber, nabarmendu egiten dugu erizaintzak zaindu egin behar duela, gaixoen eta haien familien beharrizanak eta alderdi emozionalak aintzat hartuta. Horretarako, tartean dauden norbanakoekiko harremana lortu behar dute profesionalek.

Ezagutzaren garapen etengabeak prestakuntza jarraitua eskatzen du, ahalbidetu egiten duena eraginkortasun handiagoa lortzea bai tratamenduetan, bai gaixo horien zaintzan. Eskerrik asko Bilbopraxis Cáncer 2015 topaketako antolakuntza batzordeari, ekitaldi honetan parte hartzera gonbidatzeagatik. Oso interesgarria da prozesu honetan parte hartzen duten guztien topaketa egiteko ekimena, ezagutza eta esperientzia partekatzeko. Gainera, zalantzarik gabe, gaixoen eta haien senideen onerako izango da.

Clara E. Sánchez
Leioako Erizaintzako Eskolako zuzendaria

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):14-15

Carta del presidente de la Academia de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares

Carta del president de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Letter of the President of The Catalonia and Balear Islands Medical and Health Sciences Academy

L'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, es una entidad que nació en el año 1872, con el objetivo de fomentar la investigación y la formación continuada de la medicina. Con los años, nuestra entidad fue adaptándose a la estructuración de las especialidades de Medicina, creando las Sociedades Científicas que han sido las entidades que han desarrollado los objetivos fundacionales de nuestra entidad.

Fiel a su filosofía inicial, ser tribuna de debate y punto de encuentro de los profesionales de la salud, l'Acadèmia, con los años, ha seguido los avances estructurales de la organización sanitaria y ha ampliado su campo de acción a todas las profesiones sanitarias, cuyos miembros se han agrupado en sociedades científicas propias, o bien se han incorporado a las sociedades especializadas en las que desarrollan su trabajo de forma transversal y multidisciplinar.

La Societat Catalana d'Oncologia se creó en el año 1964, actualmente cuenta con 268 socios entre médicos y psicólogos.

Desde su creación esta Sociedad ha desarrollado programas de formación continuada para todos sus asociados, fomentando con su actividad el interés de sus miembros por mantener su formación continuada en

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

constante avance para ofrecer a los ciudadanos de su ámbito geográfico un alto nivel de calidad asistencial y coordinación profesional.

El curso 2013-2014, la Societat Catalana d'Oncologia realizó 18 actividades formativas, con una participación de 394 asistentes y otorgó 6 becas.

Para nuestra institución contar con las acciones formativas desarrolladas en relación a patologías del cáncer, a través de nuestra Societat Catalana d'Oncologia, significa cumplir con los objetivos fundacionales de l'Acadèmia, velar para que a través de una formación la calidad de los profesionales, los servicios de salud sean los mejores que puede ofrecerse a nuestros ciudadanos y que los avances de la técnica estén incorporados de forma permanente en un ámbito, el de las patologías, tan prevalente en nuestros días.

Àlvar Net Castel
Presidente. Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):16-17

Carta del presidente de la ACMB

Bilboko Mediku Zientzien Akademiako presidentearen gutuna

Letter of The President of the Medical Sciences Academy of Bilbao

El I Encuentro Bilbaopraxis Cáncer 2015 pretende, mediante su celebración, compartir la última información disponible en lo relativo al cáncer, una patología que, cada vez más, constituye un reto sanitario y social para nuestra sociedad.

Mediante una fórmula que aúna el debate científico y la información y la formación para la salud de la ciudadanía, desde la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y el Ayuntamiento de Bilbao hemos tratado de configurar un programa amplio y completo, en el que tienen cabida clínicos, investigadores, docentes, gestores, pacientes, familiares, la Administración sanitaria, la sanidad privada, sociedades científicas, colegios profesionales y un largo etcétera.

Abarcando los distintos aspectos en los que se ma-

Bilbaopraxis Minbizia 2015 topaketa ospatzearen bidez, lortu nahi dugu minbiziari buruz —gizartean gero eta erronka sozial eta sanitario handiago bihurtzen ari den eritasun horri buruz— eskuragarri dagoen informazio berriena partekatzea.

Bilboko Mediku Zientzien Akademia eta Bilboko Udala saiatu gara programa zabal eta osoa prestatzen, batetik, zientzia-arloko eztabaida eta, bestetik, herritarren osasunaren gaineko informazioa eta prestakuntza bateratuko dituen formularen bitartez. Topaketan lekua izango dute, besteak beste, klinikariek, ikertzaileek, irakasleek, kudeatzaileek, pazienteek, senitartekoek, Osasun Administrazioak, osasungintza pribatuak, zientzia-arloko elkarteek eta elkargo profesionalek.

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

nifiesta el cáncer, el programa recoge los más frecuentes como mama, colorrectal, pulmón, genitourinario, oncohematológico y bucal. Con un enfoque integral y didáctico, estos cánceres se abordan desde la prevención, el diagnóstico precoz, los distintos tratamientos disponibles, la recuperación y, llegado el caso, la atención al paciente al final de la vida.

Se trata de una ocasión única en la que se dan cita en la misma sala por igual el ciudadano anónimo aquejado de esta patología y el investigador oncológico más puntero. Un encuentro que no podría llevarse a cabo sin el apoyo decidido del Ayuntamiento de Bilbao, el Gobierno Vasco y el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, y otras entidades como la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares, y Grupo IMQ, grupo Hospitalario Quirón, Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, la Universidad del País Vasco, los colegios profesionales, etc.

Durante el Encuentro, se rinde un merecido y afectuoso homenaje a los doctores Iñaki Azkuna, alcalde de Bilbao, y Albert Jovell, primer presidente de nuestra sección de Pacientes. Como personas y como profesionales, e incluso en su lucha contra el cáncer, nos dejaron un extraordinario legado.

Por último, quiero reiterar el agradecimiento de la Academia a todas las personas y entidades, públicas y privadas, que han permitido que Bilbao acoja un evento científico monográfico de esta magnitud.

Juan Ignacio Goiria Ormazabal
Presidente de la
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Minbiziak erasan ditzakeen askotariko guneei dagokienez, ohikoenak hartu ditu barnean programak, hala nola, bularrekoa, kolon eta hondestekoa, birikakoa, aparatu urogenitalekoa, onkohematologikoa eta ahokoa. Minbizi mota horiek honako arlo hauetatik aztertuko dira, betiere ikuspegi integral eta didaktikoarekin: prebentzioa, diagnostiko goiztiarra, egin daitezkeen tratamenduak, sendatzea eta, halakorik balego, bizitzaren azkenetan dauden pazienteentzako arreta.

Abagune paregabea izango da, gela berean egongo baitira, bata bestearen alboan, patologia hori duen edozein herritar eta punta-puntan dabilen onkologiako ikertzailea. Topaketa hori egitea, baina, ez litzateke posible izango hainbat erakundek babes irmoa eman izan ez baligute, hala nola, Bilboko Udalak, Eusko Jaurlaritzak eta Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzuak, bai eta beste entitate batzuek ere: Katalunia eta Balearretako Medikuntza Zientzien eta Osasunaren Akademia, eta Grupo IMQ, Quirón ospitale taldea, Santurtziko San Juan de Dios Ospitalea, Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), elkargo profesionalak eta abar.

Topaketan, merezitako eta txerazko omenaldia egingo zaie Bilboko alkate izandako Iñaki Azkunari eta gure Pazienteen ataleko lehen lehendakari Albert Jovelli. Pertsona gisa eta profesional modura, bai eta minbiziaren aurka egin zuten borrokan ere, ondare aparta utzi ziguten.

Azkenik, Akademiaren izenean, berriz ere eskerrak eman nahi dizkiet Bilbon tamaina honetako zientziarloko ekitaldi monografikoa hartzea ahalbidetu duten pertsona eta erakunde publiko eta pribatu guztiei.

Juan Ignacio Goiria Ormazabal
Bilboko Mediku Zientzien Akademiaren presidentea

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):18-19

Carta del presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia

Bizkaiko Medikuen Elkargoko presidentearen gutuna

Letter of the President of the Physicians College of Biscay

Es evidente que la necesidad fundamental del paciente con cáncer es recibir un tratamiento integral adecuado y, si es posible, poder alcanzar la curación. Pero también es cierto que, durante todo ese difícil proceso, necesita sentirse apoyado y comprendido. Y es ahí donde los médicos desempeñamos un papel básico que el paciente está esperando, aunque no lo manifieste directamente. Cualquiera que vaya a ser el desenlace, los médicos debemos ser la referencia para nuestros pacientes en cada momento. Deben percibir que estamos allí.

No entendemos en el siglo XXI la aplicación de una medicina paternalista, donde el médico decidía en nombre del paciente "por su bien", sin darle apenas información, o dándole una información poco comprensible. En la actualidad, la toma de decisiones debe ser compartida y en último caso debe ser el paciente quien decida. Pero para poder tomar sus propias decisiones, necesita del apoyo, de la información, de la comprensión y de la propia opinión de ese médico en el que él confía y que es el responsable de acompañarle en el proceso de su enfermedad.

El médico debe saber administrar la palabra y los silencios, pero sobre todo, debe transmitir confianza y veracidad.

Planteémonos: ¿cómo vamos informando al paciente, primero de que tiene un cáncer y después de cómo va evolucionando, bien sea para bien o para mal? En esa sucesión de situaciones, tendremos que explorar y descubrir realmente cuánta información, en mu-

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

chas ocasiones negativa, quiere tener, y cómo y cuándo quiere recibirla. Y esto, siempre, atendiendo a sus deseos y no a los de su familia, que muchas veces, en su afán de protegerle, nos solicitará un ocultamiento de información.

Y en ese proceso, tenemos también que asumir, aunque nos duela, el llamado "fracaso terapéutico", entendiendo como tal ese posible fin, indeseado e inevitable, que puede ser la muerte del paciente, al tratarse de una realidad que forma parte del acto médico oncológico.

Cosme Naveda
Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):20-21

Carta del presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia

Bizkaiko Farmazilarien Elkargo Ofizialeko presidentearen gutuna

Letter of the President of the College of Pharmacists of Biscay

La Unión Internacional para el Control de Cáncer ha elegido para este año 2015 el lema "a nuestro alcance", con el que pretende aportar un enfoque positivo a la lucha contra esta patología, poniendo de relieve que existen alternativas para todo el proceso de atención oncológica que están a nuestro alcance.

Con este mismo espíritu, el colectivo farmacéutico viene realizando distintas acciones informativas y formativas para sensibilizar a los profesionales y a la sociedad en general e incrementar la capacidad de intervención asistencial de los farmacéuticos en el ámbito de la oncología, en colaboración con el resto de profesionales sanitarios.

La profesión farmacéutica juega un papel de primer orden en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento del cáncer, que han supuesto una mejora sustancial en la esperanza de vida de la mayoría de los tipos de cáncer, pero también desempeña una tarea muy importante de cara a los pacientes en su vertiente asistencial.

A nivel fundamentalmente hospitalario, los farmacéuticos contribuyen mediante el seguimiento farmacoterapéutico a optimizar los resultados y ayudan a prevenir las reacciones adversas y las interacciones far-

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

macológicas, que cobran especial importancia en los fármacos oncológicos. También es muy relevante el papel del farmacéutico comunitario, el profesional sanitario más próximo y accesible a la población general. Esta proximidad le permite jugar un papel esencial en la difusión de medidas preventivas y en la promoción de programas de detección precoz.

En Bizkaia contamos con catorce servicios de farmacia hospitalaria y 434 farmacias que realizan la trascendental tarea de dispensar los medicamentos a los pacientes oncológicos y que van mucho más allá en su implicación en la lucha contra el Cáncer, colaborando con las organizaciones de pacientes y estando cerca de los pacientes y sus familiares para apoyarles con consejos higiénico-dietéticos y recomendaciones que les ayuden a hacer frente a su enfermedad.

Elena Castiella Lecuona
Presidenta del
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):21-23

Carta del presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Bizkaia

Bizkaiko Albaitarien Argi Legezko Elkargoko presidentearen gutuna

Letter of the President of the College of Veterinary of Biscay

En nuestros tiempos, el cáncer en los animales forma parte del día a día de la medicina veterinaria. Principalmente, en la clínica diaria de los animales de compañía, el diagnóstico de procesos relacionados con el cáncer es cada vez más frecuente gracias a los avances en la medicina veterinaria. Nuestras mascotas son cada vez más longevas, lo que aumenta la probabilidad de sufrir algún proceso neoplásico.

Diversas publicaciones científicas sitúan el cáncer como la principal causa de muerte de los perros y gatos mayores de 10 años, en Estados Unidos y Europa. Esto aumenta la demanda de servicios sanitarios que permitan mantener la calidad de vida de los animales el máximo tiempo posible, lo cual ha promovido gran desarrollo en los últimos años de la especialidad en *Oncología Veterinaria* y a partir de aquí el campo de la *Oncología Comparada*. Un ejemplo es la creación del Programa de Oncología Comparada del Instituto Nacional del Cáncer (National Cáncer Institute, EEUU), una de cuyas líneas de investigación principal, se centra en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas para pacientes humanos con cáncer a través de ensayos clínicos controlados con animales de compañía. En este programa trabajan conjuntamente veterinarios, médi-

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

cos oncólogos, patólogos, cirujanos, genetistas y biólogos moleculares y celulares con el objetivo de desarrollar terapias efectivas contra el cáncer.

Otro hito importante en el avance de esta disciplina, ha sido la caracterización y publicación del genoma canino, lo que está permitiendo investigar las bases genéticas del cáncer en esta especie. Por último, destacar como ejemplo del desarrollo de la disciplina en veterinaria, la aparición en los últimos años de los primeros fármacos antineoplásicos registrados para uso animal.

Con todo esto, en la actualidad debemos eliminar tópicos como "el cáncer es igual a muerte" relacionados con el tratamiento de animales que sufren procesos neoplásicos, abriendo un amplio abanico de posibilidades terapéuticas que permiten la prevención y el tratamiento del cáncer en los animales.

Enrique Jorge lópez
Presidente del
Colegio Oficial de Veterinarios de Bizkaia

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):24-25

Carta del presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Bizkaia

Bizkaiko Haginlarien Elkargo Ofizialeko presidentearen gutuna

Letter of the President of the College of Dentists of Biscay

Teniendo en cuenta el número de consultas dentales y los pacientes que acuden a ellas, los dentistas son una "primera estación" para detectar patologías premalignas o lesiones cancerosas en sus estadios más iniciales.

El diagnostico precoz es muy importante para la supervivencia global, cambios en la boca como úlceras, bultos o lesiones blancas o rojas pueden ser signos tempranos de cáncer oral sobre todo si duran más de tres semanas una vez eliminada la causa aparente. Como profesionales habituados a explorar la cavidad oral estamos capacitados para dirigir al paciente hacia una biopsia o tratamiento quirúrgico si fuera necesario.

Nuestra labor como dentistas también va dirigida a dar a conocer a los pacientes, y si es posible, eliminar los factores de riesgo: tabaco, alcohol, boca séptica, prótesis mal adaptada y actualmente con mayor frecuencia el VPH (Virus del Papiloma Humano).

Contamos con profesionales muy bien formados, pero un encuentro de este tipo nos ayuda a concienciarnos aún más de este grave problema.

Para nuestro colegio que forma parte de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao desde su fundación,

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

es un honor colaborar con un evento tan importante y con un enfoque tan interesante.

Nos permite también mostrar tanto a los pacientes como a los profesionales la importancia del dentista habitual de confianza en las revisiones periódicas.

Desde el Colegio de Dentistas de Bizkaia (CODBI) y en colaboración con la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) nos esforzamos para que la sociedad conozca la existencia de esta importante enfermedad, sus particularidades y la importancia de su prevención y diagnóstico precoz, para tratar de mejorar su pronóstico. Como ejemplo, el año pasado se celebró un encuentro entorno a la ría de Bilbao con este mismo objetivo en la que colaboramos junto con el Ayuntamiento de Bilbao.

José Manuel Fika Hernando
Presidente del
Colegio Oficial de Dentistas de Bizkaia

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):26-27

Carta de la presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Bizkaia

Bizkaiko Erizainen Elkargoko presidentearen gutuna

Letter of the President of the College of Nurses of Biscay

Según lo expuesto en el informe Globocan 2012, realizado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (Organización Mundial de la Salud), la predicción de incidencia del cáncer en España para 2015 es de 227.076 casos (excluyendo el cáncer de piel no melanoma), con un crecimiento de más de 12.000 personas desde 2012. Dentro de este aumento, el grupo de población más afectado es el de personas con 65 o más años de edad. Además, nuestro sistema sanitario ha conseguido mejorar espectacularmente el diagnóstico precoz de muchos cánceres y es capaz de tratar con intención curativa muchos de los casos detectados.

Minbiziaren Ikerketarako Nazioarteko Agentziak (Osasunaren Mundu Erakundea) egin duen Globocan 2012 txostenaren arabera, 2015ean Espainian minbiziak izango duen intzidentzia 227.076 kasukoa izango dela aurreikusi dute (melanoma ez den larruazaleko minbizia kanpo utzita). 2012. urtetik hona 12.000 lagun baino gehiagoko igoera dago horren barruan. Igoera horretan, eraginik handiena jasango duen biztanle-taldea 65 urtekoak edo hortik gorakoak dira. Gainera, gure osasun-sistemak lortu du era ikusgarrian hobetzea minbizi askoren diagnostiko goiztiarra, eta gai da detektatutako kasu asko sendatzeko xedearekin tratatzeko.

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

El aumento de la esperanza de vida y las mejoras registradas en las distintas ciencias de la salud suponen un constante aumento del número de pacientes con cáncer que necesitan cuidados especializados de enfermería.

En este punto, la atención al paciente crónico oncológico y al paciente oncológico al final de la vida son dos campos de la enfermería en los que, desde el Colegio de Enfermería de Bizkaia, se está prestando una especial atención. Un buen ejemplo de ello es nuestra apuesta por una formación de posgrado de calidad.

Así, desde la Organización Colegial de Enfermería se ha puesto en marcha el máster "El paciente crónico en la gestión clínica". En el contenido formativo de este posgrado universitario ya se recogen figuras como la enfermera educadora en autocuidados, la enfermera gestora de casos y de práctica avanzada, y la enfermera de enlace y enfermera referente. Precisamente, algunos de estos perfiles ya han sido implementados por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Otro buen ejemplo lo constituye la colaboración del Colegio en el máster propio de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea sobre "Atención Integral en Cuidados Paliativos". También sirven a estos propósitos varias iniciativas formativas de nuestros planes permanentes de formación continuada.

María José García Etxaniz
Presidenta del
Colegio Oficial de Enfermería de Bizkaia

Bizi-itxaropena luzatu izanaren eta osasunaren zientzietan egindako hobekuntzen ondorioz, etengabe ari da gehitzen erizaintzako zainketa espezializatuak behar dituzten minbizidun pazienteen kopurua.

Arlo horretan, Bizkaiko Erizainen Elkargoaren jopuntu berezi dira, hain zuzen, erizaintzako bi eremu: paziente onkologiko kronikoarentzako eta bizitzaren amaieran dagoen paziente onkologikoarentzako arreta. Horren adibide argia da, esate baterako, kalitatezko graduondoko prestakuntzaren alde egin dugun apustua.

Horren harira, Erizaintzako Elkargoaren Antolamenduak abian jarri du "El paciente crónico en la gestión clínica" (Paziente kronikoan kudeaketa klinikoan) izeneko masterra. Unibertsitateko graduondo horretako prestakuntzaren edukian figura hauek jaso dira, besteak beste: norbere zaintzako erizain hezitzailea, praktika aurreratuko eta kasuen erizain kudeatzailea, eta loturako erizaina eta erizain erreferentea. Hain zuzen ere, Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzuak inplementatu ditu profil horietako zenbait, dagoeneko.

Beste adibide on bat da Elkargoa elkarlanean aritu izana Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen "Atención Integral en Cuidados Paliativos" (Arreta integrala zainketa aringarrietan) izeneko masterrean. Helburu horiei begira egin ditugu, orobat, etengabeko prestakuntzako gure plan iraunkorretan eskaintzen ditugun askotariko prestakuntza-ekimenak.

María José García Etxaniz
Bizkaiko Erizainen Elkargoren presidentea

CARTA

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):28-29

Carta de la presidenta de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia

Bizkaiko Erizaintza Zientzien Akademiako presidentearen gutuna

Letter of the President of the Academy of Nursing Sciences of Biscay

El cáncer, patología considerada como una de las tres principales causas de muerte, que causa un gran impacto social y debe englobarse dentro de aquellas que suponen un problema de salud pública importante.

La International Agency for Research on Cancer, establece que en el año 2020 la incidencia de la enfermedad aumente hasta el 50% la aparición de nuevos casos, previendo que el 60% de los mismos se produzcan en países en vías de desarrollo.

La profesión enfermera no es ajena a esta realidad, existiendo una especial preocupación por la elaboración de programas de atención a las personas afectadas por esta enfermedad, que son los receptores por excelencia de lo que la palabra cuidar, significa: 1. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud: llevada a cabo especialmente en el ámbito de la Atención Primaria. 2. Cuidados de enfermería integrales: aplicados con una concepción holística y científica del ser humano. 3. Atención especial al paciente y familia, para que el afrontamiento de la enfermedad sea lo menos traumático posible.

Todo esto, está recogido en las comunicaciones que se presentan en la Mesa Redonda propuesta por la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia.

Dirección electrónica para correspondencia: academia@acmbilbao.org (Secretaría de la ACMB).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Los avances en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería aplicados han generado un importante interés en nuestra Academia.

La patología cancerosa ha sido un tema recurrente a tratar desde diferentes perspectivas, en las conferencias que se imparten los últimos jueves de cada mes en nuestra Academia, en las que han participado Académicos pertenecientes a las diferentes secciones y otros profesionales de Enfermería considerados como expertos en el tema.

Por último, quiero resaltar la importancia que para nuestra Academia tiene participar en este I Encuentro Bilbaopraxis Cáncer 2015, cómo proyección hacia la sociedad.

Asimismo quisiera agradecer de forma encarecida a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, que cuente con nuestra presencia.

María Teresa Feito Capalleja
Presidenta de la
Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):30

Cómo evitar el cáncer bucal y mejorar el pronóstico

Aguirre-Urizar JM.

Departamento de Estomatología II. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa, Bizkaia.

PALABRAS CLAVE

Cáncer bucal.
Prevención.
Diagnóstico precoz.

Resumen

El cáncer bucal es el más frecuente dentro de los canceres de cabeza y cuello y aunque es más común en los hombres mayores de 50 años, actualmente asistimos a un aumento en las mujeres y en personas más jóvenes.

Las tasas de incidencia son muy variadas dependiendo del país y región, siendo la del País Vasco una de las más altas de Europa.

Este cáncer tiene todavía un mal pronóstico general con elevada mortalidad y morbilidad. El diagnóstico precoz tiene una relación significativa con la supervivencia y cuando es pequeño (< 2 cm), más del 90% sobreviven. Sin embargo, cuando se diagnostica en una fase avanzada la supervivencia es menor del 50%.

El consumo de tabaco y/o alcohol está presente en el 75% de los casos. No obstante, existen otros factores relacionados como la infección por el virus del papiloma humano (VPH), alteraciones en la dieta, etc.

En ocasiones se desarrolla sobre lesiones precancerosas (desórdenes orales potencialmente malignos) como la leucoplasia oral, queilitis actínica, enfermedad liquenoide, etc., cuyo diagnóstico y control son fundamentales.

Por el momento no existe ningún elemento que nos permita predecir ni prevenir la aparición de este cáncer. No obstante alguna medidas pueden disminuir el riesgo: evitar el uso de tabaco en cualquiera de sus formas; reducir el consumo de alcohol (< 3 unidades/día); comer al menos 5 porciones de fruta y/o verdura al día; protegerse los labios con protector y reducir la exposición solar; mantener una buena salud oral; y reducir la infección por VPH mediante la práctica de sexo seguro.

La sociedad vasca debe conocer la existencia de esta importante enfermedad maligna, sus particularidades y la importancia de su prevención y diagnóstico precoz, para tratar de mejorar su pronóstico.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):31

Evaluación de nuevos medicamentos en oncología

Aizpurua-Imaz I.

CEVIME. Dirección de Farmacia. Departamento de salud. Gobierno Vasco.

PALABRAS CLAVE

Evaluación.
Medicamento.
Cáncer.

Resumen

Justificación: Desde junio de 2013 se ha comenzado a trabajar en una propuesta de colaboración para la elaboración de Informes de Posicionamiento Terapéuticos (IPT) de los medicamentos entre el Ministerio de Sanidad, la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS) y las CCAA. Estos IPT han de servir como una de las bases para la financiación selectiva y, en su caso, fijación de precios de los mismos y también como referencia para cualquier actuación relacionada con la adquisición y promoción del uso racional de los mismos. Todo ello sin menoscabo del ejercicio de las competencias de las diferentes administraciones sanitarias y la independencia de sus decisiones. Finalmente, busca también establecer un marco en el que se garantice la evaluación continua de los medicamentos, estableciendo los mecanismos de re-evaluación necesarios que permitan que los decisores cuenten siempre con la mejor información para desarrollar sus respectivas competencias.

Objetivo: analizar los IPT de los medicamentos oncológicos elaborados desde junio de 2013 a diciembre de 2014, así como sus criterios de evaluación

Resultados: en esta colaboración se realizan IPT de todos los medicamentos, incluidos los medicamentos oncológicos. Desde junio de 2013 hasta diciembre de 2014, se ha iniciado la elaboración de 110 IPT de los cuales 33 eran de medicamentos oncológicos (30% aproximadamente).

Conclusiones: Los criterios de evaluación de los medicamentos oncológicos, al igual que los demás medicamentos, son eficacia, seguridad, conveniencia y coste; adquiriendo también mayor importancia en esta patología la calidad de vida de los pacientes. El principal problema de los medicamentos oncológicos para las administraciones sanitarias es su elevado coste. En determinados medicamentos los costes asociados a pequeños beneficios son excesivos. En algunos países como el Reino Unido se han creado fondos específicos de medicamentos para el cáncer, aunque últimamente están sufriendo recortes dichos fondos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):32

El programa Euskadi Libre de Humo de Tabaco

Aldasoro E, Peña ML.

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Álava

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo.
Planificación.
Desigualdades.

Resumen

En la Comunidad Autónoma del País Vasco el 13% de las muertes son debidas al consumo de tabaco (22,6% de las ocurridas en hombres y 3,1% en mujeres). Euskadi Libre de Humo de Tabaco es un programa desarrollado por Osakidetza y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en el marco del plan MPOWER de la OMS, destinado a reducir la epidemia del tabaquismo. El programa incluye medidas de monitorización para vigilar la evolución del tabaquismo y evaluar las actuaciones, de protección a la población del humo del tabaco y de oferta para ayudar a abandonar el tabaquismo. Con el fin de alertar e informar de los peligros del consumo de tabaco reúne diferentes acciones de promoción de la salud, como la semana sin humo, campañas en los medios, creación de la red de organizaciones sanitarias sin humo de Euskadi y el programa educativo Clases sin Humo. También contribuye al cumplimiento de las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y a que los productos de tabaco sean cada vez menos asequibles. Tras la entrada en vigor de la Ley 1/2011 de modificación de la Ley de Adicciones en materia de tabaco, las ventas de paquetes de cigarrillos descendieron en Euskadi un 10% entre 2011 y 2012 y el porcentaje de personas fumadoras pasó del 33% en 2008 al 26% en 2012. Sin embargo existen diferencias en la evolución de la prevalencia del tabaquismo entre hombres y mujeres, que se ven modificadas por el efecto de la clase social y la cohorte de nacimiento y se corresponden con la 4ª etapa de la epidemia del tabaco de los países desarrollados.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):33

Cáncer de mama: nuevas terapias biológicas

Álvarez-López IM.

Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea. San Sebastián. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Terapia dirigida.
Anticuerpos monoclonales.

Resumen

El cáncer de mama es un tumor heterogéneo compuesto por subtipos con historia natural y respuesta a los tratamientos muy diferentes. En la actualidad, desde un punto de vista práctico podemos diferenciar 4 subgrupos en función de la expresión de receptores hormonales (RH) y sobreexpresión/amplificación del receptor HER-2 (RH+/HER2-; RH+/HER2+; RH-/HER2+ y RH-/HER2- o triples negativos). Hasta el inicio del siglo XXI solo disponíamos de tratamientos hormonales (en la primera terapia dirigida en cáncer de mama) y quimiorerapia. En el presente siglo se está produciendo una expansión de terapias dirigidas con moléculas de estructura biológica muy diferentes. Se pueden dividir dos grandes grupos: las moléculas pequeñas y los anticuerpos monoclonales (AcM). En esta revisión se hará un repaso de este tipo de tratamientos en cáncer de mama (excluyendo la quimioterapia y la hormonoterapia antiestrógenica si bien muchos de ellos se dan en combinación con hormono o quimioterapia.

Terapias dirigidas HER2: Las terapias dirigidas los subgrupos moleculares que sobreexpresan HER2 han cambiado claramente la historia natural de la enfermedad. La primera de ellas el AcM Trastuzumab ha demostrado aumentar la tasa de curaciones en tumores localizados (CML) tras tratamiento local y la supervivencia en tumores avanzados. Otros que se han incorporado son: el AcM Pertuzumab que aumente la supervivencia (SV) cuando se combina con QT y Trastuzumab en primera línea en cáncer metastásico (CMM), el TDM-1 que es un AcM – inmunoconjugado que incluye Trastuzumab con un citostático (Emtansina) adherido que ha demostrado mejor SV tras fallo a Trastuzumab y moléculas pequeñas como el Lapatinib.

Terapia antiangiogénica: El AcM Bevacizumab que actúa sobre el factor de crecimiento endotelial (VEGF-A) ha demostrado que combinado con QT en primera línea de CMM en tumores HER2 negativos aumenta la supervivencia libre de progresión. Otros como el Ramucirumab, (VEGFR2) que es un AcM contra el receptor del factor de crecimiento endotelial o moléculas pequeñas como el Sunitinib o Sorafenib si bien aumentan la tasa de respuestas no se ha demostrado impacto ni en SV ni el supervivencia libre de progresión (SVLP). Vía PIK3CA/AKT/mTOR: esta es una vía de señalización entre los receptores de superficie y distintos procesos intracelulares. Es una vía implicada en resistencia a terapias hormonales, resistencia a terapias HER2 y también a QT. El inhibidor de mTOR, Everolimus, ha demostrado que en tumores RH+/HER2-, tras fallo a una primera línea hormonal, combinado con una segunda línea de hormonoterapia se consigue un aumento de SVLP superior al uso de HT solo. Ésta es una en el que se están explorando múltiples drogas a distintos niveles de la vía. También se ha explorado el uso de Everolimus en HER2+ combinado con QT tanto en primera como segunda línea y si bien se ha objetivado efecto los resultados han tenido hasta ahora un impacto menor.

Vía de las ciclinas: Estas moléculas actúan a nivel del ciclo celular. Los inhibidores de las kinasas dependientes de ciclinas CDK4 y CDK6 han presentado resultados prometedores combinados con hormonoterapia en CMM RH+/HER2-, estando a la espera del resultado de los ensayos definitivos Además hay otras vías como la de la inmunidad, las alteraciones epigenéticas, la reparación del DNA sin resultados aplicables a la clínica todavía al CMM pero que se están explorando de forma muy activa.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):34

Cáncer de colon y enfermería. Colonoscopia: métodos diagnósticos y terapéuticos

Arana J, Lafuente C, Ulloa MJ, Abelleira B, Gómez R.

Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cáncer de colon.
Colonoscopia.
Polipectomía.

Resumen

El cáncer colorrectal es una enfermedad de gran magnitud que ocasiona una importante mortalidad y que es prevenible si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. La colonoscopia es la exploración indicada para confirmar el diagnóstico y la realización de técnicas terapéuticas. Nuestro objetivo es destacar la importancia del papel de Enfermería en la realización de una colonoscopia en el cáncer colorrectal. La Enfermería de la UED debe haber realizado previamente un período de entrenamiento específico para el conocimiento del manejo del endoscopio, del aparataje auxiliar y del instrumental necesario que se precisa para realizar las exploraciones, incluyendo la sedación y monitorización del paciente durante el procedimiento, así como colaborar de forma eficaz con el endoscopista en la introducción y progreso del endoscopio, en la toma de muestras para su posterior estudio así como en la realización de técnicas terapéuticas como son las polipectomías, tratamientos con Argón, colocación de prótesis, etc. Sin olvidarnos de la preparación previa del paciente a la prueba, tanto física como psicológica y tras la realización de la misma. Conclusiones: La colonoscopia es una de las mejores técnicas que disponemos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer colorrectal. Una buena limpieza del colon es factor determinante de la calidad de la colonoscopia. El papel de la Enfermería en la colonoscopia es muy importante tanto antes, durante y después del procedimiento. No debemos olvidar que se trata de un trabajo en equipo por lo que resulta fundamental una buena coordinación entre los miembros del mismo.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):35

Estudio de investigación EFICÁNCER. Ejercicio físico para mejorar la calidad de vida de las personas en tratamiento por procesos tumorales

Arce V, Arietaleanizbeaskoa M, Mendizabal N, Giné A, Sancho A, Grandes G.

Unidad de Investigación de Atención Primaria-Osakidetza. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cáncer estadio IV.
Ejercicio físico.
Centro de salud.

Resumen

Justificación: Tanto el cáncer como los tratamientos llevan a los pacientes a un círculo vicioso de progresiva fatiga, disnea y disminución de la tolerancia al ejercicio, lo que disminuye su calidad de vida y capacidad funcional para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Aunque se desconoce la forma óptima de utilizar el ejercicio en las personas con cáncer se puede defender que el ejercicio físico mejore su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la efectividad y eficiencia de un programa de ejercicio físico innovador, para personas en tratamiento por procesos tumorales en términos de mejor evolución de la calidad de vida y capacidad funcional, respecto a los tratamientos habituales.

Material y métodos: El servicio de oncología del Hospital de Cruces capta a pacientes con cáncer de origen digestivo, cáncer de mama y cáncer de pulmón no microcítico en estadio IV. Los que pertenecen al grupo intervención acuden durante dos meses al centro de salud a realizar el programa de ejercicio, supervisado por la enfermera y que combina ejercicio aeróbico a intervalos (alta intensidad y reposo activo) con ejercicios de fuerza muscular. Las variables de resultado son la calidad de vida relacionada con la salud, medida con el cuestionario específico de cáncer EORTC QLQ-C30, y la capacidad funcional medida con el test de 6 minutos.

Resultados: Este proyecto está en fase de captación. Como resultados preliminares, en la calidad de vida se observa una mejoría de 13 puntos favorable al grupo intervención con respecto al control. En el test de 6 minutos, la diferencia es de 55 metros favorable al grupo intervención.

Conclusiones: El programa de ejercicio EFICÁNCER tiene un efecto potencialmente beneficioso sobre la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes con cáncer que están recibiendo tratamiento. Es seguro y aceptado por los mismos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):36

Programa de investigación EfiKroniK. Ejercicio supervisado para personas con patologías crónicas .Ensayo híbrido clínico y de implementación

Arietaleanizbeaskoa M, Arce V, Mendizabal N, Giné A, Grandes G.

Unidad de Investigación de Atención Primaria-Osakidetza. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Enfermedades crónicas.
Ejercicio.
Capacidad funcional y calidad de vida.

Resumen

Justificación: En la última década el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en los países desarrollados constituye uno de los mayores problemas de salud pública. A pesar de la existencia de numerosas investigaciones que demuestran el impacto positivo del ejercicio físico sobre la calidad de vida y la supervivencia de los enfermos crónicos, sigue siendo una práctica poco común. Este programa pretende describir cuál sería la aportación de crear un hospital y una organización sanitaria promotora de la salud, añadiendo a los tratamientos habituales, una prescripción de ejercicio físico a los enfermos crónicos. Añadiríamos al enfoque de investigación clínico, un enfoque de implementación para facilitar que estas personas continúen realizando actividad física en los recursos de la Comunidad.

Objetivos: Evaluar la efectividad y eficiencia de un programa de ejercicio físico innovador (EF), para personas con enfermedades crónicas añadido al tratamiento habitual, en términos de mejora de la capacidad funcional y calidad de vida (CV), respecto a los tratamientos habituales estándar (TH). Explorar y describir las barreras y facilitadores del cambio que influyan en la implementación de programas complejos como es el Programa EfiKronik.

Diseño: Ensayo hibrido clínico y de implementación pragmático y aleatorizado en dos grupos paralelos: EF y TH. ÁMBITO: Centros hospitalarios, centros de salud de atención primaria y recursos municipales de Bizkaia.

Participantes: Pacientes con enfermedades crónicas (EPOC, cáncer de mama, trasplante hematológico, esquizofrenia y obesidad mórbida tras cirugía bariátrica)

Intervención: El grupo EF recibe, adicionalmente, un programa de ejercicio supervisado por enfermería durante 3 meses en el CS y autónomo después, con apoyo de recursos comunitarios.

Mediciones: La medida principal de resultado es la capacidad funcional y la CV medida a los 3, 6 y 12 meses.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):37

Tratamiento con quimioterapia en cáncer de mama; revisión y nuevos avances

Arruti-Ibarbia M.

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Quimioterapia.
Cáncer.
Mama.

Resumen

Objetivos: Analizar la utilidad y el beneficio del tratamiento quimioterápico en los diferentes estadios del cáncer de mama, y en función del subtipo histológico: terapia neoadyuvante, adyuvante o quimioterapia paliativa. Estudiar los esquemas de tratamiento más novedosos.

Metodología: Se analizan estudios en fase II y III, meta-análisis y artículos de revisión publicados entre 1975 y 2015, en relación al tratamiento quimioterápico en cáncer de mama.

Resultados: Desde que se desarrollaran los primeros tratamientos de quimioterapia para el cáncer de mama en los años 60, han ido apareciendo nuevos fármacos y se han modificado algunos de los ya existentes para crear nuevas líneas de tratamiento. Hoy en día la tendencia es la de tratar el cáncer de mama metastásico mediante una secuencia de monoterapias, más que combinando el uso de varios quimioterápicos en un mismo tiempo, lo que aporta un beneficio similar con una menor toxicidad, obteniéndose una supervivencia global de 2 a 3 años. En el tratamiento neoadyuvante son indispensables tanto la antraciclina como el taxano, pero se están estudiando nuevos esquemas de tratamiento con estos mismos fármacos modificados, que nos aportan una eficacia similar con una menor toxicidad. Sin embargo, el beneficio de utilizar una terapia neoadyuvante en el subtipo luminal (receptores hormonales positivos, erb-2 negativo) es muy bajo. En el caso de la adyuvancia, la antraciclina y el taxano son también los que han demostrado una mayor eficacia, siendo asimismo el subtipo luminal, al igual que en el caso de la neoadyuvancia, una excepción.

Conclusiones: en la actualidad, el tratamiento quimioterápico es indispensable en el cáncer de mama, excepto en la adyuvancia y la neoadyuvancia dirigidas al tratamiento del subtipo luminal (receptores hormonales positivos y erb-2 negativo). Se están estudiando nuevos fármacos que nos sirvan para obtener nuevos esquemas de tratamiento que aporten mayor eficacia y menor toxicidad.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):38

Tratamiento no farmacológico del dolor en el paciente oncológico

Asensio-Samper JM, Fabregat-Cid G, De Andrés-Ibáñez J.

Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia. Valencia

PALABRAS CLAVE

Tratamiento.
Dolor.
Cáncer.

Resumen

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesión hística presente o potencial o descrita en términos de dicho daño. Se puede entrever, pues, que el dolor no es un mero síntoma sensorial, sino que debe entenderse como una experiencia aversiva y afectiva compleja, determinada tanto por las respuestas biológicas a estímulos nociceptivos como por la interpretación de esos estímulos por cada sujeto. En esta variedad de factores que influyen sobre la vivencia del dolor radica la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado y multidisciplinar. Una vez definido, clasificado y cuantificado adecuadamente el dolor, estamos en disposición de abordarlo adecuadamente. El abordaje más clásico y conocido del dolor es la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que describe un método estratificado de tratamiento del dolor en función de la intensidad del mismo. Este abordaje aunque efectivo no es infalible y en hasta el 10-30 % de casos no se consigue el alivio suficiente, requiriéndose otras estrategias de tratamiento. Cuando el dolor no desaparece y se vuelve refractario o aparecen efectos secundarios indeseables debe considerarse la aplicación de procedimientos intervencionistas. Estas estrategias incluyen otras vías de administración de fármacos (como la vía espinal), bloqueos nerviosos (nervios periféricos, simpáticos o bloqueos neurolíticos) y el empleo de técnicas invasivas quirúrgicas (estimulación eléctrica, neurocirugía). Pero ¿cómo integrarlos en el abordaje propuesto por la OMS fundamentado en la terapia farmacológica?. La respuesta que proponemos es que los tratamientos invasivos deban considerarse en cualquier momento del abordaje terapéutico de los pacientes con dolor, ya sea maligno o benigno, como algo similar al uso de coadyuvantes y no reservarlos como último recurso cuando todo los demás ha fallado, con la seguridad de que la eficacia de estos tratamientos intervencionistas está bien avalada en la literatura.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):39

PSA y cáncer de próstata. Dónde estamos en 2015. El PSA por encima de los 75 años

Astobieta-Odriozola A.

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata.
PSA.
Biopsia de próstata.

Resumen

: El cáncer de próstata es el cáncer más frecuente en la práctica clínica urológica y el cáncer más frecuente entre los hombres con edad avanzada, a excepción de los tumores de piel. Desde la introducción del PSA en el año 1995, su utilización en pacientes mayores de 75 años es objeto de debate. Un 15% de las biopsias se realizan en pacientes con elevación de PSA por encima de los 75 años. De estas, un 57% presentan un PSA < 10 ng/ml. Sin embargo, cuando tenemos un PSA< 10 en pacientes mayores de 75 años, sólo un 3% presentarán un tumor de alto riesgo. Sin embargo cuando el PSA > 10ng/ml, la probabilidad de un tumor de alto riesgo es del 30%. Estos datos sugieren el valorar adecuadamente los pacientes mayores de 75 años y realizar la biopsia de próstata cuando el PSA sea superior a 10. Existen por otro lado recomendaciones de no realizar el test de PSA en pacientes mayores de 75 años. Sin embargo, cuando se realiza la prueba por primera vez y la cifra es superior a 100 ng/ml, la rasa de supervivencia a los 3 años es del 9,3%, un 19,7% presentan compresión medular y la tasa de hospitalización es del 64%. Conclusión: El manejo del PSA en pacientes mayores de 75 debe ser individualizado, realizado con sentido común y conocimiento suficiente para no someter a los pacientes a actuaciones que no les van a reportar ningún beneficio.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):40

Preservación de la fertilidad

Barrenetxea-Ziarrusta JM.

Clínica Praxis Bilbao. Bilbao
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa, Bizkaia.

PALABRAS CLAVE

Preservación de la fertilidad.
Esterilidad.
Criopreservación.

Resumen

Aunque el concepto de "preservación de la fertilidad" fue inicialmente utilizado para procesos oncológicos, lo cierto es que en la actualidad es extensible a otro tipo de procesos médicos e, incluso, cabe la llamada "preservación social".

Centrándonos en la preservación oncológica, el hecho de plantearnos los posibles efectos sobre la fertilidad es posible en base a dos factores. En primer lugar, a que las tasas de curación en muchos tipos de tumores son lo suficientemente altas como para plantearnos no sólo la curación sino la mitigación o evitación de ciertos efectos adversos de diferentes tratamientos. Y en segundo lugar, a la posibilidad, real hoy día, de preservar en diferentes formas y modos la fertilidad de las mujeres.

Pero, por una parte, la preservación de la fertilidad no asegura embarazo. Por otra, cabe la posibilidad de que preservación no sea finalmente necesaria por recuperación de la fertilidad natural. En cualquier caso, el planteamiento terapéutico de un proceso oncológico en la actualidad ha de incluir la posible pérdida (inmediata o diferida) de la fertilidad y la preservación debe constituir una parte nuclear del proceso.

De los casi 800.000 canceres femeninos diagnosticados en un año, un 4% aproximadamente, lo son en mujeres con menos de 35 años. Esto es, mujeres cuyo proyecto reproductivo es muy posible que no haya comenzado o que, en cualquier caso, ha podido no completarse.

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados por debajo de los 40 años son el cáncer de mama, melanoma, cáncer de cérvix, linfoma no Hodgkin y leucemias. Cada uno de estos tipos de tumores tiene unas indicaciones terapéuticas concretas (y en ocasiones muy heterogéneos) con efectos diferentes sobre la fertilidad futura.

La frecuencia con que un tratamiento oncológico compromete de forma absoluta o relativa la fertilidad futura de una mujer depende de muchos factores. Además, la esterilidad o subfertilidad puede manifestarse de forma inmediata (fallo ovárico agudo) o tardía (incluso en aquellas mujeres que recuperan la función menstrual pueden presentar una reserva ovárica dramáticamente disminuida).

Existen diferentes opciones incluyendo la criopreservación de gametos y embriones o la preservación de corteza ovárica y posterior reimplante orto o heterotópico. Procedimientos que no pueden ser considerados ya experimentales, con un considerable números de embarazos ya conseguidos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):41

La atención al enfermo oncológico desde la deontología médica. Imperativos éticos

Bátiz-Cantera J.

Jefe del área de Cuidados. Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

No abandono.
Evitar sufrimiento.
Respetar los valores del enfermo.

Resumen

Cuidar a un enfermo oncológico en fase avanzada es complejo y requiere unas cualificaciones profesionales específicas, porque los conflictos éticos pueden ser diversos ya que en este caso los cuidados paliativos tienen que ver con la vida, la muerte, el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad del enfermo. Hemos de tener en cuenta que no existe un "protocolo ético"; tendremos que conjugar la ciencia que nos dirá lo que hay que hacer en la mayoría de los casos y la sabiduría práctica (basada en la prudencia) que nos dirá lo qué hacer en ese caso concreto. Pero teniendo en cuenta los siguientes imperativos éticos: no abandonar al enfermo, librarle del dolor y de cualquier otro síntoma que le haga sufrir, evitar pruebas diagnósticas y tratamientos inútiles, sedarle cuando lo precise, siempre respetando los valores del enfermo. Nuestro deber será intentar la curación o mejoría del enfermo siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, estaremos obligados a aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ellos pudiera derivarse un acortamiento de su vida. Nuestros enfermos ya saben que no somos unos dioses, lo que desean es que no les abandonemos cuando más lo necesitan. Desean tenernos a su lado con nuestro acercamiento humano para que le ayudemos en todas sus necesidades, porque cuando se encuentra en la fase avanzada de su enfermedad ya ha comprendido que la técnica ya no le es útil para curar su enfermedad, pero sí tiene necesidad de las personas, de su familia, de sus amigos y de su médico. La atención médica al final de la vida es un derecho del enfermo y una obligación deontológica del médico con la que no precipitaremos deliberadamente su muerte, tampoco prolongaremos innecesariamente su agonía, pero sí ayudaremos a no sufrir mientras llega su muerte.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):42

El ejercicio físico tras el diagnóstico de cáncer: prevención y recuperación de efectos secundarios de los tratamientos

Bolaños-Fernández N.

Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) - Hospital Universitario de Torrejón. Comunidad de Madrid

PALABRAS CLAVE

Ejercicio.
Rehabilitación.
Cáncer.

Resumen

Justificación: El cáncer y su tratamiento afectan al organismo en su totalidad, disminuyendo funcionalidad y capacidad cognitiva del paciente. Un programa de rehabilitación basado en ejercicio físico específico, adaptado a cada etapa de la enfermedad y al tratamiento podría ser la respuesta para mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.

Objetivo: Reconocer la importancia del ejercicio físico en la prevención y recuperación de los efectos secundarios del cáncer y sus tratamientos.

Materiales: Investigación observacional valorando los niveles de actividad física de pacientes oncológicos y su impacto sobre los efectos secundario: fatiga, dolor, movimiento funcional, neuropatía periférica, capacidad cognitiva, linfedema, estado emocional y psicológico, etc. Revisión de publicaciones que valoran los beneficios del ejercicio físico como herramienta de rehabilitación en cada etapa del cáncer.

Métodos: Valorar el cambio en la condición física, cognitiva, y las actividades de vida diaria en los pacientes que entran en un programa de ejercicio físico y rehabilitación con respecto a los que no lo hacen.

Resultados: Los niveles de actividad física del paciente oncológico son generalmente bajos, con consecuencias nefastas para la salud. Un creciente cuerpo de literatura apoya la idea de que el ejercicio físico regular es no sólo seguro sino necesario. Existe prometedora evidencia de sus beneficios en la composición corporal, aptitud cardiorrespiratoria, salud ósea, fuerza muscular, función física y calidad de vida de los pacientes tanto durante como después del tratamiento, y en la rehabilitación de secuelas como fatiga, dolor, linfedema, neuropatía periférica, capacidad cognitiva, entre otros.

Conclusiones: El ejercicio es apropiado para la mayoría de los pacientes oncológicos y que debe ser considerado como una intervención para aliviar los síntomas relacionados con el tratamiento. Se han documentado beneficios en la aptitud física, mecanismos fisiológicos y cognitivos, recuperación de la fatiga, salud ósea, calidad de vida y bienestar psicológico y emocional.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):43

Convivencia con el cáncer de próstata: alternativas en estadios tempranos

Borque-Fernando Á.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata.
Diagnóstico.
Tratamiento.

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata es el tumor sólido de más frecuente diagnóstico en el varón adulto en el mundo occidental, sin embargo no es la principal causa de muerte oncológica entre los varones de nuestra sociedad. Ello, sin duda, es consecuencia de los beneficios del diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, de un manejo terapéutico individualizado para cada paciente y etapa de su enfermedad, y de un amplio arsenal terapéutico a nuestra disposición. Es el objeto de esta presentación ofrecer una visión urológica de la historia natural de esta enfermedad, desde los elementos de sospecha que nos permiten llegar a su diagnóstico, la forma de llevarlo a cabo, qué pruebas diagnósticas nos ayudan a establecer la extensión de la enfermedad, y cuáles son los diferentes enfoques y posibilidades terapéuticas ante un cáncer de próstata localizado, localmente-avanzado o diseminado-metastásico hasta el momento en el que procede la colaboración en el manejo más especializado por parte de los servicios de Oncología Médica de nuestros hospitales.

Desarrollo: Exposición de la relevancia epidemiológica del cáncer de próstata en nuestro entorno tanto en su impacto de nuevos casos diagnosticados por año, como en su responsabilidad entre las causas de muerte. Proceso diagnóstico ante una posible sospecha de cáncer de próstata, ¿a quién, cómo y hasta cuándo diagnosticar una cáncer de próstata? Pruebas de imagen y elementos pronósticos para establecer la agresividad y extensión de un tumor prostático, ¿cómo individualizar pronósticos y tratamientos? Tipos de tratamiento ante un cáncer de próstata localizado, curable. Desde vigilar sin tratar/demorar curación hasta extirpar o irradiar la próstata, pasando por tratamientos focales dirigidos frente al tumor y no a la próstata en su totalidad. Diferentes técnicas, resultados y efectos secundarios. El cáncer de próstata localmente avanzado y su combinación de tratamientos. Y el cáncer de próstata diseminado con sus primeras opciones de tratamiento hormonal y la necesidad en su evolución de un manejo especializado por el Oncólogo Médico.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):44

La estrategia contra el cáncer del Sistema Nacional de Salud

Borrás-Andrés JM.

Universidad de Barcelona

PALABRAS CLAVE

Cáncer.
Estrategia.
Plan.

Resumen

El cáncer supone una prioridad del sistema sanitario en España, como muestra el hecho que sea la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres y que uno de cada tres ciudadanos desarrollará algún tipo de cáncer antes de los 85 años. La supervivencia ha mejorado de forma muy significativa en las dos últimas décadas pero todavía existen tumores frecuentes como el cáncer de pulmón o el de páncreas en los que la mediana de supervivencia tras el diagnóstico es inferior a un año. Afrontar el reto que plantea el cáncer requiere de una estrategia que combina la prevención y la detección precoz con la mejora de la organización asistencial y la potenciación de la investigación, así como disponer de sistemas de información que permitan evaluar los resultados clínicos y la tendencia de la enfermedad en la población. En España, nos hemos dotado de una estrategia contra el cáncer que se fundamenta en la experiencia de los diferentes planes contra el cáncer de las comunidades autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de voluntarios y pacientes. Las principales prioridades son la prevención del tabaquismo, la promoción del ejercicio físico y la lucha contra el sobrepeso y la obesidad y la exposición excesiva al sol así como el consumo excesivo de alcohol. También se ha conseguido implantar el cribado de cáncer de mama de base poblacional y se ha priorizado el de colon y recto. Se propone consolidar la atención multidisciplinaria del cáncer como modelo óptimo asistencial y el análisis de los resultados clínicos como parámetro clave de valoración de la calidad sanitaria. La contribución de los distintos actores garantiza una coherencia de las intervenciones prioritarias en todo el SNS, que son consistentes con las prioridades que se están definiendo en el marco de la Unión europea.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):45

Economía de la salud y cáncer

Cabasés JM.

Departamento de Economía. Universidad Pública de Navarra. Pamplona

PALABRAS CLAVE

Cancer.
Evaluación.
Equidad.

Abstract

Se muestra la importancia de incorporar explícitamente el criterio de eficiencia en la determinación de prioridades en la introducción y uso de los medicamentos y tecnologías sanitarias en oncología. El objetivo es situar a los participantes en la necesidad de la evaluación económica de las decisiones públicas de asignación de recursos en oncología. Se abordarán algunas cuestiones del debate actual de los tratamientos oncológicos:

1.- ¿Cuánto podemos pagar por el beneficio? En estos momentos hay más de 300 productos en Fase III. El coste de los nuevos fármacos es muy elevado y hay que establecer prioridades.

2.- Problema de la equidad en el acceso a los tratamientos. ¿Quién recibirá qué y cuándo?

3.-Evaluación económica y evaluación clínica: Los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) en España. Elección del comparador y el umbral Coste/Utilidad.

4.- El verdadero valor clínico de la terapia. Usos diferentes a la indicación prevista en la autorización inicial: en estadios precoces, en indicaciones diferentes, en combinación con otros agentes y con biomarcadores específicos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):46

Investigación en oncología: la cooperación interdisciplinar, una clave para la generación del conocimiento

Calvo-Martínez B.

Hospital Universitario Cruces-Instituto Investigación Sanitaria BioCruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Investigación.
Cooperación.
Grupo interdisciplinar.

Resumen

La investigación biomédica es una actividad necesaria para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. No es posible desarrollar investigación de calidad sin una práctica médica de calidad, y viceversa. El equipo de Oncología Médica del Hospital Universitario Cruces está integrado por investigadores clínicos y básicos que colaboran estrechamente para la realización de proyectos que combinan la biología molecular y celular del cáncer con la investigación clínica siempre en el contexto de la medicina traslacional y con un objetivo fundamental: facilitar la transición de la investigación básica a las aplicaciones clínicas que redunden en un beneficio de la salud. La cooperación interdisciplinar, el trabajo cooperativo y la actividad coordinada en el seno interno del propio centro y con otros centros de nuestra comunidad y de fuera de ella han permitido construir un plan de trabajo enriquecido por visiones contrapuestas y sólidos principios de autocrítica que promueven el diálogo constructivo y las acciones consensuadas. El desarrollo de los proyectos del grupo no hubiera sido posible sin la estrecha colaboración de algunos servicios como los de cirugía, neumología, anatomía patológica, radiodiagnóstico o ginecología, tanto de la propia institución como de otros hospitales de nuestro entorno y fuera de él. Cabe destacar otro tipo de colaboraciones con departamentos de la universidad y algunas empresas y centros tecnológicos. En definitiva, es necesario crear grupos orientados a la generación y explotación del conocimiento científico en campos identificados. Se trata de aunar conocimiento y recursos en áreas críticas.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):47

Reconstrucción mamaria inmediata tras mastectomía

Caramés-Estefanía J, Aguilar-Barrón P, García-Gutiérrez JJ.

Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Reconstrucción.
Inmediata.
Mastectomía.

Resumen

Objetivo: La tendencia en la reconstrucción mamaria en los últimos años es la realización en el mismo tiempo quirúrgico que la cirugía oncológica de la neoplasia mamaria. Pese a las posibles complicaciones, supone grandes beneficios para las pacientes si éstas son seleccionadas correctamente. MÉTODOS Hemos realizado un análisis retrospectivo de las pacientes intervenidas por nosotros de reconstrucción mamaria inmediata en los últimos 10 años. Recogiendo datos epidemiológicos, así como tipo de reconstrucción llevada a cabo y las posibles complicaciones de la misma, la satisfacción de las pacientes con la cirugía y las terapias adyuvantes, tanto pre como postoperatorias.

Resultados: Se han analizado un total de 217 pacientes sometidas a reconstrucción mamaria inmediata desde 2004 a 2014. El incremento en el número de cirugías es evidente a lo largo de los 10 años, siendo menos de 10 en 2004 y en torno a 100 a lo largo de 2014. La reconstrucción con colgajo latissimus dorsi es la opción quirúrgica más frecuente, seguida de la reconstrucción con expansor, si bien, la utilización de colgajo microquirúrgicos es una técnica cada vez más frecuente. La elección del tipo de reconstrucción es crucial a la hora de minimizar las posibles complicaciones. La tasa de complicaciones es menor del 10%, suponiendo tan solo un retraso en el inicio de la terapia adyuvante en menos del 2% de las pacientes.

Conclusiones: La reconstrucción mamaria inmediata es una opción del manejo del cáncer de mama cada vez más en auge que ha demostrado múltiples beneficios para la paciente, como ahorrar tiempos quirúrgicos o evitar que la paciente se vea "amputada", entre otros. Teniendo en cuenta lo anterior, sugerimos que la reconstrucción inmediata debe ser el planteamiento quirúrgico de elección en reconstrucción mamaria, siempre y cuando la ésta no interfiera en el tratamiento oncológico adyuvante.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):48

Cáncer de mama hereditario: hasta dónde podemos prevenirlo

Carrera-Revilla S.

Unidad de Consejo Genético-Oncología Médica. Hospital Quirón Bizkaia. Erandio. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Cáncer hereditario.
BRCA.

Resumen

Objetivo-justificación: Revisión del cáncer de mama hereditario con énfasis en las principales causas genéticas implicadas, especialmente las relacionadas con BRCA1 y 2; indicaciones de estudio y manejo en consulta de Consejo Genético en Cáncer. Medidas de prevención y/o diagnóstico precoz contempladas en este grupo de pacientes.

Material y métodos-Resultados-Conclusiones: El cáncer de mama hereditario explica aproximadamente un 5-10% del total de los casos de cáncer de mama. Un 15-20% de los casos siguen un modelo de agregación familiar y el resto se consideran esporádicos. Dentro de las causas hereditarias, hasta un 30% de los casos se explican por alteraciones germinales en los genes BRCA. Las indicaciones de estudio genético BRCA varían en función de la población seleccionada. La identificación de individuos portadores de mutaciones patológicas en estos genes es de enorme utilidad para el consultante y para sus familiares. Las opciones de manejo en estos pacientes, con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y de ovario, incluyen el seguimiento estricto y/o las cirugías profilácticas. Durante los últimos años se están desarrollando paneles multigénicos que incluyen diferentes genes implicados en múltiples síndrome de cáncer hereditario y que son objeto de controversia actual. La evaluación de individuos y/o familias con sospecha de síndrome de cáncer heredo-familiar debe ser realizada en consultas específicas dentro de un proceso informativo estructurado y multidisciplinar denominado Consejo Genético.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):49

Sobrediagnóstico radiológico en cribado

Cintora-León E.

Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Mama.
Cáncer.
Sobrediagnóstico.

Abstract

Justificación: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina, y la causa más frecuente de muerte por cáncer en este sexo. La detección de lesiones pequeñas a través del cribado de cáncer de mama mediante mamografía, ha sido uno de los hechos que más ha influido en la disminución de la mortalidad por esta enfermedad, y en la mejora por tanto de su pronóstico. A pesar de las múltiples evidencias científicas que apoyan la realización del *screening* mamográfico, existe mucha controversia respecto a lo que se consideran "efectos adversos". Esto se debe a que el *screening* mamográfico implica el estudio de mujeres sanas, y existen consecuencias inherentes al propio cribado, una de los cuales es el sobrediagnóstico.

Objetivo: Definir qué es sobrediagnóstico. Revisar los datos publicados desde el año 2000. Analizar la propuesta de nuevas estrategias de cribado

Material y métodos: Revisión de los estudios publicados en los últimos años, para analizar los efectos del *screening* mamográfico sobre la mortalidad por cáncer de mama y el sobrediagnóstico.

Resultados: Se define sobrediagnóstico, al diagnóstico de una enfermedad que sin cribado nunca se hubiera diagnosticado, y como se espera que dicho diagnóstico no cause la muerte, se trata innecesariamente. En los últimos años ha tomado especial relevancia el "sobrediagnóstico". Estudios observacionales recientes, publican altas tasas de sobrediagnóstico y bajas tasas de beneficio en términos de reducción de la mortalidad, lo cual estimula el debate.

Conclusiones: El diseño ideal para evaluar el sobrediagnostico no existe. El impacto social y económico que conlleva este hecho, nos obliga a plantear aspectos éticos, de planificación, así como la discusión del modelo de información y corresponsabilidad de los pacientes. Quizás es el momento de replantear la estrategia del cribado, para mejorar la efectividad del mismo.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):50

La radioterapia externa y la braquiterapia son una alternativa no quirúrgica, eficaz y bien tolerada, para los pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo

Eito C, Aylas K, Arruti M, Fernández R, Cacicedo J, Ensunza, P.

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Radioterapia externa.
Braquiterapia.
Cáncer de próstata de alto riesgo.

Resumen

Objetivo: Demostrar que el cáncer de próstata de alto riesgo puede tratarse de forma conservadora, administrando radioterapia externa +/- braquiterapia, siendo eficaz y bien tolerada. Durante los últimos 15 años se han producido tres grandes avances en el uso de la radioterapia de haz externo: (1) radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y radioterapia guiada por imagen, (2) escalada de dosis y (3) hormonoterapia. A pesar de que el grupo de pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo, es un grupo heterogéneo, se observó mayor incidencia de afectación ganglionar, esto unido a la existencia de falsos negativos en el diagnóstico anatomopatológico y radiológico, y la necesidad de administrar un tratamiento para evitar la aparición de metástasis y disminuir la tasa de supervivencia libre de enfermedad, hacen que estos pacientes puedan beneficiarse de un tratamiento de radioterapia externa sobre pelvis, combinado con braquiterapia en la próstata que permita hacer escalada de dosis, lo que se traduce en aumento significativo de control bioquímico y local y por tanto, beneficio en la supervivencia. Tal y como se ha demostrado en numerosos estudios, la adición del bloqueo hormonal a la radioterapia durante 2-3 años en este grupo de pacientes, ha demostrado incremento en la supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global, supervivencia libre de progresión bioquímica, supervivencia cáncer específica y disminución de eventos metastásicos a distancia. El hecho de que el adenocarcinoma de próstata se comporte como un tumor dosis-dependiente ha marcado un gran desarrollo en el tratamiento, por lo tanto la mejora de los resultados en los pacientes con CP, se consigue aumentando la dosis de irradiación a nivel local lo cual es posible a los avances tecnológicos de hoy en día.

Conclusiones: La radioterapia externa asociada a braquiterapia de alta dosis es la técnica que administra mayor dosis de irradiación a nivel prostático de la forma más conformada y modulada posible, con lo cual se disminuye enormemente el riesgo de complicaciones y efectos secundarios.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):51

Incidencia y tendencias recientes del cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi

Errezola M, Audicana C, López de Munain A.

Departamento de Salud y Consumo. Govierno Vasco

PALABRAS CLAVE

Incidencia del cáncer.
tendencias recientes del cáncer.
Comunidad Autónoma de Euskadi.

Resumen

Justificación/Objetivo: En 2010 se publicó un informe sobre "El cáncer en el País Vasco" en el que se incluía un estudio de incidencia del 2002 al 2006 y de la evolución del 1986 al 2006. El objetivo de esta comunicación es actualizar dicha información.

Material y métodos: Para la incidencia se han incluido todos los tumores malignos, excepto los tumores de piel no melanoma, diagnosticados en el quinquenio 2007-2011, y para la evolución los casos del periodo 2000-2011, utilizando la clasificación CIE-10. Se han calculado las tasas ajustadas por edad utilizando como referencia la población europea estándar. Para el análisis de la evolución se ha utilizado un modelo de regresión log-lineal que permite estimar el porcentaje de cambio anual y los puntos de inflexión, si los hubiere.

Resultados: La tasa ajustada por edad por 100.000 habitantes fue de 534,8 para los hombres y 304,1 para las mujeres, lo que da una razón de incidencia de 1,76. Las localizaciones más frecuentes son los tumores de colon-recto, próstata, pulmón y mama, que suponen el 50% del total. En los hombres el cáncer de próstata es el más frecuente (21%), seguido del cáncer de colon-recto (17%). En las mujeres, lo es el cáncer de mama (27%), seguido del cáncer de colon-recto (14%). En los hombres las tasas mayores se dieron en Bizkaia (540,1); en la mujeres, en Gipuzkoa (307,1). En cuanto a la evolución, en los hombres no se han producido cambios significativos, mientras que en las mujeres las tasas han aumentado significativamente un 1,3% anual.

Conclusiones: En el periodo 2000-2011 se han observado en la CAE aumentos significativos en las tasas de cáncer en varias localizaciones (por ej. cáncer de colon-recto en hombres, pulmón en mujeres), cambios que deberán se monitorizados con el objetivo de orientar los programas de prevención al control de estos cánceres.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):52

Manejo de la salud ósea en pacientes con cáncer de próstata

Fernández R, Arruti M, Eito C, Aylas K, Ensunza P.

Instituto Oncológico IMQ Bilbao. Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata.
Salud ósea.
Nuevos fármacos.

Resumen

Justificación: Los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata presentan un riesgo elevado de complicaciones óseas que provienen tanto de la naturaleza de la enfermedad como de la toxicidad del tratamiento para la misma.

Objetivo: El conocimiento de la incidencia de eventos óseos en las distintas fases de la enfermedad, los mecanismos fisiopatológicos de los que depende la salud ósea, sus vías de señalización y el mecanismo de actuación de los nuevos fármacos sobre éstas, nos permitirá utilizar la mejor estrategia preventiva y terapéutica.

Material y métodos: Se revisa los mecanismos de producción y la incidencia de las complicaciones óseas en relación con la enfermedad. La remodelación ósea es un proceso dinámico y continuo, bajo influencia hormonal, con descenso de actividad osteoblástica (menor formación de hueso nuevo) y aumento de la actividad osteoclástica (aumenta la tasa de resorción), lo que promueve la osteopenia / osteoporosis, en relación con la terapia hormonal para el cáncer de próstata. Prácticamente el 50% de los pacientes con cáncer de próstata presentará una complicación ósea en relación con la enfermedad o su tratamiento con un tiempo mediano hasta la aparición del primer evento de unos 11 meses, con el consiguiente impacto en la calidad de vida por aparición de hipercalcemia o fracturas patológicas vertebrales o no o compresión medular, con necesidad de cirugía ósea o radioterapia.

Resultados y conclusiones: Se presentarán las diferentes opciones terapéuticas, tanto desde el punto de vista farmacológico con especial énfasis en el papel de los bifosfonatos y de los nuevos inhibidores de RANKL como también los isótopos radiactivos de última generación y las nuevas técnicas quirúrgicas menos invasivas. El control de los eventos óseos en los pacientes con cáncer de próstata mejora su calidad de vida y su funcionalidad y en algunas situaciones hay tratamientos que prolongan la supervivencia.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):53

Tratamiento hormonal en cáncer de mama: adyuvancia y neoadyuvancia

Ferreiro-Quintana J.

Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao. Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Adyuvancia.
Neoadyuvancia.

Resumen

Se define adyuvancia como aquel tratamiento administrado tras la cirugía para reducir la tasa de recurrencia y aumentar la supervivencia. La neoadyuvancia es aquel tratamiento administrado de forma sistémica, antes del tratamiento local (preoperatorio). Se ha de definir la situación de las pacientes como pre o postmenopáusica. Serán menopáusicas aquellas mayores de 60 años, o las que son menores si se cumplen estos criterios: que presenten una oforectomía bilateral o no hayan presentado menstruación durante un periodo de 12 meses en ausencia de tratamiento con Tamoxifeno, quimioterapia o supresión ovárica. Es importante esta definición porque el origen de los estrógenos va a ser diferente en ambas circunstancias y por lo tanto también el tratamiento. En las premenopáusicas el origen de los estrógenos son los ovarios y en las postmenopáusicas el origen es otro como grasa, piel, musculo, hueso…, transformada por la enzima aromatasa. El tratamiento adyuvante en cáncer de mama localizado con receptores hormonales (+) en pacientes postmenopáusicas es Tamoxifeno (5 años) o Inhibidores de Aromatasa (5 años) o ambos en terapia secuencial (2 y 3 años). En el caso de utilizar Tamoxifeno (5 años) puede extenderse el tratamiento otros 5 años o añadir letrozol 5 años más. El tratamiento adyuvante en cáncer de mama localizado con receptores hormonales (+) en premenopausicas se realiza con Tamoxifeno +/- ablación ovárica. Tras 5 años de Tamoxifeno se puede continuar otros 5 años o cambiar por un Inhibidor de Aromatasa (5 años). La neoadyuvancia en cáncer de mama receptores hormonales (+) con tratamiento hormonal, lo utilizaremos fundamentalmente en pacientes postmenopáusicas, intentando aumentar la tasa de cirugía conservadora, observar la sensibilidad del tumor al tratamiento, valorar factores predictivos y pronósticos. Utilizaremos Tamoxifeno e Inhibidores de Aromatasa, sin haberse todavía determinado el tiempo a utilizar.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):54

Nuevas perspectivas en el tratamiento cáncer de próstata resistente a la castración

Galcerán JC.

Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata.
Resistente a la castración.
Nuevas persepectivas.

Resumen

El cáncer de próstata metastásico y que ha fallado al tratamiento hormonal se ha considerado durante muchos años un tumor quimio resistente. Estos dos hechos has cambiado en los últimos 11 años y se ha abierto un paradigma en el tratamiento de esta enfermedad. Actualmente cuando el cáncer de próstata metastásico falla a la primera línea hormonal este se denomina cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) ya que puede responder a otras maniobras hormonales . En el año 2004 se publicaron dos trabajos que cambiaron el concepto de la quimio resistencia en este tumor. Estos dos estudios se basaban en docetaxel y los dos demostraron una mejora de la supervivencia frente al esquema considerado estándar de mitoxantrona y prednisona. En los últimos cinco años han aparecido fármacos que han demostrado mejorar la supervivencia y el pronóstico de aquellos enfermos que han sido o no tratados con docetaxel. Estos fármacos incluyen desde vacunas, nuevas terapias hormonales, citostáticos hasta fármacos que actúan a nivel óseo. Me gustaría destacar que por problemas metodológicos estos nuevos fármacos se clasifican en función de la población en la que se ha realizado el estudio (sintomáticos / asintomáticos) y en función de si han recibido o no docetaxel. Los fármacos a comentar son los siguientes: Sipuleugel T, Acetato de Abiraterona, Enzalutamida, Cabazitaxel y Radium 223.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):55

Convivencia con el cáncer de próstata: alternativas en estadios avanzados

Gallardo-Díaz E.

Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari. Sabadell. Barcelona

PALABRAS CLAVE

Resistencia a castración.
Supervivencia.
Calidad de vida.

Resumen

Aproximadamente, un 10-20% de los hombres diagnosticados de cáncer de próstata (CPa) desarrollarán metástasis y evolucionarán a la resistencia a la castración. De ellos, un 85-90% presentarán metástasis óseas. Un hecho significativo es que durante la evolución de la enfermedad, incluso en la fase de resistencia a la castración, el CPa mantiene la dependencia hormonal mediante la activación del receptor androgénico (RA). En 2004, la quimioterapia con docetaxel demostró mejoría en la supervivencia. A partir de entonces, se ha clasificado la enfermedad en los escenarios, ciertamente arbitrarios, pre y post-docetaxel. A raíz de los resultados de diversos ensayos clínicos comparativos en los últimos años, disponemos en la actualidad de varios tratamientos, con mecanismos de acción diferentes, en ambos escenarios. Dos fármacos que interfieren en la vía del RA, abiraterona y enzalutamida, han demostrado beneficio en la supervivencia en sendos estudios comparándose con placebo, tanto en pacientes sin quimioterapia como en aquellos cuyo tumor ha empeorado después de recibir docetaxel. En esta situación, otro citostático, cabazitaxel, también demostró mejoría de la supervivencia en comparación con mitoxantrone. Debido a la frecuencia de afectación ósea, otra vía de investigación han sido los fármacos que actúan específicamente sobre el hueso. Dos fármacos han mostrado su utilidad en la prevención de complicaciones relacionadas con el esqueleto (CRE), denosumab y zoledronato, con mejor resultado para el primero en una comparación directa. Además, un radiofármaco emisor de radiación alfa, radium-223, ha demostrado no solo beneficio en la prevención de CRE, sino también mejoría en la supervivencia para pacientes pre y post-docetaxel. La existencia de diferentes perfiles de pacientes y de la diversidad de agentes terapéuticos disponibles, con diferencias de toxicidad, hace muy relevante afinar la elección y la secuencia de los mismos. Por último, considerando la naturaleza de la enfermedad, la calidad de vida de los pacientes debe ser una finalidad imprescindible del tratamiento. No pocos estudios incorporan la calidad de vida como uno de sus objetivos, con resultados favorables a los tratamientos.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):56

Ostomías digestivas de eliminación

García-Alonso P.

Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Colostomía.
Ileostomía.
Enfermería.

Abstract

Justificación: El creciente aumento de las patologías del intestino, sobre todo del cáncer colorrectal y que van a derivar en una ostomía.

Objetivo: Proporcionar conocimientos sobre las ostomías de eliminación digestivas y orientaciones sobre los cuidados de enfermería a las personas ostomizadas.

Método: Etimología de la palabra ostomía. Definición general de las ostomías de eliminación digestivas. Primeras referencias sobre las ostomías de eliminación digestivas. Definición de Colostomía. Definición de Ileostomía. Características de un estoma. Colostomías: indicaciones, tipos, procedimientos quirúrgicos, fisiología. Ileostomías: indicaciones, tipos, procedimientos quirúrgicos, fisiología. Cuidados de enfermería: proporcionar una atención integral e individualizada a la persona ostomizada y familia desde el preoperatorio, durante la hospitalización, al alta y posteriormente hasta que se adapte a su nueva forma de vida. Estos cuidados están basados en las recomendaciones de las guías de "Buenas prácticas clínicas en cuidados de la ostomía" y en la evidencia científica existente.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):57

Reconstrucción tras radioterapia y técnicas reconstructivas con microcirugía

García-Bernal FJ.

Instituto Regalado y Bernal. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Microcirugía.
Colgajo perforante.
Reconstrucción mamaria.

Resumen

Introducción: La acción de la radioterapia sobre los tejidos es causa de una elevada tasa de complicaciones en la reconstrucción de mama con técnicas protésicas. De ahí que en pacientes sometidas a radioterapia, la reconstrucción con tejido autólogo sea considerada como el procedimiento de elección. Por otro lado, el aporte de tejido vascularizado mejora las condiciones locales y, si bien un primer momento aumenta la morbilidad del proceso reconstructivo, a largo plazo evita las complicaciones derivadas de la radioterapia, como la contractura capsular alrededor de la prótesis o los trastornos en la ciactrización de las heridas. Si bien en la actualidad existen distintas técnicas autólogas, las microquirúrgicas están consideradas como las que mejor calidad de reconstrucción ofrecen al reducir reducir la morbilidad inherente a la reconstrucción autóloga, con un excelente resultado estético. Los colgajos microquirúrgicos de perforante más habitualmente empleados son el colgajo DIEP basado en la arteria epigástrica profunda inferior, el colgajo SGAP basado en la arteria glútea superior y el colgajo TMG basado en la arteria perforante del músculo gracilis.

Conclusión: En nuestra opinión los colgajos de perforante constituyen una excelente opción reconstructora tras radioterapia. Su vascularización permite cambiar las condiciones tisulares locales con una mínima morbilidad. No obstante, hay que tener en cuenta que técnicamente son complejos, y que existe más riesgo de complicaciones vasculares debido a la radioterapia.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):58

Paciente urostomizado: y ahora... ¿qué?

García-Cendón R.

Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Urostomizado.
Estomaterapeuta.
Cuidados.

Resumen

El tratamiento de una enfermedad oncológica en urología pasa en muchas ocasiones por una derivación urinaria con la creación de una ostomía. Esto, que puede derivar en la desaparición de la enfermedad de base, constituye un gran impacto en el paciente, tanto a nivel físico como psicológico, que hace tambalear todos los valores de la persona y cuestionarse su existencia vital. Por ello, es fundamental la existencia de una persona experta en ostomías que dé cobertura de manera integral e individualizada al paciente urostomizado: el/la estomaterapeuta. El estomaterapeuta tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente urostomizado, informarle, formarle y asesorarle para que pueda normalizar su vida lo antes posible, detectar y prevenir posibles complicaciones, así como servirle de guía y apoyo en todo el proceso Su existencia debería ser condición "sine qua non "en aquellos casos en la que la solución o tratamiento a una enfermedad pasa por la creación de un estoma y estar integrado dentro de un equipo multidisciplinar en el que el objetivo común es curar con dignidad de vida a un paciente gravemente afectado.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):59

Cirugía endoscópica transanal. TEM

García-González JM, Agirre-Etxabe L, Cervera J, Moreno T, Lamíquiz A, Colina A.

Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cirugía endoscópica transanal.
Cáncer rectal.
Escisión total del mesorrecto.

Resumen

En los años 80, Buess diseñó la Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM) como una alternativa a otras técnicas quirúrgicas mucho más agresivas para el tratamiento de lesiones rectales. A pesar de sus resultados, sin embargo, por distintos motivos (elevado coste, curva de aprendizaje larga y específica,...) no alcanzó inicialmente una gran difusión. Posteriormente, y basado en los mismos fundamentos surgió el TEO (Transanal Endoscopic Operation) que utiliza una óptica de laparoscopia; y en los últimos años, con el desarrollo del concepto de la cirugía NOTES y el puerto único, ha aparecido el TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery). Todos ellos permiten realizar la cirugía endoscópica por vía transanal. Nadie discute ya la utilización de este abordaje como la vía de elección para tratar determinados tumores de recto (adenomas y carcinomas cT1N0). Todavía en estudio se encuentra la posibilidad de tratar tumores más avanzados de recto T2-T3 tras neoadyuvancia con respuesta completa y resección de la cicatriz residual, aunque los primeros resultados parecen prometedores. Puede también ofrecer este tipo de cirugía un tratamiento de carácter paliativo en estadios III y IV con una mínima agresión quirúrgica. En los últimos meses ha alcanzado gran importancia la escisión total del mesorrecto por vía transanal, que permitiría una visualización directa del margen distal y un margen radial más exacto (sobre todo en la cara anterior); y evitaría la sección del recto por vía laparoscópica, que en ocasiones es fuente de problemas. Un paso más, dado por muy escasos grupos y con indicaciones muy concretas, es la cirugía de los tumores rectales mediante NOTES puro con un abordaje exclusiva y completamente por vía transanal. En esta presentación queremos mostrar este amplio espectro que supone la cirugía endoscópica transanal para el tratamiento del cáncer rectal junto con la serie TEO del Hospital Universitario Cruces.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):60

Programa de rehabilitación en paciente oncológico en fase final de la vida en una unidad de Cuidados Paliativos

García-Ortiz MM, Riaño-Zalbidea V.

Hospital Gorliz . Servicio Vasco Salud-Osakidetza. Gorliz. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Programa de rehabilitación.
Cuidados paliativos.
Paciente oncológico.

Resumen

Introducción: Desde los objetivos generales en Cuidados Paliativos buscamos mejorar la calidad de vida, controlando los síntomas. Paciente y familia son considerados una unidad a cuidar, respetando sus valores y decisiones. Siendo nuestra labor sumatoria entre los diferentes profesionales y siempre afirmando la vida y respetando la muerte. La incorporación de profesionales de otras disciplinas conlleva buscar formas diferentes de actuación y variando la actividad previa establecida. El modelo de interdisciplinaridad enriquece al conjunto y optimiza las posibilidades, en un claro sinergismo.

Objetivos: En 2012, en el proceso de mejora continua de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Gorliz, se perfilo un nuevo proceso en su actividad. Existe evidencia científica que avala la importancia de la Rehabilitacion como parte esencial dentro de los cuidados paliativos en el manejo integral de los pacientes con enfermedad avanzada y su familia. El objetivo global de este proceso es el confort a través de la mejoría de los síntomas y de la funcionalidad, mediante un modelo educativo. En la presentación daremos a conocer el proceso con los protocolos de actuación rehabilitadora dentro de nuestra unidad.

Material y métodos: Todo paciente oncológico ingresado es valorado conjuntamente y se aplican los criterios de inclusión en el programa con información de objetivos a paciente y familia. Se aplicaran los protocolos de tratamiento en función del estado cognitivo del paciente e inicia las sesiones a las 24 horas a lo largo de tres días consecutivos impartidas por el fisioterapeuta adscrito al proceso. Finalmente se realiza una evaluación del proceso mediante la incorporación de encuestas específicas, con valoración de resultados y aplicación de mejoras.

Conclusión: La rehabilitación es una parte importante dentro de los cuidados integrales del paciente oncológico en cuidados paliativos. El trabajo debe ser interdisciplinar. Importancia de implementación de procesos específicos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):61

Terapia alternativa: mitos y realidades

Gil-Lemus MA.

Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer.
Terapias alternativas.
Neurociencias.

Resumen

Introducción: La evidencia científica es uno de los pilares sobre los que se asienta la medicina moderna. Sin embargo, asistimos a un auge de las pseudociencias y muchos pacientes con enfermedades graves acuden a ellas.

Objetivo: El objetivo de la ponencia es analizar las afirmaciones, que desde las diferentes medicinas alternativas, propugnan que pueden ayudar al paciente con cáncer, y dotar a éste de herramientas críticas, para analizar dichas afirmaciones.

Resultados: El número de terapias alternativas que propugnan curar o ayudar a pacientes con cáncer es amplio y diverso. Muchas de ellas tienen características comunes, como explicar un problema complejo de manera sencilla, proponer una solución única y milagrosa sin aportar pruebas independientes y rigurosas, proponer mecanismos de acción sin base fisiológica, criticar la medicina convencional como aliada de intereses comerciales y con lenguaje sencillo empatizar con el paciente. Se analiza la homeopatía basada en la creencia de la memoria del agua y la no presencia de principio activo en las diluciones infinitesimales. Las bases y el origen de la medicina orteomolecular y cómo ha llegado hasta nuestros días. El valor nulo de las dosis altas de vitamina C aen el tratamiento del cáncer. Los estudios de Otto Warburg sobre la utilización de oxigeno por parte de las células cancerosas, y la interpretación errónea de los mismos, que ha dado lugar a pseudoterapias peligrosas como la oxivenoterapia. Se analiza también, el papel negativo de los antioxidantes y la imposibilidad de que ninguna sustancia externa acidifique o alcalinice el entorno celular. Se comentan las evidencias de la fitoterapia, la falta de ensayos clínicos que avalen muchas afirmaciones y la posibilidad de interacciones y efectos secundarios, principalmente hepáticos.

Conclusiones: Debemos de escuchar y explicar al paciente los fundamentos y/o riesgos de las terapias alternativas, ante el auge de las mismas.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):62

Atención psicosocial a personas con enfermedades avanzadas y a sus familiares

Gómez-Cañedo J, Gandiaga A, Ruda P, Santisteban I, Becerra I.

Área de Cuidados. Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. Santurtzi. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Psicosocial.
Enfermedad avanzada.
Duelo.

Resumen

En 2008 el hospital San Juan de Dios de Santurtzi inició programa atención psicosocial en el marco del programa a nivel nacional promovido por la Obra Social La Caixa. La atención psicosocial es un componente indispensable de la atención integral a las personas con enfermedades avanzadas y a sus familiares. Su campo de actuación incluye el estudio formal, la comprensión y el tratamiento de los aspectos sociales, psicológicos, emocionales, espirituales, de calidad de vida y funcionales de las enfermedades avanzadas y terminales, todo ello a lo largo de la evolución de la enfermedad desde la prevención hasta el duelo. Principios de la intervención a. Forma parte del cuidado integral de las personas con enfermedades avanzadas y sus familias. b. El enfermo y la familia es la unidad básica de atención psicosocial. c. Los pacientes y familiares deben ser informados y tener acceso a los servicios de atención psicosocial que la institución dispone. d. Los profesionales en su intervención deben respetar la dignidad e integridad del individuo. e. Participa de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad. f. Debe estar disponible a lo largo de todas las fases o estadios de la enfermedad. g. Los aspectos psicológicos y sociales deben ser valorados por el equipo asistencial a través de instrumentos de evaluación breves (escalas análogas visuales) e indicadores de riesgo y/o necesidades sociales. h. La práctica debe estar basada en la evidencia y sujeta a posibles cambios para aumentar su efectividad. i. La formación continuada e investigación por parte de los miembros del equipo psicosocial son dos componentes esenciales para la práctica asistencial. Resultados Atendidos 2013 EAPS Santurtzi: 419 pacientes y 492 familiares. A nivel estatal 13.592 pacientes y 18.907 familiares. Desde su inicio en noviembre 2008 se han atendido 128. 568 personas.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):63

Cirugía robótica colorrectal

Gómez-Ruiz M, Alonso-Martín J, Cagigas-Fernández C, Martín-Parra JI, Castillo-Diego J, Gómez-Fleitas M.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE

Cáncer de recto.
Cirugía robótica.
Cirugía laparoscópica.

Resumen

Justificación: La cirugía robótica colorrectal se encuentra en pleno desarrollo. Una de las principales indicaciones de la misma es el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal y, en concreto, el de pacientes con cáncer de recto medio/bajo. Además, actualmente es aún escasa la evidencia científica acerca de los beneficios de su uso.

Objetivo: Analizar el papel de la cirugía robótica en el tratamiento del cáncer colorrectal.

Material y métodos: El programa de cirugía robótica colorrectal del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha tratado hasta la fecha más de 400 pacientes. Presentamos un análisis retrospectivo de los pacientes tratados por cáncer de recto con esta tecnología hasta julio de 2013 y comparamos nuestros resultados con los pacientes que tratamos hasta 2010 mediante laparoscopia convencional. Se analizan las variables de recuperación postoperatoria, así como los resultados anatomopatológicos, oncológicos y económicos del proceso.

Resultados: Entre 2005 y 2013 se intervinieron un total de 153 pacientes mediante resección mayor laparoscópica por cáncer de recto en nuestro centro. 62 se intervinieron mediante cirugía laparoscópica y 91 mediante robótica. No se observaron diferencias entre los grupos analizados en características de población o tumor. En el grupo de cirugía robótica se realizó un menor número de estomas con menor estancia y morbilidad. En el tercio inferior del recto los resultados oncológicos fueron superiores con menor recidiva local en el grupo robótico. El coste económico por paciente considerando las complicaciones postoperatorias fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: La cirugía robótica colorrectal presenta en nuestro centro mejores resultados postoperatorios respecto a la laparoscopia convencional con mejores resultados oncológicos en el tercio inferior del recto. Estos mejores resultados no implican un mayor coste del proceso.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):64

Promoción de la salud para la prevención y tratamiento de las personas con cáncer

Grandes-Odriozola G.

Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Promoción, prevención, tratamiento.
Cáncer.
Hábitos saludables.

Resumen

Introducción: La aparición del cáncer puede compararse, así lo han hecho los científicos, a sufrir un accidente de tráfico del que la mayoría de las veces no somos culpables. Cuantos más kilómetros, cuantas más divisiones celulares, mayor riesgo de accidente o de que ocurran mutaciones cancerosas. Aun así, hay muchos aspectos del conductor, del coche y de la carretera que aumentan o disminuyen dicho riesgo. Hoy en día sabemos que una gran proporción de todos los cánceres podrían evitarse, llevando una alimentación de tipo mediterráneo, haciendo al menos media hora de ejercicio diaria, evitando el tabaco, el alcohol y ciertas infecciones. Para cada uno de nosotros estos son los factores que están bajo nuestro control a la hora de reducir nuestro riego de padecer un cáncer.

Métodos y resultados: La revisión de la literatura científica constata que el tabaco causa al menos el 30% de todos los cánceres: pulmón (80%), faringe, laringe, boca, nariz, esófago, estómago, páncreas, riñón, vejiga, cuello uterino, ovarios, colon y leucemia. El alcohol causa cáncer de boca, garganta, esófago, hígado, colon, páncreas y mama. Las personas físicamente activas tienen un riesgo 30% menor de cáncer de colon o mama y probablemente de endometrio, ovario o pulmón. Aproximadamente el 10% de todos los cánceres se asocian a la alimentación, fundamentalmente a comer menos de cinco frutas y verduras diaria.

Conclusiones: No solo en la prevención del cáncer, los mismos hábitos saludables juegan un papel fundamental para controlar el impacto de esta enfermedad cuando aparece. De igual modo que moderar la velocidad, usar el cinturón o disponer de airbags disminuye el impacto de un accidente cuando ocurre, hacer ejercicio de forma regular, comer sano y evitar tóxicos mejorará nuestra calidad de vida y nuestro pronóstico cuando tengamos que afrontar esta enfermedad. Por todas estas razones y otras muchas más, Osakidetza ha puesto en marcha el programa Prescribe Vida Saludable (PVS) cuyo objetivo es integrar la promoción de los hábitos saludables en la atención diaria que prestan los profesionales de sus centros de salud.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):65

Exposición a sílice y cáncer: evidencias: perspectivas para el *screening*

Guisasola A.

Osalan-Instuto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

PALABRAS CLAVE

Sílice.
Cáncer de pulmón.
Screening.

Resumen

Justificación: En 1997 la IARC clasificó la sílice como cancerígeno pulmonar en humanos en el Grupo 1. Desde entonces ha existido controversia sobre esta afirmación, y se discute sobre la necesidad de sufrir silicosis previa al desarrollo del cáncer de pulmón. Por otra parte, los recientes avances sobre el screening del cáncer de pulmón plantean dilemas sobre su aplicación.

Objetivo: Describir el estado actual de los conocimientos a través de estudios de revisión y síntesis de la evidencia sobre la relación entre sílice y cáncer de pulmón, y realizar un repaso sobre las perspectivas del screening del cáncer de pulmón.

Material y métodos: Resumen del anexo metodológico del "Protocolo de vigilancia de la salud de los trabajadores: silicosis y otras neumoconiosis", de Osalan, y de la "Síntesis de la evidencia científica relativa al riesgo de sufrir cáncer de pulmón por la exposición laboral a sílice cristalina". Resumen de evidencias, guías y recomendaciones sobre screening de cáncer de pulmón publicadas desde agosto de 2011.

Resultados: El exceso de riesgo de cáncer de pulmón asociado a la exposición acumulada a sílice aumenta con dicha exposición: 22%, a niveles de 1 mg/m3-años, y 84%, a niveles de 6 mg/m3-años. Esta relación exposición-respuesta se presenta a partir de un umbral de exposición estimado en 1,84 mg/m3- años. La guía NCCN incluye factores laborales entre los criterios de aplicación, pero otras como la de USPTF no. El costo de 1 año de salud perfecta sería aproximadamente 81.000 dólares.

Conclusiones: El efecto cancerígeno pulmonar de la sílice se confirma, pero la evidencia aun no permite responder si es preciso sufrir silicosis para el desarrollo del cáncer. El costo del screening es inferior al umbral actualmente aceptado para este tipo de actividades.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):66

Laparoscopia: protocolo y recomendaciones en el cáncer de colon

Gutiérrez-Muñoz MI, Blázquez-Villaescusa E, Campo-Loredo J.

Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cáncer.
Colon.
Laparoscopia.

Resumen

Introducción: Actualmente, la cirugía laparoscópica es considerada la vía de abordaje recomendada siempre que se tengan en consideración determinadas pautas de actuación Aunque la aparición de implantes ya estaban descritos en cirugía abierta, es con el desarrollo de la cirugía laparoscópica oncológica cuando los primeros resultados arrojan un alto número de implantes en pared abdominal. Por este motivo, se comenzaron a realizar estudios aleatorizados y multicéntricos en varias especialidades y diversas patologías.

Objetivos: La realización de una serie de pautas preventivas, ha llevado a disminuir la aparición de dichos implantes, en las que el equipo quirúrgico tiene una implicación directa.

Material y métodos: Siguiendo las pautas de prevención consensuadas por la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica (EAES) en Niza en el año 2000,en el Hospital de Basurto iniciamos un estudio prospectivo en pacientes con patología maligna colorrectal, con el fin de realizar un control de implantes metastásicos y conseguir minimizar la aparición de los mismos. Actualmente, en nuestro hospital se ha generalizado el uso de estas medidas de prevención, tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica.

Resultados: 535 pacientes con cáncer de colon y 147 con cáncer de recto con una incidencia de 4 CASOS (0,58 %) de metástasis en pared abdominal La incidencia de implantes en pared abdominal se minimiza con la aplicación rigurosa de estas pautas, por lo que debemos considerar normas básicas en toda la cirugía oncológica y deben ser conocidas y protocolizadas por todo el equipo quirúrgico.

Conclusiones: La formación y actuación de la enfermería es indispensable para seguir dicha protocolización. Basar, por tanto, nuestra actuación en seguridad, formación y rigor para disminuir la incidencia de estos implantes, que están directamente relacionados con la falta de formación y de aprendizaje de los equipos quirúrgicos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):67

Valoración de los márgenes quirúrgicos en la cirugía conservadora

Imaz I, Barredo I.

Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao. Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Margen.
Positivo.
Próximo.

Resumen

La terapia conservadora de mama (cirugía conservadora seguida de radioterapia) es hoy en día el tratamiento de elección para estadios precoces del cáncer de mama. Es importante determinar el estado de los márgenes quirúrgicos, ya que tiene marcada influencia en la recidiva local. Su valoración se puede realizar en el mismo acto quirúrgico o de forma diferida, generalmente por examen de cortes radiales. No obstante, no existe un método estándar. Un margen positivo se define, según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de 2014, como la presencia de tinta en la superficie de un cáncer infiltrante o un carcinoma intraductal, lo que implica una resección potencialmente incompleta y un incremento de al menos el doble de la recidiva local. Este riesgo de recidiva no se reduce con el uso de radioterapia, terapia endocrina o quimioterapia. Existe controversia sobre la cantidad óptima de tejido normal que debería rodear al tumor para minimizar el riesgo de recidiva. Sin embargo, no hay evidencia de que un margen de resección de tejido normal mayor que la ausencia de tinta disminuya la tasa de recidiva local. En caso de que los márgenes se encuentren libres se recomienda medir la distancia al margen quirúrgico más cercano, evitando el empleo de términos subjetivos. No se benefician de márgenes quirúrgicos superiores las pacientes jóvenes, los tipos histológicos de cáncer más agresivos, los carcinomas lobulillares infiltrantes, ni los cánceres con extenso componente de carcinoma intraductal, siempre que se hayan resecado todas las microcalcificaciones sospechosas. Sin embargo, existen circunstancias en las que unos márgenes negativos pueden justificar una re-escisión, por ejemplo cuando existen discrepancias entre la radiografía y la anatomía patológica, o cuando hay focos de carcinoma infiltrante o intraductal cerca de múltiples márgenes.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):68

Mastectomía reductora de riesgo

Jul-Vázquez C.

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama hereditario.
Reconstrucción de mama.
Mastectomía reductora de riesgo.

Resumen

Las pacientes con riesgo elevado de padecer un cáncer de mama (mutaciones BRCA 1,2) tienen tres posibilidades de actuación para cambiar la evolución (diagnóstico precoz) o disminuir los riesgos de su aparición y mejorar la supervivencia. 1- estar sometidas a una vigilancia y control estricto mediante exploración y pruebas complementarias como la mamografía, ecografía y resonancia magnética desde una temprana edad, alrededor de los 25 años. 2- tratamiento preventivo con tamoxifeno o raloxifeno 3- someterse a cirugía, mediante una salpingooforectomía bilateral y/o una mastectomía subcutánea bilateral La mastectomía subcutánea bilateral disminuye en un 90% las posibilidades de padecer un cáncer de mama en pacientes portadoras de la mutación BRCA 1,2. Esta mastectomía lleva implícita la reconstrucción inmediata de ambas mamas y a pesar de ello debe de valorarse muy bien a estas pacientes ya que la intervención cuenta con un porcentaje importante de complicaciones tanto físicas (fallo en la reconstrucción o necesidad de varias cirugías...), como psicológicas (no aceptación de la imagen corporal). En el lado positivo contaríamos con el efecto psicológico que supone la disminución del miedo a sufrir cáncer de mama en el futuro. La reconstrucción puede hacerse con tejido autologo o bien mediante prótesis eligiendo en cada paciente un tratamiento individualizado que mejor se ajuste a sus características.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):69

Cáncer de colon hereditario: ¿podemos prevenirlo?

Lastra-Aras E.

Hospital Universitario de Burgos. Burgos

PALABRAS CLAVE

Cáncer de colon hereditario.
Estudio genético.
Prevención.

Resumen

Justificación: El 5% a 6% de todos los cánceres colorrectales se asocia a mutaciones germinales en genes de predisposición hereditaria a cáncer. La identificación de individuos con síndromes hereditarios de cáncer colorrectal permite ofrecer intervenciones para prevenir el desarrollo de cáncer.

Objetivos: Establecer las recomendaciones sobre prevención, cribado, estudios genéticos, tratamiento y manejo clínico de personas con síndromes hereditarios de cáncer de colon.

Material y métodos: Revisión basada en la evidencia de la literatura médica relacionada con las bases genéticas, manifestaciones clínicas, diagnóstico, prevención y tratamiento los tres principales síndromes hereditarios de cáncer de colon: síndrome de Lynch (LS), poliposis adenomatosa familiar asociada a APC (PAF), poliposis adenomatosa asociada a MUTYH (MAP).

Resultados y conclusiones: Las detección de mutaciones germinales en genes de predisposición hereditaria a cáncer colorrectal confirma el diagnóstico de los síndromes hereditarios de cáncer de colon, permite establecer el riesgo de cáncer e identificar a los familiares con riesgo. En síndromes sin un fenotipo reconocible, la indicación del estudio genético requiere un proceso previo de toma de decisiones. La colonoscopia periódica reduce el riesgo de cáncer colorrectal en LS. El cribado endometrial en LS no tiene probada su eficacia. La histerectomía más doble anexectomía reduce el riesgo de cáncer ginecológico en mujeres con LS, aunque no se ha demostrado impacto en reducción de mortalidad. La proctocolectomía total con anastomosis íleo-anal y reservorio ileal (IPAA) es el tratamiento adecuado de los pólipos de colon para prevenir el cáncer colorrectal en PAF, la colectomía total con anastomosis íleo-rectal (IRA) es una alternativa en pacientes seleccionados. El seguimiento de manifestaciones extracolónicas (tumores desmoides, poliposis duodenal) es importante en PAF. En MAP, se puede prevenir el cáncer colorrectal con resección endoscópica de pólipos, aunque en ocasiones es necesario indicar IPAA o IRA. Se recomienda el seguimiento de poliposis duodenal en MAP.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):70

Treatment of cancer pain

De León-Casasola, ÓA.

Roswell Park Cancer Institute. Buffalo. Nueva York (EE. UU.)

PALABRAS CLAVE

Cancer.
Pain control.
Pharmacological therapy.

Abstract

Cancer pain is the result of cancer growth in human tissues, or the pain produced by any of the therapies implemented to treat it. The ideal management starts with a thorough assessment via history and physical examination, as well as the judicious use of diagnostic testing to try to define the pathophysiological components involved in the expression of pain to implement optimal analgesic therapy. Adequate pain control can be achieved in the great majority of patients with the implementation of an aggressive pharmacological treatment with the use of opioids and adjuvants. With the implementation of these strategies, 90-95% of the patients may achieve adequate pain control. Consequently, 5-10% of patients will need some form of invasive therapy. Thus, when following specific guidelines, the great majority of patients with cancer related pain may expect adequate pain control in the 21st century. Control of pain and related symptoms is a cornerstone of cancer treatment, as it promotes an enhanced quality of life, improved functioning, better compliance and a means for patients to focus on those things that give meaning to life. In addition to their salutary effects on quality of life, mounting evidence suggests that good pain control influences survival. The lecture will describe the nuances of implementing pharmacological therapy in these patients.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):71

Hematuria macroscópica; factores epidemiológicos. Sospecha de tumor vesical: ¿qué hacer?

Llarena-Ibarguren R.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer vesical.
Hematuria macroscópica.
Supervivencia.

Resumen

La presencia de sangre en la orina comienza a ser visible a partir de 100 eritrocitos por campo. A pesar del dramatismo con el que el paciente vive un episodio de este tipo, hay que saber que tan solo 1 centímetro cúbico de sangre es capaz de teñir un litro de orina. Es preciso el diagnostico de cualquier paciente que ha presentado hematuria, aunque ésta sea recortada y limitada en el tiempo, y tan solo se haya manifestado en 1 ocasión. Hay que considerarlo signo y síntoma de alarma.

Aparte de una correcta exploración física y de unos adecuados análisis sanguíneos y urinarios, deberemos en primer lugar, descartar cualquier forma de falsa hematuria, sobre todo la provocada por fármacos y diversos pigmentos contenidos en los alimentos.

En la actualidad la ecografía es el método diagnostico básico y el primero que hay que realizar ante una hematuria. La TAC urografía y/o la UroRMN deberán completar el diagnóstico. El diagnóstico mediante citología urinaria cuando no vemos lesiones macroscópicas, así como la cistoscopia serán obligadas en estos casos.

En nuestro medio el cáncer vesical es el primer diagnóstico en el que pensamos ante una hematuria, sobre todo en presencia de ciertos antecedentes, entre los que destaca el hábito tabáquico.

Supone el 5º tumor en la Unión Europea, afectando 5 veces más al varón. Se estima una incidencia de 27 casos por 100.000 habitantes en varones, mientras que en mujeres tan solo 5 casos por 100.000 habitantes. El 75% aparece en personas mayores de 65 años.

Entre el 75 y el 85% de los tumores serán superficiales, asequibles a tratamientos endoscópicos, junto a quimioprofilaxis endovesical. El resto, 15-25%, serán de inicio tumores infiltrantes, que requerirán por lo general cirugía radical vesical y posterior derivación urinaria.

De un diagnóstico de sospecha, de un correcto tratamiento y de un adecuado seguimiento, podemos obtener elevadas tasas de supervivencia global y cáncer específica.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):72

Tratamiento de la enfermedad metastásica sensible a castración

Llarena-Ibarguren R.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Próstata.
Metástasis.
Hormonoterapia.

Resumen

El papel terapéutico hormonal en el cáncer de próstata se debe a Charles Huggins, ganador del premio Nobel de Medicina en 1966, demostrando que la castración quirúrgica o la administración de estrógenos producía un beneficio en los pacientes, demostrando el papel hormonal en el desarrollo del cáncer prostático. Posteriormente y más reciente en 1977, A Schally recibió también el premio Nobel por descubrir el papel de las hormonas proteicas en el eje hipotálamo-hipofisario, pudiendo mediante ciertos fármacos, manipular dicho eje, reduciendo a mínimos la cantidad de testosterona circulante. La hormonoterapia actual para hacer frente al cáncer prostático metastásico se basa en la castración química, no considerándose la castración quirúrgica por diferentes y obvios motivos. Esta se consigue mediante la administración periódica de análogos de lhrh que estimulan el hipotálamo hasta lograr su saturación y el cese de la producción de LH y FSH por parte de la hipófisis, logrando no estimular la secreción de testosterona. Existen varias moléculas como goserelina, triptorelina, leuprolerina y buserelina, cada uno con sus diferentes modos de administración. Dado que, de los niveles totales de testosterona, el 90% provienen del testículo, y estos quedan neutralizados con los análogos de lhrh, pero que queda un 10% producido en la glándula suprarrenal, debemos saber que éstos los debemos neutralizar mediante el uso de antiandrógenos periféricos, empleando en la actualidad los de tipo no esteroideo como flutamida y bicalutamida. En la actualidad están establecidos diferentes modos de empleo de lo que conocemos como bloqueo androgénico, análogos de lhrh con o sin antiandrógenos. Podemos indicarlo en forma inmediata o diferida tras el diagnóstico, así como de manera continua o intermitente, en aras de mantener en mejores condiciones y durante más tiempo al paciente con un correcto control de su cáncerhay focos de carcinoma infiltrante o intraductal cerca de múltiples márgenes.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):73

El patólogo, médico invisible

López-Fernández de Villaverde JI.

Jefe de Servicio y profesor titular de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces - Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Anatomía patológica
Diagnóstico.
Pronóstico.

Resumen

La visibilidad del patólogo en nuestra sociedad es mínima y equivocada. La inmensa mayoría de los pacientes y familiares creen equivocadamente que deben el diagnóstico de su enfermedad al médico que les atiende en la consulta. La conferencia comienza con un recuerdo histórico de la época en la que los patólogos estaban en la cumbre del pensamiento médico-científico y eran personajes respetados y admirados socialmente, sigue narrando los hechos que han llevado a la modernización de la especialidad, y acaba reconociendo el escaso peso mediático de la misma. Por el camino se pormenoriza con ejemplos prácticos la verdadera importancia del patólogo en nuestros hospitales con la intención de llevar al conocimiento de la población general quien es la persona profesional que está detrás del diagnóstico de su enfermedad. El patólogo pone el nombre y los apellidos a la enfermedad del paciente en la inmensa mayoría de los casos. Pero no solo eso; el patólogo es el especialista que más datos aporta para establecer el pronóstico de la enfermedad de un paciente y es, asimismo, el que dice si determinados tratamientos harán o no efecto en el enfermo, y por lo tanto, si se deberán administrar o no para evitar efectos secundarios no deseados sin beneficio terapéutico y a costa de un gran gasto. Por último, el patólogo evalúa cual ha sido el efecto que ha tenido el tratamiento en la enfermedad del paciente. El ejemplo probablemente mejor es el del cáncer de mama. Una paciente con cáncer de mama recibirá tratamiento con trastuzumab sólo si sus células cancerosas muestran amplificación del gen HER2, ya que el tratamiento se ha demostrado totalmente ineficaz en aquellos casos sin amplificación del gen. Pues bien, el médico que dice si existe o no la amplificación de HER2 es el patólogo.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):74

Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz

Machado V, Santisteban I.

Área de Cuidados. Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. Santurtzi. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Sobrecarga del cuidador
Enfermedad crónica.
Apoyo emocional.

Resumen

Justificación: La enfermedad crónica supone un acontecimiento vital tanto para la persona que lo padece como para los familiares que le procuran los cuidados necesarios, originando en ocasiones el Síndrome del Cuidador. El apoyo que desde las instituciones sanitarias brindamos es relevante para evitar riesgo de claudicación familiar y emocional en los cuidadores. "Cuidando Contigo, Zurekin Zainduz" pretende ser una herramienta de resiliencia para los cuidadores.

Objetivos: 1. Mejorar la calidad de atención en el acompañamiento y cuidado al enfermo mediante el aprendizaje de las habilidades necesarias por parte de los familiares, cuidadores y/o voluntarios en el cuidado durante la enfermedad crónica avanzada, el final de la vida y en el afrontamiento de la pérdida. 2. Divulgación de la filosofía y praxis en cuidados paliativos.

Metodología: 1. Orientación telefónica y/o mediante consulta externa. 2. Página web con posibilidad de consulta vía e-mail y secciones de "Documentación", "Enlaces de interés", "Preguntas frecuentes" y "Noticias". 3. Realización de aulas formativas para cuidadores, voluntarios y profesionales, incluyendo participación en medios de comunicación impresos, digitales y audiovisuales. 4. Integración en otros dispositivos y servicios del hospital.

Resultados: En el último año, 1.200 personas se han beneficiado del programa a través de consultas telefónicas, consultas presenciales, incorporación de usuarios en los diferentes dispositivos de atención del centro y a través de charlas formativas y de divulgación. En cuanto a la presencia en Internet, se han contabilizado 1.250 accesos a la página web y, con su reciente aparición en la red social Facebook, ha conseguido 112 seguidores.

Conclusiones: Los resultados obtenidos avalan el programa "Cuidando Contigo, Zurekin Zainduz" como apoyo práctico a cuidadores a través de los diferentes recursos del hospital.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):75

Investigación traslacional en neurooncología

Matheu A, Aldaz P, Samprón N, Arévalo N, Ruiz I, Egaña L.

Instituo de Investigación Sanitaria BioDonostia. Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea. San Sebastián

PALABRAS CLAVE

Tumor cerebral
Tratamiento.
Biomedicina personalizada.

Resumen

El cáncer constituye por su prevalencia y morbimortalidad una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en la sociedad. Los tumores originados en el cerebro representan el 2% del total de casos, sin embargo corresponden al 9% de las muertes relacionadas con cáncer. El glioblastoma es el tumor cerebral primario más frecuente y maligno en adultos y es incurable en la actualidad. Desde la perspectiva global del cáncer humano, observamos que la importancia del glioblastoma no se debe tanto a su tasa de incidencia, sino a su notable tasa de mortalidad cercana al 100% en los tres primeros años tras el diagnóstico. El tratamiento de los tumores cerebrales debe ser entendido como una actividad multidisciplinar de un grupo de especialistas al servicio de los pacientes que funcione de forma coordinada. En el año 2012, el Hospital Donostia, conjuntamente con el Instituto de Investigación Biosanitaria Biodonostia propulsó la formación del Programa de Investigación Traslacional en neuro-oncología que cuenta con el comité de neuro-oncología del Hospital (constituido por especialistas en neurocirugía, neurología, neuroradiología, anatomía patológica, oncología médica, radioterápica y farmacia), el grupo de investigación del Instituto Biodonostia, así como representantes del Oncológico, Osatek SA y UPV/EHU. El objetivo de este programa es incorporar de forma progresiva los avances reales que se producen en cada especialidad, haciendo del tratamiento de los tumores cerebrales un proceso en continua mejoría. El Programa está centrado en investigar los motivos del pronóstico tan severo asociado a los tumores cerebrales que son: 1) La existencia de una subpoblación celular con las características propias de células madre que son las responsables del origen, mantenimiento y recurrencia del glioblastoma 2) La alta heterogeneidad molecular, genética y morfológica que caracteriza a este tumor. Presentaremos la estructura del Programa, la interacción entre sus miembros, así como ejemplos de los avances logrados consecuencia de la investigación multidisciplinar y traslacional que se está llevando a cabo.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):76

Decisiones clínicas en función de algoritmos de marcadores tumorales

Molina-Porto R.

Laboratorio de Bioquímica. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

PALABRAS CLAVE

Marcadores tumorales.
Cáncer.
Diagnóstico.

Resumen

Los marcadores tumorales (MT) son sustancias producidas por la célula tumoral a mayor concentración que las células normales, lo que permite su utilización como ayuda al diagnóstico, pronóstico, diagnostico precoz de recidiva o monitorización terapéutica. El principal problema que plantean es su inespecificidad, ya que incrementos moderados no son específicos de cáncer y es importante un diagnóstico diferencial con tumores malignos, sobretodo en estadios iniciales. La aplicación de los MTs de manera correcta permite mejorar el control clínico de los pacientes con neoplasias epiteliales. Diversos algoritmos deben ser utilizados clínicamente, siempre en colaboración con otros especialistas clínicos. Estos algoritmos pueden ser generales, útiles para la valoración de cualquier resultado de MT y ser útiles en la diferenciación benigna o maligna de una neoplasia (nivel del MT, exclusión de patologías benignas asociadas a falsos positivos, o evaluación seriada) o ser específicos en algún tipo de tumor. El empleo de MT como la AFP, PSA, CEA o Calcitonina son de ayuda diagnostica en neoplasias hepáticas, prostáticas, colorrectales o carcinomas medulares de tiroides. El empleo de 6 MT en pacientes con sospecha de neoplasia pulmonar es de gran interés no solo como ayuda diagnostica de la neoplasia pulmonar, sino también en la diferenciación histológica, permitiendo no solo distinguir los carcinomas indiferenciados de células pequeñas sino también subdividir los no carcinomas indiferenciados en adenocarcinomas o carcinomas escamosos. La inclusión del HE4 al CA 125 en neoplasias ováricas ha permitido mejorar notablemente la aplicación en el diagnóstico diferencial de masas abdominales. Estos y otros ejemplos son importantes en la práctica clínica, pero la máxima rentabilidad se obtiene trabajando en colaboración con los clínicos, incorporando los MT en algoritmos diagnósticos que contemplen las distintas opciones y ayuden en la toma de decisiones.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):77

Manejo de familias de alto riesgo familiar de cáncer de mama

Moreno-Domingo J, Lobato-Miguélez JL, González-Moreno R, Ajuriagogeaskoa-Andrada S, Fernández-Mellado MJ, López-Valverde M.

Hospital universitario Basurto. Osi Bilbao-Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE

BRCA.
Cáncer heredofamiliar.
Cirugía profiláctica.

Resumen

Justificación: El mayor conocimiento de genes de predisposición hereditaria al cáncer ha permitido identificar, a través del diagnóstico genético a individuos de alto riesgo de desarrollar determinados tipos de tumores. Del total de casos de cáncer de mama el 70% serán esporádicos, el 15-20% corresponde a casos de agregación familiar y el 5-10% se considera de carácter hereditario. Se denomina cáncer de mama (CM) y ovario (CO) hereditario al desarrollado como consecuencia de mutaciones en línea germinal de genes de susceptibilidad a cáncer de alta penetrancia como el BRCA1 y el BRCA2 (autosómico dominante de alta penetrancia). Se han descrito otros genes de alta penetrancia asociado al cáncer de mama: p53 (Síndrome de Li-Fraumeni), PTEN (Síndrome de Cowden) y STKII (Síndrome de Peutz-Jeghers). El riesgo acumulado de CM a los 70 años es del 57% para portadoras de la mutación en BRCA 1 y del 49% en BRCA 2. En cuanto al CO se estima un riesgo acumulado a los 70 años del 40% para portadoras de la mutación en BRCA 1 y del 18% en BRCA 2.

Objetivo: Dar a conocer las indicaciones de estudio molecular así como las estrategias de prevención primaria y secundaria.

Conclusiones: Entre las estrategias para la prevención primaria en portadoras de mutación se incluyen cambios en el estilo de vida, cirugías reductoras de riesgo (mastectomía bilateral profiláctica y salpingooforectomía bilateral) y quimioprevención. Existen estrategias para la detección precoz y cribado en mujeres portadoras (prevención secundaria), que incluyen la autoexploración mamaria mensual postmenstrual a partir de los 20 años, la exploración clínica mamaria cada 6 meses a partir de 20-25 años, la mamografía y RMN mamaria y la exploración ginecológica, ecografía transvaginal y determinación de Ca 125 cada 6-12 meses, a partir de 25-30 años.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):78

Neoadyuvancia en el cáncer de mama: papel de la resonancia magnética

Muel-Guerrero C, García-Mur C, Cruz Ciria S, García Barrado A.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE

Resonancia magnética.
Cáncer de mama.
Terapia primaria sistémica.

Resumen

Actualmente el cáncer de mama (CM) se clasifica por perfiles moleculares que en la práctica clínica se traduce en criterios inmunohistoquímicos (IHQ). En terapia primaria sistémica (TPS) va a condicionar diferentes pautas oncológicas y su patrón de respuesta. La TPS va a mejorar la supervivencia global y libre de enfermedad y el porcentaje de pacientes candidatas a cirugía conservadora. Desde el ámbito radiológico queremos resaltar el papel de la RM como técnica de imagen más precisa para monitorizar la respuesta a TPS respecto a las técnicas convencionales: mamografía y ecografía. En nuestro centro trabajamos dentro del comité de patología mamaria en el proceso de CM y a todas las pacientes que van a recibir TPS se les realiza dos RM de mama, una antes de iniciar el tratamiento para estadiaje loco-regional y otra a los 10-15 días de finalizarlo para el control de la respuesta radiológica. Se localiza el tumor con uno o dos marcadores mediante guía ecográfica, si son lesiones nodulares se usa uno central y si son lesiones más extensas se suelen colocar dos marcadores delimitando la lesión. Para valorar la respuesta radiológica en RM a la TSP existen diferentes escalas pero en nuestro centro se utiliza la escala de la UICC (Unión Internacional contra el Cáncer). Respecto a la respuesta patológica se utiliza la escala de Millar and Payne y en los últimos años la escala del "MD Anderson Cancer Center". A pesar de la alta correlación entre el tamaño establecido por RM y la anatomía patológica postquirúrgica, se analizan las causas de discordancia radiopatológica.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):79

El cuidador en la AECC: un valor estratégico

Otalora-Moreno GM.

Junta provincial de Bizkaia de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)

PALABRAS CLAVE

Burnout.
Competencia.
Otra mirada.

Resumen

Justificación: Un elevado porcentaje de problemas y disfunciones de los cuidadores de las personas dependientes en general y del cáncer en particular, vienen ocasionadas por el síndrome conocido popularmente como el "síndrome del quemado" *(burnout)*. Las consecuencias desbordan el propio trabajo afectando al ámbito personal de los cuidadores y cuidadoras hasta convertirse en el causante de graves pérdidas tanto en la productividad y la eficiencia laboral como en el ámbito familiar y personal. Al final, se resiente la persona toda, con disfunciones significativas para la salud, como la fatiga crónica, con un desgaste tanto a nivel físico como emocional y psíquico que demasiadas veces pasa desapercibido entre los allegados. Ya en la década de los ochenta con los avances en la bioética, se visualizaba este síndrome surgido por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido llegando a severos deterioros que afectaban directamente a la salud física y psíquica, afectando a la esfera laboral y la familiar.

Objetivo: Estudios de hace más de treinta años alertaban que las personas más predispuestas a darse a los demás y más sensibles y responsables, son más susceptibles de quemarse en el empeño. Desde esta realidad, es preciso reforzar algunos aspectos del cuidador y su trabajo que son esenciales en su desempeño.

Método: En esta conferencia-coloquio, abordaremos el inadecuado enfoque de la llamada competencia profesional, que afecta directamente al cuidador, y a partir de ahí la estrategia desplegada con nuestros cuidadores aecc a partir de la reflexión fundamental de quién es verdaderamente cuidador y cuál es lo esencial de su misión, sea profesional o allegado familiar de un paciente, que no siempre es considerado elemento tractor de los resultados esperados.

Resultados: Ante la desproporción entre la necesidad previsible de cuidados y los servicios disponibles, es preciso revisar la estrategia en torno al cuidador, es decir, darle otra importancia a las acciones planificadas de sus potencialidades para el logro de sus metas con cada paciente dentro del desafío al Estado de Bienestar. Acciones concretas a las que nos referiremos, como elementos transformadores de la actividad.

Conclusiones: Es posible potenciar la eficacia y la calidad del servicio del cuidador pero no a costa de un mayor desgaste emocional.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):80

PSA y mortalidad por cáncer de próstata

Páez-Borda Á, Luján M.

Servicio de Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Comunidad de Madrid

PALABRAS CLAVE

Cribado.
Cáncer de próstata.
Mortalidad.

Resumen

En el momento presente, el *screening* para el cáncer de próstata es objeto de una gran controversia. El Estudio Randomizado Europeo de *Screening* del Cáncer de Próstata (ERSPC) tiene como objetivo probar si el cribado reduce la mortalidad por esa enfermedad. La rama nacional del ERSPC colabora con la organización desde el año 1993. En ese sentido, los investigadores principales nacionales han suscrito varias publicaciones de gran impacto científico y mediático. En la presentación al I Encuentro Bilbaopraxis Cáncer se presentan los resultados más recientes de la rama nacional de ERSPC, y se aborda críticamente todo lo relacionado con el screening del cáncer prostático.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):81

Exposición a agentes cancerígenos en Euskadi

De la Peña-Loroño MN.

Laneko Seguratasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

PALABRAS CLAVE

Cáncer.
Exposición.
Euskadi.

Resumen

En la Comunidad Autónoma de Euskadi existen trabajadores con riesgo de exposición a agentes cancerígenos, presentes en los listados asociados al mundo laboral o cualquier otro listado dado por organismos internacionales de reconocido prestigio. El origen de estos agentes es muy diverso y la presencia de un agente o varios está relacionada con el entorno y/o actividad laboral. El efecto de esta exposición, cáncer, puede estar directamente asociado a la entrada y acción del agente cancerígeno en el organismo y/o puede depender de la presencia de otros agentes asociados al mundo laboral y/o personal. Este cáncer, en general, tiene un largo periodo de latencia. Este largo periodo de latencia supone que la enfermedad puede aparecer cuando el trabajador ya no está en activo, cuando su actividad no está relacionada con agente cancerígeno o incluso cuando el agente causante ya no está en uso. En la actualidad en Osalan la mayor parte de los casos de cáncer tratados están relacionados con exposiciones pasadas con un agente cancerígeno cuyo uso está prohibido: el amianto.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):82

Cirugía laparoscópica del cáncer de colon (1)

Pérez-San José C, Aguinagalde-Pinedo M, Ellacuria-Lanao F.

Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer.
Colon.
Laparoscopia.

Resumen

Introducción: El abordaje laparoscópico del cáncer de colon se realiza desde hace dos décadas con una amplia difusión en los Servicios Quirúrgicos. Presentamos revisión de resultados.

Material y métodos: 535 pacientes con cáncer de colon fueron operados por laparoscopia entre 1998 y 2014. El procedimiento fue realizado por 3 cirujanos en el Hospital Universitario Basurto y la Clínica Virgen Blanca de Bilbao (IMQ). Los tumores de localización rectal no están incluidos en esta serie. No fue motivo de exclusión la presencia de metástasis a distancia, la cirugía abdominal previa ni los tumores con hallazgo intraoperatorio de infiltración de órganos vecinos.

Resultados: Edad media es 72 años con relación varón/mujer de 2/1,4. Localización de los tumores: sigmoides 42%, c. derecho 37%, c. transverso 8%, descendente 12%, y sincrónicos en 1%. El 17% tenía cirugía abdominal previa. Técnicas quirúrgicas realizadas: H. derecha 42%, sigmoidectomía 36%, H. izquierda 12%, c. subtotal 2%, RAB 4%, r. segmentaria 3% y op. Hartmann 0,3%. En 86 casos se practicaron además técnicas quirúrgicas complementarias por patología asociada o por necesidades oncológicas. La cirugía con intención oncológica en 484 casos (90%). Se convirtió a cirugía abierta en 2 casos (0,4%). Tiempo operatorio: 166 minutos con una pérdida hemática fue 75 ml. La estancia media hospitalaria fue 6 días. La tasa de complicaciones fue 9,9% y de reoperación en 3,3%. La mortalidad operatoria 0,74%. Clasificación TNM: I: 26%, II: 38%, III: 25%, IV: 11%. Número de ganglios linfáticos: 13 ± 6. Durante el seguimiento se detectaron 4 metástasis en puertas (0,7%)(todos asociados a carcinomatosis peritoneal). Supervivencia a 5 años: Estadio I: 94%, Estadio II: 90%, Estadio III: 79%, Estadio IV: 10%.

Conclusiones: La colectomía laparoscópica es un procedimiento seguro. En equipos quirúrgicos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada es una técnica con baja morbimortalidad y buenos resultados oncológicos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):83

El cribado de cáncer colorrectal: balance de beneficios y efectos adversos

Portillo-Villares MI.

Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Cribado.
Cáncer.
Colorrectal.

Resumen

El cribado de cáncer colorrectal (CCR), como intervención de salud, ha sido considerada coste-efectiva independientemente de la prueba que se utilice (sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia), disminuyendo la incidencia y la mortalidad respecto a no hacer nada. Dado que ninguna prueba alcanza una sensibilidad del 100% ni está exenta de riesgos, los programas de cribado deben seguir criterios estrictos de alta calidad. La Guía Europea de CCR (2010) marca recomendaciones básicas en las que la participación de las personas, la calidad del proceso, la implicación de los profesionales y una comunicación eficaz mejorarán los resultados esperados. En Euskadi, el Programa de Cribado se aprobó en 2008, poniéndose en marcha en 2009 dirigido a todas las personas entre 50 y 69 años (586.700 personas), con prueba inmunoquímica cuantitativa cada dos años, y colonoscopia con sedación para confirmación de casos. La inversión en implicar a todas las personas con el apoyo de sistemas de información innovadores y tecnología adecuada para el diagnóstico y tratamiento ha sido uno de los puntos estratégicos del Programa. El balance actual es positivo, habiendo alcanzado a principios de 2014 prácticamente el 100% de la cobertura. La participación supera las recomendaciones europeas con 66,5% y 69,5% en primera y segunda invitación, obteniéndose una elevada tasa de detección de lesiones pre-malignas (adenomas avanzados) y malignas (cáncer invasivo), superior a 30 casos por 1.000 participantes. Sin embargo, también hay que hablar de otros efectos a tener en cuenta y no tan positivos, como los falsos positivos, falsos negativos y complicaciones. Con cifras similares a otros Programas, estamos investigando los casos para minimizarlos y prevenirlos. La sensibilidad de la prueba en nuestro programa para cáncer invasivo supera el 90% y las complicaciones son inferiores al 0,4%.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):84

Cirugía laparoscópica del cáncer de colon (2)

Portugal -Porras V.

Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao. Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer de recto.
Cirugía.
Laparoscopia.

Resumen

El cáncer de recto (CR) afecta a >50 personas por cada 100.000 habitantes en Europa y es la causa de aprox. 80.000 muertes al año. El éxito de la cirugía en este tipo de cáncer ha mejorado sustancialmente durante las dos últimas décadas gracias a la introducción e implementación de la exclusión total del mesorrecto (ETM) que logra la extirpación completa del mesorrecto (tejido linfático y adiposo que rodea al recto) preservando los plexos nerviosos autonómicos. La tasa de recurrencia local ha disminuido drásticamente al lograr extirpar por completo la diseminación radial del cáncer. En pacientes más avanzados la radioterapia y la quimioterapia juegan un papel importante en el tratamiento multidisciplinar de estos pacientes. La introducción de la ETM en los años 90 coincidió con el desarrollo de la cirugía laparoscópica en cirugía colorrectal. La resección laparoscópica del cáncer de colon se ha probado segura y eficaz logrando tasas de supervivencia similares a la cirugía abierta convencional, acompañándose de menos dolor postoperatorio y una más rápida recuperación funcional. La publicación de los resultados iniciales del estudio COLOR (COlorectal cancer Laparoscopic or Open Resection) han puesto de manifiesto la factibilidad y seguridad del tratamiento laparoscópico del CR (TLCR) (misma morbilidad, calidad del mesorrecto similar), pendiente de ser analizadas la recurrencia local y supervivencia a 5 años. Aunque estos resultados han mostrado la idoneidad de la ETM laparoscópica, todavía serán necesarios estudio ulteriores que permitan una aceptación unánime del TLCR. Así, en la actualidad, algunas de las más importantes Sociedades Científicas (ASCRS-2013) sólo aconsejan la realización del TLCR, si se realiza por manos experimentadas y/o dentro de un estudio controlado/auditado. Presentamos nuestra experiencia en el TLCR, haciendo hincapié en el cumplimiento de los objetivos de radicalidad (debidamente auditados) y en aspectos técnicos de especial interés.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):85

Fast track en cirugía colorrectal

Ramos-Jiménez FA, Pérez-Ortega A, Romero-Pujana E, Trujillo.Barbadillo A, Viciola-García M.

Hospital San Eloy. OSI Barakaldo-Sestao. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Fast track.
Cirugía.
Colon.

Resumen

Justificación: El manejo perioperatorio es uno de los campos de la cirugía más sujetos a la tradición, siendo difícil modificarlo incluso con evidencias científicas. Los programas de *fast track* han contribuido de forma importante a mejorar la rehabilitación de los pacientes con patología colorrectal.

Objetivo: Crear una guía clínica de *fast track* para mejorar la información de los pacientes, minimizar los eventos adversos asociados a la cirugía de colon y recto e impulsar su rehabilitación precoz.

Material: Se ha creado un equipo de trabajo multidisciplinario para, con reuniones de consenso, identificar los eventos adversos y las áreas de mejora analizando la situación de partida y elaborando una vía clínica.

Resultados: Se ha desarrollado una vía clínica que incluye desde que el paciente acude a consulta hasta que es dado de alta con protocolos de actuación en consulta, planta y quirófano con marcadores de control de calidad.

Conclusiones: Las vías clínicas de *fast track* precisan una participación multidisciplinaria para que sean eficaces. Disminuyen la variabilidad clínica injustificada. Ha propiciado una mejora en la seguridad clínica de la OSI Barakaldo Sestao.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):86

Cirugía oncoplástica e inyección de grasa libre

Regalado-Bilbao J.

Instituto Regalado y Bernal. Bilbao. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Reconstrucción.
Oncoplástica.
Lipoestructura.

Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 22.000 nuevos casos al año. Su tratamiento, como en la mayoría de tumores, es multidisciplinar. El objetivo de la reconstrucción mamaria es reducir las complicaciones de la mastectomía y prevenir las deformidades de la pared torácica, recreando forma y simetría. El término cirugía oncoplástica se acuñó en 1993, para englobar las técnicas quirúrgicas utilizadas para prevenir deformidades secundarias al tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, minimizar los márgenes afectos, y reducir el riesgo de recurrencia local. Tres años más tarde se expandió el concepto de cirugía oncoplástica para abarcar no sólo las reconstrucciones parciales, sino también las totales inmediatas y las cirugías secundarias y de salvamento. Podemos agrupar los diferentes tipos de reconstrucción en dos grandes grupos: A) Inmediata. Se realiza, o al menos se inicia, en el mismo tiempo quirúrgico en que se realiza la mastectomía. B) Secundaria. La restauración comienza en una fecha posterior a la mastectomía. Como cirujanos plásticos, disponemos de numerosas técnicas, que solas o combinadas, nos permitirán en la mayoría de las ocasiones obtener un resultado final satisfactorio, sin comprometer el pronóstico de la paciente, sin interferir en su tratamiento complementario cuando lo necesite, y sin retrasar el diagnóstico en caso de posibles recidivas. La inyección de grasa libre es otra técnica más en el arsenal terapéutico del cirujano plástico para la reconstrucción mamaria. Hoy día, se ha estandarizado tanto la extracción como la inyección de dicha grasa, demostrando que una técnica adecuada minimiza su reabsorción, haciendo el resultado final más predecible. Ello nos permite utilizarla bien como método aislado, pero más frecuentemente como el complemento ideal de otras métodos reconstructivos, obteniendo un sinergismo en el resultado final de la reconstrucción, tanto autóloga, como protésica o mixta.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):87

Enfermería oncológica: apoyo y soporte con la persona y la familia

Rodríguez-Sánchez MS.

Centro de Salud Urban. OSI Barakaldo-Sestao. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Ansiedad.
Duelo.
Soporte.

Resumen

El diagnostico de cáncer supone un importante impacto en los planos físico, psicológico y existencial, en la persona que recibe el diagnostico y en todo el entorno familiar. El proceso de afrontamiento va a estar influenciado por diferentes factores, como son: tipo de enfermedad; sentido y objetivos de vida; actitudes culturales y religiosas; apoyo afectivo de que se dispone; potencialidades para la rehabilitación psicológica; y actitud ante el sufrimiento. Esta situación es experimentada como una amenaza por las partes implicadas. La persona diagnosticada de cáncer ve peligrar su vida; la familia teme la pérdida de un ser querido; y los sanitarios se enfrentan a su propio fracaso profesional, ya que los tratamientos no son siempre eficaces. La enfermería, al igual que todos los sectores de la salud involucrados en estos procesos, se ven confrontados con la ansiedad ante la muerte. Por ello, es fundamental que estén preparados en el conocimiento y la gestión de emociones que se van produciendo en las diferentes etapas. Debe prestarse atención a todos los factores de la vida de la persona y de su familia, desde una visión lo más integradora y multidimensional posible, brindando apoyo y soporte desde la escucha y la contención emocional. Desde la experiencia de Enfermería en Atención Primaria, se ha constatado en los últimos veinticinco años una mayor preparación y, por tanto, una mejora de la capacitación para dar respuesta a estas situaciones en el entorno familiar, incluyendo a los niños. Los beneficios obtenidos son: disminuyen la ansiedad en la persona y la familia; mejora en la comunicación; se comparten sentimientos auténticos; elaboración del duelo anticipatorio y resolución de conflictos; y disminución de demandas urgentes hospitalarias. Es importante respetar en todo momento la voluntad y decisiones del paciente.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):88

Integrated research in STAT3 in cancer stem cells. Early adaptive resistance to EGFR inhibition in EGFR mutant Non-Small-Cell-Lung-Cancer

Rosell R.

Institut Català d'Oncologia. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

PALABRAS CLAVE

STAT3.
NSCLC.
EGFR.

Resumen

There is a need to improve survival of lung cancer patients with EGFR mutations stemming from growing evidence that, following EGFR TKI inhibition, STAT3 activation occurs almost immediately, a few hours after exposure to gefitinib or erlotinib and gradually increases. The mechanisms of STAT3 activation were identified through IL-6/JAK1/STAT3 and also more recent evidence shows that erlotinib can directly induce pSTAT3 (Tyr705) by dephosphorylating PTPMeg2. Combinations of gefitinib or erlotinib with repurposed drugs such as metformin and niclosamide prevent and reverse TKI resistance in xenograft models. We were able to identify high levels of BIM mRNA expression as a predictive marker of response, PFS and OS in erlotinib-treated NSCLC patients. We posit that one third of EGFR mutant NSCLC patients expressing high BIM mRNA could be related to low SHP2 and these patients are prompted to have rapid or immediate pSTAT3 phosphorylation and gradual elevation of STAT3 at transcriptional level. EGFR mutant cell lines show low levels of SHP2 which attenuates ERK signaling and therefore preserves BIM from proteosomal degradation. At the same time, SHP2 is a negative regulator of STAT3 signaling. For more than 50% of EGFR mutant NSCLC patients with low/intermediate BIM mRNA expression we found that response rate was significantly lower (less than 40%) with shorter PFS and OS. We speculate that in this significant subgroup of patients, other RTKs can be activated such as EPHA2, AXL/MER which upregulate SHP2 and STAT3. We are investigating which of these RTKIs could be most significant to cause intrinsic resistance with low BIM mRNA expression and several synthetic lethal approaches. The ultimate goal of such research is to have compelling evidence that single EGFR TKI therapy could be replaced by adequate combinations in two subgroups of EGFR mutant patients. Good responders with immediate STAT3 activation to be treated with EGFR TKI in combination with adequate or the most optimal repurposed drug. For patients with intrinsic resistance the aim is to identify the main target AXL/MER and/or EPHA2 and the contribution of FGFR signaling and provide novel combinations to overcome immediate mechanisms of resistance. Two of the main downstream effector components of EGFR, AKT and ERK are inactivated upon afatinib treatment while STAT3 is paradoxically hyperactivated via IL-6R/JAK1/STAT31. Activation of nuclear factor ê-B (NFêB) could be a plausible cause for autocrine IL-6 production by afatinib. Recently, in addition to JAK1/STAT3 axis it has been shown that STAT3 is activated downstream of FGFR through PI3K. Activation of STAT3 could be even more complex and we posit that is may also involve sphingosine kinase 1 (SphK1) due to crosstalk between NFêB/IL-6 and EGFR/MAPK/SphK1. Also, IL-6 mRNA levels are elevated about two-fold upon afatinib treatment in both EGFR mutant cell lines. Inhibition of IL-6R/JAK1/STAT3 signaling pathway (by IL-6R neutralizing antibody or P6, a pan-JAK inhibitor) increases sensitivity to afatinib in H1975 and PC9-GR cells as well as in a PC9-GR xenograft model. Recently, we also have noted that gefitinib only moderately attenuates AKT in the PC9 and 11-18 cell lines while STAT3 phosphorylation occurs almost immediately after two hours of exposure to gefitinib. For the first time, to the best of our knowledge, we have documented that gefitinib increased STAT3 mRNA in the PC9 cell line on days 7 and 9.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):89

Consejos nutricionales para pacientes oncológicos

Saiz-Golzarri A.

Oficina de farmacia Golzarri. Mungia. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Desnutrición.
Oncológico.
Alimentación.

Resumen

Justificación: La prevalencia de malnutrición en pacientes oncológicos es superior a la de cualquier otra patología La malnutrición se asocia con alteraciones inmunológico, peor tolerancia a la terapia y mayor mortalidad. Prevenir la desnutrición desde los primeros estadios mejora la tolerancia al tratamiento y la calidad de vida del enfermo.
Objetivo: Divulgar métodos de evitar el déficit nutricional para afrontar mejor la enfermedad y los efectos adversos de los tratamientos.
Material y métodos: Impartir charlas a enfermos y familiares y a profesionales sanitarios para facilitar pautas nutricionales básicas para evitar la malnutrición proteico-calórica, basados en consejos flexibles y prácticos orientados a una dieta aceptable que cubra en lo posible las ingestas recomendadas. Ayudar a paliar los efectos adversos de los tratamientos que favorecen la malnutrición y constituyen una de las principales preocupaciones de los afectados. (anorexia y caquexia, disfagia, ageusia y disgeusia, xerostomía, mucositis y micosis, náuseas y/o vómitos, diarrea y estreñimiento).
Resultados: Se han impartido varias ponencias en las que se a incidido en conceptos destinados a que la alimentación sea más agradable y se eviten los casos de malnutrición en los estadios iniciales.
Conclusiones: Mediante esta formación se consiguen trasmitir conceptos que permiten que los pacientes se alimenten de forma más adecuada, mejoren su estado nutricional y tengan mayor sensación de bienestar.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):90

Manejo de interacciones y toxicidades más frecuentes desde medicina de familia y farmacia comunitaria de la terapia antineoplásica oral

San José B.

Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Antineoplásicos orales.
Interacción.
Toxicidad.

Resumen

Justificación: La terapia antineoplásica oral ha estado disponible durante décadas con agentes como el clorambucilo, ciclofosfamida o metotrexato. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un desarrollo acelerado de nuevas moléculas orales que incluyen tanto agentes citotóxicos como terapia dirigida.

Objetivo: Describir las interacciones más frecuentes y relevantes de la terapia antineoplásica oral que pueden comprometer su eficacia o la de otros fármacos. Revisar los efectos secundarios asociados a la terapia antineoplásica oral que puede ser motivo de consulta en atención primaria o en la farmacia comunitaria.

Material y métodos: A diferencia de la terapia intravenosa, la biodisponibilidad de algunos antineoplásicos orales puede verse afectada debido a la presencia de alimentos o cambios en el pH del estómago, al efecto de primer paso o la dependencia de transportadores a nivel intestinal. Estos medicamentos se utilizan habitualmente de forma crónica y muchos de ellos son metabolizados por el citocromo P450, ambas características hacen que los pacientes que los toman tengan un riesgo sustancial de sufrir interacciones medicamentosas. Por otro lado, el creciente uso de estas terapias se ha asociado a la aparición de nuevas y relativamente desconocidas toxicidades, que difieren en su mayoría de los efectos secundarios clásicos de los fármacos citotóxicos. Pueden causar toxicidades peculiares como la reacción cutánea mano-pie, rash acneiforme, depigmentación del cabello, artralgias, hipertensión o neumonitis intersticial.

Resultados: El conocimiento de las interacciones con la terapia antineoplásica oral puede evitar efectos secundarios indeseados o la disminución de los efectos terapéuticos. Ser capaz de reconocer las nuevas toxicidades de estos tratamientos favorece la atención a los pacientes que los toman.

Conclusiones: Con esta revisión se proporcionarán materiales y recursos de fácil acceso que faciliten el manejo de las interacciones y de las toxicidades típicas de la terapia antineoplásica oral.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):91

i-botika: información independiente y objetiva sobre medicamentos a la ciudadanía

Santamarta-Lozano MT.

Farmaziako Zuzendaritza/Dirección de Farmacia - Osasun Saila/Departamento de Salud - Eusko Jaurlaritza/ Gobierno Vasco

PALABRAS CLAVE

Información.
Medicamento.
Paciente.

Resumen

En los últimos años, la relación médico-paciente ha cambiado ya que la ciudadanía tiene un papel más activo y reclama mayor participación en las decisiones que puedan incumbir en su salud. A través de internet, la ciudadanía tiene acceso a gran cantidad de información que no está sujeta a regulación alguna, resultando, en la mayoría de los casos, de dudosa calidad y con omisiones evidentes de información fundamental. Ante esta realidad, es primordial que desde la Administración Pública se facilite información objetiva e independiente que les ayude a comprender los medicamentos. Por ello, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco está impulsando una iniciativa, i-botika (Información Ciudadana sobre Medicamentos), que tiene el propósito de formar e informar directamente a la ciudadanía sobre diferentes aspectos de los medicamentos, como la eficacia, seguridad, posología, etc. A través de internet, la ciudadanía puede acceder en i-botika a información sobre medicamentos independiente, objetiva, fiable, comparativa y redactada en un lenguaje sencillo y claro sin dejar de ser riguroso. El Grupo de Información Ciudadana sobre Medicamentos i-botika está formado por profesionales sanitarios especializados y cualificados, un periodista y una paciente. Este grupo es el que elabora y recopila el material que está accesible en el sitio web i-botika (www.osakidetza.euskadi.net/ibotika). La información está dividida en: 1. Enlaces ya existentes en internet relacionados con los medicamentos y que el grupo ha revisado y considerado de calidad. Entre ellos, destaca un apartado específico del tratamiento del cáncer. 2. Fichas y vídeos i-botika, con información de elaboración propia sobre medicamentos (tratamientos, seguridad, conservación, simbología, etc.) 3. Diccionario i-botika de términos farmacéuticos de uso frecuente y su significado, con definiciones sencillas y rigurosas. El sitio web i-botika está dentro de la página institucional de Osakidetza y no recibe financiación por parte de la industria farmacéutica.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):92

Evaluación de la calidad del cribado mamográfico

Sarriugarte-Irigoien G.

Programa de Detección Precoz del Cáncer Mama (PDPCM). Dirección General del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Programa de cribado.
Indicadores de calidad.

Resumen

Introducción: Los resultados favorables, en relación con la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, de diversos ensayos controlados aleatorizados, dieron lugar a partir de finales de los años 80 a la puesta en marcha de gran número de programas poblacionales tanto regionales como nacionales, teniendo todos ellos como objetivo principal la disminución de la mortalidad por cáncer de mama.

Objetivos: Identificar los requisitos para la puesta en marcha y mantenimiento de los programas poblacionales, los datos a registrar y los principales indicadores de evaluación. Identificar los indicadores y estándares propuestos de las guías europeas para la evaluación de dichos programas poblacionales de cribado mamográfico.

Métodos: Descripción de las condiciones y recursos para los programas poblacionales de cribado mamográfico y de los datos a registrar. Descripción de los principales indicadores de calidad de las guías europeas de calidad y sus estándares. Comparación de los resultados del PDPCM de Euskadi con dichos estándares.

Resultados: Los indicadores principales de evaluación son: 1. Indicadores de Proceso: porcentajes de participación y de pruebas radiológicas adicionales, razón biopsias benignas/malignas, y porcentajes de mujeres elegibles invitadas dentro del intervalo de cribado y con más de 6 meses. 2. Indicadores Predictores de impacto: tasas de cáncer de intervalo y tasa de detección, porcentajes de Estadios II+, tumores invasivos, invasivos <10mm y de cánceres sin afectación ganglionar. 3. Sensibilidad del programa.

Conclusiones: Las Guías Europeas de Garantía de Calidad son la base para realizar la evaluación de los programas de cribado en nuestro medio y permiten la comparación externa. Los principales indicadores de calidad del programa de Euskadi alcanzan o mejoran los estándares recomendados por las Guías Europeas de Calidad.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):93

Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) de Euskadi. Revisión de los primeros 20 años

Sarriugarte-Irigoien G.

Programa de Detección Precoz del Cáncer Mama (PDPCM). Dirección General del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Programa de cribado.
País Vasco, Euskadi.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y constituye un importante problema de salud pública. Salvo los factores de riesgo genéticos no se conocen las causas que los originan, por lo que el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) se configura como la principal opción para intervenir antes de la aparición clínica de la enfermedad.

Objetivos: Analizar la actividad del PDPCM de forma global y su evolución. Obtener indicadores de calidad tanto de proceso como predictores de impacto.

Métodos: Análisis de las bases y actividades del PDPCM, evolución de la población diana y los recursos. Explotación de datos de actividad global y su evolución. Explotación de los principales indicadores de calidad y su comparación con estándares europeos. Identificación de los hitos, desde comienzo de Programa (1995) hasta la actualidad.

Resultados: 1. Se han realizado 2.168.833 citaciones, 1.672.441 mamografías, 145.063 pruebas complementarias radiológicas, 17.207 derivaciones para confirmación diagnóstica y detectado 7.036 cánceres. 2. La participación es 80,37%. La tasa de detección 4,50 por mil, y la tasa de tumores mínimos 34,27%. 3. Hitos: Ampliación de la población diana, digitalización del 100% de las unidades de mamografía, incorporación de técnicas diagnósticas como la mamotomía, la técnica del ganglio centinela y test genómicos que aplicados a grupos concretos que permiten evitar en algunos casos la quimioterapia prescrita en base a criterios exclusivamente anatomopatológicos. Han desparecido las diferencias de acceso a la mamografía de cribado en función del nivel socio-económico.

Conclusiones: Los principales indicadores de calidad del PDPCM alcanzan o mejoran los estándares recomendados por las guías europeas de calidad del cribado mamográfico. La aceptación de la población se refleja en la participación (>80%) y en la encuesta de satisfacción de usuarias (>98%).

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):94

Linfadenectomía tras centinela positivo: estado actual

De Toro-Iglesisas M.

Hospital Galdakao-Usasolo. OSI Barrualde-Galdakao. Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Ganglio centinela positivo.
Lindadenectomía axilar.

Resumen

Cuando en 1980 el Dr. Bernar Fisher expuso su teoría sobre el comportamiento del cáncer de mama, sentó las bases del paradigma actual para su tratamiento: más tratamientos sistémicos aún en fases iniciales de la enfermedad y menos cirugía loco-regional. Tras la consolidación de la cirugía conservadora en la mama, este concepto se trasladó a la axila. La biopsia del ganglio centinela permite realizar el estadiaje ganglionar, minimizando las secuelas funcionales que una cirugía como la linfadenectomía, con valor meramente pronóstico la mayoría de las ocasiones, comporta. Cuando el ganglio centinela es negativo no es necesario más tratamiento axilar. Sin embargo, cuando el ganglio centinela es positivo, nos podemos plantear tres posibilidades: linfadenectomía, radioterapia o incluso observación. El valor de la linfadenectomía va disminuyendo por depender cada vez menos la elección de los tratamientos sistémicos del número de ganglios afectados y por el limitado valor que tiene en el control local y la supervivencia a la enfermedad. Recientes estudios, limitados pero que aportan evidencia de peso, apoyan la seguridad de no realizar linfadenectomía en pacientes con baja carga tumoral axilar. Sin embargo, a la hora de aplicar esta evidencia en clínica, no hay acuerdo en qué grupo concreto es el más beneficiado. La radioterapia también está redefiniendo su valor para el control de la enfermedad local y a distancia en tumores N1, lo que complica más la situación. Esto hace que el tratamiento axilar requiera cada vez más una respuesta individualizada, coordinando de los intereses de todos los actores que intervienen en este proceso, y en el que los deseos de la paciente tienen especial importancia. Probablemente algunos de los estudios actualmente en marcha nos aportarán la evidencia que facilite asesorar a nuestras pacientes en aquellos puntos que actualmente resultan más controvertidos.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):95

La videotoracoscopia en el tratamiento del cáncer de pulmón

De La Torre-Bravos MM, González-Rivas D, Fernández-Prado R, Delgado Roel M, Fieira Costa EM.

Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña

PALABRAS CLAVE

Videotoracoscopia.
VATS uniportal.
Cáncer de pulmón.

Resumen

Justificación: La cirugía video-asistida (VATS) uniportal consiste en realizar la resección pulmonar reglada (lobectomía, la más frecuente) con linfadenectomía mediastínica mediante una única incisión de 3-5 cm, con visión a través de una óptica y un monitor, sin separación costal. En nuestro hospital se desarrolló evolucionando desde el abordaje por 3 vías (2007 a 2009), pasando a 2 vías en 2009 y finalmente a una única incisión en junio de 2010. Las ventajas de la VATS son claras e importantes: reducción significativa del dolor postoperatorio, menor número de complicaciones, estancia postoperatoria reducida, movilización y recuperación más rápida del paciente, remisión precoz para quimioterapia o radioterapia.

Resultados: En nuestra serie publicada en 2014, con 130 casos, la estancia media fue de 4.4 días (mediana 3), con predominio de las lobectomías superiores (30% lobectomía superior derecha, 30% lobectomía superior izquierda). La mortalidad postoperatoria fue del 1% y el índice de complicaciones del 17%. En este estudio comparamos los resultados entre los estadios iniciales y los avanzados (tumores > 5cm, T3 ó T4, o tras tratamiento neoadyuvante), evidenciando que sólo existe diferencia significativa en el tiempo quirúrgico (144 vs 183 minutos, $p< 0.001$) y en el número de adenopatías resecadas (14 vs 16, $p=0.004$). El índice de conversión a toracotomía fue del 1.1% y el 6.5% respectivamente ($p=0.11$). La supervivencia estimada (Kaplan-Meier) a 30 meses fue de 90% para los estadios iniciales y 74% para los avanzados.

Conclusiones: Tras desarrollar y consolidar la técnica, el paso siguiente fue la realización por todos los cirujanos del Servicio desde 2012 y el abordaje de casos avanzados o técnicas complejas como broncoplastias o arterioplastias. El último avance es la VATS con respiración espontánea, con sedación y sin intubación orotraqueal. Nuestro Servicio está además muy implicado en la enseñanza y extensión de la técnica mediante cursos de cirugía experimental, symposium y live-surgery.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):96

Rehabilitación: manejo del linfedema

Torralba-Puebla MT.

Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. Bizkaia
Clínica del Dolor Praxis Bilbao. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Linfedema.
Profilaxis.
Escuela de linfedema.

Resumen

Lo más importante alrededor del Linfedema relacionado con el cáncer de mama, es la prevención de su aparición y de sus complicaciones una vez establecido. La "Escuela de Linfedema" es una iniciativa con evidencia demostrada en la reducción de riesgo de aparición de Linfedema y de complicaciones asociadas a este. Es fundamental la información al paciente y a su familia, mediante consejos generales, medidas que minimicen el riesgo de edema, autocuidados, ejercicios adecuados y aprender a identificar los signos de alarma. Es necesario asimismo, establecer programas de ejercicio físico aeróbico regular, adaptado a la situación clínica y funcional de cada paciente. La mejor práctica para el manejo del linfedema, es el abordaje multidisciplinar y la combinación de diferentes técnicas de tratamiento, denominadas en su conjunto: "Terapia física descongestiva del linfedema combinada" aplicadas de forma precoz tras el diagnóstico.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):97

Estimación de la incidencia y de la mortalidad por cáncer laboral en la Comunidad Autónoma de Euskadi

Urbaneja-Arrue F.

OSALAN. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

PALABRAS CLAVE

Cáncer laboral.
Carga atribuible laboral.
Fracción etiológica.

Resumen

Justificación: Los cánceres son la primera causa de mortalidad en la población masculina de la Comunidad Autónoma de Euskadi y la segunda en las mujeres. En el año 2012 supusieron el 36,2% y el 21,7% del total de muertes. Por otro lado, en el año 2011 se registraron 7.676 nuevos casos de cáncer en hombre y 5.169 en mujeres en nuestra Comunidad. Entre las grandes categorías de causas del cáncer, el trabajo es una de ellas. Se estima por diferentes estudios que el porcentaje de casos de cáncer atribuible a la exposición en el trabajo a agentes o condiciones cancerígenas oscila entre un 4% y un 14% de los cánceres diagnosticados. Los cánceres laborales son altamente prevenibles. Se trata de cánceres que no ocurrirían si la persona no se hubiera expuesto por razón de su trabajo.

Objetivo: Estimar la incidencia y mortalidad por cánceres atribuibles al trabajo en la Comunidad Autónoma de Euskadi en el año 2011. Material y Método. Se utilizaron dos fuentes de información: registros directos de enfermedades profesionales en CEPROSS y Registros de mortalidad y de Cáncer de Euskadi. A partir de estos últimos, se estimó el número de casos de cánceres atribuibles a la exposición laboral aplicando los porcentajes de cáncer de diferentes localizaciones atribuible al trabajo obtenidos por diferentes estudios de referencia.

Resultados: En el año 2011 se produjeron en nuestra Comunidad un total estimado de 358 muertes por cánceres atribuibles al trabajo y 742 nuevos diagnósticos de cáncer de causa laboral. El 85% de los casos eran hombres. Por localización, el cáncer laboral más frecuente en hombres fue el cáncer de pulmón (38%) y en las mujeres el cáncer de mama (53%).

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):98

Utilidad clínica de las plataformas genéticas

Urruticoechea-Ribate A.

Fundación Onkologikoa. San Sebastián

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Biología del cáncer.
Plataformas multigénicas.

Resumen

Todo el desarrollo del conocimiento de la biología tumoral en cáncer ha venido guiado, en su utilidad clínica, por la disponibilidad de tratamientos eficaces y la necesidad del clínico a la hora de tomar decisiones asociadas a la administración de los mismos. El cáncer de mama no es ajeno a esto y uno de los grandes retos en la decisión clínica es la del tratamiento sistémico complementario con mejor relación beneficio/toxicidad, tras la extirpación de un cáncer de mama precoz. En este escenario se han desarrollado las actuales plataformas multigénicas que capturan de una manera más fiable que marcadores clínicos o biológicos aislados el comportamiento clínico previsto de un tumor extirpado, en concreto responden con más fiabilidad a cuestiones como el riesgo de recaída y el margen de beneficio adicional que acompaña a la quimioterapia adyuvante en cáncer de mama de tipo luminal. Sin embargo, las plataformas disponibles comercialmente hoy en día se han desarrollado con un objetivo muy concreto y único y no incluyen entre sus supuestos de desarrollo las actuales alternativas terapéuticas nuevas. A modo e ejemplo, sólo consideran el perfil biológico del tumor naïve, sin exposición previa a tratamientos, lo cual implica una limitación entitativa de las mismas. Así, el conocimiento adquirido mediante el tratamiento sistémico primario (prequirúrgico) en cáncer de mama operable, ha generado un nuevo elenco de preguntas por responder a la que se tienen que enfrentar las herramientas de tipificación molecular de alto rendimiento. En la ponencia revisaremos las plataformas actualmente disponibles, su utilidad y, sobre todo, las nuevas necesidades generadas y los nuevos escenarios de desarrollo para las plataformas del futuro.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):99

Paciente laboral con cáncer. Aptitud para el puesto de trabajo. Incapacidades

Vicente Pardo JM.

Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. San Sebastián

PALABRAS CLAVE

Cáncer.
Aptitud.
Incapacidad.

Resumen

La población laboral con cáncer tiene un riesgo añadido al resto de la población, el causado por la realización del trabajo. El impacto del cáncer en la población laboral (entre 18-65 años) tiene una afectación que no es uniforme por grupos etarios, pues dependiendo el tipo de cáncer afecta a un sector de la población u otro. En la actualidad los subtipos clasificatorios basados en clasificación molecular o inmunohistoquímica, nos permiten agrupar procesos con similar comportamiento clínico y sensibilidad a agentes terapéuticos específicos y así valorar el riesgo, mejorar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. La distribución del cáncer tiene una diferente y significativa presentación geográfica que conviene analizar con otros datos y factores que permitan conocer el impacto del cáncer, las asociaciones causales y la mejora de medidas preventivas y de distribución de recursos sanitarios que mejoren la salud y la protección social de los trabajadores con cáncer. El descenso de la mortalidad del cáncer, ha venido emparejado a una mayor calidad de vida de los supervivientes. Podemos decir que se diagnostica más y se incapacita menos. La proporción de cánceres atribuibles a factores de riesgo modificables es al menos de un tercio de los casos, y es en estos donde debe de actuarse. En la magnitud del cáncer y su impacto importa no la incidencia sino las consecuencias, no a cuantos afecta, sino cuanto afecta. La valoración de la capacidad o incapacidad por cáncer si bien es cierto mantiene el paradigma que lo importante es valorar y cuantificar las limitaciones funcionales para el trabajo, en el cáncer tiene una especial consideración la valoración pronostica y la servidumbre terapéutica. Es preciso Identificar y vigilar las exposiciones y la salud de los trabajadores para diagnosticar más.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):100

Paciente oncológico participante en el programa EFiCancer

Villa-Corbacho M.

Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Bilbao

PALABRAS CLAVE

Físico.
Emocional.
Integrativa y complementaria.

Resumen

Justificación: querer ser parte activa del tratamiento. No quiero ser un paciente pasivo. Cuando me diagnosticaron Cáncer de colon, tuve claro que no me iba a quedar en el sofá esperando.

Objetivo: participar en el tratamiento. Mejorar el estado físico, y el estado emocional. Poder realizar actividad física durante el tratamiento de quimioterapia, supervisado por un profesional.

Material y método: EfiCancer.

Resultado: aumento de la capacidad física. Evidencia, la resistencia y el menor cansancio durante actividades como el esquí y senderismo. Ver, que aún con los efectos de la quimioterapia, puedes hace ejercicio moderado te ayuda emocionalmente.

Conclusión: Teniendo en cuenta el resultado, debería hacerse extensivo a todos los pacientes. Y debiera integrarse como parte del tratamiento. Siendo la actividad física un complemento más del tratamiento farmacológico.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):101

Cáncer de mama: por qué necesitamos nuevas terapias combinatorias

Vivanco-Ruiz MM.

CIC bioGUNE

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.
Células madre.
Resistencia a terapia.

Resumen

El cáncer de mama es una enfermedad muy heterogénea. A la enorme variabilidad entre pacientes se suma la heterogeneidad dentro del propio tumor. Durante los últimos años se ha confirmado la existencia de unas células tumorales con propiedades de células madre, que promueven la iniciación del tumor y su resistencia a las terapias actuales. Nuestro laboratorio trabaja en el estudio de estas células madre cancerosas y su relación con el entorno tumoral. La caracterización molecular de estas células, el análisis de su comportamiento en condiciones fisiológicas y sus mecanismos de respuesta a tratamientos anticancerígenos, requiere un equipo multidisciplinar, colaborativo, que incluya especialistas en diferentes campos. Sólo de esta forma será posible identificar nuevas formas de terapia que, en combinación con las terapias actuales, podrían suponer estrategias terapéuticas adicionales para mejorar los tratamientos actuales y prevenir la recurrencia de los tumores en grupos de pacientes con cáncer de mama.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):102

Carcinoma intraductal y lesiones atípicas proliferativas intraductales: impacto de la anatomía patológica en la decisión terapéutica

Zabalza I, Barredo I.

Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao. Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Carcinoma intraductal.
Lesiones atípicas proliferativas.
Impacto de la anatomía patológica.

Resumen

El carcinoma intraductal de la mama comprende a un grupo de lesiones neoplásicas caracterizadas por una proliferación de células epiteliales atípicas en conductos y lóbulos mamarios, con una tendencia inherente a progresar a un carcinoma invasivo. No existe en la actualidad un sistema de clasificación universalmente aceptado. La mayoría de las mujeres con carcinoma intraductal son candidatas para una terapia conservadora de la mama, siempre y cuando la lesión no sea extensa y se consigan márgenes quirúrgicos histológicamente negativos. La mayoría de las pacientes tiene un pronóstico excelente. Las lesiones proliferativas mamarias con atipia incluyen la hiperplasia ductal atípica, la atipia epitelial plana y la neoplasia lobulillar. Estas lesiones se consideran marcadores de riesgo porque están asociadas con un aumento en el riesgo de la paciente con desarrollar un cáncer mamario. La hiperplasia ductal atípica está caracterizada por una proliferación de células epiteliales monomorfas, que está mezclada con una segunda población celular o afecta a un número limitado de espacios. La categorización definitiva de estas lesiones se debería realizar en la pieza de escisión quirúrgica. La atipia epitelial plana se caracteriza por el reemplazamiento de las células epiteliales nativas por una o más capas de células epiteliales monomorfas. El riesgo de cáncer mamario asociado a esta lesión parece ser bajo. El término neoplasia lobulillar se refiere a un espectro de lesiones que comprende a la hiperplasia lobulillar atípica y al carcinoma lobulillar in situ. Se han descrito recientemente algunas variantes más agresivas. La neoplasia lobulillar se considera como una lesión indicadora de riesgo de desarrollar un carcinoma invasivo. Sin embargo, también puede ser una lesión precursora en una minoría de las pacientes. El manejo de las lesiones diagnosticadas en una biopsia pequeña es controvertido.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PONENCIAS

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(1):103

Intervención psicosocial con pacientes oncológicos y sus familias: hacia una intervención integral

Zubiri M, Alonso E, Álvarez, E, Amezua, E, Barranco, M, Gómez A.

Asociación contra el Cáncer. Junta de Bizkaia

PALABRAS CLAVE

Psicosocial.
Psicosomática.
Psicoterapia.

Resumen

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer supone una de las experiencias más estresantes en nuestra sociedad. Se trata de una situación inesperada que conlleva una serie de cambios que afectan no sólo al estado físico, sino también al emocional y social. Y es que cuando la persona enferma lo hace de forma integral. Todos los componentes del ser humano quedan afectados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. A la hora de hacer frente a este complicado proceso, está ampliamente documentado en la literatura científica que las intervenciones psicosociales, contribuyen a mejorar la calidad, incluso la esperanza de vida de los pacientes. Desde el inicio de la historia de la medicina, Hipócrates, menciona en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo. Desde la psicosomática, la forma de enfocar y entender a un humano que enferma, es entender al individuo en su historia completa, buscando posibles traumatismos y valorando los recursos psíquicos de cada persona para elaborarlos y poner de este modo al paciente en las mejores condiciones psíquicas para restablecer sus defensas a través de un trabajo psicoterapéutico. Por ello, desde la Asociación contra el Cáncer se ofrecen diversos programas de atención psicosocial al paciente de cáncer y a su familia, tratando de adecuar los recursos a las características y necesidades particulares de cada caso. Desde esta perspectiva el equipo psicosocial de la aecc-Bizkaia, formado por trabajadoras sociales y psicólogas supervisadas por un psicosomatólogo, atiende a una media de 867 y 672 (6.171 sesiones) personas al año respectivamente, en diferentes programas como talleres psicoeducativos, psicoterapia individual, grupal, etc. Materializando de esta manera la misión de la entidad, tratar de disminuir el impacto causado por esta enfermedad y mejorar la vida de las personas.
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Autor para correspondencia: gacetamedica@acmbilbao.org (Gaceta Médica de Bilbao).
© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

¿Quieres ser académico?

AHORA TE PUEDES INSCRIBIR EN LÍNEA A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

WWW.ACMBILBAO.ORG

CUOTA REDUCIDA DEL 50% PARA ESTUDIANTES

Entérate antes que nadie y participa de sus actividades, secciones, cursos y conferencias, tanto de Medicina, como de otras Ciencias de la Salud

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao es la decana de las academias de ciencias de la salud de todo el Estado.

ENCUENTRO BILBAOPRAXIS 2015 CANCER

www.bilbaopraxiscancer2015.com

Coorganizadores:

TRIENIO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD OSASUNAREN ZIENTZIEN HIRUURTEKOA HEALTH SCIENCES TRIENNIAL
BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO
Bilbao UDALA AYUNTAMIENTO
L'Acadèmia
SEPAC
Osakidetza
EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO
OSALAN
aecc Contra el Cáncer Minbiziaren Aurka
IMQ Tu seguro médico
QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO
SAN JUAN DE DIOS hospital | ospitalea SANTURTZI
foro español de pacientes
TEATRO ARRIAGA ANTZOKIA
Alhóndiga Bilbao
BilbaoTurismo & Convention Bureau
Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea
EKONOMIA ETA ENPRESA ZIENTZIEN FAKULTATEA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia Bizkaiko Erizaintza Zientzien Akademia
cmb bizkaiko medikuen elkargoa colegio de médicos de bizkaia
cofBi Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia
CODBI BIHEO Colegio Oficial de Dentistas de Bizkaia
Euskadiko Biologoen Elkargo Ofiziala Colegio Oficial de Biólogos de Euskadi
Bizkaiko Albaitarien Argi Legezko Elkargoa
Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Bizkaia