



**MEMORIA ANUAL 2023
PLATAFORMA DE ONCOLOGÍA
HOSPITAL QUIRON SALUD TORREVIEJA**



MEMORIA DE LA PLATAFORMA DE ONCOLOGIA AÑO 2023

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 1- INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2- ACTUALIZACION Y REVISIÓN DEL MODELO APORTADO POR LA PO..... | 3 |
| 3- ITINERARIO Y RESUMEN HISTÓRICO | 13 |
| 4- ACTIVIDADES 2023 | 35 |
| 5- FORMACIÓN CONTINUADA DE LA PLATAFORMA DE ONCOLOGÍA | 51 |
| 6- CÁTEDRA DE ONCOLOGÍA MULTIDISCIPLINARIA DE LA UCAM | 62 |
| 7- FUNDACIÓN TEDECA | 67 |
| 8- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 94 |
| ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN | 94 |
| PERSONAL DE LA PLATAFORMA DE ONCOLOGÍA | 94 |
| ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL AÑO 2023 | 95 |
| 9- CONCLUSIONES..... | 101 |
| 10- GRÁFICAS Y TABLAS..... | 107 |
| ONCOLOGÍA MÉDICA | 107 |
| FARMACIA | 109 |
| UNIDAD PSICO-ONCOLOGÍA..... | 110 |
| LABORATORIO FARMACOCINÉTICA (UFP) | 114 |
| RADIOTERAPIA | 116 |
| RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA | 122 |
| CIRUGÍA | 124 |
| INMUNOLOGÍA | 130 |
| MEDICINA NUCLEAR | 133 |
| ANATOMÍA PATOLÓGICA..... | 137 |
| REGISTRO DE TUMORES | 143 |
| 11- SEMINARIOS Y SESIONES CIENTÍFICAS | 149 |
| 12- PUBLICACIONES | 151 |
| 13- COMUNICACIONES A CONGRESOS, CURSOS Y SIMPOSIOS | 152 |
| 14- PONENCIAS INVITADAS Y MESAS REDONDAS DIRIGIDAS | 153 |
| 15- ASISTENCIA A CONGRESOS, CURSOS Y SIMPOSIOS..... | 155 |
| 16- NOMBRAMIENTOS, DISTINCIONES, ESTANCIAS Y OTRAS ACTIVIDADES..... | 157 |

ANEXOS INCLUIDOS EN CD:

17- ANEXO I. RESEÑA HISTÓRICA

18- ANEXO II. MUDAOMP (MASTER OFICIAL UNIVERSITARIO EN DESARROLLOS AVANZADOS DE ONCOLOGÍA MULTIDISCIPLINAR PERSONALIZADA)

19- ANEXO III. CARCINOMA DE MAMA: EXPERIENCIA DE LA PO

20- ANEXO IV. CARCINOMA COLO-RECTAL: EXPERIENCIA DE LA PO

21- ANEXO V. CARCINOMA DE PULMÓN: EXPERIENCIA DE LA PO

22- ANEXO VI. CARCINOMA DE OVARIO: EXPERIENCIA DE LA PO

23- ANEXO VII. MELANOMA MALIGNO: EXPERIENCIA DE LA PO

24- ANEXO VIII. REGISTRO DE TUMORES

25- ANEXO IX. ASSESSING THE PROGRESS OF AN INTEGRATED, MULTIDISCIPLINARY CANCER CARE UNIT

26- ANEXO X. HISTÓRICO ACTIVIDAD CIENTÍFICA DE LOS CAPÍTULOS 11 A 16

1. INTRODUCCIÓN

La Plataforma de Oncología fue creada en el año fundacional del Hospital San Jaime de Torrevieja el año 2000, pasando a formar parte de USP, y posteriormente al grupo Quirón. En 2015 por la fusión de Quirón con IDC se constituyó Quirónsalud y en septiembre de 2016 Quirónsalud, fusionado con Helios Kliniken del grupo Fresenius de Alemania, configura una empresa sanitaria multinacional de base europea. Fresenius tiene en Alemania una red hospitalaria con 113 centros. Quirónsalud tiene más de 100 centros asistenciales y hospitales en España, y ha creado nuevos centros asistenciales en Dubái, Lisboa y Perú. Durante 2023 el equipo directivo de Quirónsalud está formado por Víctor Madera, Juan Antonio Álvaro de la Parra y Oliver Sánchez.

Francisco Fiestras es el director Territorial de la Región Levante, que incluye los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana y Murcia, así como la Región de las Islas Canarias.

El equipo directivo del Hospital Quirónsalud Torrevieja (HQST) durante 2023 ha estado formado por Francisco Fiestras Pérez, Director Gerente; Amancio Marín, Director Médico, que fue sustituido desde noviembre de 2023 por Rosa Cañón; Nuria Armengol Hernández, Directora de Enfermería, e Iván Hernando Mencía, Director Financiero.

La Plataforma de Oncología (PO) dispone las especialidades de diagnóstico y tratamiento del cáncer del HQST, siguiendo un modelo multidisciplinario original de asistencia integrada de diagnóstico y tratamiento. La PO dispone también de un programa de docencia e investigación correspondiente a la Cátedra Extraordinaria de Oncología Multidisciplinar en la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Finalmente, la Fundación TEDECA de la PO, con sede en HQST, proporciona el soporte logístico y tecnológico para la investigación.

La PO fue fundada el año 2000 año de apertura del Hospital San Jaime, hoy Hospital Quirónsalud Torrevieja (HQST) y a lo largo de estos 24 años ha ido desarrollando los avances del diagnóstico y tratamiento del cáncer siguiendo el ritmo del progreso científico y tecnológico. La aportación de la PO ha sido innovadora, anticipándose muchas veces a los grandes avances que se han producido. Desde 2014 la PO es Grupo Prioritario de Investigación de la UCAM. En junio 2014 se firmó un Acuerdo Marco entre la Universidad Católica de Murcia (UCAM) HQST y Hospital Quirónsalud Murcia para la colaboración asistencial, investigadora y docente. La PO ha colaborado durante los cursos 2015-2024 en la enseñanza de clases prácticas a los alumnos de 5º curso de Medicina.

La investigación clínica bajo los auspicios de la PO-Fundación TEDECA ha consistido en la aplicación a los pacientes de los principales avances terapéuticos, realizando estudios de validación e incorporando equipos profesionales, procedimientos, tecnologías y soporte financiero rápida y eficientemente para beneficio de los pacientes cuando las evidencias científicas señalaban una aportación.

Durante 2023 se han producido cambios en la plantilla profesional de la PO en Oncología Quirúrgica, causando baja María Dolores Hernández responsable del área de Inmunología e incorporándose Ana Cerdá para sustituirle. En Radiología se ha dado la baja de Elena Monedero, sustituyéndole en la PO Juan Quetglas. También se ha incorporado al equipo multidisciplinar Ignacio Morales en Oncología Radioterápica y Emilio García Tutor, cirujano plástico, en el grupo de cáncer de mama.

Los demás servicios de la PO incluyendo Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Oncología Quirúrgica, Oncología Ginecológica, Oncología Gastroenterológica, Radiología General e Intervencionista, Radio física, Psico-Oncología, Nutrición Oncológica, Medicina Nuclear y Laboratorios de Anatomía Patológica, Inmunología,

Unidad de Farmacoterapia Personalizada y Biología Molecular se han mantenido sin variaciones en el personal facultativo.

Para el desarrollo de la actividad de Medicina Nuclear se ha ampliado el concierto con Hospital Universitario de Torreveja manteniendo la relación entre el Hospital Universitario Vinalopó, del Grupo Ribera Salud, y HQST. Los facultativos de Medicina Nuclear atienden regularmente las sesiones clínicas de la PO.

Tal como se ha visto en Memorias anteriores, la adaptabilidad de la PO a los cambios de personal se ha considerado un aspecto favorable porque da continuidad al proyecto con diferentes aportaciones: se incorporan especialistas que adoptan la operativa asistencial del enfoque interdisciplinar, y aumenta la difusión del modelo asistencial, se consigue progresar en la carrera profesional aumentando la movilidad de los facultativos y se pueden aplicar nuevos desarrollos para servir las necesidades y oportunidades que puedan surgir.

Frente a estos cambios de la plantilla, la PO agradece explícitamente la colaboración de todos los miembros del equipo que después de haber participado activamente en el proyecto se han trasladado a otros centros sanitarios, y reconoce que al cambiar sus servicios profesionales a otros centros aportan un valor adicional porque amplían y difunden el programa asistencial de la PO. Las vacantes producidas en personal especializado representan además una oportunidad tanto para los que se desplazan en busca de nuevos horizontes como para el nuevo personal que se incorpora para desarrollar su actividad profesional.

Los profesionales de la PO incluyen en el momento de redactar esta Memoria, las siguientes áreas y especialistas: *Oncología Quirúrgica*: Josep Farré, Pere Bretcha, Alejandro Paz, Paula Muñoz Muñoz, Alba Fernández Candela y Vicente Muñoz Madero (cirujano de Madrid y Toledo que participa en la PO a tiempo parcial); *Oncología Radioterápica*: Rosa Cañón, María del Mar Alcalá, Amelia Sanz Fernández e Ignacio Morales; *Oncología Médica*: Antonio Brugarolas, Joseba Rebollo Liceaga y Manuel Sureda; *Ginecología*: Rodolfo Martín Díaz; *Cirugía Plástica y Reconstructiva*: Emilio García Tutor (cirujano de Madrid que participa en la PO a tiempo parcial); *Psico-Oncología*: Nuria Javaloyes; *Nutrición*: Pilar Hernández Sánchez; *Radiología Intervencionista*: Román Rostagno; *Radiología Diagnóstica*: Juan Quetglas; *Medicina Nuclear*: Pedro González Cabezas, María José Azorín, María José Torres, Gladys Clemencia Figueroa Ardila y Enrique Roberto Marqués Aparicio; *Anatomía Patológica*: José Ortega; *Genética Molecular y Consejo Genético*: Ramón González Manzano y Elena María Martínez; *Inmunología*: Juan José Mata, Natalia Villa López, Sara Requena Rodríguez y Paloma Rebollo Torregrosa; *Radio-física y Protección Radiológica*: Javier de Luis, José Padilla y Rafael Padilla; *Farmacoterapia Personalizada*: Ana Catalán y Vanesa Escudero.

Durante 2023 la PO ha continuado su labor asistencial, dando mayor énfasis al desarrollo de proyectos de investigación competitivos para su presentación en convocatorias regionales, nacionales y europeas.

La PO durante el año 2023 ha continuado la actividad asistencial, investigadora y docente, contribuyendo eficazmente al desarrollo de un programa de calidad en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer en el HQST. Al recabar los datos finales de esta Memoria Anual se agradece el esfuerzo y colaboración del equipo directivo de HQST. La información corporativa de HQST puede obtenerse en www.quironsalud.es.

Las Memorias Anuales, elaboradas a partir del año 2001, dan cuenta detallada de la construcción del proyecto y los resultados obtenidos en el quehacer diario de la PO. Las Memorias Anuales precedentes y la información detallada de las actividades están accesibles en www.plataformadeoncologia.com y www.fundaciontedeca.org

2. ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN DEL MODELO APORTADO POR LA PO

A) INTRODUCCIÓN

La PO fue creada en Septiembre de 2000 para implantar un nuevo modelo de medicina en equipo multidisciplinar en el recién inaugurado Hospital San Jaime, introduciendo un concepto innovador en el modelo asistencial, que anticipaba las necesidades de la Oncología moderna y tenía la misión de integrar a todos los especialistas del cáncer dentro de una estructura transversal para superar las barreras estructurales existentes en los Hospitales tradicionales (Departamentos, Servicios, Comités, Unidades y Áreas) y simplificar la incorporación de todas las actuaciones en un proyecto centrado en las necesidades del enfermo.

En el momento de su creación se hizo una apuesta decidida y audaz por la calidad, eligiendo un Hospital de nueva creación porque aportaba ventajas organizativas y profesionales. Este modelo ha superado las expectativas y ha conducido a un nivel asistencial de calidad comparable con las instituciones modernas más prestigeadas aportando multidisciplinariedad científica al trabajo en equipo. El valor más importante son los especialistas, contratados a tiempo y dedicación completa, que comparten la asistencia al paciente sorteando los conflictos de intereses propios de cada especialidad, mediante la valoración multidisciplinar de las distintas alternativas y propuestas que se recomiendan al paciente.

La implantación de este modelo se construyó sobre ideas originales aportadas por el equipo directivo. Los fundamentos próximos de esta idea se encuentran en la medicina en equipo de los cuidados paliativos del cáncer, descritos extensamente en el manual de Dame Cicely Saunders, creadora de los modernos Hospicios británicos, y que han servido de inspiración inagotable para las organizaciones de enfermos crónicos y terminales en el mundo occidental (*C Saunders & M Baines, Living with dying: The management of terminal disease. NewYork, Oxford, UnivPress 1989*). Los primeros apuntes de la PO surgieron en forma de reflexiones publicadas durante la década 1990-99, sobre las necesidades que exigen los modernos avances en ciencias de la salud y en los cuidados sanitarios profesionales (*A Brugarolas, El trabajo en equipo. RevMedUnivNav 1992; 214-9; A. Brugarolas, El modelo médico. La formación de los profesionales de la salud. Fundación BBVA, Documenta, Bilbao 1999 pp135-153*).

Durante el año 1999 se redactó un proyecto empírico para la creación de la PO con la finalidad de adaptar el modelo a la organización hospitalaria habitual. El Hospital San Jaime de Torre vieja inaugurado en marzo de 2000 finalmente se ofreció para liderar el proyecto, que comenzó en septiembre del año 2000.

Los principios de este modelo asistencial del cáncer se basan en que la estructura de una organización debe facilitar la función (cumplimiento de los objetivos), y cuando el objetivo es potenciar la participación, el desarrollo conjunto y la interconexión, el modelo ha de permitir la actividad transversal, flexible y abierta.

De acuerdo con estos principios, la PO se creó para aplicar de forma óptima los avances del diagnóstico y tratamiento del cáncer, organizando progresivamente el abordaje interdisciplinario en un espacio abierto y flexible basado en tres pilares: 1) Lugar central del enfermo y su familia; 2) Multidisciplinariedad superando las dificultades organizativas departamentales; y 3) Colaboración con el entorno sanitario.

Cada uno de estos pilares centrales fue desarrollado específicamente: el paciente como centro de la asistencia dio lugar a la revisión y adaptación del modelo médico especialmente en la relación médico-paciente; la multidisciplinariedad dio lugar a la

revisión y construcción de un nuevo paradigma sobre el trabajo profesional en equipo; y la colaboración con el entorno sanitario culminó con el desarrollo de abordajes singulares politécnicos.

Los aspectos más relevantes fueron descritos en las Memorias Anuales, que se encuentran accesibles en el *Libro de TEDECA* (www.fundaciontedeca.org) y en el *Libro de la Plataforma de Oncología* (www.plataformadeoncologia.com).

Los objetivos planteados durante la construcción de la PO, renovados y mantenidos vigentes de forma permanente se resumen a continuación:

1. Marco general/ideario básico común a todo el equipo interdisciplinario;
2. Definición clara de los propósitos y objetivos;
3. Selección de personas según las necesidades. Cada persona debe conocer la participación de los demás miembros y debe poder cumplir sus expectativas personales;
4. Espíritu de equipo con sus implicaciones más importantes: Voluntad de trabajar conjuntamente; superación del individualismo; conocer los campos propios y ajenos; aprender a compartir y a ceder; reconocer las rivalidades fronterizas y profesionales; valorar como iguales a otras personas con perfiles y calificaciones distintas; aceptar papeles intercambiables; superar conflictos; componente de altruismo, aceptar liderazgo cambiante;
5. Peligros internos: Incomunicación, Protagonismo, Estrés, Defecciones y Crisis;
6. Peligros externos: Rechazo, Modificación de objetivos, Organización hospitalaria, Falta de suficiente autonomía, Ausencia de entrenamiento continuado para fomentar la participación y desarrollo.

La experiencia obtenida por la PO ha demostrado que la cultura multidisciplinaria se tiene que construir y validar día a día, porque un equipo profesional, compuesto por personas con distintas capacidades, conocimientos y experiencia, que actúan hacia un objetivo común, es un objetivo difícil que no se consigue espontáneamente. La diversidad de talentos aporta distintas perspectivas y métodos, pero existen dificultades de entendimiento entre las diferentes disciplinas y un equipo de grandes expertos no es experto en trabajo conjunto. Es necesario esfuerzo y disposición hacia el aprendizaje, porque el entrenamiento en las disciplinas tradicionales es insuficiente y generalmente potencia el individualismo. Finalmente, es aparente al cabo de los años que el éxito es la única razón que justifica y mantiene coherente a un equipo de profesionales.

A lo largo de estos 20 años desde la creación de la PO se han ido perfilando los avances que proporciona el nuevo modelo: Por una parte, se ha construido un equipo profesional científico multidisciplinario, dirigido a las necesidades del enfermo y su familia, que se adapta con gran facilidad a los cambios porque permanece abierto a las aportaciones de todo tipo y a las necesidades sanitarias cambiantes de la sociedad.

Destaca como un abordaje apto para buscar soluciones, para integrar tecnologías, para aplicar los resultados de la investigación y para implementar cuidados sanitarios especializados.

Un aspecto sobresaliente ha sido la distinción entre las diferentes acepciones de la multidisciplinaria. Todas las sociedades científicas y especializadas aceptan por consenso la multidisciplinaria y han suscrito coherentemente con este principio la actitud interdisciplinaria de la asistencia oncológica.

La PO por otra parte se fundamenta en la **multidisciplinaria integral**, incluye diferentes especialistas que comparten los cuidados de los mismos enfermos, tienen responsabilidades complementarias e interdependientes y se comunican activamente para que las necesidades de los enfermos y sus familias se atiendan de forma integrada. Este equipo multidisciplinario difiere en su organización y contenidos de la

multidisciplinariedad secuencial, que es el abordaje disciplinar independiente mediante el cual el profesional actúa de forma autónoma con escasa relación con otros profesionales; la **multidisciplinariedad aditiva**, que es el abordaje con la participación de varios profesionales que actúan en paralelo, cada cual responsable de una necesidad particular del paciente; y la **multidisciplinariedad consultiva**, que es el abordaje en el que un especialista retiene la responsabilidad central y consulta con otros según las necesidades. Todas estas formas operativas de multidisciplinariedad pueden coexistir simultáneamente en un centro sanitario, pero solamente el equipo multidisciplinar integrado proporciona objetivos y resultados de mayor valor sanitario, tal como se describe a continuación.

Las aportaciones de la PO tal como se ha comprobado a lo largo de estos años son las siguientes:

1. **AUMENTO DE LA SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.**
2. **DESARROLLO DE ABORDAJES COMPLEJOS.**
3. **NUEVAS TECNOLOGÍAS MULTIDISCIPLINARIAS.**
4. **PARTICIPACIÓN DE ESPECIALIDADES MARGINADAS.**
5. **FACILIDAD PARA INCORPORACIÓN DE CAMBIOS.**
6. **ALTO VALOR PARA EL ENFERMO, CENTRO DEL PROCESO.**
7. **ALTO VALOR PROFESIONAL: SEGURIDAD, AUTODESARROLLO Y CRECIMIENTO.**
8. **ALTO VALOR SANITARIO: POTENCIACIÓN DEL BIEN COMÚN.**

La experiencia acumulada indica que la multidisciplinariedad integral es un proyecto vivo, gradual y evolutivo, que puede implementarse en cualquier organización sanitaria, con esfuerzo y siguiendo un plan de acción bien definido por los especialistas y con el apoyo organizativo de la institución.

Hay que definir bien la composición del equipo multidisciplinario inicial y contar con la ayuda de expertos que conozcan las claves y métodos de funcionamiento. Es necesaria una formación básica y sobre todo una actitud positiva para el desarrollo integrado de los componentes del equipo.

Por otra parte, a medida que se ha ido perfilando la PO como una construcción atractiva y eficaz del equipo multidisciplinario, también ha surgido un interés general por la medicina integrada.

A partir de 2003 este concepto ha sido impulsado internacionalmente al reconocerse la conveniencia del trabajo en equipo y establecerse en los EEUU las bases de su implementación sanitaria, definiéndose la Ciencia del Equipo Científico (the Science of Team-Science).

B) THE SCIENCE OF TEAM-SCIENCE

Una referencia de consulta básica en este campo es el Manual de Eduardo Salas, Scott I Tannenbaum, Debra J Cohen y Gary Latham, Eds, *Developing and enhancing teamwork in organizations. A Publication of the Society for Industrial and Organizational Psychology; The Professional Practice Series, Jossey-Bass, A Wiley Brand, June 2013 (ISBN-13:978-1118145890).*

P. Provonof, Director del Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, EEUU, ha señalado que el fallo en el trabajo en equipo es una causa mayor de complicaciones adversas y muertes prevenibles y que aunque la capacidad de trabajar en equipo parece innata, en realidad muy pocos profesionales demuestran tenerla en su trabajo debido a que no se dedica suficiente tiempo a

fomentarla, mediante la enseñanza del trabajo y la comunicación en equipo. Por este motivo recomienda su implementación en el pregrado y el periodo de formación de la especialidad, creando mecanismos de formación y evaluación en las organizaciones sanitarias y estableciendo el trabajo en equipo como una competencia formal de la especialización médica.

La revisión del trabajo en equipo distingue diferentes tipos de equipos básicos en el ámbito de la sanidad y los cuidados de la salud:

1. Equipos paritarios, operativos, de Dirección, Gestión, Comités especializados y otros que representan y gobiernan a las organizaciones.
2. Equipos jerarquizados de control, que actúan en situaciones de urgencia, crisis, o tareas tecnológicamente complejas.
3. Equipos dirigidos por un especialista experto para desarrollar programas especiales.
4. Equipos coordinados de gestión, que unen aspectos administrativos y asistenciales para llevar a cabo procesos y sistemas que se benefician mutuamente.
5. Equipos multidisciplinarios que representan diferentes áreas o conocimientos y trabajan conjuntamente para desarrollar, organizar y realizar procedimientos combinados.

A partir del año 2000, se ha desarrollado gradualmente en los EE. UU. la investigación interdisciplinaria mediante equipos de trabajo formados por científicos y profesionales, creándose un nuevo campo denominado *The Science of Team-Science*. El objetivo es estudiar la colaboración en investigación transdisciplinaria, determinar sus bases conceptuales y metodológicas, y promover la investigación realizada por los equipos multidisciplinarios.

El itinerario seguido en los EE. UU. se resume en las siguientes referencias:

En 2003 el Institute of Medicine (IOM, NationalAcademy of Sciences, USA) redactó el informe seminal "*Health ProfessionsEducation: A Bridge to Quality*", insistiendo en la necesidad de una formación específica dirigida al trabajo en equipo.

En octubre de 2006, secundando dicha recomendación el National Cancer Institute de EEUU convocó la reunión "*Science of Team Science: Assessing the Value of TransdisciplinaryResearch*" que debatió los conceptos y puso las bases para el desarrollo prospectivo de este nuevo campo.

La revista *American Journal of Preventive Medicina* publicó un suplemento en agosto de 2008 dedicado a *Science of Team-Science*(*Am J PrevMed* 2008; 35: S77-S252).

En abril de 2010 tuvo lugar en Chicago la primera convención internacional *FirstAnnual International Science of Team-Science Conference*.

En 2013 la Academia Nacional de Ciencias de los EE. UU. creó el *NationalResearch Council Committeeon the Science of Team-Science*, que asume la responsabilidad de coordinar, impulsar y dirigir este nuevo campo.

Finalmente se debe mencionar el informe "*Enhancing the Effectiveness of Team Science*" publicado en 2015 por la US NationalAcademies of Sciences, Engineering and Medicine, que enfatiza la aplicación de la ciencia para transformar las formas con las que los investigadores hacen prosperar la ciencia.

Los avances de estos foros de pensamiento y debate han servido para aplicar el abordaje en equipo multidisciplinario a la actividad sanitaria y a los cuidados de la salud, porque proporciona un incremento en los resultados obtenidos.

De acuerdo con los análisis efectuados en los EE. UU. el Team-Science aporta las siguientes ventajas:

Para los pacientes: 1. Mejora los cuidados sanitarios porque aumenta la coordinación de los servicios médicos y de forma especial afecta a los problemas complejos; 2. Integra la atención sanitaria abarcando un horizonte más amplio de problemas y necesidades; 3. Implica a los pacientes y los convierte en miembros activos de los cuidados médicos y sanitarios; 4. Facilita los servicios de pacientes de diferentes procedencias y culturas; 5. Mejora la eficiencia y los tiempos de asistencia.

Para los profesionales sanitarios: 1. Mejora la satisfacción profesional; 2. Facilita la transición de los cuidados profesionales de episodios puntuales (agudos) hacia los cuidados prolongados y la prevención; 3. Facilita y capacita al profesional para la formación en nuevos abordajes y tecnologías; 4. Fomenta la innovación; 5. Permite la especialización enfocada a áreas definidas de mayor experiencia.

Para los educadores y estudiantes: 1. Permite aprender la oferta de abordajes sanitarios multidisciplinarios; 2. Promueve la comprensión y reconocimiento de otras disciplinas; 3. Introduce estrategias favorables para el futuro ejercicio profesional; 4. Facilita la participación de los alumnos; 5. Cuestiona las bases y aportaciones de cada disciplina.

Para la atención sanitaria de los cuidados de la salud: 1. Mejora la eficiencia de los cuidados de la salud; 2. Maximiza los medios y recursos disponibles; 3. Disminuye la sobrecarga que afecta la organización de los cuidados agudos al mejorar los cuidados crónicos y preventivos; 5. Facilita los programas de mejora continuada en la calidad asistencial.

Eduardo Salas, Profesor de Psicología de la Universidad de Central de Florida, un distinguido experto en *Science of Team-Science* distingue entre construir y entrenar el equipo de Team-Science porque los contenidos del primero se basan en la clarificación de roles y responsabilidades, el establecimiento de objetivos y las relaciones personales, mientras que el entrenamiento está dirigido a desarrollar y potenciar las competencias específicas que mejoran los resultados. Asimismo, señala aspectos fundamentales para evaluar los Team-Science en siete áreas, denominadas las 7 C: En primer lugar las **Condiciones**, referidas a la organización hospitalaria y la voluntad de puesta en marcha; seguidamente la **Coordinación**, para establecer el equipo y liderarlo; y finalmente los atributos mediados por **Cooperación**, **Cognición**, **Conflictividad**, **Continuidad** de entrenamiento (*Coaching*) y **Comunicación**.

C) THE WISDOM OF COLLECTIVES

Al profundizar en la Ciencia del Trabajo en Equipo se ha establecido un marco de factores determinantes que condicionan y potencian su eficacia. La interacción de las personas que forman un equipo aumenta la capacidad operativa para desarrollar programas novedos y coherentes en sistemas complejos.

El trabajo en equipo se basa en la interdependencia de sus miembros, que comparten objetivos, y aportan distintas capacidades, actitudes, conocimientos y otras características, entre estas últimas destaca la adquisición de competencias en dinámica social dentro de la organización. El trabajo en equipo es un proceso que se puede medir en sus resultados.

No existe un modelo único aplicable a todos los contextos o aplicaciones y se han descrito más de 150 enfoques distintos, que dan lugar a un importante debate desde la perspectiva de la estructura y organización en la llamada ciencia de los colectivos

inteligentes. Las competencias que adquiere un equipo integrado de trabajo se pueden agrupar en actitudes, comportamiento y conocimientos.

Entre las **actitudes** que potencian la competencia se encuentran la orientación de sus miembros hacia la cohesión, confianza mutua, eficacia colectiva, empoderamiento del equipo, compromiso de compartir resultados y objetivos, valoración de la colaboración, consideración del éxito como un logro conjunto y defensa de la seguridad psicológica de todos los miembros.

Entre los **comportamientos** que deben promoverse para conseguir mejorar la calidad en el trabajo en equipo hay que destacar: por una parte, compartir estrategias que implican adaptabilidad, coordinación, soporte y distribución de responsabilidades, anticipación de necesidades, detección y solución de problemas, abordaje de situaciones conflictivas, y apoyo a la motivación o asertividad de cada uno de los miembros que pueda necesitarlo.

Los miembros de un equipo de trabajo han de aprender a planificar y revisar los objetivos, redirigir o encauzar la misión y colaborar en el liderazgo del grupo, conociendo los aspectos de gestión. También han de participar en la planificación, coordinación, control de objetivos y liderazgo compartido del grupo.

Las áreas de **conocimiento** que han de ser desarrolladas dentro del grupo de trabajo incluyen los procesos de análisis, respuesta a situaciones atípicas frecuentes, modelos de actuación compartida en equipo, comprensión de la dinámica de múltiples grupos de trabajo y diseño de estrategias coordinadas.

E. Salas propone que el modelo de cualquier trabajo en equipo tiene que incorporar los componentes esenciales que consolidan la ciencia del colectivo humano (liderazgo, adaptabilidad, conocimiento mutuo, control retrospectivo de los procesos, y desarrollo detallado de los procesos más destacados) y los mecanismos de coordinación elementales que lo hagan factible (modelos mentales compartidos, comunicación, interés mutuo, etc.)

El liderazgo es necesario para promover la consecución de los objetivos y debe ser compartido por varios miembros para conseguir la dinámica necesaria y aprovechar las aportaciones de los diferentes miembros del equipo. La adaptabilidad es un componente esencial para cambiar los procesos cuando cambian las circunstancias y contiene diferentes factores (análisis de la situación, formulación y ejecución del plan, aprendizaje colectivo, etc.). El control mutuo sirve para efectuar un seguimiento mental de la actividad colectiva para anticipar posibles alteraciones y corregir las desviaciones inoportunas, de forma que sin restar la responsabilidad personal de los errores previene los errores de los otros miembros del equipo.

La orientación de focalizarse en el trabajo en equipo por encima del trabajo individual de cada miembro permite anticipar problemas cuando aparecen circunstancias adversas o estrés. Cuando un equipo comparte el mismo modelo puede interpretar y resolver mejor los cambios, facilitando la coordinación de las actuaciones. La comunicación debe asegurar tanto la recepción, la interpretación correcta, así como la respuesta. La confianza recíproca es esencial porque han de protegerse los derechos e intereses de todos los componentes del equipo.

Recientemente se hace énfasis en la necesidad de conseguir que todos los miembros se sientan psicológicamente seguros, para conseguir la participación plena. La seguridad psicológica constituye un reducto de la intimidad y contiene aspectos que han de considerarse confidenciales por los miembros del equipo.

El desarrollo de la inteligencia colectiva no excluye las aportaciones personales, porque los miembros del equipo han de mantener una actitud mental individual e independiente.

Por otra parte, el trabajo en equipo es un proceso dinámico que se modifica con el paso del tiempo abriendo nuevos campos de actuación que no se habían anticipado anteriormente.

Finalmente, las bases antropológicas de la colaboración interpersonal no han sido bien estudiadas y pueden conducir a incrementos cualitativos actualmente desconocidos.

D) ANÁLISIS DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LA PO

Siguiendo el análisis propuesto por E. Salas, durante el año 2015 se realizó una valoración del funcionamiento de la PO en las denominadas "7 C", que incluyen: Cooperación, Conflicto, Cognición, Coordinación, Comunicación, Condiciones y Coaching. Participaron 19 miembros de la PO, incluyendo 4 cirujanos, 2 radioterapeutas, 3 físicos, 2 oncólogos médicos, 2 biólogos moleculares, 2 médicos nucleares, 1 farmacéutico, 1 anatomopatólogo y 2 psico-oncólogos. No ha habido exclusiones de personas en la realización de la prueba. Los análisis cuantitativos se han realizado mediante la Escalas ATHCT (Attitudestowardhealthcareteamsscale); TSS (Team SkillScale); IPC (Interprofesional CollaborationScale); y Team Fitness Tool. Los análisis cualitativos se han efectuado mediante preguntas abiertas y una entrevista semiestructurada de los feedback de los resultados.

Los resultados del análisis cuantitativo demostraron fortalezas en los campos de Cooperación, resolución de Conflictos, Cognición y Coordinación. Por otra parte, se observaron debilidades en Comunicación, Condiciones de la empresa y Coaching.

Los resultados del análisis cuantitativo no pueden ser interpretados comparativamente con los obtenidos por otros grupos existentes, y constituyen un análisis puntual para establecer líneas de actuación destinadas a mejorar los aspectos designados como debilidades y potenciar los aspectos designados como fortalezas de la PO. En este sentido han de servir de base a los análisis que se realicen posteriormente.

El proyecto multidisciplinario de la PO representa un abordaje original que debe situarse entre las aportaciones conceptuales recientes en la ciencia del trabajo en equipo. La obtención de resultados favorables depende fundamentalmente que se puedan alinear las estructuras organizativas, profesionales, sanitarias y culturales, alrededor de un mismo objetivo. Es una tarea compleja que puede solucionarse cuando los participantes se supeditan al objetivo común.

E) ACTUALIZACION DE OBJETIVOS

La PO es una fuente incesante de enriquecimiento y ha demostrado capacidad para liderar iniciativas multidisciplinarias en el tratamiento del cáncer. El enfoque multidisciplinario, ha demostrado que aumenta los conocimientos y promociona los avances de cada modalidad.

Se han cumplido los objetivos asistenciales prioritarios definidos como integración asistencial, lugar central del paciente y colaboración con el entorno sanitario.

Estos avances desembocan en una serie de logros remarcables en el quehacer clínico diario: superación de los conflictos de intereses personales y profesionales, acercamiento continuo a las preferencias del paciente, incorporación de los resultados de investigación que pueden mejorar los resultados del tratamiento, contención del coste sanitario y consideración hacia todas las iniciativas profesionales.

Las propuestas de tratamiento se analizan y valoran minuciosamente y se comparten en presencia del paciente. Las sesiones clínicas constituyen foros donde se evalúan y

diseñan las recomendaciones terapéuticas más complejas, se realizan valoraciones críticas de los resultados obtenidos, y se estudian las nuevas tecnologías.

Desde la perspectiva del paciente, las aportaciones han sido diversas y novedosas: Se construye un plan de tratamiento y seguimiento personalizado basado en las preferencias personales y las características del tumor. Ganar en tiempo: diligencia en la gestión y rapidez en la respuesta. Consulta simultánea de los diferentes especialistas implicados sin incremento en los costes, conocimiento completo de las diferentes alternativas, compromiso profesional de asesorar al paciente en relación con los métodos no disponibles en el propio centro, estudio crítico de los resultados obtenidos en cada tumor, actualización continuada de las nuevas tecnologías y adopción de las más eficaces.

El segundo valor añadido a este modelo ha sido el incremento constante de la capacidad de colaboración en el desarrollo de programas interdisciplinares complejos, que requieren la cooperación de nuevos profesionales y especialistas.

Fruto de la labor multidisciplinar continuada en el desarrollo de tratamientos novedosos usando tecnologías de vanguardia, y en colaboración estrecha con la Fundación TEDECA, se han puesto en marcha técnicas pioneras que permiten elevar las tasas de curación en tumores localmente avanzados, considerados en el límite de la curación.

A título de ejemplo se citan algunos procedimientos singulares:

1. Perfusión aislada de la extremidad.
2. Altas dosis de IL-2. Inmunoterapia adoptiva con vacunas TIL, células dendríticas incubadas con tumor o antígenos tumorales. Vacunas.
3. Quimioterapia intra-arterial.
4. Terapia “one-step” en cáncer de mama: aplicando en un solo acto operatorio resección tumoral conservando la mama, estudio de ganglio centinela, radioterapia intraoperatoria y plastias de reconstrucción inmediata.
5. Cirugía de la carcinomatosis peritoneal/pleural con HIPEC.
6. Cirugía Robótica Da Vinci de los tumores digestivos y pancreáticos, además de prostáticos y ginecológicos.
7. Re-irradiación con técnicas de IMRT, IMGRT y Radiocirugía.
8. Braquiterapia asociada a otras modalidades de irradiación.
9. Tratamiento del cáncer oligometastásico óseo, hepático, pulmonar, y/o pélvico.
10. Electroquimioterapia para carcinomatosis cutánea no resecable.

Con toda seguridad la contribución más significativa del modelo introducido por la PO es la continuidad en seleccionar objetivos científicos y asistenciales, de acuerdo con las necesidades y oportunidades que surgen a lo largo del tiempo.

Fruto de la capacidad de interacción y colaboración científica del Team-Science, se ha consolidado a lo largo de los últimos años el tratamiento personalizado del cáncer, basado en los estudios de farmacogenómica, en la medición personalizada del fármaco administrado en cada paciente y en la evaluación precoz del resultado antitumoral. Se ha desarrollado un tridente tecnológico capaz de introducir precisión, seguridad y calidad asistencial en un campo donde tradicionalmente los avances se han producido lentamente, después de realizarse numerosos estudios aleatorizados y repetitivos para distinguir las diferencias mínimas. Abundando en esta dirección, hay que señalar que el siguiente proyecto personalizado es la inmunoterapia del cáncer.

Es evidente que el modelo colaborativo interprofesional ha de introducirse en la práctica clínica, mediante la enseñanza pre y postgrado, pero para acelerar el cambio sin tener que esperar al recambio generacional también hay que diseñar grupos de trabajo en equipo (Team-Science) en los centros asistenciales y hospitales tradicionales.

Una reciente valoración de la aplicación de los conceptos de *Team Science* en Medicina sugiere que las bases para conseguir una comunicación e interacción adecuadas entre los profesionales hay que superar algunos defectos intrínsecos como son el *ethos* individualista y el desarrollo personal basado en el éxito profesional. L Rosenbaum insiste en que debe desarrollarse la cultura de resolver en equipo los problemas y los principios básicos para conseguir estos objetivos son: 1. Libertad para hacer preguntas y reconocer áreas de incertidumbre/desconocimiento personal; 2. Sentido de responsabilidad compartido entre los miembros del equipo; 3. Reconocimiento y discusión de los errores; y 4. Transmisión del pensamiento colectivo. (L Rosenbaum, *Teamwork, Parts 1,2 and 3. New Engl J Med 2019; 38:684-8, 786-90 & 881-5*).

La aportación de la PO indica que es posible construir un modelo válido aplicable a centros sanitarios y hospitales de perfil habitual partiendo de los principios de Team Science. Por este motivo la PO, aprovechando la experiencia pionera conseguida, debe difundir y promover este modelo.

En el caso de la PO, centrada en el enfoque personalizado del diagnóstico y tratamiento del cáncer, después de 20 años de funcionamiento, hemos aprendido que el trabajo en equipo es un objetivo permanente y prioritario. El trabajo multidisciplinario requiere la integración puntual y diversificada de las personas implicadas, que deben improvisar su aportación cuando surgen situaciones concretas. Representa una nueva cultura a la que necesariamente hay que acceder para hacer posible el paradigma: la optimización de los resultados.

F) VIGESIMO ANIVERSARIO DE LA PLATAFORMA DE ONCOLOGIA (2020)

Introducción

El año 2000, se inauguró el Hospital San Jaime de Torrevieja y en su dotación inicial se incluyó a la PO: una Unidad Multidisciplinar para la atención integral del enfermo con cáncer, incorporando un nuevo modelo de colaboración entre los diferentes especialistas y una dotación tecnológica avanzada. Las áreas descritas en la configuración inicial incluyeron además de la asistencia convencional multidisciplinar, el soporte del enfermo y su familia, la farmacología, la biología molecular, los bancos de tejidos y datos, además de la Fundación TEDECA para potenciar la investigación aplicada al desarrollo terapéutico.

Se han cumplido los veinte años y aquel proyecto ha cumplido sus expectativas:

1. La PO fue diseñada en un Hospital Privado, para poder innovar sobre el enfoque multidisciplinario y el trabajo en equipo, superando el concepto clásico de los departamentos según especialidades. Se consideró que el nuevo modelo integral tenía que demostrar su valor sanitario obteniendo resultados favorables antes de poder ser considerado y/o adoptado por la Organización Sanitaria y la Universidad.
2. Al ubicar el proyecto en un Hospital Privado se condicionó su viabilidad al análisis financiero de los resultados obtenidos. Se consideró que el éxito del modelo integral definido por la PO debía atraer pacientes que potenciaran su actividad y justificaran su financiación.
3. Los cambios e innovaciones en la asistencia del enfermo con cáncer representaban un reto desconocido porque los recursos del entorno inmediato a la PO para poder adaptarse eran limitados y su aplicación de difícil justificación. En estos 20 años los cambios se han producido de forma rápida y sorprendente, y la PO ha podido mantenerse en una posición destacada de innovación.

4. La PO se ha integrado adecuadamente en la organización hospitalaria, aportando su colaboración en gestión, asistencia, docencia e investigación, sin menoscabo alguno, antes bien potenciando la visibilidad y reconocimiento del Hospital.

Evaluación

Los facultativos de la PO se han reunido el 1 de Julio 2021, con ocasión de haber cumplido 20 años, para valorar la situación en relación con los planteamientos y las necesidades actuales. En la sesión, abierta a todas las aportaciones y de carácter informal, los diferentes profesionales han presentado la lista de iniciativas y necesidades. Posteriormente la Comisión Ejecutiva ha agrupado las propuestas en los diferentes ámbitos de aplicación:

1. Nueva construcción y/o adaptación de los laboratorios y obtención de los oportunos certificados de ISO y BPL
2. Técnicas en peligro de renovación y otras que están emergiendo
3. Esfuerzo académico
4. Consecución de subvenciones para los proyectos de investigación
5. Correspondencia con la Fundación TEDECA
6. Ampliación de la capacidad asistencial en consultas externas
7. Planteamiento de los 20 años

G) EXPANSION DEL CONCEPTO DE LA PO

Desde el año 2021 se han incorporado nuevos conceptos en el trabajo en equipo de la PO para proporcionar una atención oncológica integral: nutrición oncológica, asesoría administrativa y financiera, consultorías especializadas en captación de fondos de investigación, etc.

El cuidado del paciente necesita actualmente atención de soporte en áreas de salud mental, nutrición, rehabilitación y actividad física, gestión de consentimientos y autorizaciones de las compañías aseguradoras, asesoramiento financiero y administrativo, organización de cuidados domiciliarios, etc. La ampliación de estos contenidos asistenciales para conseguir un enfoque general comprehensivo incrementa las necesidades de comunicación fluida y eficaz entre los diferentes miembros del equipo, creándose plataformas de plataformas con profesionales muy variados. Representa un nuevo reto porque el modelo adquiere complejidad y debe mantenerse el trabajo en equipo.

Es evidente que el trabajo en equipo responde a una estrategia de compromiso en el perfeccionamiento de la labor sanitaria, y aunque responde a premisas de calidad comprobada no ocurre espontáneamente de forma natural. Al ampliarse los equipos surgen nuevas áreas de relevancia:

- 1) La colaboración de los integrantes de la PO no ha de ser altruista, debe incentivarse cultural y financieramente.
- 2) La responsabilidad no puede difuminarse entre el equipo, sigue siendo personal, y debe reconocerse la colaboración.
- 3) Hay que atender las crecientes demandas de los pacientes y familias.
- 4) Los profesionales que rutinariamente forman parte del equipo asistencial pertenecen actualmente a diferentes disciplinas y actividades. Se necesita mejorar la comunicación para mantener la eficiencia y satisfacción personal.
- 5) La expansión de la PO requiere además la integración de gestores y administrativos.

3. ITINERARIO Y RESUMEN HISTÓRICO

Para facilitar la comprensión del recorrido de la PO se enumeran de manera simplificada los hitos anuales más significativos:

AÑO 2000-2001:

El Hospital San Jaime fue inaugurado en marzo del año 2000. En septiembre 2000 se creó la PO y comenzó la actividad clínica con la consulta de Oncología de A. Brugarolas, comenzando las gestiones de selección y contratación de personal facultativo. Emiliano Calvo, oncólogo médico, fue contratado a primeros de Enero 2001.

Entre enero y septiembre de 2001 fueron contratados los cirujanos J. Farré y P. Bretcha, los patólogos J. Forteza y FJ. Fernández Morejón, y los responsables de Radioterapia I. Azinovic, Radio-física FJ. García Cases, Inmunología B. Vázquez y Medicina Nuclear A. Crespo, iniciándose las labores de Cirugía y Anatomía Patológica de la PO y organizando la gestión de preparación de locales y laboratorios, selección de aparatos técnicos y preparación de documentos para conseguir las preceptivas autorizaciones Laboratorio de Inmunología, Departamento de Radioterapia y Medicina Nuclear.

I. Azinovic recibió soporte para una estancia científica en los EE. UU. (Universidad de California Davis) durante el período de construcción del bunker y espacios asistenciales de radioterapia.

En marzo 2001, coincidiendo con el primer aniversario desde la apertura del Hospital San Jaime, se celebró una jornada científica con la presencia de autoridades locales, prensa y personal del Hospital, incluyendo los especialistas recién contratados de la PO.

Durante el primer año se revisaron y pusieron al día los algoritmos terapéuticos de los tumores más frecuentes y se comenzaron a poner en marcha algunos de los procedimientos singulares interdisciplinarios actuales.

Los procedimientos de cultivos celulares de células TIL y LAK en melanoma comenzaron en 2001.

En el mes de septiembre se habían finalizado las obras de la segunda planta de hospitalización del Hospital San Jaime para ubicar la consulta, laboratorios, despachos, Hospital de Día, sala de reuniones y salas de hospitalización de la PO.

AÑO 2002:

Se incorporó el Dr. M. Sureda, oncólogo médico, con responsabilidad en el área de Hospitalización.

Se construyó el nuevo edificio designado para la ampliación de la PO, unido al edificio principal del Hospital a nivel de calle y a nivel de 1ª planta mediante un pasadizo cubierto. La planta baja, fue construida de acuerdo con las necesidades de Radioterapia, aportando luminosidad porque, aunque se trataba de la planta sótano, de acuerdo con el resto de la estructura hospitalaria, era realmente la planta baja, con salida ajardinada

al exterior. Se construyó con previsión de espacio de crecimiento futuro, para anticipar la posible ampliación de las instalaciones. La planta +1, al mismo nivel de la planta baja

del Hospital y con excelente comunicación con la misma fue equipada para albergar Medicina Nuclear, Farmacia y Laboratorio de Farmacocinética.

La planta 1 fue concebida para ubicar las consultas y laboratorios de la PO, y ha quedado desde entonces como un espacio de reserva para múltiples usos. Asimismo, la planta 2, diseñada originalmente para ubicar los Laboratorios y la sede de la Fundación TEDECA, fue utilizada para albergar los locales de Rehabilitación y la consulta de Ortopedia.

Durante 2002 se creó una Comisión Interna de Calidad, que valoró el desarrollo de los procedimientos de Medicina Nuclear, quimioterapia ambulatoria en Hospital de Día, y Laboratorios de Inmunología y Anatomía Patológica.

A partir del mes de mayo se inició la Sesión Científica semanal los viernes, que ha continuado hasta la actualidad.

Destaca que en 2002 se realizaron los primeros estudios PET con la técnica de gamma cámara de coincidencia y se desarrollaron procedimientos de cirugía oncológica especializada incluyendo exenteración pélvica, resección de múltiples metástasis hepáticas y rescate de metástasis peritoneales con técnica HIPEC.

AÑO 2003:

E. Calvo, después de recibir una Beca de formación en investigación de desarrollo de estudios iniciales de quimioterapia en la Universidad San Antonio TX (EE. UU.), no asumió la continuidad en la PO, trasladándose al Instituto J. Baselga y Hospital Valle de Hebrón de Barcelona, fundando posteriormente el grupo internacional de estudios iniciales con nuevos fármacos del cáncer (Fase I) STAR, Hospital de Sanchinarro, en Madrid

Se incorporó a la PO el Dr. J. Rebollo, oncólogo médico, con responsabilidad en el área de Hospital de Día.

Comenzó la actividad de Radioterapia con el acelerador CLINAC 2100 de VARIAN, incorporando las técnicas de IMRT, Acculoc y Fusión de Imágenes. Se adquirió un nuevo TAC helicoidal de alta resolución pasando el existente a planificación de Radioterapia.

Se incorporó la Dra. Rosa M^a Cañón, oncóloga radioterapeuta, coincidiendo con el inicio de la actividad asistencial.

Asimismo, se puso en marcha la Biología Molecular con Elena Martínez.

En el mes de junio se creó la **Comisión Evaluadora Externa** que hizo la primera asesoría sobre las áreas existentes. La composición fue la siguiente: Presidente el Excmo. Prof. Dr. JM. Segovia de Arana de Madrid, y Vocales el Prof. Dr. P. Parrilla, catedrático de Cirugía de Murcia, el Prof. Dr. A. Carracedo, especialista en Genética Molecular y catedrático de Medicina Forense de Santiago de Compostela, el Prof. Dr. M. Hidalgo, Director de Oncología Médica de Johns Hopkins University de Maryland, y el Prof. Dr. F. Calvo, Catedrático y Director del Departamento de Oncología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

AÑO 2004:

Se hicieron contactos para abrir una Unidad en red con el Hospital de Levante de Benidorm, que después de unos años de implantación y seguimiento no prosperó adecuadamente.

Destaca especialmente el comienzo de la radioterapia intraoperatoria tras la adquisición del MOBETRON, un acelerador lineal miniatura ubicado en el quirófano, único en España. Asimismo, en Radioterapia se adoptaron las técnicas de Radiocirugía tras la adquisición del equipo BRAINLAB.

En el Laboratorio se pusieron en marcha técnicas de secuenciación de EGFR y K-RAS así como determinaciones de ELISPOT para la valoración de los tratamientos con células TIL, LAK y dendríticas.

Se instaló el arco de Angiografía Digital en el Departamento de Radiología para realizar los tratamientos intrarteriales (hepáticos, extremidades, cerebrales).

Se obtuvo la acreditación para realizar las técnicas de perfusión de la extremidad con TNF, la administración de terapia fotodinámica con Foscán y las SIR-spheres.

AÑO 2005:

Quedó redactado el libro: *“Plataforma de Oncología: Concepto original y plan de desarrollo de un centro de cáncer en el Hospital San Jaime de Torre Vieja”*, que está disponible en la web. Se creó la www.plataformadeoncologia.com

Se creó la Unidad Interdisciplinaria del Cáncer de Mama.

En mayo 2005 se contrató a jornada completa al Dr. FJ. García Cases para Protección Radiológica.

Se incorporaron técnicas de análisis de citoquinas solubles y de cultivo de células dendríticas estimuladas con antígenos tumorales.

Se iniciaron tratamientos con dosis altas intravenosas directas de Interleukina-2, y el programa RADPLAT intrarterial con dosis altas de Cisplatino e irradiación.

Se contrató al Dr. O. Balboa para Radiología Intervencionista.

Se amplió la red asistencial al Hospital USP San Carlos de Murcia, que después de unos años de implantación y seguimiento no prosperó adecuadamente.

Se incorporó como capellán D. José Luis Arnal, comandante reservista de la Armada en Cartagena, interesado especialmente en la pastoral hospitalaria, y a su vez párroco de La Mata, pedanía de Torre Vieja.

En el año 2005 el Hospital San Jaime fue adquirido por USP-Hospitales.

AÑO 2006:

Para consolidar la implantación del proyecto, y sin esperar a obtener todos los equipos pactados por la Dirección del Hospital San Jaime, la PO hizo el planteamiento denominado programa BASE CERO para activar la Fundación TEDECA y poder

comenzar el área de investigación y difusión de las actividades clínicas, docentes e investigadoras de la PO.

Se despachó puntualmente con D. Gabriel Masfurroll, presidente y Director Ejecutivo de USP-Hospitales, quien delegó en D. Juan Arias, vicepresidente y Director General la implementación de los acuerdos establecidos con la PO. El grupo USP fue adquirido poco tiempo más tarde por otra empresa, iniciando un periodo de ampliaciones de la empresa hasta la situación actual.

Se realizó la Primera Jornada Internacional de Cáncer de Mama en colaboración con los facultativos del Instituto Europeo de Oncología de Milán. Se contrató a Dr. V. Muñoz Madero para realizar técnicas de oncoplastia mamaria y electroquimioterapia.

Se amplió la supervisión de Protección Radiológica al Hospital USP San Carlos de Murcia.

En marzo se contrató al equipo de farmacéuticos del Laboratorio de Farmacocinética para consolidar la Farmacoterapia Oncológica Personalizada, liderados por Dr. JJ. Pérez Ruixó, quienes comenzaron enseguida la puesta en marcha de los programas de farmacocinética de los fármacos antitumorales más frecuentemente utilizados.

En mayo 2006 se contrató a Doña. Concepción Brufau, Data Manager con experiencia en Registro de Tumores.

La Fundación Mutua Madrileña concedió financiación para un proyecto del Laboratorio de Inmunología.

En junio la Comisión Evaluadora Externa hizo la segunda Asesoría de la PO evaluando los proyectos singulares incluyendo 1) HIPEC; 2) Perfusión de la extremidad con TNF alfa; 3) Radioterapia Intraoperatoria; 4) Terapia Fotodinámica con Foscan; 5) Radioterapia Metabólica; 6) Vacunas con células dendríticas; 7) Dosis altas de IL-2; y 8) Unidad de Cáncer de Mama. El Prof. Dr. M. Hidalgo cesó en la Comisión Evaluadora Externa y se incorporó el Prof. Dr. MA. Sanz, catedrático de Hematología del Hospital la Fe de Valencia.

Se puso en marcha el PET-TAC y tuvo lugar la Jornada Internacional de PET.

Se adquirió el secuenciador de ADN, y se contrató al Dr. R. González Manzano para desarrollar la Unidad de Genética Molecular y Consejo Genético.

Se adquirió un equipo de alta gama de RMN y se iniciaron los estudios de RMN mamaria.

Se creó el Patronato de la Fundación TEDECA, presidido por D. Antonio Asensio Mosbah, y formado por los vocales Dña. Susana García Cereceda, D. Gabriel Masfurroll Lacambra en su calidad de presidente de USP Hospitales y Dr. Antonio Brugarolas Masllorens como director de la PO.

El Patronato solicitó la creación de la Comisión Ejecutiva de Investigación formada por los responsables de las diferentes áreas de la PO para confeccionar y supervisar la realización de los diferentes proyectos.

AÑO 2007:

La Fundación TEDECA obtuvo el registro de marca y logotipo incluyendo la PO y abrió las www.plataformadeoncologia.com y www.fundaciontedeca.org.

Se publicó el *Libro de la Fundación TEDECA* (www.fundaciontedeca.org), que definió los estatutos y planes de investigación en 8 áreas como prioritarias. Se modificó el domicilio de la Fundación TEDECA a la sede actual Hospital Quirónsalud Torre Vieja y se aprobaron los Estatutos en la Comunidad Valenciana.

Los proyectos aprobados por el Patronato de la Fundación TEDECA incluyeron:

- 1) Estudio de Microarrays de expresión de ARN en tumores metastásicos para guiar la farmacoterapia del cáncer (fármaco-genómica) Cáncer de mama erBB2+;
- 2) Cirugía laparoscópica mediante el Robot Da Vinci;
- 3) Espectrometría de masas para la determinación sérica de los derivados de platino en el tratamiento del cáncer;
- y 4) Desarrollo de nueva técnica para medir los niveles séricos de los anticuerpos monoclonales trastuzumab y bevacizumab.

Se hizo un intento de ampliación en red con el Hospital USP de Marbella que no prosperó.

Un evento destacable fue la realización del primer procedimiento en España de perfusión aislada del hígado metastático con la ayuda y colaboración de HR. Alexander del Instituto Nacional del Cáncer de Bethesda, Maryland, EEUU.

Se puso en marcha el área de Psiconcología con la contratación a tiempo parcial de Nuria Javaloyes. Se inició el proyecto Zahorí (DignityTherapy).

En el mes de septiembre se contrató a C. Dussán en Oncología Quirúrgica para liderar la Unidad de Mama, procedente del Instituto Europeo de Oncología de Milan, después de haber la realizado la 2ª Jornada Internacional de Cáncer de Mama. Se iniciaron técnicas de Medicina Nuclear ROLL y SNOLL para el cáncer de mama.

Se puso en marcha la Braquiterapia.

Se adoptaron los protocolos de Inmunoterapia con IL-2, Cis-retinoico e IFN alfa de F. Recchia, para enfermedad mínima residual, después de visitar M. Sureda el departamento hospitalario de F. Recchia en L'Aquila (Italia) y realizar una sesión científica conjunta con la PO en Torre Vieja.

Se adquirió un ultracongelador y otros equipos de biología molecular ampliando la dotación del Laboratorio de Genética Molecular.

En 2007 se comenzó la segunda actualización de los algoritmos terapéuticos del diagnóstico y tratamiento del cáncer revisando y actualizando los correspondientes a cáncer de mama, colorrectal, pulmón, próstata, vejiga urinaria y linfomas. La primera edición había tenido lugar durante los años 2000-2001.

AÑO 2008:

Prosiguieron las sesiones de actualización de los algoritmos terapéuticos del cáncer incluyendo cáncer de páncreas, ovario, cabeza y cuello, sistema nervioso central, sarcomas óseos y de partes blandas y tumores pediátricos.

Se adquirió un equipo de Planificación de Radioterapia. La radioterapia amplió sus técnicas con el desarrollo y puesta en marcha de inserción de implantes fiduciales y programas de radioterapia hipofraccionada.

Se actualizó la revisión bibliográfica y los avances de Oncohematología en www.plataformadeoncologia.com.

En septiembre se incorporó establemente a jornada completa Doña Nuria Javaloyes en Psico-oncología.

En el mes de septiembre se tuvo la correspondiente 3ª Jornada de Cáncer de Mama juntamente con el IEO de Milán.

Durante el año se realizaron de forma habitual los estudios de farmacocinética con taxanos, platinos, antraciclinas, gemcitabina, irinotecan y fluorouracilo. El estudio de los derivados de platino, aprobado por la Fundación TEDECA fue encomendado a los Laboratorios AINIA de Valencia, iniciando una colaboración en diferentes proyectos.

Se hicieron visitas a varios hospitales de Madrid para abrir un proyecto de RED de la PO que no prosperó adecuadamente.

Se finalizó satisfactoriamente el proyecto de TEDECA sobre Microarrays de cáncer de mama, disponiendo su aplicación para un estudio clínico sobre la selección de quimioterapia basada en la firma genética (transcriptómica) del cáncer.

El Laboratorio amplió técnicas de determinación de fenotipos de receptores FcgIIa y FcgIIIa, HLA y TGFbeta.

AÑO 2009:

Se finalizó la revisión de los algoritmos pendientes del diagnóstico y tratamiento de los diferentes tumores humanos, incluyendo tumores germinales, cáncer de esófago, estómago, cuello de útero, endometrio y tumores neuroendocrinos.

Se efectuó un análisis DAFO para el área de investigación, y para impulsar el dominio de Investigación, Registros y Datos se creó la Comisión de Investigación.

Se iniciaron los trámites para solicitar autorización del autotransplante de médula ósea a la Generalitat Valenciana.

Se realizó la Jornada de presentación de la Unidad de Farmacoterapia Personalizada en julio. Durante el año 2009 se pusieron en marcha los estudios de farmacocinética raltitrexed y pemetrexed, así como derivados de platino (cisplatino y carboplatino) en colaboración con Laboratorios AINIA.

Roger Jelliffe, de California, pionero de la farmacocinética médica acudió a una Sesión Extraordinaria para impartir docencia y valorar la Unidad.

En mayo se adquirió el Robot Da Vinci para cirugía asistida del cáncer abdominal, digestivo, urológico y ginecológico, y los responsables completaron los cursos de acreditación y prácticas con el nuevo equipo.

Se acudió con un proyecto de investigación sobre "Farmacocinética de los Anticuerpos Monoclonales" a la convocatoria pública de IMPIVA con la colaboración de AINIA y la Fundación Príncipe Felipe de Valencia, que fue concedida, pudiendo segregarse dicho proyecto de los que figuraban pendientes de financiación por la Fundación TEDECA.

En noviembre tuvo lugar la presentación de la PO en el programa radiofónico de Onda Cero de Bartolomé Beltrán, con la asistencia de Dres. Sureda, Bretcha, Farré, Azinovic, Crespo y Javaloyes, con un posterior seguimiento en otra entrevista en directo en el programa En Buenas Manos del Dr. Bartolomé Beltrán.

En diciembre se iniciaron las gestiones para difundir y expansionar los programas singulares de la PO.

Durante el año 2009 USP-Hospitales fue adquirido por un consorcio de Barclays Bank y Northern Rock-Royal Bank of Scotland, nombrando a John de Zulueta presidente de USP-Hospitales en sustitución de Gabriel Masfurroll.

AÑO 2010:

Se expuso el proyecto asistencial de la PO a John de Zulueta, Presidente del Consejo de Administración de USP-Hospitales el 14 Abril 2010, destacando la necesidad de una actualización continua de los conocimientos, así como la inversión en equipos y tecnologías, anotando especialmente las deficiencias en la dotación inicialmente comprometida por los equipos directivos anteriores, y la apertura de una Red asistencial preferiblemente en Madrid. Esta entrevista se trasladó posteriormente a Francisco de Álvaro, Director Ejecutivo de USP Hospitales, con una valoración más pormenorizada de los equipos y tecnologías pendientes.

La estrategia a corto plazo de la nueva empresa no permitió avanzar en el desarrollo del proyecto de la.

En febrero 2010 se produjo la incorporación a jornada completa de Nuria Javaloyes Bernácer, psico-oncóloga, a la PO para prestar la atención integral a enfermos con cáncer y sus familiares, y poner en marcha del PROYECTO ZAHORÍ, dirigido a ayudar al paciente en la búsqueda de sentido en la fase de enfermedad poniendo relieve en los aspectos más significativos de su vida.

Se incorporaron a la plantilla de Oncología Radioterápica dos radiofísicos a tiempo completo: Manuel Herranz que se incorporó en abril 2010 y Francisco Javier de Luís en diciembre 2010, en sustitución de bajas anteriores. En septiembre 2010 fue contratado Severino Rey Nodar, para el Laboratorio de Anatomía Patológica.

La Unidad de Farmacoterapia Personalizada obtuvo el Premio a las Mejores Ideas de la Sanidad 2010, concedido por Diario Médico.

Por otra parte, a comienzos del 2010 se inició la *Evaluación crítica evaluando los resultados obtenidos a diez años en los tumores más frecuentes* incluyendo originalmente los cánceres colorectal, mama, ovario, pulmón microcítico y no-microcítico, melanoma y sarcoma (www.plataformadeoncologia.com y www.fundaciontedeca.org). La revisión por tumores comenzó por el cáncer colorrectal, tanto en la enfermedad localizada como en la metastática.

Durante el año 2010 finalizó el primer proyecto de la Fundación TEDECA “Estudio de microarrays de expresión de ARN en cáncer de mama con receptores hormonales negativos” validando dicha técnica. Seguidamente, en julio 2010, aprovechando el desarrollo tecnológico de este proyecto, la Fundación TEDECA puso en marcha una investigación con la valoración de Microarrays de expresión de ARN tumoral, para asesorar en el perfil de respuesta a la quimioterapia en tumores resistentes y refractarios. El Dr. Ramón González Manzano preparó un algoritmo que recoge el perfil genético de expresión ARN para los fármacos de la quimioterapia convencional y los nuevos medicamentos dirigidos a dianas terapéuticas. Para poner en marcha los estudios de Microarrays se ha desarrollado el procedimiento de la Biopsia Terapéutica, coordinado por el Joseba Rebollo.

En septiembre 2010, se amplió la Comisión Evaluadora Externa mediante el nombramiento del Prof. Dr. Jerónimo Forteza, de la Universidad Santiago de

Compostela, como Coordinador y el Prof. Dr. James Brugarolas, de la SouthwesternUniversity, Dallas, como Vocal de Oncología Médica.

Se obtuvo la aprobación para el autotrasplante de progenitores hematopoyéticos obtenidos de la sangre periférica el 28 de abril de 2010 (Resolución 21957/4943).

En verano de 2010 se iniciaron programas de aféresis de gran volumen para inmunoterapia del cáncer de próstata metastático con células dendríticas incubadas con Fosfatasa Ácida prostática y GM-CSF, después de obtener permiso de uso compasivo de dicho procedimiento por parte del Ministerio de Sanidad.

Durante el año 2010 se ha impulsado la utilización del Robot Da Vinci en la cirugía del cáncer digestivo realizando en Hospital Quirónsalud Torrevieja mediante este procedimiento la primera pancreatectomía córporo-caudal y la primera pancreatectomía cefálica en España. Se han realizado un total de 26 procedimientos de cirugía abdominal. También se ha incrementado la utilización del Da Vinci en Urología.

El 24 de septiembre de 2010, se realizó la V Sesión Interdisciplinaria de Actualización en Cáncer de Mama conjuntamente con el IstitutoEuropeo di Oncologia de Milán (Italia).

Durante el año 2010 se han puesto en marcha nuevas determinaciones de farmacocinética incluyendo los inhibidores de tirosina kinasas (erlotinib, lapatinib, gefitinib y sorafenib) en el Laboratorio de Farmacoterapia Personalizada.

AÑO 2011:

Durante 2011 se rediseñó la Web de la PO, para mejorar la interacción del usuario. Se hicieron también algunas adaptaciones en la página Web de la Fundación TEDECA. Se obtuvo además el Alta en el Registro de Operadores Intracomunitarios de la Unión Europea (13.01.2011; REF: 2011ROI 6564002C), y NIF: G31656481.

En febrero de 2011 tuvo lugar una reunión propiciada por la Presidencia del Patronato de TEDECA, D. Antonio Asensio y D. Francisco Matosas con D. Antonio Rodríguez y Dña. Arola Bofill, de INTERMEDIA, SA, empresa de comunicación de Barcelona, para contratar actividades relacionadas con la difusión de las actividades científicas y los proyectos de TEDECA, en los medios de comunicación. El Patronato de TEDECA y la Dirección de USP-San Jaime acordaron proseguir dicha actividad entre junio y diciembre del año 2011.

A Brugarolas inició la Consulta de Oncología de segunda opinión en USP San Camilo de Madrid, a cadencia semanal, a partir de noviembre 2011.

Durante 2011 se comenzaron los **autotrasplantes de médula ósea** utilizando células progenitoras de sangre periférica. Este programa, considerado importante para la PO desde su creación, ha tenido que esperar más de diez años para su puesta en marcha, por dificultades organizativas y necesidades de infraestructura y organización. Finalmente fue aprobado en el año 2010 (Resolución 21957/4943), y se ha puesto en marcha en verano de 2011. La Unidad está dirigida por el Dr. M. Sureda, quien estableció los contactos pertinentes con el Centro de Transfusión y Banco de Sangre de Alicante y el Departamento de Coordinación de Trasplantes de la Consellería de Sanitat.

A demanda de los enfermos, en 2011 se creó la *Preconsultagratiuita* para atender y elaborar informes médicos con las recomendaciones terapéuticas de los enfermos nuevos de aseguradoras no concertadas con Oncología Médica, atendidos en el Hospital por especialistas de Cirugía, Radioterapia y Medicina Nuclear.

M. Sureda y B. Valenzuela, realizaron entre febrero y abril 2011, visitas de presentación, promoción y difusión de los resultados de farmacocinética en Barcelona (Hospital Clinic, Dr. P. Gascón y USP Clínica Dexeus, Dr. R. Rosell), Madrid (Hospital Gregorio Marañón, Dr. MA. Martín y Hospital Sanchinarro, Dr. E. Calvo), y Mallorca (USP Palma Clinic).

En noviembre 2011 se instaló un citómetro de flujo de cinco colores Cytomics FC500 (BeckmanCoulter), sustituyendo al anterior, en el Laboratorio de Inmunología.

Se inició la colaboración con la empresa IBA Molecular para la gestión de la unidad de Radiofarmacia de Medicina Nuclear, completándose la dotación del Laboratorio. Se ha incorporado a la unidad Milagros Pons, radiofarmacéutica, y Sonia Valero, técnico de laboratorio. En mayo se comenzó el suministro para autoconsumo de monodosis de radiofármacos siguiendo las normas de control de calidad y fabricación de la Farmacopea Española y desde junio se ha externalizado este servicio a otros centros del entorno con dispensación y venta de monodosis.

En mayo 2011 se comenzó la realización de estudios de PET-CT con 18F-Colina, siendo el primer Hospital de la Comunidad Valenciana en implementar esta nueva técnica.

Durante el verano de 2011 se concertó la Radioterapia con el Hospital de la UTE de Torrevieja para atender a todos los enfermos de la sanidad pública del área de Torrevieja.

Se ha mantenido el proyecto cooperativo europeo sobre Radioterapia Intraoperatoria en Cáncer de Mama, basado en un protocolo unificado en los centros que colaboran y disponen de esta técnica, habiendo sido seleccionado el Quirónsalud Torrevieja.

Se incorporó a la plantilla de Oncología Radioterápica la Dra. T. Muñoz, para el desarrollo de las técnicas de Braquiterapia.

El 30.09.2011 ha tenido lugar la VI Jornada Anual de Actualización sobre Cáncer de Mama, con la participación del Instituto Europeo de Oncología de Milán titulada, en esta ocasión, Sesión Avances técnicos en diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

En 2011 se consiguió financiación pública del IMPIVA para la determinación de anticuerpos monoclonales (segundo año consecutivo, 50.090 euros) y de la Consellería de Sanitat para la caracterización de la relación entre la exposición a oxaliplatino intraperitoneal con hipertermia y su toxicidad hematológica y eficacia en pacientes con carcinomatosis peritoneal (6.000 euros).

Desde el 23 al 25 de noviembre de 2011 la UFP de la PO de USP-San Jaime ha organizado las IV Jornadas de Modelización y Simulación en Biomedicina, en la Cámara de Comercio de Alicante.

Se transcribe a continuación el texto íntegro del informe de la COMISION EVALUADORA EXTERNA DE LA PLATAFORMA DE ONCOLOGÍA DE USP-HOSPITAL SAN JAIME, (11 febrero de 2011), firmado por Jerónimo Forteza, Felipe A. Calvo y James Brugarolas: *“Los miembros de la Comisión han podido evaluar con profundidad cada uno de los apartados del documento y Memoria del año anterior. La información recibida se ha considerado exhaustiva y bien estructurada. El juicio emitido por los miembros de la Comisión no tiene elementos de restricción o limitación de criterio. El Anexo recoge las observaciones (18) y recomendaciones de acciones (18) agrupadas según las Unidades evaluadas y el análisis crítico del manuscrito titulado “Colorectal cancer: 10 years results of a personalized care program”.*

“La recomendación, síntesis del material evaluado en la presente reunión de la Comisión Evaluadora, puede resumirse en el criterio de destacar que el proyecto de la PO está

correctamente diseñado para el futuro, ha demostrado su capacidad de adaptabilidad y debe hacer más visible en los entornos local, nacional e internacional su compromiso con la medicina oncológica personalizada.

La Comisión Evaluadora Externa recomendó poner en marcha un Máster de Oncología Multidisciplinaria, iniciándose gestiones con las Universidades Miguel Hernández de Elche y la Universidad Católica de Murcia (UCAM).

AÑO 2012:

Durante el último trimestre de 2011 USP-Hospitales fue adquirido por Grupo Hospitalario Quirón, aunque la unificación formal no tuvo efecto administrativo hasta 2013.

En julio 2012 Vanesa Escudero Ortiz presentó la Tesis Doctoral sobre “Monitorización de doxorubicina y gemcitabina”, con los estudios de farmacocinética clínica en Laboratorio de Farmacoterapia Personalizada de la PO. Esta fue la primera Tesis del Hospital.

El 3 de septiembre de 2012, después de haber presentado el proyecto a la UCAM, ésta creó la Cátedra Extraordinaria de Oncología Multidisciplinar de la Universidad Católica de Murcia, y el 4 septiembre 2012 se nombró a Antonio Brugarolas Catedrático Extraordinario. Dicha Cátedra, constituida por el equipo facultativo de la PO confiere capacidad docente a las actividades asistenciales y al mismo tiempo potencia las actividades científicas y académicas de la misma. La Cátedra de Oncología Multidisciplinaria ha preparado durante los meses de noviembre y diciembre la Memoria del Máster de Oncología Multidisciplinar, para ser impartida a partir del año 2013.

El 5 octubre de 2012 se mantuvo una reunión para presentar la actividad de la PO con Jesús Tadeo Pastor Ciurana, Rector de la Universidad Miguel Hernández de Elche, con el objeto de poner en conocimiento las actividades asistenciales e investigadoras de la PO y estudiar la posibilidad de establecer cauces de colaboración que amplíen los proyectos existentes.

En julio y octubre 2012 se presentaron formalmente los proyectos de la PO a María Cerdón, CEO del Grupo Quirón, consistentes principalmente en: 1) adquisición de segundo acelerador con prestaciones avanzadas de Terapia guiada por la Imagen siguiendo el prototipo de acelerador TrueBeam de Varian; 2) dotación de Radiofarmacia PET-Ciclotrón para desarrollos de imagen metabólica y nuevas aplicaciones de PET; 3) Sala Blanca para la Inmunoterapia y Terapia Celular del Cáncer; y 4) Red asistencial, coordinada dentro de la organización Grupo Hospitalario Quirón).

En septiembre 2012, A. Brugarolas e I. Azinovic visitaron el Hospital Quirón Bilbao para estudiar la colaboración con la PO.

El 28 de septiembre 2012 se realizó la VII Sesión Anual de Cáncer de Mama con el IEO de Milán, y las II Jornadas de Cirugía Robótica el 23 de noviembre 2012.

Se actualizó el folleto con los programas emblemáticos de la PO, denominados Procedimientos Singulares, seguidos de una campaña de difusión y la edición de un tríptico justificativo con los detalles de los mismos.

Se incorporó a la plantilla de Oncología Radioterápica L. Aakki cubriendo una vacante de plantilla.

En diciembre se aprobó la construcción y dotación de la Sala Blanca, en la segunda planta del hospital Quirón Torrevieja. Cumpliendo la normativa emanada por el Ministerio de Sanidad para la Terapia Celular a través de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), por el desarrollo de las disposiciones de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se restringía la producción de los productos de terapia celular al ámbito de las Salas Blancas, especialmente construidas para trabajar en niveles mínimos o ausentes de contaminación. Además de los requisitos técnicos de ingeniería de la instalación, los procesos han de cumplir las normas de correcta fabricación (NCF o GMP), en condiciones acreditadas por la AEMPS.

A final 2012 Ignacio Azinovic, Jefe de Oncología Radioterápica comunicó su cese laboral previendo su inmediata incorporación al grupo IMO, Madrid, como Director Médico.

En enero 2013 Rosa M^a Cañón fue nombrada Directora de Oncología Radioterápica sustituyendo a Ignacio Azinovic, asumiendo las competencias de Jefe de Servicio y responsable del Área en la PO.

AÑO 2013:

El 21 de enero 2013 se presentó al Ministerio de Educación (ANECA) la primera versión del Máster de Oncología Multidisciplinar de la UCAM. La contestación de ANECA se demoró hasta finales de marzo 2013, cuando se recibió el pliego de alegaciones, correcciones y sugerencias, que fueron debidamente cumplimentadas presentando en el plazo normativo previsto la Memoria actualizada, a primeros de abril 2013. A finales de junio 2013, sin tiempo para nuevas alegaciones, se recibió la contestación final de ANECA denegando la aprobación fundamentalmente porque tras la publicación en el BOE del Decreto Ley de las Especialidades Médicas, en fecha 5 de abril (Orden SSI/577/2013), donde se ampliaban los contenidos del programa formativo de la especialidad de Oncología Médica y se dictaban los criterios de evaluación de los especialistas en formación que había en el Máster de Oncología Multidisciplinar que se había presentado, habían detectado contenidos duplicados que debían ser omitidos. Por este motivo, durante los meses de julio y agosto, la PO estudió la posibilidad de hacer una nueva propuesta centrada expresamente en el perfil y contenido docente de la Oncología Multidisciplinar Personalizada. Se consideró favorablemente la oportunidad de hacer un proyecto nuevo, diferente y más atractivo. Consecuentemente en septiembre 2013 se estableció un nuevo calendario para actualizar los contenidos del Master en función de las siguientes características:

- 1) Reducir el programa docente a 60 créditos (eran 90 en la primera versión),
- 2) Ampliar los contenidos en Oncología Personalizada y Multidisciplinar,
- 3) Utilizar las técnicas MOOC (Massive Open On-Line Courses) para disminuir la presencialidad y ampliar la docencia a alumnos más distantes que puedan beneficiarse del programa de Máster. La nueva versión de la Memoria fue redactada entre septiembre y octubre 2013.

La UCAM aprobó en octubre de 2013 la nueva versión de MUDAOMP aceptándola como Título Propio, y remitiéndola de nuevo a ANECA para obtener el Título Oficial. Se acordó celebrar una Jornada Internacional de Oncología Multidisciplinar Personalizada entre el 15 y 17 mayo 2014, invitando a los Profesores de la Comisión Evaluadora Externa de la PO, y otros ponentes internacionales.

En el Día Mundial del Cáncer el 4 febrero, se decidió realizar una semana de **consulta gratuita** de segunda opinión por la PO. Durante la tercera semana de febrero se atendieron más de 50 pacientes procedentes del entorno más próximo nacional, incluyendo Alicante, Murcia, Almería, aunque también algunas más distantes.

Desde mayo 2013, tras los preceptivos nombramientos de Belén Valenzuela como Directora Técnica de Sala Blanca, Vanesa Escudero como Directora de Calidad, Begoña Vázquez como Directora de Producción y Manuel Sureda como Director Técnico Suplente, se han realizado reuniones a cadencia semanal para preparar la exhaustiva documentación necesaria para la acreditación y puesta en marcha de la instalación (Memoria Técnica, Documentos Maestros, Procedimientos Normalizados de Trabajo) paralelamente a los trabajos de construcción. Destacar el nivel académico del equipo directivo de la Sala Blanca, compuesto por Doctores en cada una de las especialidades.

La principal actividad científica de la Plataforma Quirúrgica durante el año 2013 ha sido la preparación del III NationalCongress of SEOQ (Sociedad Española de Oncología Quirúrgica) celebrado simultáneamente con el V Meeting of GECOP (Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal), los días 3 y 4 de octubre de 2013, en las que participó muy ampliamente. Ambas reuniones contaron con la participación de los Prof. Paul H. Sugarbaker, pionero en la técnica de tratamiento multidisciplinar de la carcinomatosis peritoneal, Prof. Richard Alexander, pionero de la perfusión hepática en melanoma metastásico, Dr. Olivier Glehe, Prof. Marcello Deraco, y Prof Santiago González Moreno, cirujanos representantes internacionalmente reconocidos como líderes en la oncología quirúrgica.

En estos congresos se presentaron los resultados finales de distintas técnicas pioneras desarrolladas por la PO: HIPEC (J. Farré), Cirugía Robótica del Cáncer Abdominal (P. Bretcha) y se presentó el Máster de Oncología Multidisciplinar Personalizada propuesto en la UCAM (A. Brugarolas).

La presentación de P. Bretcha sobre Cirugía Robótica Asistida en Cáncer Abdominal de diferentes localizaciones (esófago, estómago, páncreas, colon y recto) ha representado el colofón del proyecto de investigación sobre Cirugía Asistida con el Robot Da Vinci de la Fundación TEDECA, iniciado el año 2009.

Durante el verano de 2013 el grupo Hospitalario Quirón fue adquirido por IDC Hospitales, iniciándose el proceso de consolidación como el mayor grupo hospitalario español. Durante el año posterior a dicha adquisición no hubo cambios en la dirección y organigrama de los componentes de ambas empresas.

AÑO 2014:

El año 2014, en vías de asumir la unificación de los grupos Hospitalarios USP e IDC Hospitales, fue un año de inflexión en muchos aspectos importantes para la PO. Por una parte, se hicieron importantes avances en proyectos clave para la PO, y al mismo tiempo se llevó a cabo un retroceso de personal facultativo. El Grupo Hospitalario Quirón antes de ultimar la fusión tomó la decisión de ajustar el personal de la PO sin profundizar previamente en las necesidades y consecuencias.

En relación con las actividades de la PO, los asuntos de mayor interés sucedidos durante 2014 fueron la presentación de un proyecto de investigación a la convocatoria de la UE Horizon2020 liderado por la PO, la presentación oficial del Máster de Oncología Multidisciplinaria en la UCAM, y la preparación de la documentación requerida para la aprobación de la Sala Blanca de Terapia Celular e Inmunoterapia.

Se presentó a la Unión Europea, convocatoria Horizon2020- PHC 2015- Twostage de la EU (H2020- PHC-24) "Piloting personalized medicine in health and care systems. Proyecto de Oncología Multidisciplinaria Personalizada, incluyendo farmacogenómica tumoral (tumor profiling), farmacoterapia personalizada con farmacocinética (therapeutic drug monitoring) y valoración precoz de la respuesta mediante PET-CT. Dicho proyecto, liderado por la Catedra de Oncología Multidisciplinaria de la UCAM, fue

presentado en concierto con 18 Universidades, Empresas y Centros Hospitalarios Europeos.

En junio 2014 tuvo lugar la presentación del Máster Oficial Universitario de Desarrollos Avanzados en Oncología Multidisciplinar Personalizada en la sede de la UCAM de Los Jerónimos en Murcia. Los profesores que presentaron el Máster incluyeron los Vocales de la Comisión Externa de la PO y otros invitados incluyendo: JM. Segovia de Arana, RS. Fromer (Sheba Medical Center (Israel), A. Carracedo Álvarez, J. Forteza Vila, J. Pardo Mindán, R. González Manzano, R. García Figueiras, B. Valenzuela Jiménez, E. Calvo Aller, P. Parrilla Paricio, S. González Moreno, P. Bretcha Boix, FA. Calvo Manuel, J. Farré Alegre y J. Brugarolas Brufau.

En junio 2014 tuvo lugar el reajuste de personal de la PO por parte de la Dirección del Grupo Quirón despidiendo a cinco profesionales: Joseba Rebollo de Oncología Médica, Vanesa Escudero de Farmacoterapia Personalizada, Begoña Vázquez de Inmunología, Francisco José Pena de Medicina Nuclear y Concepción Brufau de Registro de Tumores. Esta pérdida de personal condicionó cambios en las prestaciones y ajustes estratégicos para mantener el nivel de las actividades.

Al mismo tiempo, cuatro facultativos de la PO redujeron su jornada asistencial: Aurora Crespo y M^a Carmen Redal (Medicina Nuclear), Belén Valenzuela (Farmacoterapia) y Elena M^a Martínez (Genética y Biología Molecular). Las reducciones de jornada fueron solicitadas para la conciliación familiar por hijos pequeños.

La pérdida de personal facultativo, juntamente con la reducción de jornada en personal de otras áreas restó capacidad de apoyo a áreas comunes de la Plataforma. Las consecuencias fueron: interrupción en la confección de los documentos acreditativos para obtener la acreditación de la Sala Blanca, suspensión del Registro de Tumores, cancelación de tratamientos de inmunoterapia con Dosis Altas de Interleukina 2 en melanoma (único centro de aplicación de esta modalidad en España).

Adicionalmente durante el año 2014 también hubo una merma en capacidades técnicas: en marzo 2014 no se renovó la licencia de MOBETRON, suspendiéndose la administración de RIO (Radioterapia Intraoperatoria), y en septiembre 2014 terminó el proyecto de Robot Da Vinci dándose por finalizada la cobertura de la empresa PALEX SA para el contrato de mantenimiento.

Hay que señalar que, a partir de estos cambios, y en parte como consecuencia de estos, se ha incrementado el efecto movilizador del personal de la PO, produciéndose bajas por traslado de facultativos a otros centros. Dichas bajas han sido sustituidas por personal con menor experiencia, más joven, y necesitado de mayor apoyo.

En septiembre 2014 tuvo lugar la VIII Reunión Anual de Cáncer de Mama conjunta con el IEO (Istituto Europeo di Oncologia) de Milán.

En noviembre 2014 se recibió el informe favorable Oficial de MUDAOMP por ANECA y la UCAM dotó la sala de juntas de la PO de Quirónsalud Torre Vieja con un equipo de multimedia para preparación de cursos MOOC.

La Plataforma mantuvo su actividad asistencial, realizándose la revisión histórica de las series referentes a Melanoma y adicionalmente una valoración retrospectiva de los datos de citoquinas sanguíneas (rIL2, IL6, TGF Beta, VEGFR) en pacientes con cáncer precoz y diseminado, durante el tratamiento. Se obtuvo autorización en Medicina Nuclear para tratamientos con Lutecio177 y Radio 223.

Hubo otras altas e incorporaciones de personal facultativo en Radioterapia y Anatomía Patológica (F. López Campos y T. Muñoz Migueláñez causaron baja en pocos meses y se incorporaron M. Vila y PF. Lara Valencia).

AÑO 2015:

Desde finales de 2014 y durante 2015 se completó la adquisición del Grupo Hospitalario Quirón por Grupo IDC Salud, con Víctor Madera, Director General Ejecutivo del nuevo Grupo Hospitalario, que pasó a denominarse Quirónsalud. Francisco Fiestras fue nombrado Director Gerente de Hospital Quirónsalud Torre Vieja para impulsar la actividad del centro.

En febrero 2015 se impartió un Curso MOOC de Cáncer de Mama.

En el mes de mayo, se contrató a jornada parcial Juan José Mata Molanes, inmunólogo, para la vacante facultativa de Inmunología, reanudándose las actividades perdidas en esta área y retomando la puesta en marcha de la Sala Blanca, que había sido temporalmente interrumpida. La nueva composición directiva de la Sala Blanca consistió en Elena M. Martínez Navarro (Directora de Calidad), Juan José Mata Molanes (Director de Producción) Belén Valenzuela Jiménez (Directora General) y Manuel Sureda González (Subdirector Clínico).

Se hizo una valoración interna del trabajo en equipo dentro de la PO, identificando como Fortalezas: cooperación, resolución de conflictos, coordinación y aspectos cognitivos; y como Debilidades: comunicación, condiciones logísticas y coaching. Estos resultados fueron correlacionados con los cambios en personal, prestaciones y equipamientos ocurridos durante el año anterior en la PO.

En junio 2015 se obtuvo la concertación por cinco años de las prestaciones de Radioterapia al Hospital UTE Torre Vieja.

Se impartió en junio 2015 un curso MOOC de Psicooncología en la UCAM con buena acogida.

Durante el verano de 2015 causó baja Carlos Alberto Dussán (responsable de la Unidad de Mama) por traslado a Suecia, y se incorporó Alejandro Paz en Cirugía. Hubo de nuevo altas y bajas en Radioterapia por traslado de Meritxell Vila (IMED Elche) y Carlos Ortega (HU San Juan Alicante), incorporándose Rosalyn Sánchez. También causó baja en Anatomía Patológica Paola F. Lara Valencia asimismo por traslado a Suecia.

Durante el verano de 2015 se detuvo durante tres meses la realización de Microarrays de Farmacogenómica debido a comportamiento anómalo de los reactivos, que no se pudo subsanar hasta noviembre de 2015.

Durante 2015 se consiguió poner en marcha los estudios de farmacocinética con anticuerpos monoclonales (Trastuzumab, Bevacizumab, Rituximab), cumpliendo un proyecto de varios años de estudio e implementación.

AÑO 2016:

A. Brugarolas propuso a Víctor Madera, presidente y Director Ejecutivo de Quirónsalud, poner de nuevo en valor el proyecto de PO e iniciar contactos para un desarrollo oncológico planificado dentro del grupo, utilizando los avances de los distintos centros en red.

El 24 y 25 febrero 2016 tuvo lugar la Inspección y Autorización de la Sala Blanca del Hospital Quirónsalud Torre Vieja como laboratorio fabricante de medicamentos de uso humano en terapias avanzadas por la AEMPS (número de autorización NA-6600E).

Francisco García Cases presentó la Tesis Doctoral en la UCAM el 21 Julio 2016 "Protección radiológica en radioterapia intraoperatoria mediante un acelerador portátil de electrones" con Sobresaliente cum laude.

El 23 septiembre 2016 Carlos Pérez Ruixó presentó su Tesis Doctoral en la Universidad de Valencia "Farmacocinética-Farmacodinámica de Oxaliplatino Intraperitoneal con Hipertermia en pacientes con carcinomatosis peritoneal", calificada con Sobresaliente cum laude.

Durante 2016 causaron baja Carlos Ortega y Loubna Aakki de Radioterapia. Se incorporó Carolina Domingo en Radioterapia, que causó baja durante el mismo año 2016, y María Mar Alcalá se incorporó a la plantilla de Radioterapia.

Belén Valenzuela del Laboratorio de Farmacoterapia Personalizada, causó baja en diciembre 2016 por trasladarse a una empresa europea de consulting, permaneciendo como mentora de Ana Catalán Latorre, incorporada en enero 2017. Se incorporó también al Laboratorio de Farmacoterapia a jornada reducida Vanesa Escudero Ortiz, quien asumió las funciones de Dirección General de la Sala Blanca.

El 12 diciembre 2016 se publicó en el BOE el programa de Master de MUDAOMP de la UCAM.

Francisco Fiestras, director gerente del Hospital Quirónsalud Torre Vieja hizo a finales de 2016 conciertos de Oncología Médica con diferentes compañías aseguradoras, para potenciar la actividad clínica y asistencial de la PO. Hay que señalar que no se habían producido a lo largo de los años durante el período de existencia de la PO, aunque estaban contempladas en el documento de creación de la misma desde el año 2000. En diciembre 2016 Francisco Fiestras impulsó la reactivación y puesta en marcha del Mobetron (Radioterapia Intraoperatoria).

El 15 diciembre 2016 los Facultativos de la PO tuvieron una jornada para reflexionar sobre los objetivos de la misma. Se denominó **Reunión Interdisciplinaria: Mantener, Mejorar e Impulsar la PO.**

Las conclusiones definieron las áreas que necesitaban gestiones específicas para conservar los avances y fomentar el desarrollo de la PO. Se anotan los nueve proyectos identificados en dicha reunión:

- 1) Cáncer de Mama, one step therapy. Necesidad de disponer de un líder dentro del grupo.
- 2) Retomar el proyecto de Mobetron con Radioterapia Intraoperatoria para cáncer de mama y el rescate quirúrgico de tumores pélvicos, abdominales o torácicos.
- 3) Sala Blanca: Aprobación de uso para vacunas con células dendríticas estimuladas con fosfatasa ácida para Cáncer de Próstata; desarrollar un nuevo proyecto con células CIK.
- 4) Renovación del acelerador de Radioterapia y de los contratos vencidos de equipamiento (red Varian, BrainLab, TAC de planificación).
- 5) Reactivar el Da Vinci y/o buscar un sistema de obtener recambios si la franquicia del sistema Robot Da Vinci lo permite.
- 6) TEDECA: Financiar un equipo de NextGenerationSequencing para actualizar los estudios de genómica y transcriptómica tumoral.

- 7) Obtención del certificado de Buenas Prácticas de Laboratorio en Farmacoterapia Personalizada y desarrollar nuevos fármacos (TKI y Monoclonales).
- 8) Promover las Tesis Doctorales pendientes entre el personal facultativo de la Plataforma.
- 9) Activar un proyecto de investigación en la UCAM, a la espera de poder comenzar el Máster MUDAOMP.

AÑO 2017:

Durante 2017 se consiguieron cumplir tres de los objetivos estratégicos definidos en la Reunión **“Mantener, Mejorar, Potenciar la PO”** para posicionarse en relación con las necesidades y establecer un orden de prioridades con la finalidad de recuperar la innovación y reforzar el Tratamiento Personalizado del Cáncer.

Los proyectos conseguidos incluyeron la puesta en marcha del Mobetron (propuesta 2), adquisición de NextGenerationSequencer ION TORRENT para estudios de genómica y transcryptómica (propuesta 6)) y avanzar en la consecución de Tesis Doctorales de Aurora Crespo, Pedro Bretcha y Nuria Javaloyes (propuesta 8). Durante 2017 se iniciaron gestiones para el resto de los proyectos.

A lo largo de 2017 se ha reforzado el perfil académico docente de la PO con la defensa de tres Tesis Doctorales de A. Crespo, P. Bretcha y N. Javaloyes, que contienen investigaciones originales realizadas en la PO. Además M. Sureda ha realizado un Máster de Inmunoterapia del Cáncer, en la Universidad de Navarra.

Durante el verano 2017 se ha renovado el Servicio de Radiofísica por traslado de Francisco Javier García Cases, Jefe de Servicio de Protección Radiológica, al Hospital Universitario de San Juan Alicante, como Jefe de Servicio de Radiofísica, y de Manuel Herranz González al Hospital Universitario de Burgos. Por este motivo se nombró a Javier de Luis Pérez como responsable de Protección Radiológica y responsable de Radiofísica y se contrataron dos radiofísicos, Miguel Maravilla Limorte y Sandra Jiménez Puertas.

A final de 2017 José Francisco Fernández Morejón, responsable de Anatomía Patológica, comunicó su traslado a la Clínica Universitaria de Navarra en la sede de Madrid-Barajas. Durante el periodo vacante se ha establecido un cauce de servicios a través de la colaboración de Patologika, Quirónsalud Valencia, dirigida por Javier Alcácer García, quien ha mantenido la actividad presencial para las biopsias intraoperatorias y las biopsias de genómica y transcryptómica tumoral.

Durante 2017 se ha observado la recuperación asistencial debida a los conciertos con compañías aseguradoras, especialmente Sanitas y Mapfre.

AÑO 2018:

En el año 2018, siguiendo los mismos criterios adoptados desde 2017, se han cubierto las vacantes de personal facultativo en áreas críticas de la PO y HQST (Inmunología, Anatomía Patológica y Radiología General, así como Radiología Intervencionista) optando por contratar a especialistas jóvenes, capacitados e interesados en el proyecto asistencial multidisciplinario. Este planteamiento ha permitido renovar personal para impulsar y desarrollar nuevos objetivos.

Se completaron las sesiones científicas de la PO destinadas a actualizar los protocolos diagnóstico-terapéuticos de los tumores atendiendo especialmente a los avances producidos en el enfoque personalizado del cáncer.

Se puso en marcha un programa de Formación Continuada con soporte financiero a las actividades que comprenden: 1. Asistencia a Congresos de las Sociedades Médicas Oficiales Nacionales e Internacionales; 2. Cursos para ampliar conocimientos avalados por las respectivas Sociedades Médicas; y 3. Estancias en Centros de Referencia.

Junto con la Dirección Médica de HQST y la Gerencia, se ha previsto, además: A) La elaboración de un Plan de Formación Continuada que recoja las necesidades y demandas profesionales de las distintas especialidades que integran o se relacionan con la PDO; y B) Promover la organización de una Jornada Formativa Anual, recogiendo y recuperando los avances realizados en años anteriores.

Hay que destacar que las acciones de concertación con aseguradoras nacionales e internacionales por la Dirección de HQST han sido efectivas y se ha comprobado a nivel de la PDO la recuperación asistencial que había descendido entre 2014-2016.

Atendiendo al Objetivo señalado de **“Mantener, Mejorar, Potenciar la PO”** se deben señalar los siguientes logros:

- 1) **Cáncer de Mama, one-step therapy.** Se ha integrado un equipo formado por Cirugía (Dres. Farré y Paz) junto con Ginecología (Dr. Martín) para acometer un proyecto integrador de excelencia.
- 2) **Mobetron con Radioterapia Intraoperatoria** es operativo desde 2018 para cáncer de mama y el rescate quirúrgico de tumores pélvicos, abdominales o torácicos.
- 3) Se ha adquirido el equipo de **Ion Torrent S5 (Thermo Fisher Scientific)** para actualizar los estudios de genómica y transcriptómica tumoral.

AÑO 2019:

Durante 2019 se han avanzado los proyectos 4 y 9 previstos en la Reunión Interdisciplinaria: Mantener, Mejorar e Impulsar la Plataforma de Oncología del día 15 diciembre 2016. Tal como se ve a continuación los proyectos 1,2,3,4,6 y 9 se han podido reactivar, quedando pendientes los 5,7 y 8.

- 1) Cáncer de Mama, one-step therapy. Necesidad de disponer de un líder dentro del grupo.
- 2) Retomar el proyecto de Mobetron con Radioterapia Intraoperatoria para cáncer de mama y el rescate quirúrgico de tumores pélvicos, abdominales o torácicos.
- 3) Sala Blanca: Aprobación de uso para vacunas con células dendríticas estimuladas con fosfatasa ácida para Cáncer de Próstata; desarrollar un nuevo proyecto con células CIK.
- 4) Renovación del acelerador de Radioterapia y de los contratos vencidos de equipamiento (red Varian, BrainLab, TAC de planificación).
- 5) Reactivar el Da Vinci y/o buscar un sistema de obtener recambios si la franquicia del sistema Robot Da Vinci lo permite.
- 6) TEDECA: Financiar un equipo de NextGenerationSequencing para actualizar los estudios de genómica y transcriptómica tumoral.

- 7) Obtención del certificado de Buenas Prácticas de Laboratorio en Farmacoterapia Personalizada y desarrollar nuevos fármacos (TKI y Monoclonales).
- 8) Promover las Tesis Doctorales pendientes entre el personal facultativo de la Plataforma.
- 9) Activar un proyecto de investigación en la UCAM, a la espera de poder comenzar el Máster MUDAOMP.

El corporativo Quirónsalud ha aprobado la compra del acelerador lineal Varian True Beam 2.7 para reposición del antiguo equipo, aportando la renovación y actualización de los diferentes programas de Radioterapia. Se corresponde con el objetivo 4.

También se ha confeccionado el Programa de Experto en Biomarcadores en Oncología entre la PO de HQS Torre vieja y la UCAM, basado en la colaboración de Anatomía Patológica, Genómica y Biología Molecular, Farmacología Personalizada, Inmunología y Sala Blanca. Este programa permite posteriormente acceder a un Doctorado en Biomarcadores y corresponde al objetivo 9 anteriormente citado.

Como complemento necesario para el Programa de Experto en Biomarcadores se han activado Proyectos de investigación de pequeño formato, a cargo de la Fundación TEDECA, que cumplen los criterios de financiación compartida entre HQS y TEDECA, con 70% del coste a cargo de TEDECA. Estos proyectos son valorados y aprobados por la Comisión Ejecutiva de TEDECA previa presentación de los mismos incluyendo un coste máximo de 12.000 Euros.

Los proyectos aprobados en 2019 han sido:

1. Monitorización farmacocinética de los fármacos utilizados en la perfusión peritoneal del procedimiento de HIPEC
2. Actualización de software de genómica y transcriptómica
3. Validación de células CIK en la Sala Blanca
4. Validación de la biopsia líquida de ADN en sangre periférica
5. Desarrollo y validación de inmunoensayo ELISA para Inmuno Checkpoint Inhibitors (Nivolumab, Pembrolizumab y Atezolizumab)
6. Validación analítica de Palbociclib y Ribociclib.

Durante 2019 se han asignado responsabilidades a Elena Martínez Navarro para coordinar y actualizar las páginas web de la PO y de la Fundación TEDECA, así como para asumir la Secretaría de la Comisión Ejecutiva de TEDECA; Juan José Mata Molanes para coordinar la actividad científica y docente con la UCAM; y Nuria Javaloyes para coordinar las actividades de Formación Profesional de la PO.

En diciembre 2019 Pere Bretcha ha sido designado Director de Oncología Quirúrgica, sustituyendo a José Farré, que mantiene su relación profesional con la PO y HQS Torre vieja.

Manuel Sureda ha obtenido el Título de Experto en Inmunología Tumoral e Inmunoterapia del Cáncer por la Universidad de Alcalá de Henares en junio 2019.

En noviembre de 2019, se incorporó el Dr. Juan José Mata como profesor asociado de la UCAM para impartir la asignatura de "Bioquímica e Inmunología" (6 ECTS) de 1^{er} curso de Grado en Odontología. Esta asignatura es impartida en colaboración con el Dr. José Antonio Pellicer Balsalobre.

Durante 2019 se ha iniciado la consulta periódica semanal de Oncología Médica en los hospitales de HQS Albacete, por Joseba Rebollo y en HQS Alicante por Antonio Brugarolas. También se han sostenido reuniones entre los Laboratorios de PO (Inmunología, Biología Molecular y Farmacocinética) con Health Diagnostics para informar al corporativo de Quirónsalud sobre las técnicas singulares disponibles y valorar la posibilidad de externalizarlas y ofrecerlas al grupo.

Se ha puesto en marcha un novedoso proyecto de reconstrucción tridimensional de tumores/tejidos circundantes a partir de los datos suministrados por TAC, PET-TAC y RMN en formato *DICO/Digital Imaging and Communication in Medicine*, anonimizado, utilizando técnicas de fusión de imágenes, preprocesamiento con técnicas de *active contourmodel* y *adaptive region growing algorithms*, reducción de ruido con filtros de difusión anisotrópica y algoritmos N3, procesado del módulo utilizando filtros laplacianos con suavizado en la reconstrucción 3D, obtención de margen de 0,1 mm, y posterior impresión 3D (con acrilonitrilo butadieno estireno ABS). Con estas técnicas se ha conseguido llevar a cabo la resección de dos sarcomas de difícil acceso, localizados en cintura escapular y pelvis menor, respectivamente, consiguiendo una extirpación con márgenes adecuados.

AÑO 2020:

El año 2020 ha aportado nuevos desarrollos en medio de la pandemia sanitaria por Coronavirus COVID-19 que trastornó profundamente la sanidad a todos los niveles con graves repercusiones en la sociedad y la economía mundial. El HQST pudo establecer un programa asistencial con circuito separado de quirófano, urgencias en UCI para enfermos de COVID-19 y asistencia habitual especializada. Las consultas de Oncología Médica, Radioterapia y Oncología Quirúrgica continuaron a ritmo normal, prestando la asistencia normalizada.

Se suprimieron las asistencias a cursos y congresos, manteniéndose la participación online.

La PO continuó su labor asistencial con discretas adaptaciones, sin suprimir las consultas y los tratamientos interdisciplinarios y especializados. Se continuaron las consultas en los centros de Quirónsalud de Alicante y Albacete.

En enero 2020 se contrató a tiempo parcial a la Dra. Pilar Hernández, Profesora Adjunta de la UCAM, para desarrollar una Unidad de Nutrición y Cáncer.

Se pudo completar la adecuación del segundo bunker e instalar el Acelerador lineal Varian True Beam 2.7, disponiendo de los permisos preceptivos para comenzar los tratamientos con el nuevo equipo a finales de Dic 2020, habiéndose completado los cursos de formación de todo el personal asistencial. Además, se renovaron los equipos de RED ARIA y Planificación ECLIPSE.

Durante 2020 se mantuvo operativo el MOBETRON, ampliando el contrato de mantenimiento con INTRAOP, para la Radioterapia Intraoperatoria (RIO) del cáncer mama y otra miscelánea de diferentes tumores.

Se ha renovado también la gamma cámara con la adquisición de General Electric INFINIA, instalada en la Planta de Medicina Nuclear.

La Sala Blanca tuvo que interrumpir sus funciones para adaptarse a las necesidades de COVID-19, siendo utilizada para las determinaciones de PCR del virus.

En 2020 se planificó juntamente con el corporativo de Quirónsalud la externalización de las determinaciones de farmacoterapia, genómica y transcriptómica incluyéndolas en el catálogo de prestaciones de Health Diagnosis del grupo Quirónsalud, con el acrónimo de ACTIOM (Aplicaciones Clínicas, Terapéuticas e Inmunológicas de Oncología Molecular), que se ha visto interrumpido durante el periodo de pandemia.

La actividad de la Fundación TEDECA se ha mantenido durante 2020 continuando siete proyectos menores en colaboración con HQST. Las reuniones previstas de la Comisión

Ejecutiva se han mantenido sin cambios, aunque las de Patronato han tenido lugar de forma virtual.

Durante 2020 la actividad asistencial ha aumentado discretamente (10%).

En 2020 se ha ubicado la capilla en el Hall de acceso a la Planta Sótano de edificio anexo, en un lugar con luz exterior, colindante con al Departamento de Radioterapia.

Año 2021

El año 2021 se ha caracterizado por la normalización de las actividades asistenciales después de la pandemia. La aportación más importante ha sido la puesta en marcha en febrero del acelerador lineal True Beam de Varian, conviviendo la asistencia con el acelerador antiguo Varian 2.7 durante los primeros 2 meses hasta conseguir la plena operatividad del nuevo equipo. En el mes de junio se ha renovado el concierto con el Hospital Universitario de Torre Vieja de la Seguridad Social.

Los estudios moleculares del cáncer se han beneficiado del upgrading del ultrasecuenciador con C5 Prime/Ion Chef ampliando los estudios de genómica con el programa de OncoPrint Comprehensive Plus de ThermoFisher.

Durante 2021 la PO realizó pequeños proyectos de investigación para optimizar y poner a punto nuevos procedimientos. Los proyectos, presentados por la Comisión Ejecutiva de la PO fueron aprobados el Patronato de TEDECA, quien estableció las condiciones de limitar el coste a un máximo de 20.000 € y ser cofinanciados por TEDECA (70%) y HQST u otra fuente alternativa (30%).

Se aprobaron por la Comisión Ejecutiva varios proyectos cumpliendo estas características. Los proyectos investigaban la puesta en marcha de nuevas técnicas que pudieran después ser utilizadas en un programa de investigación de mayor envergadura. Se enumeran a continuación la lista de los proyectos finalizados durante 2021.

1. Monitorización de farmacoterapia utilizada en la técnica de HIPEC (peritonectomía con quimioterapia e hipertermia en la carcinomas peritoneal producida por cáncer ginecológico y del aparato digestivo. Coste 12.500 €.
2. Actualización de software del secuenciador para incorporar estudios de genómica y TMB. Coste 13.500 €.
3. Estudios de validación de células CIK en el cáncer de páncreas en la Sala Blanca. Coste 10.500 €.
4. Biopsia líquida: puesta en marcha de la técnica analítica. Coste 10.000 €.
5. Determinación analítica de los anticuerpos monoclonales de inmunoterapia. Coste 18.000 €.
6. Farmacocinética de inhibidores de ciclinas (Palbociclib y Ribociclib). Coste 16.000 €.
7. Puesta en marcha del estudio de impedancia en la valoración nutricional de los enfermos con cáncer. Coste 13.000 €.

En 2021 se ha retomado la acreditación de la Sala Blanca, recuperada para la terapia celular e inmunoterapia del cáncer. La Sala Blanca interrumpió su actividad durante 2019-2021 porque se utilizó para estudios diagnósticos moleculares del virus SARS-CoV-2.

También se ha incorporado establemente el Dr. Emilio García Tutor, cirujano plástico de Madrid, especializado en la reconstrucción de la mama con técnicas microvasculares.

El HQST durante 2021 ha avanzado en la revisión y protocolización necesaria para la acreditación por la Joint Commission.

Finalmente, durante 2021 la Comisión Ejecutiva de la PO actualizó los objetivos bajo la perspectiva de los 20 años de recorrido poniendo el énfasis en:

1. Nueva construcción y adaptación de los Laboratorios en la planta de Oncología para coordinar mejor las actividades compartidas entre Anatomía Patológica, Banco de Tumores, Biología Molecular, Farmacoterapia Personalizada e Inmunología, e incorporar la Bioquímica con las técnicas de espectrometría de masas para proteómica.
2. Revisión de las técnicas en peligro de perderse por falta de renovación (acelerador lineal de electrones portátil en quirófano, cirugía robótica asistida con sistema Da Vinci, autotrasplante de médula ósea, tratamiento con IL2 a dosis altas e inmunoterapia celular con células TIL en melanoma avanzado), así como otras tecnologías emergentes que conviene incorporar (terapia celular en linfomas y tumores sólidos, patología digital, creación de un centro de Datos).
3. Incrementar el esfuerzo académico y ampliar los proyectos de investigación en colaboración con la Fundación TEDECA.

Año 2022

Este año ha destacado por la preparación de varios proyectos de investigación en convocatorias publicas. Se ha identificado diez líneas originales de investigación en la PO, designando los investigadores principales que han redactado un resumen breve de los objetivos de cada proyecto. Estos protocolos han sido remitidos a tres consultoras para valorar el interés y oportunidad de cada proyecto. Las respuestas han sido favorables recomendándonos su presentación en concursos y convocatorias competitivas públicas nacionales e internacionales. Finalmente se han ido preparando tres proyectos que están en vías de aprobación. Este esfuerzo ha representado un cambio de la actividad científica, acudiendo a fuentes públicas de financiación, manteniendo el carisma asistencial de la PO.

Durante el primer trimestre se realizó el programa divulgativo de la PO denominado **A medida de la vida**, consistente en entrevistas de distintos facultativos con líderes locales de la vida social, empresarial e institucional.

Se ha adquirido el equipo de oncogenómica OncoPrint Comprehensive Plus que completa el análisis tumoral personalizado y amplía las prestaciones de biología molecular del cáncer.

Ramón González Manzano ha comenzado el Master en Bioinformática aplicada a la Medicina Personalizada y la Salud del Hospital Carlos III de Madrid en colaboración con el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) compatibilizando su nueva actividad con su labor en la PO de HQST.

Jose Ortega ha modernizado la Anatomía Patológica incorporando la tecnología digital. También ha ampliado el panel de anticuerpos monoclonales.

A finales de 2021 se ha jubilado Don Jose Luis Arnal capellán de HQST incorporándose en su lugar Don Javier Vicens, según el acuerdo suscrito entre D. José Ignacio Munilla, Obispo de la Diócesis de Orihuela-Alicante y la Gerencia de HQST.

Rosa Cañón ha defendido la Tesis Doctoral **Puesta en marcha de un acelerador lineal portátil para Radioterapia INtraoperatoria en HQST** en la Universidad Complutense de Madrid con la calificación Sobresaliente cum Laude.

4. ACTIVIDADES

A.- Aspectos generales

Siguiendo el esquema de la refundación de la PO en diciembre 2016 el Tratamiento Personalizado del Cáncer (PTC), es el proyecto asistencial, investigador y docente de la PO. En diciembre 2016 bajo el lema de “**Mantener, Mejorar, Potenciar la PO**” se designaron nueve objetivos de desarrollo correspondientes a las áreas más distintivas de la PO, para posicionarse en relación con las necesidades del trabajo interdisciplinar, establecer un orden de prioridades, recuperar la innovación y reforzar el Tratamiento Personalizado del Cáncer. Durante 2023 se ha podido avanzar en los objetivos pendientes y están en vías de quedar resueltos definitivamente, tal como se expone a continuación:

1. Cáncer de mama, one-step therapy. El proyecto de Cáncer de Mama, emblemático durante 10 años de la PO por el desarrollo del concepto “onestepttherapy”, ha desarrollado exitosamente la radioterapia intraoperatoria en dosis única, el estudio de ganglio centinela, la aplicación de los algoritmos basados en biomarcadores moleculares, la realización de reuniones con *el Istituto Europeo di Oncologia* de Milán, y los esfuerzos reparativos consistentes en oncoplastias y cirugía reconstructora.

Durante 2023 se ha afianzado la colaboración interdepartamental de la Unidad de Cáncer de Mama con la incorporación de forma estable de Emilio García Tutor para la consulta de reconstrucción mamaria, completando el equipo formado por Josep Farré y Alejandro Paz (Oncología Quirúrgica), Rosa Cañón (Oncología Radioterápica) y Rodolfo Martín Díaz (Oncología Ginecológica). Emilio García Tutor, cirujano plástico experto en técnicas de reconstrucción mamaria, colabora en las técnicas de cirugía plástica y reconstructiva e incorpora las técnicas microvasculares en el programa multidisciplinario.

2. Radioterapia Intraoperatoria (RIO - IORT) con Acelerador Móvil: Mobetron®. Técnica de alta precisión, que administra una dosis elevada de radioterapia en un lecho quirúrgico o resto tumoral, en el momento de la intervención, con la finalidad de disminuir la recaída local y los posibles efectos secundarios.

La PO, dispone del acelerador móvil: MOBETRON®, único en España, desarrollado en Estados Unidos (Intraop Medical). Desde el comienzo de la actividad en diciembre de 2004, se administra en programas multidisciplinarios de tratamiento en diferentes tipos de tumores: digestivos, cáncer de páncreas, cáncer de recto (tanto primarios como recidivas), sarcomas de partes blandas (retroperitoneales o de extremidad), tumores ginecológicos (avanzados o recidivas), cáncer de pulmón, contando con un importante desarrollo en cáncer de mama (dosis única, dosis de sobreimpresión o dosis al complejo areola-pezones), etc.

El Mobetron es actualmente un equipo obsoleto, sin repuestos, que requiere frecuentes revisiones de mantenimiento. Es una prioridad de la PO, porque ha constituido un equipamiento muy útil en el tratamiento de tumores localmente avanzados que, gracias a su disponibilidad, han podido recibir un enfoque curativo. Además, se trata de un equipo existente en muy pocos centros terciarios, tanto en España como Europa.

3. Sala Blanca. Con fecha 31/01/2023 se ha recibido por prjarte de la Direccion General de Farmacia i Productios Sanitariosde la Conselleria de Sanitat, la ampliación del

Cerificado de cumplimiento de Normas de Correcta Fabricación de Medicamentos de Terapias Avanzadas de Quiron Hospitalares S.L.U-Torre Vieja (Certificado Nº 6600-ETER.AV QUIRONSALUD/01-23/A VAL: Ref DGFPS/SOCVPP/SIIF) con periodo de validez hasta 31/12/2023.

En relación a los proyectos a desarrollar en la Sala Blanca de la Plataforma de Oncología durante el año 2023 no se ha progresado en la puesta en marcha de ningún nuevo proyecto. La marcha de Juan José Mata a finales de 2022 se ha resuelto con la contratación de María Dolores Hernández y posteriormente tras su traslado, de Ana Cerdá, quien debe completar la formación que le permita asumir la Dirección de Producción de la Sala Blanca. Por este motivo se ha demorado la recuperación de la actividad en inmunoterapia celular del cáncer.

4. Renovación de Acelerador Lineal. El 1 marzo de 2021 comenzó la actividad clínica con el nuevo acelerador TRUE BEAM 2.7 (VARIAN). Durante los meses de marzo y abril de 2021 se mantuvieron, simultáneamente, los tratamientos de radioterapia externa con el antiguo acelerador (CLINAC 2100 CD), finalizando el contrato de mantenimiento con VARIAN y por tanto la irradiación en mayo de 2021. Durante 2022 se finalizó la adquisición de sistemas de posicionamiento e inmovilización que completaban la inversión del acelerador. Por último, en 2022 se adquirió la versión más para la actualización de Hardware del Sistema de Planificación OncocentraBrachy (Elekta), para los tratamientos de BRAQUITERAPIA HDR, que se realizan para tumores de próstata, ginecológicos y endobronquiales.

5.Reposición del Robot Da Vinci. A finales de 2023 HQST ha adquirido un Robot Da Vinci, que estará operativo en el primer trimestre de 2024.

6. Fundación TEDECA. En 2023 TEDECA ha elaborado un programa de investigación basado en la obtención de financiación pública/privada para proyectos competitivos de la PO. Se han reenumerado las áreas de innovación existentes en la PO y que pueden producir un proyecto de investigación, desarrollo e innovación; se han designado los investigadores principales para cada proyecto y se ha elaborado un calendario para la presentación de un proyecto anual.

El Patronato ha aprobado la iniciativa reservándose la aprobación de cada proyecto hasta que se obtenga su financiación. Los proyectos están concebidos para ser realizados en HQST con colaboraciones externas. La UCAM ha colaborado en la puesta en marcha del programa brindando su apoyo y experiencia.

7. **Farmacoterapia personalizada.** Durante el año 2023, se ha trabajado, junto con el Departamento de Calidad del Hospital Quirónsalud de Torre Vieja, en la finalización y revisión de los protocolos normalizados de trabajo del sistema de calidad interno de la Unidad de Farmacoterapia Personalizada.

Seguimos a la espera para la implementación de la Norma ISO 9001 en la Unidad.

8. **UCAM.** Durante el año 2023 se han mantenido varias reuniones conjuntas con la Vicerrectora de Investigación de la UCAM, Estrella Núñez para impulsar un proyecto conjunto, que no se ha iniciado todavía.

La Plataforma de Oncología acoge alumnos de 5 curso del Grado de Medicina de la UCAM para la realización de prácticas en los Servicios de Oncología Médica y Radioterapia.

B.- Evaluación de la situación de la PO a los 20 años de su creación:

La Comisión Ejecutiva ha agrupado las propuestas de los facultativos con ocasión del próximo 25 aniversario, que tendrá lugar en septiembre 2025 en diferentes ámbitos de aplicación:

1. Nueva construcción y/o adaptación de los laboratorios:
Los Laboratorios (Anatomía Patológica, Biología Molecular, Inmunología, Sala Blanca, Farmacoterapia, Nutrición) han de cumplir los requisitos legales de seguridad biológica y sanitaria, adecuando las infraestructuras. No deben estar alejados entre sí por sus interacciones y han de estar ubicados en estrecha relación con la consulta externa de la Plataforma para mantener la relación interdisciplinar. Se propuso trasladar el Laboratorio de Farmacoterapia y diseñar el nuevo espacio para dar cabida a la nueva área de espectrometría de masas y aprovechar la renovación de los espacios para cumplir los requisitos de ISO y BPLs.
2. Técnicas en peligro de renovación y procedimientos emergentes:
La aplicación de las nuevas tecnologías ha sido una fortaleza de la PO y han contribuido para mejorar los resultados del tratamiento. Algunas técnicas están en peligro de renovación por diferentes motivos que necesitan un planteamiento específico. La lista de técnicas desarrolladas que están actualmente en peligro de renovación son las siguientes:
Registro de Tumores (interrumpido en 2014).
Tratamiento de células TIL en melanoma y cáncer renal (pendiente de la acreditación de la Sala Blanca).
Dosis altas de IL2 (suspendida por deficiencias estructurales de hospitalización).
Autotrasplante de médula ósea (suspendido por deficiencias estructurales de hospitalización).
Radioterapia Intraoperatoria (Mobetron). Renovación del equipo.
Adquisición y puesta en marcha de técnicas de espectrometría de masas, para continuar estudios de farmacología con medicamentos biológicos y de proteómica tumoral.
Incorporación de la Anatomía Patológica Digital, que se ha acometido con éxito en 2023.
Finalmente, la cirugía asistida con el Robot Da Vinci, que se ha cumplido en el primer trimestre de 2024.
3. Esfuerzo académico:
Debe continuar el esfuerzo académico para la realización de Tesis Doctorales, publicaciones de impacto, y aumentar la visibilidad en los foros científicos de las sociedades y Congresos. Aunque se ha mantenido durante veinte años una actividad notable, que puede ser contrastada en las Memorias Anuales de la PO, han de continuar e intensificarse los esfuerzos personales, elaborando nuevos criterios de promoción profesional y procurando establecer un programa individualizado para cada facultativo.
Se ha considerado imprescindible confeccionar un proyecto entre la PO y la Dirección del Hospital para promover la gestión de un Centro de Datos, con la contratación de Data Managers y Bioestadística con el debido soporte informático para conseguir la obtención y valoración de datos propios y los referentes en la literatura. Es necesaria la creación de un departamento de estudios clínicos que contenga el acceso a la literatura científica y el proceso de los datos.

4. Consecución de subvenciones para los proyectos de investigación:
Después de la experiencia favorable de los pequeños proyectos de investigación realizados durante los años precedentes para el Programa de Experto en Biomarcadores la Comisión Ejecutiva de la PO y TEDECA se propuso redactar proyectos de investigación para acudir a las convocatorias públicas nacionales y europeas con el asesoramiento de consultoras de investigación. Desde el año 2022 se han definido más de diez proyectos originales e innovadores de investigación. Se ha producido de esta manera un cambio de concepto: en lugar de preparar y presentar un proyecto cuando se produce una convocatoria adecuada, se dispone de una serie de proyectos para que la consultora los oriente y adapte a las necesidades de las diferentes convocatorias. Se han mantenido contactos con diferentes consultoras y se ha valorado la creación de una infraestructura capaz de presentar en el tiempo preciso las solicitudes en los distintos organismos públicos. Finalmente, los proyectos seleccionados por su perfil y oportunidad han sido:
- a. Influencia de compuestos inhibidores del citocromo P450 presentes en el zumo de pomelo sobre la biodisponibilidad oral de fármacos inhibidores de tirosina kinasa. Estrategia para optimizar las pautas de dosificación.
 - b. Valoración del estado nutricional en el paciente con cáncer de cabeza cuello, mediante bioimpedancia y su relación con marcadores bioquímicos. Intervención nutricional e impacto en el éxito del tratamiento oncológico (cirugía, radioterapia y quimioterapia).
 - c. Variabilidad farmacocinética, farmacogenética y toxicidad de 5-fluorouracilo en paciente oncológico (FLUOROPIRI)

Por otra parte, los proyectos relacionados con la Sala Blanca han sido demorados hasta cubrir la vacante del Director de Producción, debido al traslado de Juan José Mata. Han quedado pendientes de desarrollo los proyectos que se enumeran a continuación que se activarán según las oportunidades ofrecidas por las convocatorias. Todos ellos se encuadran dentro de aportaciones originales de Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i)

- d. Ensayo clínico en fase II, multicéntrico, abierto, prospectivo, randomizado para comparar la eficacia y seguridad de las células CIK autólogas más terapia estándar en pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico.
- e. Utilidad diagnóstica del DNA/RNA tumoral circulante en combinación con PET/CT como biomarcadores de detección precoz del cáncer en individuos asintomáticos con edad comprendida entre 60 - 75 años.
- f. A pilot study to evaluate safety and clinical efficacy of TIL cells plus nivolumab in selected patients with advanced ovarian-, fallopian tube- and primary peritoneal cancer after neoadjuvant chemotherapy.
- g. Estudio farmacocinético de anticuerpos monoclonales anti-PD1/PD-L1 en pacientes con cáncer.
- h. Intervención Psico-Oncológica mediante counselling en pacientes con cáncer de tiroides bien diferenciado durante el tratamiento con radioyodo.
- i. Utilidad clínica del DNA/RNA tumoral circulante como biomarcador en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tratados con inmunoterapia.
- j. Biomarcadores y estudios biomoleculares de los sarcomas incluyendo genómica y proteómica.

C.-Revisión de los avances producidos en las diferentes áreas de la PO:

Durante 2023 se ha consolidado la normalización de la actividad asistencial después de la pandemia, recuperando la afluencia de enfermos nacionales y extranjeros. También se han normalizado las actividades científicas, las sesiones clínicas y la asistencia a los congresos. Hay que señalar que durante 2023 han continuado las consultas semanales de Oncología Médica en el HQS de Albacete y según las necesidades también en HQS de Alicante. Cirugía sigue atendiendo consultas y un quirófano semanal en HQSAlicante.

La Fundación TEDECA ha mantenido sus programas de investigación clínica aplicada. Se han realizado las dos Reuniones preceptivas de la Comisión Ejecutiva, en mayo y noviembre, previas a la reunión del Patronato de TEDECA y además durante 2023 otras reuniones para definir e impulsar los proyectos de investigación, con asiduas reuniones con las consultoras y programar coordinadamente las actividades. Ha habido un importante esfuerzo para confeccionar los proyectos de investigación por parte de los facultativos de la PO.

En 2023 no se ha podido avanzar en el proyecto denominado “Aplicaciones Clínicas, Terapéuticas e Inmunológicas de Oncología Molecular” (**Proyecto ACTIOM**) cuyo objetivo es poner a disposición del oncólogo médico determinaciones de laboratorio que faciliten, mejoren y personalicen los tratamientos antineoplásicos llevados a cabo en los pacientes con cáncer. Para conseguirlo se ha ofrecido a otros centros sanitarios y a las instituciones del Grupo Quirónsalud, realizar los estudios de Genómica (tanto en biopsia sólida como líquida), Transcriptómica y Monitorización Terapéutica de Fármacos (TDM por sus siglas en inglés) que actualmente se realizan en el laboratorio de la PO de HQST. Esta iniciativa parte del año 2021 y fue temporalmente suspendida durante la pandemia. El corporativo Quirónsalud ha creado durante en el último trimestre de 2022 un Laboratorio Central de Biología Molecular y la PO ha manifestado su interés en mantener contactos asiduos para mejorar la colaboración y generar sinergias. La PO propuso a Health Diagnostics las siguientes áreas de colaboración:

1. Screening de línea germinal en enfermedades no oncológicas.
El desarrollo de esta línea de trabajo debe hacerse en función del número de procedimientos, para asegurar unos costes razonables y competitivos. La PO no ve posible efectuar estos estudios en el HQST.
2. Estudios de línea germinal en Oncología.
Actualmente se están realizando estos estudios en empresas del sector porque el número de procedimientos es escaso. Los costes parecen ser más reducidos (inferior a 500 €) que los propuestos por Health Diagnostics (aproximadamente 800€). Pensamos que tendría que ajustarse un poco el precio y que la PO podría remitir los procedimientos a Health Diagnostics.
3. Estudios de genoma y transcriptoma tumoral.
Health Diagnostics propone actualmente remitirlos a empresas del sector (Foundation One, a través de Lab. Roche).
La PO realiza desde hace más de 10 años estos estudios comprobándose su interés y aplicación clínica. Los resultados son equiparables, aunque la información obtenida con las técnicas y algoritmos de la PO es más completa. No disponemos de los datos de los precios de Health Diagnostics. El precio actual en la PO HQST para un estudio de genómica es de 2.391€ y de transcriptómica es de 4.345€.
4. Health Diagnostics realiza los estudios de Biología Molecular en gran parte a través de empresas ajenas al mismo, unos 40 Laboratorios y al menos 10 Laboratorios de Biología Molecular Oncológica, de acuerdo con la información disponible.

La PO de Oncología puede formar parte de la red de Laboratorios que colaboran con Health Diagnostics.

5. Un área novedosa de importante desarrollo es la detección de DNA circulante (ctDNA) existiendo actualmente indicaciones precisas e el seguimiento y decisión terapéutica del cáncer de mama y colorrectal en base a los resultados de esta determinación. La PO de HQST se ofrece para hacer un desarrollo conjunto con Health Diagnostics en esta área.
6. Por último la PO puede facilitar a Health Diagnostics la interpretación de los resultados de genómica y transcriptómica utilizando los algoritmos propios de la misma, que mejoran la información y los resultados si Health Diagnostics le proporciona los datos crudos obtenidos de los procesos de secuenciación en genómica y transcriptómica, lo cual puede constituir una forma de colaboración más estrecha y vinculante entre la PO y Health Diagnostics.

Se mantienen www.plataformadeoncologia.com y www.fundaciontedeca.org. Desde dichas páginas puede accederse a la Memoria Anual.

Se han realizado entrevistas radiofónicas con los medios de comunicación en las fechas de las campañas del cáncer (julio, octubre y febrero), y se ha continuado el chat digital, realizando post de cáncer de pulmón, cáncer mama, inmunoterapia del cáncer y cáncer de próstata. Se han mantenido entrevistas con los medios de comunicación de Alicante y Murcia. (La Opinión de Murcia e Información de Alicante).

Como en las Memorias precedentes, se ha desglosado la actividad mantenida durante el año 2023 en los diferentes dominios de la PO.

Siguiendo las Memorias Anuales precedentes también se han incluido los cuadros mostrando la evolución anual de las prestaciones asistenciales en Oncología Médica, Radioterapia, sesiones de Quimioterapia, Medicina Nuclear diagnóstica y terapéutica, Laboratorios de Patología, Genética Molecular e Inmunología, Registro de tumores, Laboratorio de Farmacocinética, Cirugía Oncológica y Radiología Intervencionista. Se han listado también Seminarios, Sesiones Científicas, Publicaciones, Comunicaciones en Congresos y otras Distinciones.

Revisión por áreas

Secretaría de la Plataforma de Oncología

Se introdujo por primera vez la descripción de la Secretaría PO en la Memoria Anual de 2021, porque durante este año se integraron los servicios de atención al paciente incluyendo la gestión con las compañías aseguradoras y la facturación de los procedimientos en los enfermos privados, simplificando los procedimientos. El paciente es atendido directamente en la PO sin desplazarse para realizar los trámites administrativos.

Durante 2023 se ha adoptado el sistema CASIOPEA, un sistema TIC (Tecnología de Información y Comunicación) avanzado y versátil adoptado por el corporativo Quirónsalud para todos sus centros sanitarios.

La Secretaría de la PO tiene una labor compleja porque realiza gestiones relacionadas con la consulta de la PO, especialmente la de Oncología Médica, y donde está centrada la interconsulta y los trámites administrativos relacionados con la atención multidisciplinaria. Es una unidad versátil, con secretarías y auxiliares, que realizan tareas

diversas incluyendo: atención telefónica del paciente, gestión de citas, cambios de fechas y recepción de consultas telefónicas. Realizan también la asistencia a la consulta ambulatoria, gestionando la obtención de documentos e imágenes y su traslado a la historia clínica. Organizan la consulta, disponen las carpetas de documentos, que existen tanto en forma física como en archivos en la red, elaboran los informes médicos de cada consulta con evacuación de los mismos antes de las 24 horas, realizan citaciones, seguimientos y organizan la realización de los procedimientos multidisciplinarios. Preparan las sesiones clínicas y controlan los documentos acreditativos de las interconsultas y enfoques multidisciplinarios. Realizan los informes de alta y los certificados acreditativos de la asistencia.

Preparan los documentos de consentimientos informados, para las diferentes modalidades terapéuticas. Ejercen un seguimiento cuidadoso de los estudios pendientes incluyendo pruebas de Anatomía Patológica, Biología Molecular y otras pruebas de imagen, recopilando y actualizando los informes clínicos cuando están disponibles. Organizan los registros de las diferentes pruebas, con la finalidad de mantener la información en línea con las necesidades clínicas y las del paciente. Gestionan la recepción y envío de muestras a otras instituciones cuando es necesario.

Llevan el control de la correspondencia y autorizaciones con las compañías aseguradoras. Realizan las labores de organización de sesiones clínicas interdisciplinarias, recabando la asistencia y en su caso la conexión remota vía internet.

Registran las actividades diarias y establecen los listados y correspondencias necesarias para la realización de informes anuales, registros de pruebas específicas y Memorias Anuales.

Recientemente han incorporado la gestión de la consulta de la PO en HQS Alicante y HQS Albacete.

Asumen las necesidades de Secretaría de la Fundación TEDECA, elaborando los informes, las actas y los documentos acreditativos, realizando la facturación mensual de los estudios realizados por la Fundación TEDECA al Hospital HQST, así como la correspondencia relacionada con el Patronato y su relación con el HQST.

Es una Secretaría muy dinámica, que ejerce con delicadeza la atención al paciente y mantienen la excelencia de la gestión asistencial, respondiendo con calidad a las diversas necesidades del proyecto multidisciplinario, que comprende múltiples especialidades y personal.

Oncología Médica:

Durante el año 2023 se han utilizado fármacos en fase de pre-comercialización ("Uso Compasivo") previa autorización de la empresa farmacéutica y la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios).

Se continuado el tratamiento con LAROTRECTINIB a una paciente con carcinoma secretor de mama con fusión E7V6-NTRK3.

Se ha iniciado tratamiento con AMIVANTAMAB a paciente con colangiocarcinoma extrahepático metastásico previamente tratado que presentaba mutación en el exón 20 del EGFR para el que es activo el fármaco.

Se ha iniciado tratamiento con TEBENTAFUSP a una paciente con melanoma ocular metastásico hepático.

Se ha iniciado tratamiento con IVOSIDENIB a un paciente con glioma de bajo grado recidivado al tratamiento convencional.

Dominio de Banco de Datos:

El Registro de Tumores comprende la actividad de la PO desde los comienzos de la PO en septiembre 2000 hasta diciembre 2014, cuando cesó la secretaria del Registro.

A partir de este momento no se han actualizado los datos. Se considera una pérdida transitoria porque la labor es acumulativa y puede recuperarse cuando se considere oportuna su actualización. Se recuerda que comenzó la actividad del Registro en 2005, a los 5 años de puesta en marcha, recuperando los datos asistenciales desde el inicio en septiembre 2000.

Sala Blanca

La Sala Blanca de la Plataforma de Oncología ha estado en uso con el protecto PCRCOVID-19 hasta el mes de Julio 2021, momento en el cual esta actividad se trasladó a otras dependencias del Hospital (ver apartado de Inmunología).

Durante el primer semestre de 2022 se han realizado las obras de adecuación de la instalación tras la parada técnica por la parada técnica de la misma por la pandemia COVID-19. Una vez finalizadas en julio de 2022, se ha procedido a limpieza de la misma y a la cualificación por la empresa QTI. Se ha realizado de nuevo el protocolo de validación de los nuevos desinfectantes a emplear a partir de la fecha.

Por otro lado, la "Zona anexa a la SBPO", la cual estaba destinada al archivo y recepción de pedidos de materiales asociados a los procesos de la Sala Blanca, continua en la nueva localización donde se trasladó por indicación de Dirección Médica y Gerencia del Hospital en el año 2021. La Dirección Técnica de la SBPO comunicó a Dirección y Gerencia del Hospital que este cambio no sería viable ya que modificaría el plan de instalaciones de la SBPO descrito en la Memoria Técnica y no permitiría el cumplimiento de la higiene/esterilidad del personal requerida en las Normas de Correcta Fabricación y por ende el cumplimiento de los protocolos aprobados por la AEMPS sobre este aspecto. Durante el año 2022, y de forma provisional, todo el sistema documental de la SBPO se trasladó a una habitación situada en la segunda planta del área de Oncología Médica del Hospital cumpliendo con las medidas de custodia de la documentación establecidas en el sistema de gestión de calidad.

En agosto de 2023, el sistema documental de la SBPO se trasladó de nuevo, por necesidad de espacio y reestructuración de la zona donde estaba reubicado, a la sala anexa de la Sala de Reuniones en la segunda planta del área de Oncología Médica del Hospital. En este traslado se adquieren nuevos armarios de almacenamiento de documentación para cumplir con las medidas de custodia de la documentación establecidas en el sistema de gestión de calidad.

Inmunología:

A lo largo del año 2023, la actividad del laboratorio de Inmunología se ha centrado en diferentes líneas de trabajo y desarrollo que se describen a continuación:

1. Retomar la actividad rutinaria del laboratorio en cuanto a estudios de citometría de flujo en neoplasias hematológicas y monitorización inmunológica de pacientes con cáncer en tratamiento de inmunoterapia.
2. Impulsar los proyectos de investigación relacionados con inmunoterapia celular y estudios genómicos mediante biopsia líquida en pacientes con cáncer.

La actividad relacionada con el diagnóstico y monitorización de neoplasias hematológicas, así como los estudios de monitorización inmunológica, mediante la técnica de citometría de flujo se realizó con el equipo NAVIOS de BeckmanCoulter, el cual dispone de 3 láser y 10 detectores de fluorescencia. Esta actualización en el equipamiento permite desarrollar más aplicaciones diagnósticas mediante la técnica de citometría de flujo.

En marzo de 2023, el traslado de María Dolores Hernández al Servicio de Inmunología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia ha interrumpido temporalmente la continuidad de la actividad asistencial y los proyectos de inmunoterapia celular en Sala Blanca, los cuales han sido reactivados con la contratación de Ana Cerdá Montagud, especialista en inmunología, en junio de 2023.

En referente a la actividad asistencial, se ha ampliado el estudio de paneles de citometría de flujo para el estudio de enfermedades asociadas a inmunodeficiencias y perfiles inmunofenotípicos relacionados con enfermedades autoinmunes. Así como, también se ha consolidado el estudio inmunofenotípico de lavados broncoalveolares ante sospecha de neumonitis asociada a infiltración linfocitaria. Respecto a enfermedad mínima residual (EMR) se mantiene el estudio en mieloma múltiple y linfomas no Hodgkin.

En cuanto a los proyectos de investigación, durante 2023 se ha trabajado en la posibilidad de diferentes vías de formación para el desarrollo de proyectos de inmunoterapia celular.

1. Formación en producción de linfocitos infiltrantes de tumor (TILs) en melanoma metastásico en el Grupo de Inmunoterapia e Inmunología tumoral del Instituto de Oncología del Hospital Vall d'Hebron (VHIO) en Barcelona
2. Formación en producción de linfocitos infiltrantes de tumor (TILs) en melanoma metastásico en la sección de Inmunoterapia del Servicio de Inmunología Hospital Clinic de Barcelona – Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB)
3. Formación en producción de linfocitos infiltrantes de tumor (TILs) en melanoma metastásico en centros extranjeros entre ellos: “National Center for Cancer Immune Therapy, Copenhagen University Hospital. Herlev, Denmark” o “Division of Medical Oncology, Netherlands Cancer Institute (NKI), Amsterdam, the Netherlands”.

Está prevista la formación en producción de TILs en melanoma metastásico en la sección de Inmunoterapia del Servicio de Inmunología Hospital Clinic de Barcelona – Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB) para principios del año 2024.

Medicina Nuclear:

La estructura del Servicio de Medicina Nuclear está dividida en dos secciones formadas por el área diagnóstica y por el área de terapia metabólica.

El área diagnóstica se ubica en la planta baja de la ampliación, donde se encuentra el PET-TAC. En el mes de diciembre, acorde a lo previsto, el equipo PET-TAC antiguo (Siemens Biograph 6) ha sido sustituido por un equipo PET-TAC de última generación marca SIEMENS, BIOGRAPH Horizon, habiéndose realizado las pruebas de aceptación a finales del mes de diciembre. Además, contamos con una gammacámara GE Infinia en la misma ubicación, lo que facilita la organización del trabajo

Con la carga asistencial actual, la atención se presta de lunes a viernes, en horario de mañana y jueves tarde. Además, en función de la demanda, se programan tardes de actividad extra para atender a los pacientes en tiempo.

Respecto al área de terapia metabólica, esta se encuentra ubicada en la segunda planta en las habitaciones habilitadas al efecto. Aunque el número de pacientes tratados es bajo (pacientes privados, compañías de seguros y derivados desde el Hospital Universitario del Vinalopó), la previsión de incorporación de nuevos tratamientos, como la terapia con Lutecio-PSMA, hace prever un franco crecimiento de esta unidad a medio plazo. Para 2024, vamos a organizar la realización de los tratamientos en fin de semana para que no interfieran con la actividad asistencial habitual del hospital.

Física Médica y Protección Radiológica (PR):

El área de Física Médica y PR da cobertura y gestiona el Programa de Garantía de Calidad de las instalaciones radiactivas sitas en el Hospital Quirónsalud Torrevieja (Oncología Radioterápica, Medicina Nuclear y Radiodiagnóstico), el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Quirónsalud Murcia, el Centro Quirónsalud Alicante y los centros periféricos de Orihuela, Gran Alacant y Elche. Además, especial dedicación conlleva para este servicio la dosimetría clínica y física en los planes de tratamiento de Oncología Radioterápica.

En cuanto a las Instalación de Radiodiagnóstico antes mencionadas, las tareas del SPR se centran sobre todo en el control de calidad de los equipos, vigilancia de áreas, estimación de dosis paciente y en el seguimiento del plan de mantenimiento de los equipos productores de rayos X, así como en la actualización de su Programa de Garantía de Calidad. Durante el pasado año 2023, no se produjo sustitución alguna de equipos de radiodiagnóstico, en los centros a los que damos cobertura.

Dentro de la Instalación de Radioterapia del Hospital Quirónsalud Torrevieja, se ha continuado haciendo, durante 2023, un seguimiento exhaustivo del equipo de Radioterapia Intraoperatoria, acelerador portátil MOBETRON de la firma INTRAOP, estando presentes tanto en los mantenimientos preventivos, como en los correctivos y llevando a cabo controles de calidad cada dos semanas, de forma que se intentase garantizar su operatividad en los tratamientos.

También en la Instalación de Radioterapia, durante el mes de Junio de 2023 se procedió a actualizar el software y hardware del equipo de Braquiterapia. Se sustituyó el planificador SWIFT de la firma ELEKTA, por el PROSTATE de la misma firma. Actualizando además el hardware con un nuevo servidor.

Dentro de la Instalación de Medicina Nuclear y siguiendo el programa de actualización y mejora de equipamiento para prestar un mejor servicio a los pacientes, a finales del 2023 se sustituyó el equipo PET/TAC marca Siemens modelo Biograph 6, por un nuevo equipo PET/TAC marca Siemens modelo Biograph Horizon, Para lo cual se solicitó autorización expresa al CSN, acompañada de un estudio de seguridad. La autorización fue concedida con fecha 7.8.2023.

Por otro lado, se están admitiendo alumnos de los grados de Física de la Universidad de Alicante y de la Universidad de Murcia que desarrollan sus Trabajos Fin de Grado (TFG) o sus asignaturas de prácticas en empresa en nuestras instalaciones, supervisados y tutorizados por esta unidad.

Además, dentro de las actividades formativas, el pasado año, comenzó una colaboración con la Universidad Tecnológica, on line, Tech para la realización de un Máster en Radiofísica, que dirige Francisco Javier de Luis Pérez.

En otro orden de cosas, se recibió y acompañó a los Inspectores del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), con objeto de la inspección de control de las Instalaciones Radiactivas de Radioterapia y Medicina Nuclear con fecha de 30.5.2023. Las inspecciones presentaron un resultado positivo.

En el contexto de la PR hay que destacar que no se ha producido ninguna sobreexposición, ni incidente de contaminación personal ni de zonas, a los trabajadores expuestos ni al público en general.

Oncología Radioterápica:

Durante el año 2023 se ha continuado la actividad, tanto de consultas como de tratamientos de radioterapia externa, braquiterapia y de radioterapia intraoperatoria, manteniéndose el número total de pacientes vistos para tratamientos de radioterapia, que alcanza los niveles previos al inicio de la pandemia.

Se mantiene el convenio con el Hospital Universitario de Torrevieja-Salud dependiente de la Consellería de Sanidad Valenciana que supone la cobertura de los tratamientos de Radioterapia externa y Braquiterapia de su área de salud, así como la asistencia y colaboración en los Comités de Tumores.

Durante el año 2023 el número total de pacientes vistos para iniciar tratamiento de radioterapia se incrementó ligeramente respecto al año anterior: 577 vs 559 pacientes, siendo 482 (86%) derivados desde la Sanidad Pública. El 14% restante (95 pacientes) incluyen pacientes privados y de compañías aseguradoras. Nacionales e internacionales.

En cuanto a la actividad asistencial se han continuado todos los programas – protocolos de tratamientos: Braquiterapia de Alta tasa (cúpula vaginal, prostática), Radioterapia con Intensidad Modulada (IMRT), Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT, en tumores prostáticos y vertebrales – paravertebrales), Re-irradiaciones, Radioterapia Estereotáctica Fraccionada Craneal y Corporal (SBRT pulmonar, hepática y ósea), consolidándose los tratamientos de VMAT (Arcoterapia volumétrica modulada) que suponen un 34 % del total en este año, siendo el 65% de todos los tratamientos técnicas especiales.

Durante 2023 ha continuado, el contrato de mantenimiento (Intraop Medical Corporation) del Mobetron, acelerador de electrones móvil ubicado en el quirófano, manteniéndose activos los tratamientos de radioterapia Intraoperatoria.

Se mantiene la formación de prácticas por periodos de 3 meses para alumnos de Técnicos de Radioterapia procedentes de las escuelas: AULACEM de Elche, y Colegio Rafaela María de Valladolid. Así mismo se mantienen prácticas de Oncología para alumnos de medicina procedentes de la UCAM (Universidad Católica de Murcia).

Unidad de Psico-oncología:

Al igual que en años anteriores, durante 2023 la principal actividad ha consistido en la atención psico-oncológica integral a enfermos de cáncer y sus familiares en todo el proceso desde el momento del diagnóstico hasta la consecución de los objetivos propuestos inicialmente, incluso hasta el duelo posterior según cada caso.

Esta atención a enfermos oncológicos y familiares se ha realizado tanto en la planta de Oncología durante el ingreso, como en Hospital de Día mientras se les administra el tratamiento, sin embargo el mayor volumen de pacientes se ha atendido en Consultas Externa priorizando a los pacientes oncológicos cuando ha sido posible frente a otro tipo de patología en esta agenda.

Además la psico-oncóloga en 2023 se ha certificado con Sobresaliente como Experta en Acompañamiento Espiritual en Clínica por la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid). De esta forma se pretende mejorar la atención a las necesidades espirituales de los pacientes oncológicos y sus familiares en la Plataforma de Oncología.

Unidad de Nutrición.

- Pacientes de primera consulta en Oncología.

Se realiza un cribado nutricional, utilizando el MST (Malnutrition Screening Tool) que es un test de screening para pacientes adultos con cáncer que valora el apetito y la pérdida involuntaria de peso.

1. Si el cribado da un resultado positivo, se realiza la valoración nutricional inmediata con la Valoración global subjetiva generada por el paciente (VGSGP) que es una herramienta útil para reconocer estados de malnutrición basándose en características de historia clínica y el examen físico.

En la valoración nutricional se realizan medidas antropométricas por bioimpedancia. En las que se obtienen parámetros como el ángulo de fase, que dan una idea del estado nutricional y la caquexia del paciente oncológico

- Pacientes ambulatorios en tratamiento de quimioterapia

1. En cada ciclo de Quimioterapia, el paciente es sometido a un análisis de Bioimpedancia.
2. Los resultados son analizados por el servicio de Nutrición y en el caso de que haya una pérdida de peso llamativa, el paciente se reevalúa nutricionalmente.
3. El paciente entra en consulta con el oncólogo y de acuerdo a su composición corporal el oncólogo pauta la dosis de tratamiento de quimioterapia derivando estos datos al servicio de farmacia.

- Pacientes oncológicos ingresados.

1. Se realiza un seguimiento nutricional en cama junto con el oncólogo para la toma de decisiones sobre el abordaje nutricional del paciente en su estancia hospitalaria

- Preoperatorio cirugía oncológica (Derivado de cirugía)

1. Se realiza el NRS (Nutritional RISK Screening) que es una herramienta de cribado

recomendado por la ESPEN para pacientes hospitalizados. con el objetivo de conocer el estado nutricional del paciente y tratarlo nutricionalmente previo a la cirugía y post cirugía.

Se han integrado alumnos en prácticas de la UCAM, del grado en Nutrición, llevando a cabo un TFG y TFM, en relación con la desnutrición asociada al cáncer gástrico y a parámetros relacionados con la desnutrición.

Durante el año 2023 se ha trabajado en los datos obtenidos de la bioimpedancia para la realización de una tesis doctoral en colaboración con la UCAM, cuyo objetivo es el efecto del tratamiento de quimioterapia en la composición corporal y parámetros bioquímicos.

Área de Laboratorios

El Laboratorio de Anatomía Patológica se ha renovado tecnológicamente durante 2023 bajo la dirección de Jose Ortega, adquiriendo los equipos para la digitalización y archivo de muestra y documentos. Este cambio ha sido importante para el desarrollo y crecimiento del Laboratorio.

Área de Consejo Genético, Biología Molecular y Genómica y Transcriptómica

El upgrade comentado anteriormente del hardware del Ion S5 para transformarlo en un S5 Prime y la adquisición de un aparato Ion Chef fueron necesarios para poder incorporar el uso de un panel genómico más extenso (el OncoPrint Comprehensive Plus de la compañía ThermoFisher) a las prestaciones del laboratorio de Genética Molecular y Genómica. Este nuevo kit comprende un panel de más de 500 genes, en el que se estudian mutaciones y variaciones en el número de copias mediante secuenciación del DNA así como fusiones de interés oncológico mediante secuenciación del RNA. Este kit permite la valoración de la carga mutacional (mutaciones por Megabase secuenciada) y la presencia de inestabilidad de microsatélites, ambos datos de relevancia en inmunoterapia con inhibidores de checkpoint inmunitarios. Otras aportaciones de este nuevo kit son la detección de firmas mutacionales somáticas del DNA y la detección de LOH (loss of heterozygosity). El uso de este nuevo kit supone una mejora importante en las aportaciones de la genómica a la oncología de precisión, en comparación con el kit que se usaba anteriormente (OncoPrint Comprehensive v3). El kit de secuenciación del RNA para la determinación de la expresión de genes codificantes de proteínas (transcriptoma) ha incorporado a nivel analítico junto con la predicción de agentes de quimioterapia, la aplicación de firmas inmunológicas y de vías de señalización tumorales relevantes que permiten mejoras adicionales de la precisión al aplicarse conjuntamente con el panel genómico mencionado tal como se detalla a continuación.

A nivel de los estudios de transcriptoma se ha validado una de las firmas inmunológicas usadas habitualmente en una serie grande externa de tumores uroteliales metastásicos de vejiga urinaria publicada previamente, encontrándose una supervivencia más prolongada en pacientes que han recibido tratamiento con inhibidores de checkpoint inmunitarios como monoterapia y tenían valores más altos del score de dicha firma.

También se elaboraron y validaron dos nuevas firmas usando una conocida técnica de machine learning. Una de estas firmas fue publicada en 2021 (Manzano et al, BMC Cancer. 2021 Apr 20;21(1):432), y ambas han sido validadas en la misma serie externa comentada en el párrafo anterior, que corresponde a una serie de más de 300 tumores uroteliales metastásicos en progresión a tratamientos previos que fueron tratados con atezolizumab como agente único.

El primer cuartil del score de ambas firmas es capaz de identificar a los mejores respondedores (más del 50% de respuestas objetivas en pacientes con alta carga mutacional, y 20% de respuestas objetivas en pacientes con carga mutacional baja) y a los largos supervivientes en la serie de validación (la mediana de supervivencia era superior al 50% a los dos años). Estas dos firmas también tenían valor pronóstico en tumores uroteliales del repositorio público TCGA no tratados previamente.

También se han implementado firmas validadas y usadas extensamente en literatura relativas a vías metabólicas y de señalización en cáncer. De este modo es posible obtener más información terapéuticamente relevante de los estudios de transcriptoma realizados, junto con los targets terapéuticamente más relevantes y la predicción de la eficacia de 10 agentes quimioterápicos que ya se venía realizando desde el inicio de los estudios de los transcriptomas basados en la secuenciación de RNA. Sin duda el mayor logro es la aplicación conjunta de las técnicas de NGS de genoma y de modo complementario la de transcriptoma, que parece mejorar las perspectivas terapéuticas de los pacientes oncológicos tratados en la PO, ya que identifican un número no despreciable de tratamientos potenciales.

La actualización de los softwares usados en los pipelines de Genómica ha supuesto una optimización de los procedimientos analíticos encaminados a la detección de variantes en los genes estudiados en el panel de OncoPrint Comprehensive v3 y en el más reciente OCA Plus.

Una nueva mejora de los transcriptomas ha sido la creación de una pipeline analítica haciendo uso de 3 lenguajes de programación a partir de los datos crudos (número de cuentas por gen) que facilita enormemente tanto la reproducibilidad del procedimiento de análisis y su estandarización así como la eficacia de su ejecución al reducir el tiempo de procesado en cerca de 3 horas.

Recientemente se ha depurado el código de la pipeline comentada en el párrafo anterior para mejorar la eficiencia del procesado de datos. Se ha mejorado la precisión del procedimiento al tener en cuenta los datos de los más de 200 pacientes que se han realizado transcriptomas hasta el momento actual en la Plataforma de Oncología. También se han incorporado nuevos targets terapéuticos coincidentes con las aprobaciones más recientes de fármacos de la FDA.

Área de Farmacocinética (UFP, Unidad de Farmacoterapia Personalizada):

Durante el año 2023 se ha mantenido la actividad de la UFP con una tendencia al alza de la misma en la monitorización de quimioterápicos clásicos y totales. Se ha incrementado la actividad de la UFP en la monitorización de quimioterápicos clásicos en un 12.8% y se ha mantenido la de terapias dirigidas.

Se continúa evaluando, por parte del Grupo Quirónsalud, la opción de mover a otra ubicación o ampliar el servicio actual para diseñar una nueva instalación según nueva Normativa de Riesgos Laborales y de Protección al Trabajador. Por lo tanto, la acreditación del laboratorio de la UFP en Buenas Prácticas de Laboratorio (BPLs) queda a la espera de la remodelación del servicio. Este año se han evaluado de nuevo los puestos de trabajo, pero no se han realizado nuevas modificaciones.

El proyecto ya aprobado de validación de las técnicas analíticas para cuantificar mediante la técnica de ELISA anticuerpos monoclonales para incorporarlos a su cartera de servicios ha validado la técnica analítica para cuantificar Pembrolizumab, a falta de

conseguir muestras de pacientes reales con Cmax elevadas. Asimismo, se ha validado la técnica analítica para cuantificar para Nivolumab, quedando a la espera de muestras de pacientes a dosis estándar para poder validar el paralelismo y la estabilidad.

Se continua con el diseño del proyecto de investigación titulado “Influencia de compuestos inhibidores del citocromo P450 presentes en el zumo de pomelo sobre la biodisponibilidad oral de fármacos inhibidores de tirosina kinasa. Estrategia para optimizar las pautas de dosificación”. Este proyecto se engloba dentro de los Proyectos singulares aprobados por la Comisión Ejecutiva de TEDECA para su realización. Junto con la Consultora Fi Group España (líderes en financiación de I+D+i), se ha trabajado para el dimensionamiento y adecuación del proyecto a futuras convocatorias de financiación públicas y privadas. Se ha destinado un total de 4 horas semanales a la redacción del proyecto y coordinación con AINIA.

Se continua colaboración con la Universidad CEU Cardenal Herrera para la realización del proyecto “Estudio en vida real para la evaluación del efecto de la monitorización terapéutica de fármacos inhibidores Tirosina-Kinasa sobre la calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos”. Entidad Financiadora: Fundación Universitaria San Pablo CEU. Referencia: FUSP-PPC-21-024. Nombre del IP: Vanesa Escudero Ortiz. Listado de IC: Ana Catalán Latorre, Manuel Sureda González, Esther Mancheño Maciá, M^a Carmen Berenguer Úbeda, Inés González Sánchez, M^a Carmen Martínez González, Marina Leal Clavel. Fecha de inicio y fin del proyecto: 01/05/2022 al 1/05/2024. Cantidad financiada: 15.000 €.

Se diseña el proyecto de investigación titulado “Estudio de variabilidad farmacocinética, farmacogenética y toxicidad de 5 FU en paciente oncológico”. Este proyecto se engloba dentro de los Proyectos singulares aprobados por la Comisión Ejecutiva de TEDECA para su realización. Junto con Inventium (empresa gestora especialista en búsqueda de financiación privada para proyectos de I+D). Se ha trabajado en la memoria técnica y económica para su acreditación como proyecto I+D para presentarlo en convocatorias de financiación privada un total de 5 horas semanales. En relación a este proyecto, se ha aprobado en la Comisión Ejecutiva y por el Patronato de la Fundación TEDECA.

Plataforma Quirúrgica: Oncología Quirúrgica

Se ha mantenido la actividad en las consultas de Gran Alacant, Quirónsalud de Elche y Orihuela, además de Quirónsalud Alicante que junto con la actividad del Hospital de Torrevieja ha llevado a un aumento significativo de la misma como se puede observar en las gráficas.

Se ha consolidado la Unidad de Mama y se han perfilado las áreas de mayor dedicación en cirugía laparoscópica, a la espera de poner poder en marcha de nuevo la cirugía asistida mediante robot Da Vinci, la cirugía del tumor oligometastásico, la cirugía multidisciplinar del cáncer de pulmón, la cirugía de los sarcomas y la carcinomatosis peritoneal.

Durante el año se ha instalado un nuevo quirófano integrado dedicado a la cirugía de mínima invasión.

El área de Cirugía de la Plataforma de Oncología ha ganado gran visibilidad en relación a la especialidad de oncología quirúrgica en ámbitos nacionales y europeos.

Durante el año 2023 los miembros del servicio han participado como profesores en diversos másteres universitarios, así como autores de capítulo de un Tratado en cirugía

oncológica de la editorial Panamericana. Además, el Dr. Bretcha ha sido coordinador de un módulo dedicado a Sarcomas y coordinador de un capítulo dedicado al cáncer de páncreas.

El servicio está implicado con el Colegio de Médicos de Alicante a través del comité científico donde está representado por el Dr. Bretcha llevando a cabo acciones formativas.

5. FORMACIÓN CONTINUADA EN LA PO.

Como contempla la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) “La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinada a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”.

La PO, con el fin de promover la Formación Continuada de sus integrantes, se encargará de gestionar los recursos destinados a este efecto mediante la Comisión Ejecutiva de TEDECA, en la que están representadas las distintas áreas de especialización que la componen. La misión los miembros de la Comisión en esta tarea será confeccionar un plan anual de gestión de recursos, organización y promoción de aquellas actividades formativas que ofrezcan al profesional de la Plataforma la posibilidad de mantener y aumentar sus conocimientos y competencias para afrontar los continuos retos que plantea la práctica asistencial e investigadora, así como la implementación de nuevas técnicas en cáncer.

Aquellos requerimientos formativos adicionales a los de la especialidad, de carácter obligatorio e imprescindible para el normal desempeño del puesto de trabajo, quedarán excluidos de las competencias de esta Comisión y corresponderán al ámbito del Departamento de RRHH, Calidad o Riesgos Laborales del Hospital Quirónsalud, según corresponda.

OBJETIVOS

La Comisión Ejecutiva de TEDECA para la Formación Continuada se plantea como objetivo general promover la actualización de conocimientos y competencias, la Innovación y la Difusión de los Programas Singulares de los profesionales de la Plataforma. Para ello se establecen los siguientes objetivos específicos:

- 1.- La elaboración de un Plan de Formación Continuada anual que recoja las necesidades de asistencia a aquellas actividades que vayan cubriendo de forma proporcionada las demandas profesionales de las distintas especialidades que integran la Plataforma.
- 2.- Promover la organización de unas Jornadas Formativas Anuales, que anticipen los avances relevantes en Oncología, abierta a la participación de profesionales externos y promuevan el establecimiento de redes cooperativas dentro del Grupo Quirónsalud.
- 3.- Orientar a los profesionales de la Plataforma las actividades más adecuadas para mantener la formación continuada en su campo.
- 4.- Estudiar las propuestas de actividades de formación continuada y avalar la calidad de las de las mismas, respaldando la adecuación de sus objetivos docentes. Las propuestas serán elaboradas por los responsables de cada área, para confeccionar un plan integrado, teniendo en cuenta las necesidades y el desarrollo gradual profesional de todos los facultativos.

5.- Gestionar los recursos económicos anuales necesarios en función de la disponibilidad de estos, ajustados a los criterios de selección establecidos por esta Comisión, velando por el interés general y de proporcionalidad entre los facultativos y las áreas que constituyen la Plataforma.

Los recursos económicos destinados a tal fin proceden de la productividad total de la Plataforma: 50% aportados por la parte proporcional correspondiente al hospital y el otro 50% de los emolumentos variables de los profesionales.

Las Jornadas Formativas Anuales se realizarán a propuesta de la Plataforma, pero será sufragada íntegramente por el hospital.

BASES PARA LA SOLICITUD DE FONDOS DE FORMACIÓN

Se podrán solicitar Fondos correspondientes a las tres siguientes categorías formativas:

1.-ASISTENCIA A CONGRESOS DE LAS SOCIEDADES MÉDICAS OFICIALES DE LAS RESPECTIVAS ESPECIALIDADES, NACIONALES O INTERNACIONALES

Se asignarán becas a tal efecto con una dotación económica que incluirán, en la medida de los fondos disponibles, gastos de inscripción, alojamiento y desplazamiento, para estancias a congresos internacionales y nacionales. Orientativamente se aceptarán solicitudes para una estancia nacional y una internacional anual por cada especialista integrante de la Plataforma.

2.-CURSOS AVALADOS POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS

Se aceptarán solicitudes para ampliar conocimientos en las diferentes áreas de la PO con carácter extraordinario.

3.-ESTANCIAS EN CENTROS DE REFERENCIA

Se aceptarán solicitudes adecuadamente motivadas y se considerarán de forma individual por la Comisión.

Será imprescindible presentar la documentación previa que avale la solicitud incluyendo:

1. Resumen anual de las solicitudes a presentar en cada área de la Plataforma, elaborado por el responsable de cada especialidad.
2. Propuesta concreta de cada actividad indicando:
 - 2.1- Objetivos formativos esperados y relevancia en Plataforma.
 - 2.2- Presupuesto razonado de los gastos previstos.
 - 2.3- Presentación de trabajos científicos (comunicaciones orales/posters científicos) multidisciplinarios de Plataforma.
3. Durante los tres meses siguientes a la finalización se presentará un informe final que avale la asistencia al evento y consecución de los objetivos previstos (memoria de formación en caso de cursos o estancias o defensa de trabajos expuestos) y las facturas de los gastos de viaje, estancia e inscripción derivados. En caso de ser estos inferiores a los de la dotación económica inicial de procederá a la devolución del importe excedente.

La Comisión Ejecutiva de TEDECA para Formación Continuada se reunirá con una cadencia mínima anual, y siempre que un miembro de la Plataforma así lo requiera, para evaluar las solicitudes presentadas y emitirá un informe que recoja las recomendaciones a tal efecto. Las solicitudes se aprobarán y priorizarán en función de los requisitos mencionados previamente, la relevancia científica y formativa, y según la disponibilidad de recursos económicos en el momento de la solicitud.

La recomendación elaborada a este efecto se trasladará la Dirección Médica/Gerencia del Hospital, que hará efectiva la asignación de los recursos económicos destinados al solicitante.

De acuerdo con este programa se han efectuado las siguientes prestaciones a partir de la creación del Fondo de Formación Continuada:

| Facultativo | Fecha formación | Curso/congreso |
|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| M ^a del Carmen Redal Peña | febrero-19 | Curso: Actualización en cirugía radioguiada. Barcelona 14 y 15 de febrero de 2019 |
| Ramón Elías Martínez Ramírez | 20 al 23 de febrero de 2019 | Curso de Formación en CAPSULA ENDOSCOPICA |
| María Mínguez | | Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría, 6 ^a edición, Edición médica panamericana. Nelson Tratado de Pediatría, 20 ^a edición Elsevier. |
| Gertrudis Terol | 15-feb-09 | I Jornada de actualización de EPOC + ICC |
| Aurora Crespo de la Jara | febrero-19 | Curso de PET-TC en Oncología |
| Juan José Mata Molanes | 7 al 9 marzo de 2019 | V FORO DE Inmunología Traslacional e Inmunoterapia del Cáncer |
| Pedro Bretcha | 27 al 30 de marzo 2019 | ANNUAL CANCER SYMPOSIUM SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY 2019 |
| Maritza Duarte | 9 al 11 de marzo 2019 | 9th EuropeanMultidisciplinaryColorectal Cancer Congres 2019. Lisboa |

| | | |
|-----------------------|----------------------------|--|
| Peter Senes | 16 al 19 de marzo 2019 | Congreso Europeo Urología EAU |
| Ana Catalán Latorre | 29/03/2019 al 03/04/2019 | Congreso Internacional: AACR (marzo 2019, Atlanta) |
| José R. Ortega | 22 al 24 de mayo de 2019 | XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP-IAP) |
| DirckPasker | 13 al 15 de junio de 2019 | SEPAR. SOCIEDAD DE NEUMOLOGIA ESPALOLA. SANTIGO DE COMPOSTELA |
| Dirck Pasker | 29/09 al 02/10 del 2019 | ERS; ERUOPEAN RESPIRATORY SOCIETY |
| Alejandro Paz Yáñez | 23-24 noviembre 2019 | ESSO Couse on Localization Techniques for guided Breast Cancer Surgery. Madrid. |
| Israel Puell Horta | 1 al 2 de marzo del 2019 | Congreso Sociedad Valenciana de RHB: Daño Cerebral y Bloqueos Nerviosos Periféricos Terapéuticos |
| Rosalyn Sánchez Paz | Abril 2019 | III Reunión de Usuarios de Braquiterapia Iberia Braquiterapia Guiada por Imagen |
| Amelia Sanz Fernández | Abril 2019 | ReuniónGorvamur Post-Astro 2019 |
| Maritza Duarte | 15 AL 17 de marzo del 2019 | XXIII Congreso Nacional de la Fundación Asociación Española de Coloproctología 2019 |
| Manuel Papí | 9 al 14 de mayo de 2019 | Vestibular and Ocular Motor Disorders Master Class |

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|--|
| Alejandro Paz Yáñez | Del 16 al 18 de mayo 2019 | congreso AECIMA 2019 |
| Rosa M ^a Cañón | Del 9 al 10 de mayo 2019 | PROSTATE CANCER MANEGEMENTE FOR RADIATION ONCOLOGISTS |
| Rosalyn Sánchez Paz | Del 13 al 14 de mayo 2019 | 2º CONGRESO NACIONAL CÁNCER PROSTATA |
| Pedro Bretcha | Del 3 al 7 de junio 2019 | CHAIRMAN DE CURSO DE EUROPEAN SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY |
| Alejandro Paz Yáñez | 13 al 14 de junio de 2019 | EAES 2019 - SEVILLA |
| Juan José Mata | 5 al 6 de junio de 2019 | Curso de inmunoterapia y terapia celular en HAMATO-ONCOLOGIA |
| Juan Carlos Ruiz | 3 al 5 de junio de 2019 | Curso NUTRICION EN ONCOLOGÍA FRANC2019) |
| María Mínguez | 7 al 9 de noviembre de 2019 | XXVII Curso de Formación en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediatría |
| Nuria Latorre Martínez | 28 al 29 de junio de 2019 | XX Curso de Dermatopatología |
| Rodolfo Martín Díaz | 11 al 13 de julio 2019 | Ganglio centinela en cáncer ginecológico |
| Rosa M ^a Cañón | 4 al 6 de junio de 2019 | Congreso nacional oncología radioterápica (SEOR) |
| Amelia Sanz Fernández | 4 al 6 de junio de 2019 | Congreso nacional oncología radioterápica (SEOR) |

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|
| Pedro González Cabezas | jul-19 | Formación en Clínica Universidad de Navarra de Pamplona. |
| María Mínguez | may-19 | Curso Espirometría en Pediatría |
| Rosa M ^a Cañón | 15 al 18 de septiembre de 2019 | ASTRO 2019. CHICAGO |
| Alejandro Paz Yáñez | 11 al 14 de septiembre 2019 | 41 CONGRESO ANUAL SOCIEDAD EUROPEA DE HERNIA (EHS) |
| Juan José Mata Molanes | 9 al 20 de septiembre 2019 | Rotación asistencial en la Unidad de Inmunoterapia Celular del Hospital Clinic de Barcelona |
| Ana Catalán Latorre | 2 al 30 de noviembre 2019 | 7º Congreso de Oncología Médica y Farmacia Oncológica |
| Pedro Bretcha Boix | 6 al 8 de noviembre 2019 | XXIII REUNIÓN ANUAL DE CIRUGIA |
| Francisco Javier de Luis Pérez | 18 al 19 octubre 2019 | SIMPOSIO INTERNACIONAL TERAPIA DE PROTONES (ISOP) |
| Juan José Mata Molanes | 15 al 16 de noviembre | THE 4 th Annual European Congress on Immunotherapies in Cancer |
| Pedro González Cabezas | agosto-19 | TNF- INSTITUTO ONCOLOGIO LISBOA |

PRESTACIONES DURANTE 2020

| Especialidad | Facultativo | Fecha solicitud | Fecha aprobación | Fechas formación | Mes Formación | Curso / Congreso |
|------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|------------------|---------------|--|
| Inmunología | Juan José Mata Molanes | 10-1-20 | 13-1-20 | mar-19 | mar-20 | VI Foro de INMUNOLOGÍA TRASLACIONAL E INMUNOTERAPIA DEL CANCER (FIT Cáncer 6 |
| Protección Radiológica | Francisco Javier de Luis Pérez | 20-1-20 | 20-1-20 | ene-20 | ene-20 | CONGRESO "RETOS FUTUROS DE LA FISICA MEDICA" |
| Radioterapia | Rosa M ^a Cañón | 3-2-20 | 3-2-20 | feb-20 | feb-20 | SIMPOSIO RADIOCIRUGIA |
| Radioterapia | Rosa M ^a Cañón | 25-2-20 | 20-2-20 | feb-20 | feb-20 | COMITÉ CONSULTRO DE CONTACTO CENTRO PROTONTERAPIA |
| Radioterapia | Rosa M ^a Cañón | 3-2-20 | 3-2-20 | feb-20 | feb-20 | SIMPOSIO RADIOCIRUGIA |
| Radioterapia | Rosa M ^a Cañón | 25-2-20 | 20-2-20 | feb-20 | feb-20 | COMITÉ CONSULTRO DE CONTACTO CENTRO PROTONTERAPIA |
| Protección Radiológica | Francisco Javier de Luis Pérez | 25-2-20 | 20-2-20 | feb-20 | feb-20 | COMITÉ CONSULTRO DE CONTACTO CENTRO PROTONTERAPIA |

| | | | | | | |
|--------------|---------------------------|---------|---------|--------|--------|---|
| Radioterapia | Amelia Sanz Fernández | 11-2-20 | 20-2-20 | feb-20 | feb-20 | ACTUALICACION Y CONTROVESIAS ENEL PACIENTE CON MALABSORICON |
| Radioterapia | Rosa M ^a Cañón | 11-2-20 | 20-2-20 | feb-20 | feb-20 | ACTUALICACION Y CONTROVESIAS ENEL PACIENTE CON MALABSORICON |
| Cirugía | Alejandro Paz Yáñez | 18-2-20 | 20-2-20 | mar-20 | mar-20 | IV CONGRSO NACIONAL DE REHABILITACION MULTIMODAL. ALICANTE |

PRESTACIONES DURANTE 2021

| Especialidad | Facultativo | Mes Formación | Curso / Congreso |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------|---|
| Otorrino | Bernardo Galvañ Berenguer | feb-21 | Congreso BODY FACE |
| Farmacocinética | Vanesa Escudero Ortiz | jun-21 | Buenas Prácticas de Laboratorio en el entorno farmacéutico |
| Farmacocinética | Ana Catalán Latorre | jun-21 | Buenas Prácticas de Laboratorio en el entorno farmacéutico |
| Ginecología y obstetricia | Rodolfo Martin Díaz | sep-21 | Advances procedures in open gynecological oncology |
| Cirugía | Pedro Bretcha Boix | nov-21 | ESSO041 Congreso cirugía oncológica |
| Cirugía | Alejandro Paz Yáñez | nov-21 | ESSO041 Congreso cirugía oncológica |
| Anestesia | Ana Belén Toivas López | 31/11/2021 | Curso SVA en anestesia y CI |
| Sala Blanca | Elena M ^a Martínez Navarro | oct-21 | Auditoria interna y auditoria a proveedores en el entorno GMP |

PRESTACIONES DURANTE 2022

| Especialidad | Facultativo | Fechas formación | Curso / Congreso |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|
| Inmunología | Juan José Mata Molanes | mar-22 | VIII Foro de INMUNOLOGÍA TRASLACIONAL E INMUNOTERAPIA DEL CANCER (FIT Cáncer 8) |
| Nutrición | Pilar Hernández Sánchez | del 03 al 06/09/2022 | Congreso ESPEN 2022 Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo |
| Radiodiagnóstico | Elena Monedero | 24 al 29/05/2022 | Congreso anual SERAM + Curso precongreso |
| Radiodiagnóstico | Elena Monedero | del 28 al 30/04/2022 | Jornada SERME |
| Radiodiagnóstico | Equipo de RX | Anual | FORMACIÓN CONTINUADA ON LINE PARA TODOS LOS RADIOLOGOS |
| Cirugía general | Alejandro Paz Yáñez | may-22 | X CONGRESO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CIRUJANOS DE MAMA |
| Medicina Interna | Francisco Mora Gómez | may-22 | CURSO DE ANTIBIÓTICOS DE SOCIEDAD VALENCIANA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. |
| Microbiología y Parasitología clínica | Leticia del Río Medel | may-22 | CURSO DE ANTIBIÓTICOS DE SOCIEDAD VALENCIANA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. |
| Cirugía general | Alejandro Paz Yáñez | oct-22 | 41 CONGRESO ESSO BURDEOS |
| Psicología | Nuria Javaloyes | Del 20/09/22 al 24/10/23 | EXPERTO UNIVRSITARIO EN ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CLÍNICA |
| Cirugía general | Paula Muñoz Muñoz | Del 8 al 10 de noviembre del 2022 | CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA |
| Cirugía general | Alba Fernández Candela | Del 6 al 7 de octubre del 2022 | CONGRESO GECOP/SEOQ |
| Cirugía general | Pedro Bretcha Boix | Del 19 al 21 de octubre del 2022 | 41 CONGRES OF THE EUROPSAN SOCIETY OR SUGICAL ONCOLOGY (ESSO) |
| Pediatría | María Mínguez Muñoz | De. 20 al 22 de octubre del 2022 | CONGRESO SEPEAP Alicante |
| Cirugía general | Pedro Bretcha Boix | Del 7 al 10 de noviembre 2022 | XXXIV CONGRESO NACIONAL D CIRUGIA (PONENTE) |
| Radiodiagnóstico | Mario Dagum | Del 01/11 al 31/12 | CURSO ONLINE MAMOGARIA CON CONTRASTE |
| Radiodiagnóstico | Mario Dagum | Del 01/01 al 28/02 | CUROS ONLINE RN DE MAMA |

| | | | |
|------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Protección radiológica | Francisco Javier De Luis Pérez | Del 29 al 30/11/2022 | Reunión de usuarios de INTRAOP |
| Radioterapia | Rosa M ^a Caños | 28 al 30/09 | XXI CONGRESO SEOR |
| Radioterapia | Rosa M ^a Caños | 20 al 22/10/2022 | 40 CONGRESO SESPM |
| Ginecología | Natalia Siegart | de nov22 al junio24 | Master Patología Mamaria |

PRESTACIONES DURANTE 2023

| Especialidad | facultativo | Fechas formación | Curso /congreso |
|------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| Nutrición | Pilar Hernández Sánchez | 12-03 al 1-04 | Estancia en Nueva York |
| Cirugía | Alba Ferrández Candela | 26-27 enero | Asistencia reunión XXXVIII Congreso Cirugía General Sdad. Valenciana |
| Anestesia | Ana Tovar López | 9, 10 marzo | XX Curso Bloqueos periféricos y dolor |
| Medicina interna | Francisco Mora Gómez | 1-3 marzo | PROA 2023 |
| Ginecología | Natalia Sieger | 9, 10 marzo | Formación de la asociación española para el estudio de la menopausia. Valencia |
| Ginecología | Noelia Juarez Sabater | 2 marzo | Jornada Gabinete Velázquez. Madrid |
| Ginecología | Tanit Corbacho Garza | 23 febrero | Retraso del crecimiento fetal impartida por el H. Clínico de Barcelona |
| Ginecología | Tanit Corbacho Garza | 2 marzo | Jornada Gabinete Velázquez. Madrid |
| Psico-oncología | Nuria Javaloyes | 20-9-2022 al 24-10-2023 | Experto Universitario en acompañamiento espiritual en clínica |
| Ginecología | Rodolfo Martín Díaz | 4,5 mayo | Congreso AECIMA Lisboa |
| Cirugía | Alejandro Paz Yáñez | 4,5 mayo | Congreso AECIMA Lisboa |

| | | | |
|---------|------------------------------|------------------|---|
| Cirugía | Alba Ferrández Candela | 30,31 marzo | XXXVIII Congreso Cirugía General Scdad Valenciana |
| Cirugía | Pedro Bretcha | 4-6 octubre | 13Th. PSOGI Congress on peritoneal Surface malignancies |
| Cirugía | Pedro Bretcha | 24-27 octubre | Congreso nacional de Cirugía |

6. CÁTEDRA DE ONCOLOGÍA MULTIDISCIPLINAR DE LA UCAM

A) MÁSTER UNIVERSITARIO EN DESARROLLOS AVANZADOS DE ONCOLOGÍA MULTIDISCIPLINAR PERSONALIZADA (MUDAOMP) EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO MURCIA (UCAM)

En el mes de enero 2013 se presentó el Máster de Oncología Multidisciplinar a ANECA solicitando la aprobación del Título Oficial de Máster para la UCAM, que fue revisado y corregido según las sugerencias de ANECA a finales de marzo 2013 y actualizado en octubre 2013. Esencialmente es un programa de Máster con mínima actividad presencial (10%) de un año de duración y 60 créditos dirigido a especialistas de Oncología Médica, Radioterápica y Quirúrgica, u otras áreas afines a la Oncología, para ampliar los conocimientos, habilidades y actitudes de la oncología multidisciplinar personalizada.

La UCAM aprobó el Master inaugurando el programa del MUDAOMP con las Jornadas Internacionales del 15 al 17 mayo 2014.

En las Jornadas de Presentación del MUDAOMP (15 mayo 2014) se convocó a los miembros de la Comisión Evaluadora Externa de la PO, con su Presidente Prof. Dr. José María Segovia de Arana (fallecido el 4 enero 2016) y los Vocales Prof. Dr. Ángel Carracedo, Prof. Dr. Felipe Calvo, Prof. Dr. Jerónimo Forteza (fallecido el 25 abril 2021), Prof. Dr. James Brugarolas y Prof. Dr. Pascual Parrilla, que aceptaron hacer presentaciones actualizadas de los temas referenciados en el MUDAOMP. Los miembros de la Comisión Evaluadora Externa recibieron una estatuilla de bronce con el logo de la PO-Fundación TEDECA, agradeciendo los servicios prestados a lo largo de doce años de funcionamiento.

La nueva Memoria del MUDAOMP presentada a ANECA en octubre 2013, recibió la aprobación oficial en octubre 2014. Durante 2015 se ha obtenido la aprobación del Consejo Interterritorial.

A los efectos oportunos adjunto remitimos la publicación, en el Boletín Oficial del Estado, de la Resolución de 2 de octubre de 2015, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 25 de septiembre de 2015, por el que se establece el carácter oficial del Máster Universitario en Desarrollos Avanzados de Oncología Personalizada Multidisciplinar, y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos:

<https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/21/pdfs/BOE-A-2015-11314.pdf>

Hay que señalar que en junio 2018 se graduó la primera promoción de alumnos de Medicina en la UCAM. Durante estos años (2018-2023) no se ha puesto en marcha el Master MUDAOMP. Debe comprenderse que el programa MIR, obligatorio para la formación postgraduada de los médicos en las distintas especialidades, está homologado con un Master a efectos de progresar académicamente hacia el Título de Doctor y la realización de otro Master, aunque sea complementario a la formación MIR es considerado redundante por parte de los alumnos.

B) TESIS DOCTORALES y OTRAS ACTIVIDADES DOCENTES

La PO del HQST fue constituida en el año 2000 por un equipo profesional con perfil investigador y docente capaz de crear y dar continuidad un proyecto académico. La plantilla de facultativos que fundaron la PO ha ido renovándose con el paso de los años,

con un ritmo relativamente rápido, debido a diferentes factores incluyendo la incorporación a otros proyectos, la promoción personal y el desarrollo de nuevas plataformas multidisciplinares del cáncer.

En este breve itinerario se ha potenciado la formación investigadora de los facultativos que se han ido incorporando al programa, obteniendo el grado de Doctor. Destacamos que en todos estos casos los proyectos han sido realizados en el ámbito asistencial del HQST. Debe considerarse en primer lugar que el ambiente científico de la PO asociado a la calidad asistencial del Hospital ha sido capaz de fomentar y generar contribuciones académicas de elevado nivel, y por este motivo refuerza un nuevo modelo de colaboración institucional a primera vista un tanto insólito porque articula la multidisciplinariedad en distintos niveles asistenciales, científicos y docentes. En segundo lugar, nos hace deudores agradecidos por la apertura y acogida institucional de esta iniciativa.

Queremos destacar que en todos los casos las Tesis Doctorales surgidas de la PO representan nuevos conocimientos y son frutos de innovación.

Tesis Doctorales realizadas:

1.- 04/07/2012 Vanesa Escudero Ortiz, Universidad Miguel Hernández de Elche, TITULO:

“Modelización farmacocinética poblacional de doxorubicina y gemcitabina en pacientes oncológicos y su aplicación en la personalización posológica”.

La Tesis Doctoral fue dirigida por los doctores Belén Valenzuela, Juan José Pérez Ruixó y María José Duart Duart, y obtuvo la calificación de APTO CUM LAUDE. Los estudios clínicos y farmacocinéticos de los pacientes y los procedimientos fueron realizados en el Hospital Quirónsalud Torrevieja. La Dra. Vanesa Escudero Ortiz ha estado integrada en la PO, en diversas competencias y responsabilidades desde el año 2007 hasta el 2014 y nuevamente, desde mayo de 2016.

2.- 23/09/2016, Carlos Pérez Ruixó, Universidad de Valencia. TITULO: “Fármaco-cinética y Farmacodinamia de oxaliplatino intraperitoneal con hipertermia en pacientes con carcinomatosis peritoneal sometidos a cirugía”.

La Tesis Doctoral fue dirigida por los doctores Belén Valenzuela, Juan José Pérez Ruixó y José Esteban Peris, y obtuvo la calificación de APTO CUM LAUDE. Los estudios clínicos, bioanálisis de las muestras y los procedimientos fueron realizados en el Hospital Quirónsalud Torrevieja.

3.- 21/07/2016, Francisco García Cases, Universidad Católica de Murcia (UCAM). TITULO:

“Protección radiológica en radioterapia intraoperatoria mediante un acelerador portátil de electrones.”

La Tesis Doctoral ha sido dirigida por los doctores Javier VijandeAsenjo, Domingo Granero Cabañero y Antonio Brugarolas Masllorens y ha obtenido la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE.

4.- 23/05/2017, **Aurora Crespo de la Jara**, Universidad Católica de Murcia (UCAM) TITULO: "PET/CT como biomarcador precoz de respuesta en pacientes con metástasis: aportación de los microarrays de expresión génica".

La Tesis Doctoral ha sido dirigida por los doctores Ramón González Manzano y Antonio Brugarolas Masllorens y ha obtenido la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE.

5.- 26/05/2017, **Pere Bretcha Boix**, Universidad Miguel Hernández Elche. TITULO: "Tratamiento multimodal de la carcinomatosis peritoneal mediante cirugía radical y quimio hipertermia intraperitoneal perioperatoria. Análisis farmacocinético y farmacodinámico del oxaliplatino tras su administración intraperitoneal con hipertermia".

La Tesis Doctoral ha sido dirigida por los Dres. Juan José Pérez Ruixó, Belén Valenzuela Jiménez y Francisco Javier Lacueva Gómez obteniendo la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE.

6.- 12/07/2017, **Nuria Javaloyes Bernácer**, Universidad Católica de Murcia (UCAM). TITULO: "**Eficacia de la intervención psicooncológica mediante *Counseling* en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides en tratamiento con radioyodo**".

La Tesis Doctoral ha sido dirigida por el Dr. Manuel Sureda González y ha obtenido la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE.

7.- 25/07/2019, **Vanessa Dominguez Leñero**, Universidad Católica de Murcia (UCAM). TITULO: "**Farmacoterapia personalizada con Fármacos Inhibidores de las tirosinkininas en distintos tumores sólidos del adulto**".

La Tesis Doctoral ha sido dirigida por los Dres Vanesa Escudero-Ortiz y Antonio Brugarolas, y ha obtenido la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE.

8.- 27/05/2022, **Rosa M^a Cañón Rodríguez**, Universidad Complutense de Madrid (UCM). TÍTULO: "**Puesta en marcha de un acelerador portátil para Radioterapia Intraoperatoria**".

La Tesis Doctoral ha sido dirigida por los Dres. Felipe Ángel Calvo Manuel e Ignacio Azinovic Gamo obteniendo la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE.

Tesis Doctorales en realización:

Darío García Calderón

Título: "**Obtención de modelos anatómicos mamarios paciente-específicos para planificación de cirugías oncológicas conservadoras utilizando tecnologías de impresión 3D**".

Becas-premios en relación con tesis: Premio Nacional Idea Joven Más Brillante de España

2015. Premio Nacional Boehringer - Ashoka Making more Health 2016. CDTI-Neotec 2017"

No hay fecha prevista de defensa.

Jaime Martí Asenjo

Título: **"Segmentación automática de volúmenes de tratamiento y órganos de riesgo en radioterapia de cáncer de mama mediante redes neuronales convolucionales"** Directores: Dra. Dña. María del Carmen Rubio Rodríguez y Dr. D Antonio Brugarolas Prevista la defensa en 2022.

C) OTRAS ACTIVIDADES DOCENTES

Curso Universitario en Biomarcadores Oncológicos (CUBO)

En 2023 debido a la ausencia de solicitantes, no se ha avanzado en la apertura del CUBO, que preveía la participación multidisciplinar de la PO en conjunción con el Vicerrectorado de Investigación de la UCAM, en un programa de investigación traslacional para fomentar y mejorar la investigación y desarrollo de proyectos en salud, concretamente en el área de oncología clínica. Este programa consta de dos niveles de actuación:

- Implantación de un "Curso Universitario en Biomarcadores Oncológicos", el cual consta de 15 ECTS y está dirigido a alumnos Licenciados o Diplomados en Ciencias de la Salud. El objetivo del curso es que dos alumnos por trimestre puedan realizar una estancia de 3 meses en los laboratorios de oncología clínica del Hospital QST (Inmunología e Inmunoterapia Celular, Anatomía Patológica Molecular, Unidad de Genética Molecular y Genómica, y Unidad de Farmacoterapia Personalizada), con el propósito de conocer los diferentes métodos y técnicas realizadas en los mismos y, analizar, interpretar y valorar correctamente, en el contexto clínico del paciente, los resultados obtenidos en los estudios personalizados.
Responsables de las áreas de aprendizaje: Dr. José Ortega Ramírez, Dra. Ana Catalán Latorre, Dr. Ramón González Manzano y Elena M^a Martínez Navarro.
- Los alumnos seleccionados que hayan finalizado el "Curso Universitario en Biomarcadores Oncológicos" podrán solicitar una estancia de larga duración (1 – 3 años) con la finalidad de realizar proyectos de investigación estratégicos para la empresa y, en cuyo marco, un doctorando realizará su tesis doctoral en el ámbito del Programa de Doctorados Industriales de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Católica San Antonio (EIDUCAM). Este Doctorado está financiado por la UCAM y HQST.

PRACTICAS CLINICAS DE ALUMNOS DE MEDICINA DE LA UCAM

En el año 2022, durante el segundo semestre (mayo-junio) se han realizado prácticas en la PO para alumnos de 4^o curso de Medicina de la UCAM.

GRUPO DE INVESTIGACION UCAM

La PO, Cátedra de Oncología Multidisciplinar, es Grupo Prioritario de Investigación de la UCAM, para la actividad postgrado. Con esta finalidad se ha dotado de equipamiento multimedia la sala de reuniones de la PO del HQST. Durante 2023 se han retomado los contactos y reuniones periódicas con Dra. Dña. Estrella Núñez. Vicerrectora de Investigación para promover un proyecto conjunto de investigación. La UCAM ha prestado apoyo y asesoramiento en la presentación de los proyectos de I+D+i de la PO a consultoras para acceder a las convocatorias de investigación de fondos públicos y privados nacionales e internacionales.

7. FUNDACIÓN TEDECA. ACTIVIDADES DEL AÑO 2021

1. INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA GENERAL

El día 18 enero 2023 falleció en Murcia el Excmo. Sr Don José Luis Mendoza Pérez, Presidente de la UCAM, después de una larga enfermedad que no le apartó de una intensa actividad liderando e impulsando nacional e internacionalmente a la Universidad Católica San Antonio de Murcia que fundó en 1996. Desde esta Memoria Anual 2022 le recordamos con respeto, agradecimiento y grato recuerdo por parte de los miembros del Patronato de la Fundación TEDECA. Le ha sustituido al frente de la Fundación de la UCAM su esposa Dña. María Dolores García Mascarell, que ha aceptado su nombramiento de Vocal del Patronato de TEDECA en 2023.

En el año 2022, el Patronato de la Fundación TEDECA, ha estado constituido por el Presidente D. Antonio Asensio Mosbah, representando a la Fundación D'Albergia, y los Vocales Vicepresidente Dña. Susana García Cereceda, representando a la Fundación Lugar C, Dr. D. Francisco Fiestras, Director Territorial y Gerente de Quirónsalud Levante e Islas Canarias, en representación de Quirónsalud, Dña. María Dolores García Mascarell, Presidenta de la Fundación San Antonio de la Universidad Católica de Murcia (UCAM), D. Francisco Matosas Moragrega, D. Antonio Regueiro y D. Antonio Brugarolas Director de la PO, Tesorero D. Saturnino Verdú Vicente, Asesor Fiscal y Tesorero Adjunto D. Isidro Fuertes Seller y Secretario D. Manuel Brugarolas Masllorens.

La Fundación TEDECA-PO es la marca registrada de la PO. La Comisión Ejecutiva de la Fundación TEDECA-PO tiene la responsabilidad de preparar los proyectos de investigación y de su aprobación para presentación posterior al Patronato. Está formada por Antonio Brugarolas (Director), Elena María Martínez (Secretaria), Rosa Cañón (Directora Médico de HQST), y los Vocales-Responsables de las áreas y proyectos, Ramón González Manzano, Pere Bretcha, Ana Catalán, Manuel Sureda, Rosa Cañón, José Ortega, Vanesa Ortiz, Joseba Rebollo y Ana Cerdá. Pertenecen también a la Comisión Ejecutiva D. Saturnino Verdú y D. Isidro Fuertes. Los miembros de la Comisión Ejecutiva han sido renovados en sus cargos por el Patronato, para un periodo de 5 años, en noviembre de 2023.

En 2023 la Fundación TEDECA además del Patronato, está compuesta por 3 consejeros y 19 socios. Se han realizado campañas de captación de socios entre los familiares de pacientes tratados por la PO en diciembre 2010, 2013 y 2016. En la reunión del Patronato de noviembre 2022 se acordó realizar una nueva campaña de captación de socios en 2023.

TEDECA tiene el domicilio social en Hospital Quirónsalud Torrevieja y ha sido acogida al Registro de Fundaciones de la Comunidad Valenciana desde 2009. TEDECA está clasificada como Entidad de Interés Social sin fines lucrativos, cuyo objeto y finalidad es fomentar actividades de interés social y en particular la investigación, promoción y desarrollo de nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento del cáncer. TEDECA tiene Registro Intracomunitario en la UE desde enero 2011. Desde verano de 2010 se ha obtenido autorización para la recogida de Datos y Registro de TEDECA de acuerdo con la normativa legal. Todos los años se cumple el requisito de actualizar los datos según la encuesta remitida por el INE (Instituto Nacional de Estadística).

En el organigrama de la PO la Fundación TEDECA es el Dominio de Investigación de la PO, y completa sus fines aportando la financiación y el desarrollo de proyectos dirigidos a la aplicación de las nuevas tecnologías todavía no bien consolidadas.

La PO, de esta manera, encauza hacia TEDECA proyectos que necesitan acreditación, validación y definición clínica, y se beneficia del carácter traslacional de la investigación básica hacia la clínica teniendo en cuenta las necesidades de los enfermos.

Todos los proyectos enumerados son contemplados en el programa fundacional de TEDECA, y se corresponden con líneas de desarrollo en la PO, que son:

- 1) La biotecnología para el descubrimiento, desarrollo y puesta en marcha de nuevos sistemas analíticos relacionados con las nuevas aportaciones de la medicina molecular, centradas en genómica, transcriptómica y proteómica. De forma especial los avances en terapia celular e inmunoterapia, para desarrollar y perfeccionar los sistemas actuales de vacunación contra el cáncer.
- 2) La radiofarmacia para el diseño de nuevos trazadores que ayuden a mejorar el diagnóstico y los resultados de los tratamientos con medicamentos contra el cáncer.
- 3) El desarrollo del Biobanco y el Banco de Datos para aplicación general a todos los enfermos. Colaborar en el establecimiento de información en red sobre procedimientos y resultados de acuerdo con las características de cada paciente y tipo de tumor.
- 4) La farmacoterapia personalizada mediante técnicas de farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer.
- 5) La inmunoterapia del cáncer.
- 6) La utilización de técnicas especiales de irradiación y la incorporación de técnicas de imagen en la definición del volumen a tratar.
- 7) La utilización de la robótica en la cirugía del cáncer.

A continuación, se describen los programas seminales de la Fundación TEDECA tal como fueron definidos inicialmente en el libro de la Fundación el año 2005.

| <u>PLATAFORMA DE ONCOLOGÍA: TÉCNICAS DISPONIBLES</u> | <u>TEDECA: EQUIPOS Y TÉCNICAS NUEVAS</u> |
|---|--|
| <p><u>Genómica</u></p> <p>Identificación de genes alterados de interés confirmado para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer (técnicas de PCR, Hibridación in situ, Secuenciación, PCR cuantitativo, etc.). Biobancos. Seroteca.</p> | <p><u>Microarrays de ADN</u></p> <p>Estudio de nuevos genes implicados en aplicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas (genes supresores y oncogenes, vías de activación tumoral, o genes de la respuesta a los fármacos). Banco de ADN.</p> |
| <p><u>Inmunohistoquímica</u></p> <p>Anticuerpos monoclonales comercializados para el diagnóstico histológico de proteínas normales o alteradas tisulares o tumorales que definen el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer.</p> | <p><u>Proteómica</u></p> <p>Identificación de nuevas proteínas tisulares o tumorales que permitan investigar nuevas vías de diagnóstico y tratamiento del cáncer y desarrollar técnicas de cribado de alta precisión.</p> |
| <p><u>Inmunoterapia del cáncer</u></p> <p>Preparación de vacunas con tumor autólogo incubado con células dendríticas y linfomononucleares del paciente (procedimientos individualizados). Medición de la inmunidad con técnicas específicas.</p> | <p><u>Vacunas contra el cáncer</u></p> <p>Desarrollo de vacunas polivalentes aplicables a enfermos que comparten un determinado perfil de histocompatibilidad. Identificación de nuevos antígenos. Vacunación preventiva de la población para tumores frecuentes</p> |
| <p><u>Medicina Nuclear</u></p> <p>Técnicas de imagen basadas en radioisótopos disponibles comercialmente para la identificación del cáncer (tecnología PET-TAC, gammagrafías, etc.). Estudios funcionales de la actividad tumoral. Tratamientos radioisotópicos del cáncer.</p> | <p><u>Ciclotrón y Radiofarmacia PET</u></p> <p>Generación de nuevos marcadores radioisotópicos de interés en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer. Estudios farmacológicos basados en la identificación de dianas terapéuticas identificadas mediante la imagen (factores de la respuesta).</p> |
| <p><u>Registro de tumores</u></p> <p>Recogida de datos de la actividad asistencial para la valoración de los resultados.</p> | <p><u>Creación de una Base de Datos Global</u></p> <p>Desarrollo de un programa aplicable a todos los centros y enfermos.</p> |
| <p><u>Radioterapia</u></p> <p>Equipamientos y técnicas avanzadas de radioterapia y radiofísica: Linac, Dosimetría y planificación 3D con TAC dedicado, IMRT (Intensidad Modulada), Radiocirugía, Implantes fiduciales, Radioterapia Intraoperatoria (RIO), Terapia fotodinámica, Braquiterapia alta tasa y Radioquirófano.</p> | <p><u>Acelerador de partículas (protones)</u></p> <p>Aplicación singular sobre pequeños volúmenes (tumores oculares y cerebrales). Nuevas indicaciones en la reirradiación de las recaídas tumorales y para complementar las técnicas de irradiación habituales. Nuevos equipos de integración de imágenes en protocolos de radioterapia.</p> |
| <p><u>Cirugía</u></p> <p>Técnicas especiales interdisciplinarias para la enfermedad residual y oligometastásica</p> | <p><u>Cirugía</u></p> <p>Robótica aplicada a la microdissección y resección tumoral.</p> |

2. PROYECTOS APROBADOS Y GESTIONADOS POR EL PATRONATO

A lo largo de estos cuatro lustros la PO ha realizado proyectos de investigación clínica aplicada bajo el patrocinio de la Fundación TEDECA. A continuación, se describe el listado de los proyectos generados en al Comisión Científica y aprobados por el Patronato de TEDECA.

Los proyectos financiados por TEDECA se designan A, los realizados con financiación ajena B y los pendientes de financiación C.

1) PROYECTOS FINALIZADOS

1. Farmacogenómica: Microarrays ARN expresión tumoral para la elección de quimioterapia. (*Finalizado A*) aunque continua con aplicaciones clínicas. Ramón González Manzano.
2. Cirugía robótica Da Vinci. (*Finalizado A*) José Farre y Pere Bretcha.
5. Medición plasmática de los anticuerpos monoclonales Trastuzumab y Bevacizumab (Financiación IMPIVA) (*Finalizado B*) Vanesa Escudero
7. Fusión de células tumorales y células dendríticas (Financiación Mutua Madrileña) (*Finalizado B*) Begoña Vázquez.
13. Monitorización farmacocinética de HIPEC. Ana Catalán y Vanesa Escudero. (*Finalizado A*).
14. Actualización del software de genómica y transcriptómica (*Finalizado A*) aunque continua con aplicaciones clínicas. Ramón González Manzano y Elena Martínez.
16. Biopsia líquida de ADN tumoral en sangre (*Finalizado A*) Joseba Rebollo
20. Monitorización de farmacoterapia utilizada en la técnica de HIPEC (peritonectomía con quimioterapia e hipertermia en la carcinomas peritoneal producida por cáncer ginecológico y del aparato digestivo. (*Finalizado A*) Vanesa Escudero
21. Actualización de software del secuenciador para incorporar estudios de genómica y TMB. (*Finalizado A*) Elena Martínez.
17. Desarrollo y validación de técnicas de inmunoensayo ELISA para Nivolumab Pembrolizumab (ambos antiPD1) y Atezolizumab (antiPDL1) Juan José Mata. (*Finalizado A*)
18. Validación técnica analítica para cuantificar Palbociclib y Ribociclib. Ana Catalán y Vanessa Escudero. (*Finalizado A*).

2) PROYECTOS ACTIVOS

3. Espectrometría de masas para determinación de derivados de platino (farmacocinética). (*Activo A*) Ana Catalán.
4. Ultrasecuenciador de nueva generación para estudios de genómica y transcriptómica (secuenciación ADN y ARN). (*Activo A*) Ramón González Manzano y Elena Martínez.
6. Autotrasplante de progenitores de médula ósea (Financiación Hospital Quirónsalud Torre Vieja, acogido a TEDECA por normativa legal. (*Activo B*) Manuel Sureda
8. Electroquimioterapia para tumores metastásicos en zonas no resecables (Financiación Hospital Quirón salud Torre Vieja). (*Activo B*) Vicente Muñoz.
19. Implantación de un sistema de Valoración Nutricional en pacientes con cáncer para evitar la desnutrición asociada a la enfermedad y a los tratamientos antineoplásicos mediante Bioimpedancia. Pilar Hernández. (*Activo A*)

3) PROYECTOS PENDIENTES

15. Validación de las células CIK en la Sala Blanca. Juan José Mata. (*Financiación B*).
22. Influencia de compuestos inhibidores del citódro P450 presentes en el zumo de pomelo sobre la biodisponibilidad oral de fármacos inhibidores de tirosin quinasa. Estrategia para optimizar las pautas de dosificación. (*Financiación B*). Vanesa Escudero.
23. Valoración del estato nutricional en el paciente con cáncer de cabeza y cuello, mediante bioimpedancia y su relación con marcadores bioquímicos. Intervención nutricional e impacto en el éxito del tratamiento oncológico (cirugía, radioterapia y quimioterapia) (*Financiación B*). Pilar Hernández.
24. Correlación entre la farmacocinética del 5Fluorouracilo y los polimorfismos de DPYD. (*Financiación B*). Joseba Rebollo.
25. Estudio clínico en pacientes con cáncer de colonrecto para determinar el pronóstico mediante biopsia líquida después de la cirugía y utilizando técnicas de NGS. (*Financiación B*). Joseba Rebollo,
10. Detección de células tumorales circulantes (*Financiación C*) José Ortega
9. Separación celular para inmunoterapia del cáncer. Equipo MYLTENY (*Financiación C*).

3. DESCRIPCIÓN DE LOS PROYECTOS

1.-Microarrays en cáncer de mama.

Aprobado por el Patronato en 2007 y finalizado en 2010, ha tenido continuidad, después de la validación inicial, con la determinación de **Microarrays de expresión de RNA en cáncer refractario** a la quimioterapia, con la finalidad de seleccionar los fármacos activos frente a la enfermedad. Continúa activo desde verano de 2010 bajo esta nueva denominación. Actualmente se encuentra en fase de recuperación de la inversión inicial.

Proyecto: Dr. Ramón González Manzano (Investigador Principal) y Dña. Elena María Martínez Navarro. "Identificación de genes y alteraciones genéticas involucradas en el pronóstico y respuesta a la quimioterapia de pacientes con cáncer de mama con receptores estrogénicos negativos mediante el uso de microarrays de ADN".

Este proyecto fue aprobado a finales de 2007 por el Patronato con el visto bueno por parte de la Comisión Evaluadora Externa firmándose un acuerdo con Hospital USP-San Jaime y adquiriendo los aparatos: ND-1000 Nanodrop Spectrophotometer, Horno de hibridación de microarrays y cámaras de hibridación de microarrays de Agilent; y G2505 B Micro Array Scanner de Agilent. Durante el año 2008 y 2009 se recogieron las muestras y se hicieron los estudios de microarrays con muestras de cáncer de mama con receptores de estrógenos negativos, haciendo uso de la plataforma de microarrays de Agilent adquirida por la Fundación TEDECA.

El total de microarrays realizado en el proyecto de cáncer de mama fue 48. mediante la aplicación de la signatura intrínseca, que permite distinguir a los carcinomas de mama con fenotipo basal de los enriquecidos en erbB2. Los genes que se han identificado en nuestra serie como diferencialmente expresados en estas dos poblaciones tumorales, reproducen con fidelidad los hallazgos genéticos previamente descritos en otras series de microarrays publicadas en la literatura médica.

Los microarrays de expresión de oligonucleótidos utilizados contienen más de 41.000 sondas que cubren la práctica totalidad del genoma humano. El proyecto concluyó en 2010 y ha sido publicado en 2014.

A partir de julio 2010 se comenzó la utilización de esta técnica de microarrays de expresión de ARN para la identificación de dianas diagnósticas y terapéuticas en los tumores humanos, desarrollándose la BIOPSIA TERAPÉUTICA para la obtención de muestras adecuadas para este proceso.

Hasta febrero de 2020 se han efectuado 566 estudios de microarrays de transcriptómica en cáncer avanzado refractario a la quimioterapia. A partir de marzo de 2018, con el nuevo equipo de NextGenerationSequencing Ion Torrent se han efectuado estudios de genoma además de transcriptoma.

Los resultados preliminares han sido comunicados en el congreso de ASCO (American Association of ClinicalOncology) de junio 2012, y se han efectuado posteriormente sendas comunicaciones en los congresos de ASCO 2013, 2014 y 2015. Se ha publicado un manuscrito con los resultados obtenidos durante 2014.

La inversión total en equipamiento y fungibles ha sido superior a 150.000 Euros. La utilización de Microarrays para uso clínico ha permitido recuperar la inversión y adquirir el nuevo secuenciador.

Este proyecto se da por finalizado a partir de marzo 2018, momento en el que se amplía con el nuevo equipo de NGS Ion Torrent.

Actualmente este procedimiento se ha ampliado hacia estudio de mutaciones de ADN, incorporando el algoritmo de consejo genético para cáncer hereditario, así como mejorar los rendimientos tecnológicos de la transcriptómica tumoral.

Actualmente se corresponde al proyecto 4 de la lista anterior. **(4A. Ultrasecuenciador de nueva generación para estudios de genómica y transcriptómica).**

2.-Cirugía asistida con Robot Da Vinci. Aprobado por el Patronato en 2009. Este proyecto validó la implantación de la cirugía mínimamente invasora en los tumores de la cavidad abdominal y la pelvis.

La Fundación TEDECA adquirió el equipamiento para impulsar la utilización de técnicas asistidas por la robótica en cáncer digestivo y abdominal.

Proyecto: Dr. Josep Farré Alegre (Coordinador) y Dr. Pere Bretcha Boix (Investigador Principal): “Cirugía Robótica aplicada al cáncer con especial dedicación al tratamiento quirúrgico del cáncer abdominal y las metástasis hepáticas”.

El proyecto ha consistido en la adquisición de un Robot Da Vinci “refurbished” de cuatro brazos, financiado mediante el pago inicial durante el año 2009 de 500.000 € por parte de la Fundación TEDECA, y posteriormente acometer la financiación restante de forma diferida mediante el pago de un canon por uso clínico en cada intervención donde se utilice el Robot Da Vinci, con un mínimo de 25 intervenciones anuales a partir de abril 2010. Este proyecto fue aprobado por el Patronato con el visto bueno de la Dirección del Hospital, firmando el correspondiente acuerdo de utilización entre la Fundación TEDECA y el Hospital USP- San Jaime, hoy HQST.

Se ha pretendido promover y consolidar mediante este proyecto la utilización del Robot Da Vinci en la cirugía del cáncer de recto y otras intervenciones quirúrgicas de cáncer abdominal, habiéndose realizado las técnicas primeras en España de cirugía del cáncer de páncreas, incluyendo la pancreatocetomía total, la cefálica y la corporo-caudal, entre otras aplicaciones.

Procedimientos Cirugía asistida por Robot Da Vinci:

| Año | CIRUGIA | UROLOGIA | TOTAL ANUAL | TOTAL ACUMULADO |
|------------|----------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| 2009 | 5 | 3 | 9 | 9 |
| 2010 | 14 | 12 | 26 | 35 |
| 2011 | 14 | 8 | 22 | 57 |
| 2012 | 11 | 3 | 14 | 71 |
| 2013 | 5 | 12 | 17 | 88 |
| 2014 | 5 | 3 | 8 | 96 |

Inicialmente estaba prevista una amortización del equipamiento al cabo de cinco años, que no pudo cumplirse por las condiciones adversas de financiación, los costes elevados del procedimiento asociados a los elementos fungibles y la dificultad de aceptación por las entidades aseguradoras.

Aunque todos estos factores han ido en detrimento de la continuidad del proyecto, los resultados son favorables en la consecución de los objetivos, confirmando la utilidad de la cirugía asistida mediante el robot Da Vinci. Esta experiencia ha impulsado el desarrollo de las técnicas robóticas en la cirugía española.

Se han celebrado Jornadas Nacionales en 2011 y 2012, dirigidas a presentar las indicaciones oncológicas en Cirugía General, Urología y Ginecología, así como la valoración y repercusión en el análisis de costes-beneficios de la técnica.

En las Sesiones Científicas del III Congreso Anual de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica (SEOQ) celebradas el 3 y 4 de octubre de 2013 en Alicante, los Dres. P. Bretcha y J. Farré presentaron los resultados de la experiencia en Cirugía Oncológica asistida por el Robot Da Vinci, resumiendo los datos propios que amplían y corroboran los resultados incipientes de la literatura científica especializada.

Las conclusiones de la ponencia del Dr. P. Bretcha se resumen a continuación:

1. La Cirugía Mínimamente Invasiva aporta beneficios derivados de la menor morbilidad postoperatoria inmediata, manejo del dolor, estancia hospitalaria, calidad de vida y aspectos estéticos.

2. La laparoscopia convencional tiene las siguientes características desfavorables: visión bidimensional, videocámara inestable, movimientos contraintuitivos, posibilidad de desalineamiento de las manos del cirujano, limitada destreza de los instrumentos, puntas de instrumentos fijas y fatiga del cirujano. Por otra parte, el sistema robótico Da Vinci corrige algunas de estas limitaciones: tiene visión tridimensional, elimina el temblor fisiológico, control estable de la cámara, capacidad ambidiestra, movimientos intuitivos, escalada de movimiento con amplificación 5:1, instrumentos con 7 grados de libertad de movimiento, ergonomía del cirujano (menor fatiga).

3. En el tratamiento quirúrgico del cáncer la experiencia obtenida se puede resumir en las siguientes indicaciones de cirugía abdominal:

Carcinoma de recto: *Ventajas:* Facilita la escisión del mesorrecto, obtiene los mismos resultados que la laparoscopia en seguimientos a corto plazo, con los mismos resultados oncológicos, permite la extracción anal de la pieza reseçada, tiene menor conversión a laparotomía abierta que la laparoscopia. *Desventajas:* Aumento del tiempo quirúrgico y coste más elevado que la laparoscopia.

Colon Derecho: *Ventajas:* Resultados oncológicos similares a laparoscopia (un estudio solamente) con mayor distancia al margen anal, más facilidad en algunos pasos de la intervención (descenso del ángulo esplénico y disección de vasos mesentéricos) y tendencia a menor tasa de conversión a cirugía abierta. *Desventajas:* Aumento del tiempo quirúrgico y escasa evidencia en la literatura.

Colon izquierdo: *Ventajas:* Resultados oncológicos adecuados, útil para aprendizaje, anastomosis manuales intracavitarias, disminución de la conversión a laparotomía abierta y disminución de las complicaciones postoperatorias. *Desventajas:* Aumento del tiempo quirúrgico, coste superior a la laparoscopia y escasa evidencia en la literatura.

Cirugía esófago: *Ventajas:* Disección y linfadenectomía transhiatal, posibilidad de abordaje torácico (también en prono), buenos resultados oncológicos, disminución de la pérdida sanguínea y disminución de la estancia hospitalaria. *Desventajas:* Aumento del tiempo quirúrgico, experiencia corta, falta de seguimiento y bajo nivel de evidencia en estudios existentes.

Cirugía gástrica: *Ventajas:* Linfadenectomía más sencilla, disminuye pérdida sanguínea, reduce estancia hospitalaria, resultados oncológicos adecuados y supervivencia a tres años similar a laparoscopia. *Desventajas:* Aumenta el tiempo quirúrgico, necesidad de abordar diferentes campos operatorios con cambios de posición del robot.

Cirugía hepática. *Ventajas:* Resecciones complejas, localización en segmentos de difícil acceso, cercanía a vasos mayores, resecciones anatómicas con preservación de parénquima y mejor control de hemostasia. *Desventajas:* Aumenta el tiempo quirúrgico, experiencia corta, falta de seguimiento y bajo nivel de evidencia en estudios existentes

Cirugía Pancreática: *Ventajas:* Disecciones y reconstrucciones complejas, reconstrucción de la operación de Whipple y de la operación de Longmire, pancreatectomías distales con preservación esplénica, pancreatectomías centrales, control de hemostasia, y disminución de estancia en pancreatectomía distal. *Desventajas:* Aumento del tiempo quirúrgico, experiencia corta, falta de seguimiento y sesgo de selección de pacientes en casi todos los trabajos publicados.

4. Conclusiones:

- La cirugía robótica es una tecnología aplicable a un número ilimitado de intervenciones quirúrgicas;

- Suple la limitación fisiológica del cuerpo humano para algunas posiciones y la dificultad de visualización de algunos campos de la laparoscopia (visión tridimensional);
- Aporta mayor precisión;
- Es una herramienta para la docencia quirúrgica y acerca el acto quirúrgico al público no especializado;
- Los robots quirúrgicos prometen mejorar un amplio rango de procedimientos en términos de coste y seguridad;
- La robótica y los sistemas computerizados han introducido la cirugía en la era de la información;
- El instrumental actual evolucionará y nuevos sistemas se añadirán al arsenal quirúrgico; en general los instrumentos y sistemas serán inteligentes e integrados tanto en el quirófano como en el sistema de información hospitalario.

El proyecto finalizó en septiembre 2014, debido a una avería que no pudo ser reparada, de acuerdo con el informe emitido por PALEX SA. Por su parte PALEX SA ha requerido a la Fundación TEDECA los pagos restantes y ha sido objeto de una negociación por parte de D. Antonio Asensio Mosbah, Presidente del Patronato, firmando un acuerdo por el cual la Fundación TEDECA se comprometió a pagar a PALEX SA 250.000 Euros en tres años, finalizando los pagos en junio 2017.

El objetivo de TEDECA en cuanto a demostrar que la cirugía asistida mediante el robot Da Vinci es beneficiosa para el paciente pudo ser concluido adecuadamente y ha permitido efectuar una recomendación favorable para su uso clínico.

3.- Espectrómetro de Masas para determinación de derivados de Platino. Aprobado por el Patronato en 2008. Inicialmente fue un proyecto de farmacocinética para la determinación de oxaliplatino sérico e intraperitoneal durante los procedimientos de HIPEC (operación COLISEUM de Sugarbaker) en la carcinomatosis abdominal.

Proyecto: Dra. Ana Catalán Latorre (Investigador Principal) y Dra. Vanesa Escudero: "Optimización de la dosificación de cisplatino en la terapia intraarterial supraselectiva".

Los fármacos derivados de platino se emplean con frecuencia en el tratamiento de múltiples tipos de tumores sólidos. La PO incluye entre sus programas singulares el tratamiento con quimioterapia intraarterial supraselectiva a altas dosis de cisplatino (150 mg/m² cada semana) en el tratamiento de tumores de cabeza y cuello.

En la actualidad no hay ningún estudio que haya caracterizado la exposición sistémica tras la administración de cisplatino de esta forma. Se desconocen tres puntos críticos en esta modalidad terapéutica: 1) el porcentaje de fuga sistémica desde el tumor al resto de la circulación sanguínea, 2) si el tumor actúa como reservorio desde el cual pueda liberar fármaco tiempo después de la finalización de la administración y 3) si se podría realizar un aumento de dosis de forma segura, de forma que se expusiera al tumor a mayor concentración de fármaco y por tanto, poder mejorar los resultados clínicos con esta terapia.

Para poder evaluar estos 3 puntos, es necesario disponer de un equipo analítico que permita cuantificar los niveles de platino en las muestras biológicas de pacientes (sangre) sometidos a este tipo de tratamiento. Este equipo es un espectrofotómetro de AA-GF.

La Comisión Científica de TEDECA aprobó en diciembre de 2011 el proyecto con el objetivo principal de **optimizar la dosificación de cisplatino en quimioterapia intrarterial supraselectiva** mediante la determinación de los niveles plasmáticos de cisplatino y el desarrollo de modelos farmacocinéticos y farmacodinámicos poblacionales que describan cuantitativamente las relaciones entre exposición al fármaco y seguridad de la terapia.

El coste total previsto para este proyecto fue de 45.000 € y comprende la adquisición de un espectrofotómetro de absorción atómica con cámara de grafito. Las pruebas de validación técnica se

han realizado entre junio y agosto, y se han comenzado a realizar procedimientos a partir de septiembre de 2012.

Se han efectuado un total de 663 determinaciones de platinos.

| AÑO | NÚMERO | TOTAL |
|------|--------|-------|
| 2012 | 41 | 41 |
| 2013 | 52 | 93 |
| 2014 | 43 | 136 |
| 2015 | 36 | 142 |
| 2016 | 71 | 213 |
| 2017 | 71 | 284 |
| 2018 | 57 | 377 |
| 2019 | 62 | 439 |
| 2020 | 75 | 514 |
| 2021 | 79 | 593 |
| 2022 | 48 | 641 |
| 2023 | 76 | 717 |

4.- Ultra secuenciador (secuenciador de nueva generación). Es un proyecto revisado en la Comisión Científica desde 2010 que se ha demorado a la espera de que los equipamientos se perfeccionaran y desarrollaran de forma asequible desde las perspectivas técnica y financiera.

El proyecto genoma humano financiado con fondos públicos por el NIH (*National Institutes of Health USA*) tardó en realizarse cerca de una década, con un gasto total aproximado de 3 billones de dólares. Este proyecto, consistente en la secuenciación completa del genoma humano, se completó a principios de los 2000. Prácticamente al mismo tiempo (de hecho, un poco antes y con una duración inferior a la del proyecto público) la compañía biotecnológica Celera liderada por el Dr. Craig Venter, un conocido genetista americano, también finalizó de manera independiente la secuenciación completa del genoma humano realizada con fondos privados. En ambos casos la tecnología empleada fue la misma: la secuenciación capilar de Sanger, a la que hoy nos referimos como secuenciación convencional.

Tras estos proyectos iniciales, el avance tecnológico de los últimos años ha permitido conseguir la secuenciación de genomas humanos completos individuales en un plazo de tiempo breve (unas semanas) y con un coste cada vez más reducido (alrededor de 7000 euros). De manera genérica esta nueva tecnología, cuyos primeros aparatos disponibles comercialmente vieron la luz hacia el año 2007, se ha venido a denominar secuenciación de nueva generación (SNG). La SNG incluye plataformas de distintas compañías con peculiaridades metodológicas y químicas propias tales como: Illumina, Solid, 454 de Roche, Ion Torrent y otras. Los costes de los aparatos también se han ido abaratando con el paso del tiempo debido principalmente a que las distintas compañías han sacado modelos de ultrasecuenciadores con una capacidad más reducida que la de los primeros modelos comercializados, de manera que pueden ser manejados en laboratorios pequeños clínicos y de investigación.

Particularmente en Oncología, la SNG ha revolucionado tanto las áreas de diagnóstico clínico como también las terapéuticas. Indicaciones cada vez más frecuentes y aceptadas son: secuenciación de DNA de paneles amplios de genes relacionados con la sensibilidad o resistencia a tratamientos antineoplásicos, paneles de DNA de genes relacionados con predisposición hereditaria al cáncer, exomas completos (en línea germinal), biopsia líquida para casos en los que no es posible obtener una biopsia sólida, medición de la expresión de RNA de los genes relacionados con sensibilidad o resistencia a agentes antineoplásicos y de fusiones de genes tumorales tanto en fresco como en parafina, etc. En la actualidad en la PO del Hospital Quirónsalud Torrevieja se realizan microarrays de expresión de farmacogenómica que podrían ser trasladados (con la oportuna validación previa a su

aplicación clínica) a la plataforma de nueva generación, ya que se considera que esta última técnica es más precisa, a la vez que se complementaría cada estudio de expresión con un panel de secuenciación de DNA de aquellos genes relevantes a la sensibilidad o resistencia a tratamientos antineoplásicos.

Por todo lo comentado, la adquisición de un ultrasecuenciador de nueva generación para uso clínico en la PO del Hospital Quirónsalud Torrevieja se ha considerado como un proyecto de interés por la Fundación Tedeca, con visto bueno favorable de su Comisión Científica en 2010.

El 31 diciembre 2017 se ha adquirido el ultrasecuenciador Ion Torrent modelo S5 con equipamiento accesorio. El precio de este equipo (accesorios incluidos) es aproximadamente 120.000 Euros.

Los datos anuales actualizados se muestran en la siguiente Tabla.

| | Transcriptoma | Genoma | Total |
|------|---------------|--------|-------|
| 2010 | 24 | | 24 |
| 2011 | 47 | | 71 |
| 2012 | 53 | | 121 |
| 2013 | 43 | | 164 |
| 2014 | 62 | | 226 |
| 2015 | 33 | | 259 |
| 2016 | 47 | | 306 |
| 2017 | 45 | | 351 |
| 2018 | 42 | 27 | 420 |
| 2019 | 39 | 59 | 518 |
| 2020 | 35 | 43 | 596 |
| 2021 | 55 | 33 | 684 |
| 2022 | 40 | 48 | 772 |
| 2023 | 24 | 40 | 836 |

5.- Nuevo método de medición plasmática de los anticuerpos monoclonales utilizados en el tratamiento del cáncer: Trastuzumab y Bevacizumab. Este proyecto aprobado por la Comisión Científica y el Patronato en 2009, se dirige a determinar la concentración plasmática de los anticuerpos monoclonales mediante un nuevo método de alta sensibilidad, con la finalidad de administrar la dosis adecuada a cada paciente y optimizar la pauta y el coste del tratamiento.

Se ha obtenido financiación en el 2010 y 2011, con fondos competitivos en convocatoria abierta de IMPIVA, a través de la Fundación TEDECA, coordinando la realización del proyecto con AINIA y la Fundación Príncipe Felipe de Valencia. Durante el 2012 se ha realizado la validación técnica de Trastuzumab y está pendiente de iniciar los estudios clínicos durante el 2013.

La determinación de Bevacizumab se ha excluido del estudio por insuficiente presupuesto y se han iniciado gestiones para utilizar una técnica alternativa en Hospital Quirónsalud Torrevieja.

Durante 2015 se han publicado técnicas de ELISA para la medición plasmática de los anticuerpos monoclonales, que se han comenzado a implementar en 2016 con Trastuzumab y Bevacizumab.

Durante 2017 se ha puesto en marcha las determinaciones de Nivolumab y Rituximab.

La Fundación TEDECA ha acogido este proyecto, pero no ha designado financiación directa del mismo. Actualmente se realiza como una determinación de farmacoterapia personalizada, exenta de financiación específica.

6.- Autotrasplante de progenitores de médula ósea. La Fundación TEDECA amparó este proyecto con la finalidad de obtener la acreditación del procedimiento para la PO en USP San Jaime, porque los requisitos exigidos por la normativa de la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana exigían que las entidades sanitarias privadas dispusieran de una Fundación. A partir de 2011 se realizan estos procedimientos en Hospital Quirónsalud de Torrevieja

Este proyecto está exento de financiación.

7.- Fusión de células tumorales y células dendríticas. Proyecto finalizado, que obtuvo financiación de 50.000 Euros, tras ser aprobado el proyecto presentado a la convocatoria de investigación de la Fundación de la Mutua Madrileña y ha finalizado en el 2009.

Durante el 2010 se presentó la Memoria Final, habiendo recibido la respuesta favorable a la misma durante 2011. Este proyecto ha constituido un precedente para el uso de vacunas con células dendríticas en pacientes con cáncer, explorando métodos alternativos a la incubación, para la presentación de antígenos tumorales a las células efectoras de la respuesta inmunológica.

8.- Electroquimioterapia para tumores de piel y partes blandas avanzados, recidivados y metastáticos. Se trata de un proyecto aprobado por la Comisión Científica en 2010, para utilizar en la ablación tumoral con electroquimioterapia fármacos distintos de bleomicina y cisplatino, que son los medicamentos habituales, e introducir medicamentos selectivos (target), o agentes de amplio espectro antitumoral.

Este proyecto se planteó sin una financiación específica ya que los equipos estaban a disposición clínica con un coste asociado asumible en función de uso por cada procedimiento. Por este motivo no se presentó al Patronato durante 2011.

9.- Separación celular para inmunoterapia del cáncer. Aprobado por la Comisión Científica y el Patronato durante el 2011, con una dotación económica de 120.000 €.

La inmunoterapia del cáncer consiste en la estimulación del sistema inmunitario del propio paciente, en un intento de rechazar y destruir las células tumorales. Se puede situar el comienzo de la inmunoterapia en Oncología en 1890, cuando William B. Coley inyectó cepas de la bacteria *Streptococcus pyogenes* en pacientes e inducía la regresión de sus tumores. Sin embargo, no se habló de inmunoterapia contra el cáncer hasta casi 100 años más tarde, en 1984, cuando Steven A. Rosenberg publicó un artículo en el que se informaba de una baja tasa de recidivas tumorales en 1205 pacientes que fueron sometidos a diferentes tipos de inmunoterapia.

A partir de ese momento se han desarrollado diferentes estrategias y metodologías que intentan conocer y aprovechar los mecanismos del sistema inmunitario y redirigirlos para que identifiquen y destruyan las células tumorales.

Desde que se implantó la PO en el Hospital USP-San Jaime, (hoy Quirónsalud Torrevieja), la inmunoterapia ha sido un complemento a las otras tres modalidades de tratamiento de los tumores (cirugía, radioterapia y quimioterapia). Además de incorporar al arsenal terapéutico los diferentes anticuerpos monoclonales, se han desarrollado programas individualizados de terapia celular, según el tipo de tumor, la disponibilidad de tumor autólogo y las características propias de cada paciente. Así, en pacientes con melanoma o tumores renales en los que se han podido extraer los linfocitos que infiltran el tumor (TIL), éstos se han cultivado y expandido hasta alcanzar un número elevado, que se ha devuelto al paciente. En los casos en los que no había linfocitos infiltrando el tumor, se han utilizado células dendríticas del paciente como iniciadoras de la respuesta inmune.

La cantidad de células dendríticas circulantes en sangre es muy escasa, por lo que en el Laboratorio de Inmunología del Hospital Quirónsalud Torrevieja se obtienen a partir precursores recolectados mediante aféresis con un separador celular SpectraOptia. Posteriormente, tras obtener de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios las pertinentes autorizaciones en marzo de 2016, se procesan en la Sala Blanca de la PO, bajo condiciones de Normas de Correcta Fabricación (NCF).

Proyecto: Dr. Manuel Sureda. “Sistema de selección celular CliniMACS (MiltenyiBiotec)”.

El sistema de selección celular CliniMACS se basa en el uso de anticuerpos monoclonales específicos que llevan unidos unas partículas superparamagnéticas. Estas partículas permiten separar los diferentes tipos celulares al pasar por un sistema de imanes que retiene las células que llevan unidas el anticuerpo monoclonal. El sistema consta del equipo CliniMACS Plus, los tubos por los que tiene que pasar la muestra y los reactivos para marcaje inmunomagnético específicos del tipo celular. La ventaja de esta metodología es que permite seleccionar células que haya que eliminar por interés terapéutico, o bien poblaciones celulares que haya que enriquecer.

Como complemento al programa de inmunoterapia celular de la PO, disponer de un sistema de selección celular permitiría una menor manipulación de las muestras de aféresis para la obtención de monocitos, simultáneamente con la obtención de una población más purificada.

La menor manipulación implica un menor riesgo de contaminación de las muestras. También permitiría la selección de tipos celulares de interés para complementar otros tipos de inmunoterapia, como la infusión de células NK en pacientes que siguen tratamientos con monoclonales terapéuticos, la eliminación de linfocitos T reguladores (inhibidores de la respuesta inmune) de los cultivos, o el enriquecimiento en linfocitos T citotóxicos antitumorales.

El sistema de selección celular tiene también una importante aplicación en el programa de trasplante autólogo de precursores hematopoyéticos, ya en funcionamiento en la PO. El objetivo del trasplante de precursores hematopoyéticos es la recuperación hematopoyética de los pacientes tras recibir dosis muy elevadas de quimioterapia. Estos pacientes se tratan con fármacos que promueven la proliferación y salida de los precursores desde la médula ósea hacia el torrente sanguíneo, de forma que se pueden recoger mediante una aféresis y reinfundirse después de la quimioterapia. La selección celular en estos pacientes permite la eliminación de las células tumorales que pudieran persistir en la bolsa de aféresis, garantizando que no se devuelve al paciente ningún resto tumoral. Todas las ventajas expuestas redundarían en una optimización del tiempo del personal especializado que forma parte de la plantilla de la Sala Blanca.

Para plantear el comienzo de este proyecto se debe obtener la aprobación ministerial del proyecto, que se encuentra actualmente en fase de elaboración. Obtenido este requisito, se valorará nuevamente la adquisición del equipo.

10.- Detección de células tumorales circulantes. Aprobado por la Comisión Científica y el Patronato en el 2011, se ha demorado hasta tener más información sobre las nuevas técnicas de análisis de ADN circulante (biopsia líquida), que podría mejorar el estudio y rendimiento de las células tumorales circulantes. En su momento fue presupuestado para un coste de 120.000 €.

Proyecto: Dr. José Ortega (Coordinador). “Detección de células tumorales circulantes”.

La mayoría de los tumores sólidos de estirpe epitelial, presentan una subpoblación celular que se desgaja del tumor principal, que sobrevive en la sangre y cuya detección es muy compleja debido al escaso número de células que perviven en el medio hostil, sin embargo, se ha demostrado la utilidad de la determinación de éstas para predecir la respuesta clínica de los enfermos con tumores sólidos y podría ser incluso una herramienta de diagnóstico.

Adicionalmente podría ayudar a los oncólogos en la monitorización, en la respuesta al tratamiento y en la predicción de la de progresión de la enfermedad en pacientes con cáncer metastático, particularmente en los tumores de mama, colorrectal y próstata, los cuales son por otro lado los tumores más frecuentes.

La detección de dichas CTC's requiere metodología altamente sensible y específica que ha conducido al desarrollo de nuevas tecnologías diseñadas para este propósito, como es el caso del CellSearchCirculating Tumor Cell Test (Veridex) desarrollado por Johnson & Johnson, el cual es hasta

el momento el único método aprobado por la FDA para el análisis de CTC's en cáncer metastático colorrectal, de mama y de próstata.

Dicha metodología se ha presentado al Patronato de TEDECA en mayo de 2011, siendo aprobado por la Comisión Científica, estando únicamente pendiente de conseguir los fondos necesarios.

11.- Monitorización farmacocinética de HIPEC, con presupuesto de 12.636,05€. Dra. Ana Catalán Latorre.

Los estudios PK/PD de oxaliplatino intraperitoneal con hipertermia, llevados a cabo en el Hospital Quirónsalud de Torrevieja, han evidenciado que la dosificación del quimioterápico por concentración del líquido de perfusión permite reducir la variabilidad en la exposición interpaciente sin producir un aumento de la toxicidad y mortalidad asociada.

El objetivo del proyecto es realizar el bioanálisis de las muestras de plasma y líquido de perfusión, tanto de oxaliplatino como doxorubicina, en pacientes sometidos a HIPEC. Los niveles de concentraciones permitirán ampliar la muestra actual para el estudio de variabilidad y la evaluación de la relación exposición-eficacia y exposición-toxicidad tras la administración de dichos agentes según concentración.

En el momento de la redacción de esta memoria, se han analizado un total de 55 muestras plasmáticas y 20 muestras de líquido de perfusión de oxaliplatino de cinco pacientes sometidos a HIPEC y 36 muestras plasmáticas y 12 muestras de líquido de perfusión de doxorubicina procedentes de tres pacientes sometidos a este procedimiento. Actualmente está en proceso finalizar el análisis las muestras plasmáticas de doxorubicina de dos pacientes (24 muestras).

12.- Actualización del software de genómica y transcriptómica, con presupuesto de 13.320,89€. (Finalizado). Dr. Ramón González Manzano.

Una de las tareas más importantes que se requiere a la hora de reportar hallazgos de relevancia clínica procedentes de secuenciación de nueva generación es la anotación de las variantes genéticas del DNA y RNA encontradas en estos estudios. Para la anotación de dichas variantes se emplean softwares cada vez más sofisticados, así como algoritmos bioinformáticos que incorporan mejoras para la correcta evaluación de las mismas. Por este motivo se hace conveniente la actualización periódica de los softwares usados en análisis genéticos de secuenciación de nueva generación. Con esta finalidad se ha llevado a cabo la actualización a la versión (5.12) más reciente (que incorpora mejoras en los algoritmos de detección de variantes, así como flujos nuevos de trabajo con los kits genómicos más recientes) del servidor Ion Reporter usado para los análisis genéticos con el ultrasecuenciador.

13.- Validación de las células CIK en la Sala Blanca, con presupuesto de 10.592,9€. Dr. Juan Jose Mata

La PO del Hospital QST ha desarrollado un proyecto de investigación clínica enfocado en el tratamiento del cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico con células inmunológicas del propio paciente, en concreto, con las células anti-tumorales conocidas como células CIK ("cytokine-induced killer"). Este ensayo clínico titulado "Ensayo clínico en fase II, multicéntrico, abierto, prospectivo, randomizado para comparar la eficacia y seguridad de las células CIK autólogas más terapia estándar (TS) vs TS en pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico", tiene como objetivo determinar si el tratamiento combinado de células CIK y TS es más efectivo que la TS para la indicación anteriormente descrita.

Para llevar a cabo este proyecto, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) solicita que se realice un proceso de validación para la fabricación de células CIK antes de iniciar el ensayo. Este proceso de validación consiste en la elaboración de tres lotes consecutivos de células CIK cumpliendo los criterios de NCF exigidos por la AEMPS. Según las NCF, las terapias celulares se tienen que fabricar en Salas Blancas homologadas que cumplan con los criterios de Producción y Calidad establecidos.

En la actualidad se están buscando vías de financiación para la realización del ensayo clínico citado anteriormente, por lo tanto, se considera adecuado paralizar de momento el proyecto de validación de las células CIK hasta que no se consigan dichos fondos.

14.- Biopsia líquida de ADN tumoral en sangre, con presupuesto 13.100€. Dr. Joseba Rebollo. (Finalizado).

Por Biopsia Líquida se entiende la obtención de material biológico procedente del tumor obtenido de la sangre del paciente. El ADN tumoral informa de las características biológicas del tumor, su presencia, su sensibilidad o resistencia a fármacos, su evolución a lo largo del tratamiento. La posibilidad de obtener ADN tumoral circulante mediante una muestra de sangre, supone una fuente inagotable de información tumoral y mínimamente invasiva para el paciente.

La PO ha desarrollado un proyecto de investigación traslacional y ha establecido su implementación en dos fases:

1º Fase inicial de validación de la técnica analítica (completado).

En este estudio se han analizado 15 muestras de sangre periférica procedentes de pacientes con tumor metastásico y con alteraciones genéticas conocidas que fueron previamente identificadas en el estudio genómico sobre el tumor. Los resultados de la validación demuestran que los test realizados cumplen con los requisitos de calidad exigibles para los estudios genómicos mediante la tecnología de secuenciación de nueva generación. Asimismo, muestran que las mutaciones y amplificaciones génicas observadas en los análisis previos sobre el tumor también son detectadas, en la mayoría de los casos, mediante el estudio genómico en biopsia líquida. Se considera que la validación del estudio genómico tumoral en biopsia líquida es correcta y, por tanto, se puede adoptar su uso en la práctica clínica habitual

2º Implementación del estudio genómico tumoral en biopsia líquida.

El estudio genómico del tumor en biopsia líquida es una técnica complementaria, y no sustitutiva, de los estudios genómicos sobre el tumor que se realizan en la actualidad y su implementación en la práctica clínica habitual está en estudio.

La biopsia líquida se puede ofrecer a aquellos pacientes con alto riesgo de progresión tumoral como estudio de seguimiento de las alteraciones genómicas detectadas en la biopsia sólida previa. Por ello, planteamos realizar el siguiente desarrollo:

- En los pacientes con alto riesgo de progresión tumoral y con estudio genómico previo en biopsia sólida, realizar un estudio genómico en sangre periférica antes de iniciar el tratamiento indicado y de este modo detectar y confirmar las alteraciones genómicas previas conocidas.
- Realizar una segunda biopsia líquida después de finalizar el tratamiento con el objetivo de evaluar y analizar los cambios evolutivos del tumor y, por consiguiente, obtener información para personalizar la siguiente pauta de tratamiento.
- Opcionalmente, el estudio genómico en sangre periférica también se podría emplear para detectar alteraciones genómicas en aquellos pacientes con tumor no accesible.
- Se propone ofrecer esta determinación a precio de coste durante el periodo de puesta en marcha.

15.- Desarrollo y validación de técnicas de inmunoensayo ELISA para Nivolumab Pembrolizumab (ambos antiPD1) y Atezolizumab (antiPDL1), con presupuesto de 12.000€. Dr. Juan José Mata.

Los anticuerpos monoclonales (AcMo) que bloquean los puntos de control inmunológico, conocidos como "Inmune checkpoint inhibitors" (ICIs), son agentes aprobados de los que se dispone de mayor experiencia preclínica y clínica hasta el momento en tumores como melanoma, cáncer urotelial, cáncer colorectal con alta inestabilidad de microsatélites o deficiencias en las vías de reparación del ADN, hepatocarcinoma y linfoma Hodgkin. Nivolumab (anti-PDI), pembrolizumab (anti-PDI) y atezolizumab (anti-PD-LI) son AcMo que han mostrado respuestas clínicas duraderas en estos tumores y perfiles de toxicidad manejables en los ensayos clínicos.

La dosificación de estos ICIs constituye un reto para mejorar la eficacia y eficiencia de su utilización terapéutica. Diferentes estudios han demostrado las relaciones PK/PD en AcMo, sugiriendo el beneficio de la monitorización terapéutica (TDM) de dichos tratamientos en la práctica clínica habitual.

El objetivo de esta actividad es desarrollar y validar una metodología de inmunoensayo (ELISA) que permita cuantificar la concentración de los AcMo en el suero de los pacientes oncológicos.

En el momento de la redacción de esta memoria, se está trabajando en la validación de la técnica de ELISA para la cuantificación de nivolumab y atezolizumab en suero. Está pendiente iniciar la validación de la técnica de ELISA para pembrolizumab.

16.- Validación técnica analítica para cuantificar Palbociclib y Ribociclib, con presupuesto de 3.500€. Dras. Ana Catalán y Vanessa Escudero.

Los estudios PK/PD tanto de quimioterápicos clásicos como de terapias dirigidas, llevados a cabo en el Hospital Quirónsalud de Torrevieja, han evidenciado que la dosificación del quimioterápico guiada por la individualización farmacoterapéutica permite reducir la variabilidad en la exposición interpaciente sin producir un aumento de la toxicidad y mortalidad asociada.

El ribociclib y el palbociclib son inhibidores selectivos de las quinasas dependientes de ciclina (CDK) 4 y 6. Estas quinasas se activan con la unión a las ciclinas D y desempeñan un papel fundamental en las vías de señalización que conducen a la progresión del ciclo celular y a la proliferación celular. El complejo ciclina D-CDK4/6 regula la progresión del ciclo celular a través de la fosforilación de la proteína del retinoblastoma (pRb).

Entre sus indicaciones terapéuticas se encuentran el cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, en combinación con un inhibidor de la aromatasas o fulvestrant como tratamiento hormonal inicial, o en mujeres que han recibido tratamiento hormonal previo. En mujeres pre o perimenopáusicas el tratamiento hormonal se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).

El objetivo del proyecto es poner a punto y validar la técnica bioanalítica en HPLC del ribociclib y palbociclib en plasma de paciente oncológico. La cuantificación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos permitirá realizar la evaluación de la relación exposición-eficacia y exposición-toxicidad tras la administración de dichos agentes.

17. Implantación de un sistema de Valoración Nutricional en pacientes con cáncer para evitar la malnutrición mediante bioimpedancia. Presupuesto: 13.249,50 Euros. Coordinadora: Dra. Pilar Hernández.

Actualmente la desnutrición es el diagnóstico secundario más común en el paciente con cáncer, y una de las principales causas de morbimortalidad y deterioro de la calidad de vida, por ello la prevención, detección precoz y el tratamiento de la malnutrición existente son esenciales en el manejo y cuidado de estos pacientes.

En el momento del diagnóstico de un cáncer existe un riesgo de malnutrición que puede haberse manifestado, debido a la propia enfermedad o a una inadecuada ingesta, malabsorción o efectos secundarios de los tratamientos. La malnutrición incrementa las complicaciones de la enfermedad y de los tratamientos, la estancia hospitalaria, la mortalidad, disminuye la eficacia de los tratamientos y la calidad de vida.

El asesoramiento nutricional pretende aumentar la ingesta calórica y prevenir la pérdida de peso y finalmente de masa muscular o sarcopenia, para lograr un mejor resultado de las diferentes estrategias de tratamiento (cirugía, quimioterapia, terapias dirigidas, inmunoterapia, radioterapia). Lo ideal es realizar una intervención nutricional al inicio del proceso, con una valoración periódica del estado nutricional y del riesgo en particular según el tipo de tumor.

Es necesario iniciar las medidas nutricionales y de ejercicio físico necesarias después de una valoración integral, para evitar la sarcopenia y la caquexia del paciente.

El equipo que se propone para el proyecto es un analizador de Composición Corporal Multifrecuencia Segmental, modelo MC 980 MA Plus. El equipo es capaz de realizar las siguientes mediciones: Masa Grasa %, Fatmass kg, Masa libre de grasa, Masa muscular total, Agua corporal total, Agua Extra Celular, Agua Intra Celular, Índice de masa corporal, Mineral óseo, Clasificación física, Ratio de grasa visceral, Ratio ECW/TBW, Metabolismo Basal (kcal/día), Angulo de fase. Indicador de ratio metabólico basal, edad metabólica, sarcopenia Index, Lecturas segmentales para cada pierna, tronco y brazos. Con ellos dispondremos de las herramientas necesarias para la evaluación y seguimiento nutricional de los pacientes de la Plataforma Oncológica.

Objetivos: Valorar el estado nutricional de los pacientes diagnosticados con cáncer, mediante la utilización de un sistema de bioimpedancia que proporciona información sobre datos antropométricos muy necesarios para determinar tanto la evaluación inicial nutricional como el seguimiento en parámetros muy importante asociados a la caquexia y desnutrición en el paciente oncológico.

18. Variabilidad farmacocinética, farmacogenómica y toxicidad de 5-fluorouracilo en paciente oncológico.

Se ha presentado a la consultora Inventium para su financiación a partir de 2024 con el Título: Variabilidad farmacocinética, farmacogenética y toxicidad de 5-fluorouracilo en paciente oncológico.

Las Fluoropirimidinas (5-Fluorouracilo (5-FU) y sus profármacos Capecitabina y Tegafur) son citostáticos frecuentemente utilizados en el tratamiento del cáncer. Diversos tumores son generalmente tratados con 5-FU como cáncer de mama, cáncer gastrointestinal (esófago, estómago, colo-rectal, páncreas) y cáncer de cabeza y cuello.

La dosis de 5-FU generalmente se determina utilizando el área de superficie corporal (BSA). Sin embargo, está bien establecido que la dosificación de 5-FU basada en BSA se correlaciona con una amplia variación de la exposición sistémica al 5-FU. Los estudios farmacocinéticos (PK) de la exposición sistémica al 5-FU han mostrado una alta variabilidad en los niveles plasmáticos del 5-FU entre pacientes. Se ha demostrado que sólo entre el 20% y el 30% la dosis era correcta mientras que entre el 40% y el 60% de los pacientes estaban infradosificados, y entre el 10% y 20% sobredosificados.

La Dihidropirimidin Deshidrogenasa (DPD, codificada por el gen DPYD) es la enzima principal del metabolismo del 5-FU, y transforma el 80% de la dosis de 5-FU en dihidrofluorouracilo (metabolito menos tóxico). La actividad del DPD está sujeta a una importante variabilidad interindividual asociada a variantes genéticas de DPYD. En base a los resultados genéticos del DPYD se consideran 3 fenotipos: metabolizador normal (Actividad Global, AG, de 2), intermedio (una AG entre 1 y 1.5) y lento (AG de 0-0.5). En los primeros, la dosis se administra según la ficha técnica, mientras que a los intermedios se aplica un 50% de la dosis, pudiendo aumentar o reducir la dosis en función de la toxicidad observada en los dos primeros ciclos. En los metabolizadores lentos las guías recomiendan, si no se pueden administrar fármacos alternativos, con una AG de 0.5 administrar una dosis <25% y monitorización plasmática de 5-FU, mientras que con AG 0 se contraindica el uso de estos agentes y bajo un criterio clínico evaluando beneficios y riesgos.

Durante los últimos 30 años, se han realizado esfuerzos cada vez mayores mediante TDM (Therapeutic Drug Monitoring) para cuantificar y conocer los niveles plasmáticos del fármaco, caracterizar los parámetros farmacocinéticos y optimizar la dosificación de 5-FU con el objetivo principal de aumentar la eficacia antitumoral y reducir la toxicidad asociada con el fármaco. Muchos estudios demuestran que el ajuste posológico individualizado de 5-FU mejoran la eficacia clínica y reduce la toxicidad.

Combinar la información sobre la exposición al fármaco y los parámetros farmacocinéticos individuales con la caracterización genética de los polimorfismos del

DPYD podría ayudar a implementar nuevas estrategias como la monitorización terapéutica o TDM para mejorar la seguridad e incrementar la eficacia del tratamiento.

La farmacogenética se encarga del estudio de la influencia de las variaciones genéticas interindividuales en la respuesta a fármacos. Los polimorfismos existentes en el genoma de cada individuo implican una respuesta distinta por parte del organismo a factores ambientales, diferente susceptibilidad a infecciones o diferente respuesta ante la administración de un mismo fármaco. Por ello, la farmacogenética trata de estudiar estas variantes para permitir que los pacientes puedan recibir un tratamiento óptimo según sus características genéticas, ofreciendo el desarrollo de estrategias de medicina personalizada que permitan minimizar las reacciones adversas a tratamientos y los fallos terapéuticos. El cáncer es una enfermedad poligénica y multifactorial que presenta elevadas tasas de mortalidad. Además, sus tratamientos implican grandes toxicidades y en muchos casos están asociados a resistencias, lo que empeora notablemente el pronóstico de vida del paciente. Debido a esto, el estudio de la asociación entre variantes génicas y el metabolismo de los fármacos es importante para ~~evitar~~ reducir estos fallos terapéuticos y poder optimizar la terapia a cada paciente.

El principal objetivo del proyecto se centra en **estudiar la relación entre la exposición y toxicidad del 5-FU en paciente oncológico con los polimorfismos de DYPD y la caracterización farmacocinética de los pacientes. Se persigue, por tanto, correlacionar los polimorfismos del gen DPYD con los niveles plasmáticos y toxicidad del 5-FU y la variabilidad intraindividual tras administrar el fármaco según la superficie corporal del paciente.**

En primer lugar, se desarrollará y validará una técnica bioanalítica para cuantificar los niveles plasmáticos del fármaco en plasma de pacientes oncológicos. Para ello, se empleará plasma de donantes sanos de biobanco a los que se añadirán concentraciones conocidas del fármaco. Después, se realizará un estudio de estabilidad del principio activo en las muestras así preparadas y los patrones para confirmar la estabilidad del 5-FU en las mismas. Tras esto, se seleccionarán pacientes oncológicos que vayan a recibir el fármaco. Para la inclusión de pacientes, se tendrá en cuenta el estudio genómico y transcriptómico de una biopsia sólida del tumor para determinar la posible sensibilidad o resistencia del mismo al 5-FU y diferentes vías de señalización. También se llevará a cabo la determinación o screening de cuatro polimorfismos del gen DPYD de acuerdo con las guías CPIC. Una vez iniciado el tratamiento con 5-FU, se recogerán muestras plasmáticas de dichos pacientes oncológicos tratados con el fármaco durante 1 o 3 ciclos de tratamiento y se realizará el seguimiento clínico. Con los datos de concentración plasmática de 5-FU vs tiempo y se realizará la caracterización farmacocinética de los pacientes, obteniendo los parámetros farmacocinéticos individuales mediante modelos matemáticos poblacionales descritos en la literatura que tienen en cuenta la variabilidad inter e intra individual.

Con toda esta información, se analizará la influencia de los polimorfismos del gen DPYD y los parámetros farmacocinéticos individuales del 5-FU administrado por BSA según ficha técnica en la exposición y toxicidad del tratamiento en paciente oncológico de vida real.

Para alcanzar este ambicioso objetivo es preciso la realización de una investigación original y planificada, que permita el descubrimiento de nuevos conocimientos y una superior comprensión en el ámbito científico y tecnológico de la farmacocinética. Se definen, para ello, los siguientes objetivos específicos, que se pretenden alcanzar con la ejecución del proyecto:

- **Desarrollar y validar la técnica de bioanálisis en HPLC-UV/VIS para cuantificar 5-FU en plasma de paciente oncológico.**
- **Estudiar y caracterizar la estabilidad del fármaco en muestras de paciente oncológico de la vida real.**
- **Estudiar la diferente expresión de genes implicados en la sensibilidad y resistencia al 5-FU.**
- **Implementar la técnica para determinar los polimorfismos del gen DPYD implicado en el metabolismo del 5-FU.**
- **Cuantificar 5-FU en muestras de paciente oncológico de la vida real.**
- **Realizar la caracterización farmacocinética de los pacientes incluidos en el estudio.**
- **Estudiar la influencia de los polimorfismos del gen DPYD y los parámetros farmacocinéticos individuales del 5-FU administrado por BSA según ficha técnica en la exposición y toxicidad del tratamiento en paciente oncológico de vida real.**
- **Evaluar la influencia de los polimorfismos DPYD en la variabilidad farmacocinética intraindividual de los pacientes.**

Los principales objetivos empresariales son los siguientes:

- **Asentar las bases para ofrecer una medicina de precisión al paciente oncológico combinando el estudio de la exposición al fármaco y los polimorfismos genéticos del 5FU para en un futuro, contar con herramientas para optimizar el tratamiento y la toxicidad al mismo.**
- **Adquisición de nuevos conocimientos científico-técnicos en relación con la salud y la farmacogenética y farmacocinética del 5-FU en vida real, aspecto clave en el tratamiento de pacientes oncológicos.**
- **Desarrollo de nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, lo que permitirá situarse en una posición destacada en el mercado, mediante soluciones con amplias ventajas competitivas sobre sus potenciales competidores.**
- **Validar los avances tecnológicos obtenidos, de forma que permitan en un futuro el lanzamiento al mercado de conclusiones con aplicación en la práctica clínica habitual de alto valor añadido con respecto a las investigaciones existentes en el sector.**
- **Mantener la vigilancia tecnológica y análisis del mercado, para la identificación de las tecnologías más vanguardistas y las líneas de investigación seguidas en el sector, como mecanismo de respuesta y anticipación a las necesidades del mercado.**

Se detalla a continuación el estado del arte del proyecto:

Fluoropirimidinas:

Las Fluoropirimidinas (5- Fluorouracilo y sus profármacos Capecitabina y Tegafur) son citostáticos frecuentemente utilizados en el tratamiento del cáncer, especialmente en tumores gastrointestinales y cáncer de mama, pero su administración puede producir

toxicidad severa e incluso toxicidad letal. Cada año, más de dos millones de pacientes a nivel mundial son diagnosticados de un tumor y tratados con fluoropirimidinas, principalmente en combinación con otras drogas antineoplásicas (1, 2). Y se estima que aproximadamente de un 10-40% de pacientes tratados con fluoropirimidinas desarrollan una toxicidad severa (grado superior o igual a 3) según la CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) que principalmente incluye mielosupresión, diarrea severa, vómitos, estomatitis, mucositis, síndrome mano-pie (eritrodisestesia palmar-plantar), o neuropatía (3-6). En aproximadamente el 1% de los pacientes la toxicidad puede ser fatal. Puede ocurrir en el primer ciclo de tratamiento lo cual sugiere la importancia del ajuste inicial de la dosis de fluoropirimidinas para cada paciente antes de comenzar el tratamiento (4).

La principal enzima responsable para la eliminación de las fluoropirimidinas es la dihidropirimidin dehidrogenasa (DPD), codificada por el gen DPYD. La deficiencia parcial o completa de esta enzima ha sido asociada con una mayor toxicidad a fluoropirimidinas (3, 6), ya que el 5-FU se acumula y se forman más metabolitos activos. El fenotipo de la DPD puede ser definido por la presencia o ausencia de polimorfismos en nucleótidos determinados single-nucleotide polymorphisms (SNP) en el gen de la DPYD que altera la actividad del enzima.

Varias guías internacionales recomiendan el genotipado de pacientes antes del tratamiento con fluoropirimidinas (1, 2 y 7) y el ajuste de dosis reduciría el riesgo de toxicidad en pacientes portadores de mutaciones en DPYD (6, 8 y 9). En mayo de 2020, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una nota informativa que recomendaba la realización del genotipo y/o fenotipo para testar la deficiencia de DPD en pacientes que son candidatos a dihidropirimidinas (10). El objetivo de este consenso de expertos en el cual participaron representante de la Sociedad Española de Farmacogenética y Farmacogenómica (SEFF) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) era establecer recomendaciones claras para la implementación de test para establecer el genotipo y/o fenotipo para testar la deficiencia de DPD en pacientes que son candidatos a recibir fluoropirimidinas.

Se han descrito multitud de variantes genéticas que incluyen polimorfismos y mutaciones que alteran la secuencia de la proteína o el splicing del RNA que a veces afectan a su función enzimática. De esta forma se ha propuesto que la mayor intervariabilidad individual en la actividad de la DPD se debe principalmente a las variantes polimórficas en el gen DPYD. Se estima que el 0.01-0.5% de individuos Caucásicos tienen una deficiencia completa del enzima y del 3-8% una deficiencia parcial. Una deficiencia en la actividad de la DPD estaría asociada con un mayor riesgo de toxicidad severa por quimioterapia basada en dihidropirimidinas (11 y 12) y como consecuencia un menor nivel de aclaramiento y una semivida mayor del 5-FU (13).

En este consenso no se tuvo en cuenta que, durante los últimos 30 años, muchos estudios basados en la farmacocinética demuestran que el ajuste posológico individualizado del 5-FU también puede mejorar la eficacia clínica y reduce la toxicidad (18).

Desde el punto de vista farmacocinético esta toxicidad está normalmente relacionada con una parcial o total deficiencia de la enzima dihidropirimidin dehidrogenasa (DPD) que causa una reducción en el aclaramiento y una mayor semivida del 5-FU.

La dosis de 5-FU generalmente se determina utilizando el área de superficie corporal (BSA). Sin embargo, está bien establecido que la dosificación de 5-FU basada en BSA

se correlaciona con una amplia variación de la exposición sistémica al fármaco. Los estudios farmacocinéticos (PK) de la exposición sistémica al 5-FU han mostrado una amplia variabilidad entre los niveles plasmáticos de pacientes tratados con 5-FU (20, 21).

Determinación de polimorfismos del gen DPYD:

En base a los resultados genéticos del DPYD se consideran 3 fenotipos: metabolizador normal (Actividad Global, AG, de 2), intermedio (una AG entre 1 y 1.5) y lento (AG de 0-0.5). En los primeros, la dosis se administra según la ficha técnica, mientras que a los intermedios se aplica un 50% de la dosis, pudiendo aumentar o reducir la dosis en función de la toxicidad observada en los dos primeros ciclos. En los metabolizadores lentos las guías recomiendan, si no se pueden administrar fármacos alternativos, con una AG de 0.5 administrar una dosis <25% y monitorización plasmática de 5FU, mientras que con AG 0 se contraindica el uso de estos agentes y bajo un criterio clínico evaluando beneficios y riesgos (2)

La AEMPS recomienda el genotipado de cuatro variantes DPYD en pacientes que son candidatos para tratamiento con dihidropirimidinas (6 y 10): (1) DPYD*2A (rs3918290, c.1905+1G>A, IVS14+1G>A); (2) DPYD*13 (rs55886062, c..1679T>G, I560S); (3) DPYD c.2846A>T (rs67376798, D949V) y (4) DPYD c.1236G>A/HapB3 (rs56038477, E412E, en haplotipo B3). Estas son variantes del DPYD que llevan a una pérdida de función enzimática y se encuentran con relativa alta frecuencia en la población. Las variantes del DPYD*2A y DPYD*13 tienen un mayor impacto en la actividad de la DPD, ya que deja de ser funcional en homocigosis; los portadores en heterocigosis, la reducción de la actividad es del 50% y 68% respectivamente, mientras que las variantes DPYD c.2846A>T y DPYD HapB3 causan una reducción del 30% y 35%, respectivamente en portadores heterocigotos (1).

En europeos, la variante DPYD c.1129-5923C>G (HapB3) es la más común, con una frecuencia de 4.1-4.8% (1), seguido de las variantes DPYD*2 (1.0-1.2%) (1). DPYD c.2846A>T (0.8-1.4%) (1), y DPYD*13 (0.1%) (14). Considerando todas las variantes combinadas, aproximadamente el 7% de la población europea es portadora de al menos una variante que causa una pérdida de función de la enzima DPD. La deficiencia de actividad completa de la DPD en portadores de dos variantes diferentes o la misma variante en homocigosis es muy rara: se estima que ocurre en el 0.01-0.5% de la población caucásica (10). En la nota informativa publicada por la AEMPS en mayo de 2020 se hace notar que además de estas cuatro variantes principales mencionadas anteriormente existen otros factores que podrían influenciar el desarrollo de toxicidad asociada con el tratamiento de dihidropirimidinas (10).

Estimación del tratamiento individualizado basado únicamente en genotipado de los genes DPYD:

Las actuales recomendaciones hechas por el Comité de establecimiento de Riesgo de Farmacovigilancia (PRAC) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para prevenir cualquier evento adverso (particularmente gastrointestinal, hematológico, síndrome de mano-pie, etc.) están basadas en el establecimiento de la actividad de la DPD en todos los pacientes candidatos a recibir regímenes de quimioterapia basados en fluoropirimidinas, especialmente el establecimiento inicial de las mutaciones clínicamente validadas: (1) c.1905+1G>A (DPYD*2A); (2) c.1679T>G (DPYD*13 p. I560S); (3) c.2846 A>T (p. D949V) y (4) c.1236G>A (c.1129-5923 C>G HapB3). El genotipado permitiría la clasificación de individuos como metabolizadores “normales” (score de actividad de 2), metabolizadores “intermedios” (score de actividad de 1-1.5) y metabolizadores “pobres” (score de actividad de 0-0.5). Según estas recomendaciones

la primera no requeriría modificaciones en la dosis inicial, el grupo intermedio debería empezar el tratamiento con una dosis reducida de aproximadamente el 50% y posteriormente escalar la dosis en ciclos posteriores si no se observa toxicidad. Para los metabolizadores pobres, la administración de fluoropirimidinas está contraindicada, y se deberían recomendar otras opciones terapéuticas.

Estudio del genoma y del transcriptoma tumoral:

En la actualidad, los kits empleados para el estudio del genoma son los más recientes comercializados por ThermoFisher. Especialmente el “OncoPrint™ Comprehensive Assay” (“OCAplus”) que cubre mutaciones en más de 500 genes de relevancia en cáncer incluyendo los genes conocidos de relevancia terapéutica, fusiones de interés terapéutico, estimación de la carga mutacional, estudio de la estabilidad de microsatélites, CNVs (copy number variants), LOH (loss of heterozygosity), firmas mutacionales somáticas y de alteraciones de la recombinación homóloga. El kit Ion AmpliSeq Human Transcriptome (ThermoFisher) es capaz de estudiar la expresión de más de 20,000 genes codificantes de proteínas mediante secuenciación de RNA en muestras frescas congeladas. Se obtienen las cuentas crudas de cada muestra permitiendo hacer análisis bioinformáticos dirigidos a estudiar la sensibilidad y resistencia al 5-FU así como la posible relación con vías de señalización y cambios en el microambiente tumoral que puedan favorecer una respuesta inmunológica contra el tumor.

Caracterización farmacocinética de los pacientes:

Diversos estudios han demostrado una correlación entre la concentración plasmática de 5-FU con la toxicidad y la eficacia clínica y que un ajuste posológico guiado por análisis farmacocinético mejora el índice terapéutico del tratamiento con 5-FU. Estos estudios muestran que sólo el 20%-30% de los pacientes tratados con un régimen basado en 5-FU se encuentran en rango terapéutico apropiado, un 40%-60% de los pacientes están infradosificados y un 20%-30% están sobredosificados. Hasta la fecha, el análisis del 5-FU no ha sido ampliamente utilizado por la falta de un test simple, rápido y asequible. Avances recientes en los métodos de cuantificación basados en cromatografía líquida de alto rendimiento, la espectrometría de masas e inmunoensayos basados en anticuerpos con nanopartículas parecen permitir una monitorización rutinaria en la práctica clínica.

Un estudio reciente compara la supervivencia de pacientes con variantes en el gen DPYD desfavorables a los que se había realizado una reducción de la dosis de 5-FU entre un 25% a un 50% con pacientes sin variantes identificadas y sin modificación de dosis. Tras la reducción de dosis, en algunos subgrupos con variantes del gen desfavorables, se encontró una reducción del 45% de la Supervivencia Libre de Progresión (HR 1.45, $p=0.007$), recomendándose una monitorización más exhaustiva en estos pacientes (38). Además, se desconoce la relación entre los polimorfismos del gen DPYD y la variabilidad que presenta cada paciente en cada ciclo de tratamiento (variabilidad intraindividual). Determinar si algún polimorfismo influye en la variabilidad en la exposición o toxicidad intraindividual sería muy interesante en el contexto de medicina de precisión en el tratamiento de paciente oncológico.

La selección adecuada de enfermos para los que el 5-FU puede ser especialmente eficaz (sobre la base de un estudio genómico y transcriptómico) junto con el estudio farmacocinético (que suponemos más adecuado y/o complementario que el ajuste ciego por estudio de polimorfismos DPYD) supondría un avance en la personalización terapéutica en estos enfermos.

Limitaciones tecnológicas identificadas:

Tras el análisis del estado del arte, se han encontrado las siguientes limitaciones tecnológicas que pueden responderse ejecutando esta investigación planificada:

- Gran complejidad en el desarrollo inicial de herramientas para optimizar los tratamientos oncológicos clásicos de forma individualizada.
- Dificultad de presentar resultados complejos en tiempos de respuesta muy cortos en muestras de pacientes con tumores en el servicio de oncología.
- Carencia de estudios disponibles debido a la dificultad tecnológica que conlleva la puesta a punto y validación de las técnicas analítica y el circuito de análisis y gestión de muestras y datos.
- Ausencia de literatura que relacione el genotipo de DPYD con la variabilidad farmacocinética intraindividual de pacientes de vida real oncológicos tratados con fluoropirimidinas.
- Limitación de estudios para individualizar la terapia oncológica con fármacos clásicos ampliamente usados en detrimento del descubrimiento de nuevas moléculas.

Teniendo en cuenta dichas limitaciones, la AIE pretende dar un paso más hacia el descubrimiento de nuevos conocimientos y una superior comprensión en el ámbito científico y tecnológico de la oncología gracias a la **determinación y relación de los principales genotipos de DPYD, caracterización farmacocinética y cuantificación de la exposición en pacientes con tumores candidatos al tratamiento con fluoropirimidinas** y cuya dosis administrada convencionalmente según superficie corporal posee una gran variabilidad que puede redundar en una exposición y seguridad subóptimas.

Las hipótesis originales implican una incertidumbre en sí mismas, ya que no se cuenta con referencias similares en el estado del arte actual. En este sentido, puede afirmarse la elevada incertidumbre y el enorme riesgo técnico que asume la AIE con la realización del proyecto, elementos intrínsecos a cualquier proyecto de Investigación y Desarrollo, ya que hasta la fecha ninguna compañía ha sido capaz de emprender unos desarrollos tan exigentes e innovadores en el ámbito de la oncología.

Novedad tecnológica que aporta el proyecto:

Como se ha comentado, el principal objetivo del estudio piloto se centra en caracterizar la farmacocinética del 5-FU tras la administración del fármaco en paciente oncológico según ficha técnica y estudiar la relación entre los genotipos DPYD con la exposición al fármaco y la toxicidad clínica observada.

Se persigue, por tanto, analizar la prevalencia de polimorfismos de DPYD y su correlación con la exposición y toxicidad al fármaco, así como la obtención de parámetros farmacocinéticos individuales en pacientes con tumores tratados con 5FU que caractericen la exposición al 5-FU.

Estas hipótesis podrían ayudar a relacionar, en futuros proyectos, los niveles del 5-FU con los parámetros farmacocinéticos que permitan obtener un ajuste posológico individualizado según la superficie corporal del paciente y los ajustes basados en los polimorfismos del gen DPYD en los tumores en los que se recomienda su utilización.

Por tanto, **la solución propuesta supone una novedad objetiva que rompe el estado del arte en el mercado actual del tratamiento integral y de medicina de precisión del paciente oncológico en la práctica clínica rutinaria, en base a los siguientes avances tecnológicos:**

- **Aunar en un estudio las diferentes disciplinas de farmacocinética y determinación de polimorfismos:** En la actualidad existe literatura de cada una de estas dos disciplinas, pero de manera individual siendo muy poca la que hay conjunta. Principalmente en relación con la farmacocinética y los polimorfismos, hay mucha literatura de los polimorfismos por separado y de farmacocinética, pero existen pocos estudios que hayan analizado las dos partes simultáneamente.
- **Implementación de herramientas novedosas y precisas en la práctica clínica habitual con tiempos de respuesta cortos.** En la actualidad existe literatura que indica que estas herramientas (monitorización farmacoterapéutica, estudio del genoma y transcriptoma tumoral...) son útiles para el tratamiento integral del paciente para mejorar la seguridad y efectividad del tratamiento, pero son herramientas infrautilizadas pese a su demostrada utilidad y muchos servicios no las implementan ni desarrollan por falta de infraestructura o profesionales cualificados.
- **Establecer nuevas sinergias entre técnicas para mejorar la calidad del tratamiento en pacientes oncológicos tratados con fármacos clásicos ampliamente usados.** Investigar y comparar la utilidad de herramientas novedosas para optimizar el tratamiento oncológico de numerosos pacientes que reciben tratamientos con fármacos quimioterápicos “clásicos” para maximizar la eficacia al tratamiento y evitar la progresión del tumor.
- **Estudiar diferentes perfiles de sensibilidad al 5-FU en pacientes con tumores avanzados y/o metastásicos.** El análisis del genoma y del transcriptoma del tumor nos puede ayudar a identificar diferentes perfiles de sensibilidad al 5-FU en base a alteraciones genómicas (NGS) y patrones de expresión genómica diferencial (transcriptómica) entre los diversos tumores estudiados.

Por tanto, por todo lo anteriormente citado, se puede afirmar que el desarrollo del presente proyecto presenta un alto grado de incertidumbre tecnológica ya que los desarrollos propuestos no cuentan con precedente alguno en el sector de sanitario, hecho que permite **calificar el proyecto como Investigación y Desarrollo de acuerdo a las definiciones recogidas en el Artículo 35 de la Ley del Impuesto sobre Sociedades en su redacción vigente.**

Bibliografía:

1. Amstutz U, Henricks LM, Offer SM, Barbarino J, Schellens JHM, Swen JJ, et al. Clinical pharmacogenetics implementation consortium (CPIC) guideline for dihydropyrimidine dehydrogenase genotype and fluoropyrimidine dosing: 2017 update. *Clin Pharmacol Ther.* 2018;103(2):210–6.
2. Lunenburg C, van der Wouden CH, Nijenhuis M, Crommentuijnvan Rhenen MH, de Boer-Veger NJ, Buunk AM, et al. Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG) guideline for the gene-drug interaction of DPYD and fluoropyrimidines. *Eur J Hum Genet EJHG.* 2020;28(4):508–3.
3. Lee AM, Shi Q, Pavey E, Alberts SR, Sargent DJ, Sinicrope FA, et al. DPYD variants as predictors of 5-fluorouracil toxicity in adjuvant colon cancer treatment (NCCTG N0147). *J Natl Cancer Inst.* 2014.
4. Froehlich TK, Amstutz U, Aebi S, Joerger M, Largiadèr CR. Clinical importance of risk variants in the dihydropyrimidine dehydrogenase gene for the prediction of early-onset fluoropyrimidine toxicity. *Int J Cancer.* 2015;136(3):730–9.
5. Meulendijks D, Henricks LM, Sonke GS, Deenen MJ, Froehlich TK, Amstutz U, et al. Clinical relevance of DPYD variants c.1679T>G, c.1236G>A/HapB3, and c.1601G>A as

- predictors of severe fluoropyrimidine-associated toxicity: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet Oncol.* 2015;16(16):1639–50.
6. Henricks LM, Lunenburg C, de Man FM, Meulendijks D, Frederix, GWJ, Kienhuis E, et al. DPYD genotype-guided dose individualisation of fluoropyrimidine therapy in patients with cancer: a prospective safety analysis. *Lancet Oncol.* 2018;19(11):1459-67.
 7. Caudle KE, Thorn CF, Klein TE, Swen JJ, McLeod HL, Diasio RB, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium guidelines for dihydropyrimidine dehydrogenase genotype and fluoropyrimidine dosing. *Clin Pharmacol Ther.* 2013;94(6):640–5
 8. Boisdron-Celle M, Capitain O, Faroux R, Borg C, Metges JP, Galais MP, et al. Prevention of 5-fluorouracil-induced early severe toxicity by pre-therapeutic dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency screening: assessment of a multiparametric approach. *Semin Oncol.* 2017;44(1):13–23.
 9. Wigle TJ, Povitz BL, Medwid S, Teft WA, Legan RM, Lenehan J, et al. Impact of pretreatment dihydropyrimidine dehydrogenase genotype-guided fluoropyrimidine dosing on chemotherapy associated adverse events. *Clin Transl Sci.* 2021.
 10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fluorouracilo, capecitabina, tegafur y flucitosina en pacientes con déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa. 2020. https://www.aemps.gob.es/informa/notas_informativas/medicamentos_uso_humano-3/seguridad-1/2020-seguridad-1/fluorouracilo-capecitabina-tegafur-y-flucitosina-en-pacientes-con-deficit-de-dihidropirimidina-deshidrogenasa. 201.
 11. Johnson MR, Diasio RB. Importance of dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) deficiency in patients exhibiting toxicity following treatment with 5-fluorouracil. *Adv Enzyme Regul.* 2001;41:151–7.
 12. Morel A, Boisdron-Celle M, Fey L, Soulie P, Craipeau MC, Traore S, et al. Clinical relevance of different dihydropyrimidine dehydrogenase gene single nucleotide polymorphisms on 5-fluorouracil tolerance. *Mol Cancer Ther.* 2006;5(11):2895–904.
 13. Diasio RB, Beavers TL, Carpenter JT. Familial deficiency of dihydropyrimidine dehydrogenase Biochemical basis for familial pyrimidinemia and severe 5-fluorouracil-induced toxicity. *J Clin Invest.* 1988;81(1):47–51.
 14. Wasif Saif M, Choma A, Salamone SJ and Chu E. Pharmacokinetically Guided Dose Adjustment of 5-Fluorouracil: A Rational Approach to Improving Therapeutic Outcomes. *J Natl Cancer Inst* 2009;101: 1543 – 1552.
 15. Soria P, Zubiaur P, Navares M, Megia G, Koller D y Abad F. Ajuste de dosis de capecitabina y 5-fluorouracilo de acuerdo con el genotipo de DPYD. *Actualización de octubre de 2017 de la guía clínica del CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium)*. Pdf 2020; Vol 26, Nº2, 19-21.
 16. Kinoshita M, Kodera Y, Hibi K, Nakayama G, Inoue T, Ohashi N, Ito Y, Koike M, Fujiwara M And Nakao A. Gene Expression Profile of 5-Fluorouracil Metabolic Enzymes in Primary Colorectal Cancer: Potential as Predictive Parameters for Response to Fluorouracil-based Chemotherapy. *Anticancer Research* 27: 851-856 (2007).
 17. Patel JN, O’Neil BH, Deal AM, et al. A community-based multicenter trial of pharmacokinetically-guided 5-fluorouracil dosing for personalized colorectal cancer therapy. *Oncologist.* 2014;19:959-65.
 18. Kline CLB, Schiccitano A, Zhu JJ, et al. Personalized dosing via pharmacokinetic monitoring of 5-fluorouracil might reduce toxicity in early- or late-stage colorectal cancer patients treated with infusional 5-fluorouracil-based chemotherapy regimens. *Clin Colorectal Canc.* 2014;13:119-26
 19. Gamelin E, Delva R, Jacob J, et al. Individual fluorouracil dose adjustment based on pharmacokinetic follow-up compared with conventional dosage: Results of a multicenter randomized trial of patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol.* 2008;26:2099-105

20. Saif MW, Choma A, Salamone SJ, Chu E. Pharmacokinetically-guided dose adjustment of 5-fluorouracil: A rational approach to improving therapeutic outcomes. *J Natl Cancer I.* 2009;101:1543-52
21. Kaldate RR, Haregewoin A, Grier CE, et al. Modeling the 5-fluorouracil area under the curve versus dose relationship to develop a pharmacokinetic dosing algorithm for colorectal cancer patients receiving FOLFOX6. *Oncologist.* 2012;17:296-302
22. Wilhelm M, Mueller L, Miller MC, et al. Prospective, multicenter study of 5-fluorouracil therapeutic drug monitoring in metastatic colorectal cancer treated in routine clinical practice. *Clin Colorectal Canc.* 2016;15:381-88
23. Denda T, Kanda M, Morita Y, et al. Pharmacokinetic dose adjustment of 5-FU in modified FOLFOX plus bevacizumab for metastatic colorectal cancer in Japanese patients: A-JUST phase II clinical trial. *Cancer Chemoth Pharm.* 2016;78:1253-61
24. Beumer JH, Chu E, Allegra C, et al. Therapeutic drug monitoring in oncology: international association of therapeutic drug monitoring and clinical toxicology recommendations for 5-fluorouracil therapy. *Clin Pharmacol Ther.* 2019;105:598-613
25. Capitain O, Asevoaia A, Boisdron-Celle M, et al. Individual fluorouracil dose adjustment in FOLFOX based on pharmacokinetic follow-up compared with conventional body-area-surface dosing: A phase II, proof-of-concept study. *Clin Colorectal Canc.* 2012;11:263-67
26. Zufía L, Aldaz A, Castellanos C, Giráldez J. Determination of 5-fluorouracil and its prodrug tegafur in plasma and tissue by high-performance liquid chromatography in a single injection: validation for application in clinical pharmacokinetic studies. *Ther Drug Monit.* 2003;25(2):221-228.
27. Sandström M, Lindman H, Nygren P, Johansson M, Bergh J, Karlsson MO. Population analysis of the pharmacokinetics and the haematological toxicity of the fluorouracil-epirubicin-cyclophosphamide regimen in breast cancer patients. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2006;58(2):143-156.
28. Amstutz U, Henricks LM, Offer SM, Barbarino J, Schellens JHM, Swen JJ, et al. Clinical pharmacogenetics implementation consortium (CPIC) guideline for dihydropyrimidine dehydrogenase genotype and fluoropyrimidine dosing: 2017 update. *Clin Pharmacol Ther.* 2018;103(2):210–6.
29. Henricks LM, Lunenburg C, de Man FM, Meulendijks D, Frederix, GWJ, Kienhuis E, et al. DPYD genotype-guided dose individualisation of fluoropyrimidine therapy in patients with cancer: a prospective safety analysis. *Lancet Oncol.* 2018;19(11):1459
30. Ensembl Data. DPYD rs55886062. https://www.ensembl.org/Homo_sapiens/Variation/Population?db=core;r=1:97515287-97516287;v=rs55886062;vdb=variation;vf=7116226.
31. Corsi DC, Ciaparrone M, Zannoni G, Mancini M, Cassano A, Specchia M, et al. Predictive value of thymidylate synthase expression in resected metastases of colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002;38(4):527-34.
32. Ichikawa W, Uetake H, Shiota Y, Yamada H, Nishi N, Nihei Z, et al. Combination of dihydropyrimidine dehydrogenase and thymidylate synthase gene expressions in primary tumors as predictive parameters for the efficacy of fluoropyrimidine-based chemotherapy for metastatic colorectal cancer. *Clin Cancer Res* 2003;9(2):786-91.
33. Qiu LX, Tang QY, Bai JL, Qian XP, Li RT, Liu BR, et al. Predictive value of thymidylate synthase expression in advanced colorectal cancer patients receiving fluoropyrimidine-based chemotherapy: evidence from 24 studies. *Int J Cancer* 2008;123(10):2384-9.
34. Salonga D, Danenberg KD, Johnson M, Metzger R, Groshen S, Tsao-Wei DD, et al. Colorectal tumors responding to 5-fluorouracil have low gene expression levels of dihydropyrimidine dehydrogenase, thymidylate synthase, and thymidine phosphorylase. *Clin Cancer Res* 2000;6(4):1322-7.
35. Smorenburg CH, Peters GJ, van Groenigen CJ, Noordhuis P, Smid K, van Riel AM, et al. Phase II study of tailored chemotherapy for advanced colorectal cancer with either

5-fluorouracil and leucovorin or oxaliplatin and irinotecan based on the expression of thymidylate synthase and dihydropyrimidine dehydrogenase. *Ann Oncol* 2006;17(1):35-42.

36. Lee SJ, Choi YL, Park YH, Kim ST, Cho EY, Ahn JS, et al. Thymidylate synthase and thymidine phosphorylase as predictive markers of capecitabine monotherapy in patients with anthracycline- and taxane-pretreated metastatic breast cancer. *Cancer Chemother Pharmacol* 2011;68(3):743-51.

37. Ribic CM, Sargent DJ, Moore MJ, Thibodeau SN, French AJ, Goldberg RM, et al. Tumor microsatellite-instability status as a predictor of benefit from fluorouracil-based adjuvant chemotherapy for colon cancer. *N Engl J Med* 2003;349(3):247-57.

38. Knikman JE, et al., Survival of Patients with Cancer with DPYD Variant Alleles and Dose-Individualized Fluoropyrimidine Therapy - A Matched-Pair Analysis. *J Clin Oncol*. 2023 Aug 28;JCO2202780.

8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL AÑO 2023

Organización y gestión:

La actividad clínica de la PO se ha mantenido estable durante 2023. En las Memorias de 2014-2016 se dio cuenta de la reducción y ajuste de personal efectuado por la empresa para ajustar los gastos frente a la disminución de la actividad asistencial. Durante 2016 se inició un plan estratégico de desarrollo, incluyendo la concertación con las compañías aseguradoras y la puesta en valor de los avances terapéuticos desarrollados en la PO, especialmente dirigido a la recuperación de las técnicas más sobresalientes. A partir de 2017 se ha producido un incremento de la actividad en todas las áreas, principalmente debida a los conciertos con las compañías aseguradoras.

Durante el periodo 2019-2021 la pandemia ha modificado la afluencia de los enfermos, sobre todo los extranjeros, y se han podido mantener todas las prestaciones terapéuticas de oncología quirúrgica, radioterápica y médica, sin tener que retrasar los tratamientos. Es un aspecto que merece una mención especial porque muchos departamentos no han sido capaces de mantener las prestaciones habituales. En 2023 se ha recuperado la actividad habitual en todas las áreas de la PO.

Se han intensificado las reuniones de la Comisión Ejecutiva de Investigación de TEDECA y se han efectuado reuniones telemáticas con diferentes consultoras para la preparación de los proyectos de investigación. Se ha despachado periódicamente con D. Francisco Fiestras, Director Gerente de Quirónsalud Torre Vieja.

Se ha atendido regularmente las entrevistas radiofónicas y a la divulgación de avances informativos del cáncer en las fechas conmemorativas del Día Mundial del Cáncer, Cáncer Infantil y Cáncer de Mama.

A continuación, se analizan detalladamente los resultados obtenidos durante el último ejercicio anual.

Personal de la PO de 2023:

La Plantilla de la PO en el primer trimestre de año 2023 es la siguiente:

Oncología Médica: Antonio Brugarolas, Manuel Sureda y Joseba Rebollo.

Oncología Radioterápica: Rosa María Cañón, María del Mar Alcalá, Amelia Albina Sanz e Ignacio Morales.

Oncología Quirúrgica y Cirugía General: Josep Farré, Pere Bretcha, Vicente Muñoz, Alejandro Paz, Paula Muñoz y Alba Fernández.

Oncología Ginecológica: Rodolfo Martín

Medicina Nuclear: Pedro González, María José Azorín, María José Torres, Enrique Roberto Marqués, Gladys Clemencia Figueroa

Inmunología: Ana Cerdá

Anatomía Patológica: José Ortega

Biología Molecular: Ramón González y Elena M^a Martínez.

Psico-Oncología: Nuria Javaloyes.

Protección Radiológica y Radiofísica: F. Javier De Luís, José Padilla y Rafael Padilla.
Radiología Intervencionista: Román Rostagno.
Radiología Diagnóstica: Juan Quetglas.
Laboratorio Farmacoterapia Personalizada: Vanesa Escudero y Ana Catalán.

Secretaría y consulta:

Secretaría de Oncología: María José Guirao, Estefanía Almarcha,
Irina Henarejos y Jessica Meschino.
Auxiliar: Eva Sánchez.

Registro de Tumores: Vacante

Hospital de Día:

DUE: Encarna Salinas.

Auxiliar: Concepción Bernabéu y Henedina Conesa.

Planta de Hospitalización:

DUES: Patricia Martínez, José Manuel Sánchez, Daniel Aldeguer,
Andrea Aguirre, Raquel Fuentes, Moira Moya, Beatriz Viudes, Sara
Gómez y Ramón Monera.

Auxiliares: Vanessa Vaz, Teresa Egea, Marta Gil, Antonia
Hernández, Tania Rueda, Sonia Cumbres, Dámaris Pomares,
Jenifer Mercado y Patricia Díez.

Laboratorio Patología:

Secretaría: Paula Fornes.

Técnico: Estela Carrasco, Mariano Sanmartín, Melania Mompó y
Mercedes Escolano (coordinadora).

Radioterapia:

Secretaría de Radioterapia: M^a Angeles Coll, Lina Amaya, Ana Julia
Soares e Iryna Ivaniv.

Técnicos: Laura Canovas, M^a Del Carmen Corbalán, Antonio
Jiménez, M^a Asunción Sancho, M^a Dolores Pedreño, Javier Sáez,
Natalia Ferrer, Javier Ortiz, Andrea Soriano y Raquel Mengual.

Enfermería: Félix Ortiz (supervisión).

Técnicos de Protección Radiológica: Fernando González.

Medicina Nuclear:

Radiofarmacéutico: GE Lab Consultores SL.

DUE-Operadores: José Arronis Huertas, Francisco Javier Caro
Ortega y Elia Antón Martínez.

Técnicos-Operadores: M^a Isabel Pérez Zaragoza, Jesús Mula
Muñoz, Germán Huesca Darocas y Rosa M^a Mellado Adsuar.

Secretaría Medicina Nuclear: Carmen Blat Palacios.

Actividad asistencial del año 2023:

Se analizan a continuación los resultados obtenidos en cada una de las actividades. Se adjuntan los gráficos y tablas, desde la página 106 a 142.

La tendencia ascendente detectada a partir del año 2016 se ha incrementado notablemente durante 2023 detectándose una mayor afluencia de enfermos nuevos, procedentes de los conciertos con compañías aseguradoras y la actividad residencial de

la zona de influencia, especialmente de enfermos extranjeros manteniendo al mismo tiempo la actividad de interconsulta con enfermos de segunda opinión.

La actividad de **Consultas Externas Oncología** (pág. 106 a 108) ha aumentado durante el año 2022. El aumento anual se produce de forma ininterrumpida desde 2019. El índice interanual ha sido en 2023 es de 2,86 mientras que el año 2022 fue de 1,89, que se compara con el índice de 2019 de 1,72. También ha continuado la actividad asistencial en los Hospitales Quirónsalud Albacete y Quirónsalud Alicante.

Los datos anuales referentes a la administración de Quimioterapia (mezclas de administración intravenosa) proporcionados por el **Servicio de Farmacia** (pág.109) indican durante el año 2023 se ha recuperado el número de tratamientos administrados. El índice interanual ha aumentado desde 1,32 en 2020, 1,71 en 2021, 1,45 en 2022 y 1,68 en 2023. Debe tenerse en cuenta que el aumento se ha producido en condiciones adversas por la tendencia creciente a la administración de fármacos orales en lugar de las pautas intravenosas.

La actividad de La Unidad de Psicooncología (pág. 110 a 113) ha disminuido discretamente durante 2023. Han influido dos factores: en primer lugar se ha estructurado la consulta atendiendo únicamente enfermos privados debido al aumento de la demanda, y se ha liberado un tiempo de consulta para atender a los enfermos oncológicos, tanto los hospitalizados como los procedentes de la consulta. El índice interanual se ha mantenido: 1,76 (2018), 1,85 (2019), 2,01 (2020), 2,38 en 2021 y 2,44 en 2022 y 2 en 2023.

La actividad de la **Unidad de Farmacoterapia Personalizada** (pág. 114 a 115) ha mantenido la actividad durante 2022.

Oncología Radioterápica se refleja en las págs. (pág. 116 a 121). Durante 2023 se ha confirmado el crecimiento gradual de los últimos años con índice interanual de recuperación en el número total de pacientes vistos para tratamientos de radioterapia, que se aproxima a los niveles de pacientes previos al inicio de la pandemia por infección COVID-19. El índice interanual en 2023 era de 4.4, pasando a 4.02 en 2019, 3,77 en 2020, 4.14 en 2021, 4,2 en 2022, y finalmente 4,34 en 2023.

Se ha mantenido la proporción entre tratamientos de Radioterapia Externa Tridimensional respecto a Técnicas Especiales: Braquiterapia alta tasa, Radioterapia Intraoperatoria (RIO), Radiocirugía estereotáxica dosis única o fraccionada, cerebral o corporal (SRS/SBRT), VMAT: Arcoterapia Volumétrica Modulada, IMRT: RT de Intensidad Modulada, a favor de las técnicas especiales y complejas.

También hay que señalar el incremento en pacientes procedentes de compañías aseguradoras, manteniéndose los pacientes privados.

Por otra parte, **Radiología Intervencionista** (pág. 122 a 123) se ha mantenido estable y refleja también el incremento de pacientes nuevos. Se ha mantenido en valores elevados el número de tratamientos intra arteriales. El índice anual ha disminuido discretamente en relación al año anterior, aunque sigue mostrando valores elevados en comparación con los ejercicios anuales previos. El índice

anual ha sido en 2019 de 0,57, en 2020 de 0,65, en 2021 de 0,83, en 2022 de 2,02 y en 2023 de 1,69.

Los resultados de **Cirugía Oncológica** se muestran en las págs. 124 a 129. En este ejercicio anual se ha tabulado la asistencia quirúrgica incluyendo consultas y procedimientos quirúrgicos. Los resultados de Cirugía han demostrado un aumento progresivo en los últimos años en la actividad asistencial con un índice interanual que ha sido de 2,49 en 2020, 2,74 en 2021, 3,35 en 2022 y 3,73 en 2023. Este aumento ha repercutido de la misma forma en la actividad propiamente oncológica, con un índice interanual (1,93 en 2019, 1,92 en 2021, 2,01 en 2022 y 2,32 en 2023.). Asimismo, han experimentado un ascenso gradual las actividades en las consultas de Alicante, gran Alacant y Elche.

Los resultados de **Inmunología** (pág.131 a 132) muestran la recuperación parcial de la actividad al contratar a Ana Cerdá, El índice interanual ha sido 0,88 en 2021 y 1,39 en 2023.

La actividad asistencial de **Medicina Nuclear** (pág 133 a 136) ha tenido un fuerte incremento desde el ejercicio de 2022 debido al concierto con el Hospital Universitario de Torrevieja. El índice interanual ha sido 7,2 en 2022 y 6,43 en 2023. El aumento ha sido más acentuado en las exploraciones de PET-TAC, aunque se ha producido también en distintas áreas (estudios de ganglio centinela, estudios funcionales cardiopulmonares y cerebrales). El aumento de los estudios de ganglio centinela indica un incremento de la asistencia del cáncer de mama efectuado por la Unidad de Mama de la PO. Las curvas de prestaciones destacan en primer lugar la oportunidad de comenzar a realizar estudios de PET-TAC antes de la generalización de la técnica en sus diversas aplicaciones, posteriormente un gran incremento debido a la generalización de las indicaciones, seguido de un descenso rápido cuando el acceso de los centros nacionales de salud comenzó a realizar estas pruebas diagnosticas. Actualmente las prestaciones están en una fase estable que corresponde a las necesidades locales. En 2023 se adquirieron nuevos equipos de gammacamara y PET-TAC.

La actividad de **Anatomía Patológica** (págs.137 a 142) se ha incrementado notablemente durante 2023. Hay que destacar que el mismo tiempo se ha efectuado un importante esfuerzo en la gestión del Laboratorio, que ha recaído sobre el propio Laboratorio bajo la dirección de Jose Ortega. El número de biopsias ha aumentado más del 80% pasando de un Índice Interanual de 2022= 4,1 hasta 2023= 7,92. Asimismo el número de citologías y punciones biopsias ha aumentado notablemente, pasando de un índice interanual de 2022= 7,61 hasta 2023= 9,95. Los estudios de biología molecular también han aumentado, 2022= 2,66 y 2023= 2,82.

Se ha mantenido en la Memoria Anual la información del Registro de Tumores (pág. 143 a 148) de los años 2000-2014, que indica un total de 7.655 pacientes. No disponemos de datos actualizados de 2018 por estar vacante la posición de Secretaría de Registro, pero puede aceptarse que los datos han variado escasamente porque el número de enfermos nuevos permanece estabilizado y las modificaciones anuales precedentes en relación al tipo de tumor, sexo o edad son poco representativas, y por lo tanto entendemos que se mantiene la posición relativa de los tumores más frecuentes. En el registro de frecuencia según sexo se han registrado mínimos cambios.

Los tumores más frecuentes de ambos sexos han sido objeto de revisiones pormenorizadas (cáncer de pulmón, colo-rectal, mama, ovario y melanoma) que han constituido análisis de resultados de la PO, y que representan el 49,03% de los tumores atendidos desde el comienzo de la actividad en septiembre de 2000. Los resultados

obtenidos en los tumores más frecuentes pueden verse en los Anexos 17-25 de esta Memoria Anual.

Las variaciones de edad reflejadas en el Registro demuestran que la incidencia es prácticamente igual entre ambos sexos, pero las mujeres atendidas presentan cáncer en edad más temprana: antes de los 20 años 0,9% varones y 1,6% mujeres; entre 21 y 40 años 7,7% y 16,6%; entre 41 y 60 años 38,9% y 49,6%; y más de 61 años 52,5% y 32,2% respectivamente.

Los tipos tumorales más frecuentes son gliomas, linfomas y sarcomas antes de los 20 años, entre los 20 y los 40 años además de los anteriores aparecen melanomas, cáncer de riñón, cáncer de cuello de matriz y cáncer de mama, mientras que en edades más avanzadas predominan el resto de los tumores sólidos humanos. Los datos del Registro no son totalmente representativos de la incidencia de cáncer en la población general porque en la PO hay mayor incidencia de tumores en personas jóvenes, debido a las preferencias de los pacientes que solicitan la consulta.

Es importante señalar la procedencia de los enfermos atendidos por la PO entre el año 2000 y el 2013. Se atienden pacientes de todas las regiones de España peninsular e insular. Así mismo se atienden pacientes extranjeros, residentes en el Levante Mediterráneo, y algunos otros procedentes de Portugal e Italia. En los dos últimos años hay que señalar la atención a enfermos procedentes de Europa del Este y Rusia, aunque no tenemos datos precisos disponibles.

Con datos actualizados hasta el año 2014 los pacientes procedentes de la provincia de Alicante representan el 47,5% del total, y los procedentes de Murcia representan el 19,2%. Un 15% de éstos son extranjeros residentes parcial o permanentemente en esta región.

El resto de los pacientes atendidos, es decir, el 33,3% procede de otras provincias y comunidades españolas, en relación inversamente proporcional a la distancia geográfica desde su lugar de residencia, salvo una discreta mayor proporción de enfermos residentes en Madrid y Barcelona.

Se ha confeccionado un mapa informativo, que demuestra la atracción de enfermos basado en la distancia entre el domicilio del enfermo y el Hospital Quirónsalud Torrevieja: El 75% de los pacientes residen en un radio inferior a 150 Km.

Al corregir y valorar los datos poblacionales en función del número de habitantes de cada provincia prevalecen los enfermos procedentes de áreas geográficas cercanas: primero Alicante y Murcia, seguido de Almería, Albacete, Jaén, Valencia y Granada, destacando también Madrid y Barcelona, y finalmente Tarragona, Castellón, Málaga, Sevilla, Cádiz, Mallorca y La Coruña. El mapa de atracción de pacientes se corresponde con el levante español, además de Madrid, Barcelona y La Coruña.

Los datos asistenciales aconsejan establecer un sistema de acercamiento de los procedimientos singulares de la PO a pacientes más alejados, mediante una red asistencial virtual o semi-presencial.

Puede verse también tabulado al final de las gráficas el listado extensivo de las técnicas histológicas y moleculares disponibles, que sitúan a dicha Unidad entre los laboratorios de referencia avanzados.

Las técnicas diagnósticas y terapéuticas especializadas disponibles incluyendo las que se han consolidado desde el año 2000 hasta el 2023 se enumeran a continuación:

- Estudios anatomopatológicos con un amplio panel de inmuno-histoquímica. Revisión de casos por un staff experto en patología quirúrgica oncológica.
- Estudios de hematopatología combinando técnicas de inmunofenotipo, inmuno-histoquímica y citometría de flujo.
- Confirmación de muestra suficiente en las biopsias ambulatorias.
- Radiología intervencionista (punción biopsia, trucut, drenaje, inserción de catéteres, prótesis, drenajes).
- Ablación por radiofrecuencia de tumores hepáticos, suprarrenales, retroperitoneales, óseos y pulmonares.
- Quimioterapia intra-arterial hepática, cerebral y de extremidades.
- Terapia fotodinámica con Photofrin de tumores cerebrales y cutáneos.
- Perfusión aislada de la extremidad con TNF e hipertermia.
- Tratamiento radical de la carcinomatosis peritoneal según técnica de Sugarbaker.
- Farmacocinética de Metotrexate para monitorizar dosis altas del fármaco.
- Cirugía del ganglio centinela en carcinoma de mama y melanoma.
- Utilización de nuevos fármacos.
- PET de estadificación tumoral.
- Tratamiento radiometabólico de cáncer de tiroides, de hígado, y de tumores neuroendocrinos.
- Resección de enfermedad residual peritoneal, hepática y pélvica.
- Radioterapia convencional con acelerador lineal, con planificación tridimensional y control bajo TAC dedicado.
- Cirugía del cáncer oligometastásico pulmonar, hepático, abdominal.
- Técnicas de Biología Molecular para la valoración de reordenamientos, translocaciones y genes supresores.
- Técnicas de citofluorometría.
- Terapia fotodinámica con Foscan de tumores cerebrales, carcinomas del tracto aerodigestivo superior y carcinomatosis peritoneal.
- Perfusión aislada hepática de las metástasis de melanoma uveal.
- Radioterapia con técnicas de Intensidad Modulada (IMRT).
- Radioterapia intraoperatoria con acelerador lineal portátil MOBETRON en cáncer de mama precoz.
- Medición de fármacos antineoplásicos por HPLC en el Laboratorio de Farmacocinética para elaborar programas terapéuticos individualizados.
- Estudio de espectrometría por RMN en lesiones tumorales cerebrales.
- Simulación virtual con TAC y PET.
- Planificación en 3 dimensiones de toda la Radioterapia.
- Fusión de imágenes TAC-TAC, TAC-RMN.
- Radiación convencional.
- Valoración semanal del isocentro y campos con sistema de imagen portal view con detector de silicio amorfo.
- Sistema de localización con implantes fiduciales Acculoc, para estimación y corrección del centrado de los campos de tratamiento en tumores de próstata y otras localizaciones.
- Radiocirugía de tumores cerebrales y otras localizaciones (vertebrales, retroperitoneales).
- Quimio-radioterapia concurrente con diferentes pautas y combinaciones.
- Vertebroplastia abierta y cerrada, descompresión por lesión tumoral de canal espinal, estabilización mediante artrodesis en la inestabilidad de origen tumoral.
- Craneotomía y extirpación de tumores cerebrales en paciente despierto para control de áreas elocuentes (languagemapping).
- Hibridación por fluorescencia in situ (FISH).
- Puesta en marcha de técnicas de biología molecular del cáncer incluyendo reordenamientos, genes supresores y translocaciones en Linfoma No Hodgkin y sarcomas. Estudio de la enfermedad mínima residual.
- Angiografía digital para Quimioterapia intraarterial (hepática, cerebral y de extremidades).
- Tratamiento de tumores superficiales con electroporación (Electroquimioterapia) y quimioterapia.
- Medición de citoquinas séricas (IL6, VEGF, IL2r, TGF β) mediante técnica de ELISA.
- Medición de TGF β en suero para valorar la incidencia de neumonitis por irradiación durante el tratamiento.
- Secuenciación ADN para estudio de genes mutados.

- Farmacocinética de 5-Fluorouracilo, paclitaxel y docetaxel, Irinotecan y sus metabolitos, adriamicina, daunorrubicina, epiadriamicina y gemcitabina, por HPLC.
- Hipofraccionamiento o dosis ablativas en radioterapia empleando técnicas de braquiterapia, acelerador lineal o implantes fiduciales.
- Farmacocinética de los derivados de platino (cisplatino, carboplatino, oxaliplatino) por espectrometría de masas, en colaboración con Laboratorios AINIA.
- Determinación de los polimorfismos asociados al fenotipo del metabolismo de la bleomicina.
- Determinación de los polimorfismos de los receptores de las cadenas de las inmunoglobulinas en las células mononucleadas de la sangre (monocitos): FcR1IIa y FcR1IIIa.
- Administración intraperitoneal de anticuerpo monoclonal REMOVAB en carcinoma de ovario.
- Consejo genético en síndromes hereditarios del cáncer.
- Psico-oncología integrada en la consulta.
- Proyecto Zahorí de calidad de vida.
- Determinación sérica de concentraciones de fármacos antidepresivos (mirtazapina, imipramina, escitalopram, paroxetina, fluoxetina y su metabolito, norfluoxetina).
- Determinación sérica de antineoplásicos inhibidores de tirosina-kinasas: erlotinib, gefitinib, lapatinib, sunitinib y sorafenib.
- Tratamiento con Decitabina (nuevo agente hipometilante) en cáncer de mama.
- Utilización de inmunoterapia con anticuerpo monoclonal anti CTLA-4 (Ipilimumab) en melanoma.
- Tratamiento intraperitoneal con Catumaxomab (anticuerpo monoclonal anti EPCAM) en carcinomatosis de cáncer epitelial de ovario.
- Vacuna de células dendríticas incubadas con Fosfatasa ácida prostática y GM-CSF en cáncer de próstata metastático.
- Hepatectomía y resección de metástasis hepáticas mediante láser de radiofrecuencia.
- Autotrasplante de progenitores hematopoyéticos para la consolidación de la respuesta y la curación de los tumores sólidos del niño y del adulto.
- Estudio de los microarrays de expresión de ARN en tumores sólidos resistentes a la quimioterapia convencional.
- Quimioterapia guiada por los genes de expresión de ARN tumoral.
- Oncoplastias de reconstrucción.
- Cirugía oncoplastica y reconstructiva aplicadas a la cirugía conservadora de la mama
- Cirugía oncoplastica y reconstructiva en la resección de tumores de piel, mucosas y partes blandas.
- Utilización de Ipilimumab en carcinoma renal metastático.
- Determinación farmacocinética de derivados de platinos (Carboplatino, Cisplatino, Oxaliplatino).
- Tratamiento del cáncer de próstata con Abiraterone (Zytiga) y Enzalutamida (Xtandi), agentes dirigidos contra el receptor de andrógenos (antiAR).
- Fármacos nuevos: Cabazitaxel (Jevtana) en cáncer de próstata, S-1 (Teysuno®) en carcinoma colorrectal, Everolimus (Afinitor) en cáncer de mama, y Dasatinib (Sprycel) en fibrosarcoma.
- Farmacocinética de Sirolimus, Everolimus y Temsirolimus.
- Farmacocinética de Pazopanib.
- Monitorización farmacológica de la administración de zumo de pomelo con farmacoterapia dirigida a dianas terapéuticas metabolizadas por citocromo P450.
- Sondas FISH para diagnóstico y pronóstico en Mieloma múltiple t(14;16)IGH/MAF y t(4;14) IGH/FGFR3.
- PET de estadificación tumoral y para la planificación de radioterapia con 18FDG y 18FColina.
- Tratamiento radiometabólico del cáncer de tiroides con ¹³¹I, de hígado con ¹³¹I Lipiodol y ⁹⁰YMicroesferas, de tumores neuroendocrinos con ¹⁷⁷Lu-Octreotido y ¹³¹I-MIBG, de las metástasis óseas con ¹⁵³Sm-Lexidronam y de los linfomas con ⁹⁰Y-Ibritumomab.
- Dosimetría radiometabólica para establecer dosis individualizadas en terapia.
- Análisis de mutaciones en los "hot spots" de los genes NRAS y PI3KCA en tumores de colon, mama y melanoma.
- Nuevos fármacos: Trastuzumab-Emtansina (T-DM1), Afatinib, Axitinib, LUTHATERA® (177LuDOTATATE).
- Radioterapia intraoperatoria de la cirugía de rescate pélvica, retroperitoneal y torácica.
- Inmunoterapia con células TIL en melanomas y cáncer renal.
- Técnicas de cultivo y estimulación de células dendríticas con tumor autólogo para preparar vacunas antitumorales.

- *Inmunoterapia con células dendríticas en mieloma múltiple y tumores sólidos metastáticos de alto riesgo.*
- *Medición de la inmunidad antitumoral mediante técnicas de ELISPOT.*
- *Apertura de Sala Blanca para Terapia Celular e Inmunoterapia del Cáncer*
- *Nuevos tratamientos: Rociletinib, Ceritinib, Levantinib, Brentuximab Vedotin, Ibrutinib, Palbociclib - Combinación de inhibidores checkpoint: Ipilimumab y Nivolumab en tumores sólidos. - Determinación farmacocinética de Nivolumab y Rituximab.*
- *Combinación de Dabrafenib y Trametinib en carcinoma de colon con mutación BRAf.*
- *Olaratumab en combinación con Doxorubicina en sarcoma.*
- *Vismodegib en carcinoma cutáneo.*
- *Combinación de Pertuzumab asociado a Trastuzumab en adyuvancia de cáncer de mama.*
- *Asociación de Letrozole y Palbociclib en cáncer de mama.*
- *Administración de nuevos fármacos incluidos atezolizumab, obinutuzumab, olaratumumab, cabozantinib, irinotecanliposómico.*
- *Administración de Neratinib, nuevo fármaco para cáncer de mama HER2+ y administración de Talazoparib en paciente con BRCA1 mut (línea germinal) afecta de sarcoma metastático.*
- *Administración de Erdafitinib y Neratinib*
- *Administración de Sacituzumabgovitecan y larotrectinib.*
- *Administración de nuevos fármacos: Amivantamab, Tebentafusp y Ivosidenib*

9. CONCLUSIONES.

1. Situación de la Oncología en 2023

a. Valoración general.

Los resultados obtenidos señalan un avance gradual y constante desde hace 25 años en la lucha contra el cáncer, que abarca numerosos programas, desde la prevención primaria, consistente en cambiar los hábitos de vida saludable, la prevención secundaria, que implica los chequeos del cáncer, el diagnóstico precoz y tratamiento multidisciplinario de la enfermedad en todas sus etapas, el desarrollo de nuevas tecnologías y medicamentos, para el tratamiento óptimo de la enfermedad, la recuperación de los enfermos en su plenitud social, familiar y laboral, el seguimiento de los enfermos curados y los cuidados paliativos y el soporte de los enfermos y sus familias cuando no se puede conseguir la curación.

Se han producido avances en todos los campos, y a veces es difícil visualizar el conjunto de los resultados. Por este motivo es importante disponer de datos estadísticos sobre los logros obtenidos. Muchas veces la pregunta que se hace todo el mundo es si se está avanzando en la curación o cuando llegará ésta. Recientemente se han publicado los resultados estadísticos obtenidos en EEUU. Son datos particulares que se pueden aplicar de un modo general al mundo occidental, puesto que los abordajes profesionales, sanitarios y tecnológicos sanitarios son compartidos de forma generalizada con Europa. Los datos publicados corresponden a la publicación de la Sociedad Americana contra el cáncer en la revista *Cancer Journal*, basado en registros operativos fiables y extensos que implican a toda la población.

El primer dato destacable es que la mortalidad por cáncer ha disminuido 27% desde 1991 hasta 2006. Se toma como referencia el año 1991 porque la mortalidad iba constantemente en aumento hasta este año, y desde entonces la disminución ha sido constante y progresiva, aproximadamente de un 1,5% anual. Los datos han empeorado durante el periodo de pandemia por Covid19, con resultados que sugieren un discreto retroceso en la mortalidad por cáncer, pero no existen valoraciones definitivas todavía.

Hay más aspectos de interés: la incidencia global de cáncer no ha aumentado en mujeres, considerándose que permanece estable, mientras que en hombres ha disminuido un 2%. Cuando se estudian los diversos tipos de cáncer, la disminución en la incidencia se refiere a cáncer de pulmón, mama, próstata y colo-rectal, es decir en los cánceres más frecuentes del hombre y la mujer. Ha habido, por el contrario, durante este periodo un aumento de incidencia en melanoma, hígado, páncreas y tiroides.

Los avances se traducen principalmente en los buenos resultados en términos de curación en cáncer de próstata, y mama, así como melanoma. Los tumores con bajos resultados siguen siendo páncreas, hígado, esófago y pulmón, aunque también en estos se han obtenido mejores resultados en la supervivencia.

Se han apreciado en los EEUU diferencias entre grupos socioeconómicos desfavorecidos, y entre diferentes etnias. Posiblemente estas diferencias son menores en países con asistencia sanitaria universal, como existe en España y Europa. No se puede apuntar un avance que haya sido extraordinario o exclusivo en estos resultados, y debe asignarse como un aspecto prioritario la adopción por parte de la población de un estilo de vida saludable, con una dieta apropiada, haciendo más ejercicio, previniendo la obesidad, siguiendo los chequeos oportunos para la detección precoz del cáncer de mama, ginecológico, colo-rectal, prostático y pulmonar.

La pandemia de Covid-19 ha significado un retroceso asistencial de pacientes oncológicos, afectando tanto al diagnóstico precoz como a las diferentes fases del tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Además, los pacientes con cáncer han presentado mayor morbilidad y mortalidad frente a la infección por coronavirus. Los datos preliminares indican un incremento en mortalidad, aunque faltan valoraciones detalladas que permitan establecer los resultados finales.

b. Inmunoterapia del cáncer.

Uno de los hallazgos extraordinarios de los últimos diez años ha sido el desarrollo de la inmunoterapia con fármacos inhibidores de los denominados checkpoints. Se trata de medicamentos intravenosos, distintos de la quimioterapia por su mejor tolerancia y efectos secundarios, que se han asociado con una favorable tasa de respuesta y una buena calidad de vida. También se ha desarrollado con gran ímpetu la inmunoterapia adoptiva con células autólogas (CAR-T, TIL, CIK, y otras) y la utilización de anticuerpos biespecífico con reconocimiento de células inmunes y antígenos tumorales.

La irrupción de estos nuevos medicamentos ha sido espectacular por la rapidez con la que han conseguido aprobaciones en diferentes tumores y también en la cantidad de fármacos relacionados que se han ido registrando. Ha sido la revolución terapéutica más impactante de la oncología en los últimos 30 años porque se ha abierto la puerta a numerosos abordajes inmunológicos. Los ICI (*immunological checkpoint inhibitors*) son por lo tanto una cita obligada de la atención.

Los tumores donde ICI está acreditado son cáncer de pulmón, cáncer de vejiga urinaria, melanoma, cáncer de riñón, cáncer de mama triple negativo, hepatocarcinoma, cáncer de esófago y gastroesofágico, cáncer de ovario, cervix, glándulas salivales, tumor neuroendocrino de Merkel y el cáncer epidermoide de la piel.

Por el contrario, no parece haberse demostrado respuesta favorable en leucemias agudas, mieloma múltiple o en tumores cerebrales. Todavía no hay datos definitivos de tratamiento con ICI en tumores pediátricos o en sarcomas.

Se ha aprobado la utilización de ICI en los tumores con alta tasa mutacional (Síndrome de Lynch y otros con reparación defectuosa del ADN). La carga mutacional tumoral puede medirse en la biopsia, o también en sangre (biopsia líquida). Sorprendentemente la respuesta a los ICI tiene cierta relación con la ausencia de tratamiento antibiótico durante el mismo, atribuido a que los cambios en la flora intestinal pueden perjudicar a la respuesta a ICI. Hay varias comunicaciones explorando la combinación de maniobras de potenciación inmunológica simultáneamente con el tratamiento ICI, sin datos definitivos. En conjunto los resultados confirman el papel importante de los ICI en algunos tumores en los que están acreditados y se elaboran estrategias de mejorar los resultados mediante la combinación con quimioterapia y/o radioterapia, avanzando la administración de ICI a primera línea o incluso antes de la operación.

El Premio Nobel de Medicina en 2018 fue otorgado a James Allison y a Tasuku Houjo por el descubrimiento y desarrollo de los primeros ICI, CTLA4 y PD1 respectivamente. No se han premiado Arlene Sharpe, Gordon Freeman y Lieping Chen, que han descubierto y desarrollado casi simultáneamente PDL1.

Ha tenido un especial impacto la Inmunoterapia específica mediante células T modificadas in vitro (CAR-T Cells). Los avances de inmunoterapia específica, mediante la producción in vitro de las células CAR-T han sido espectaculares, produciendo la curación definitiva en pacientes con leucemia aguda linfocítica, mieloma múltiple, y linfoma no Hodgkin de alto grado, resistentes a múltiples líneas de tratamiento. Los programas obtienen las células T del propio paciente y se modifican in vitro para conseguir la selectividad tumoral para llevarlas posteriormente a una fase de expansión in vitro. Se inyectan en un orden de 1-10e6 células CART/ kg en un único tratamiento. Se ha comprobado la presencia de dichas células en la sangre del paciente varios meses después de un único tratamiento. Es previsible su aplicación en fases más precoces de la enfermedad y los efectos secundarios son tolerables con una muy baja mortalidad.

Existen dificultades en la aplicación de celular CAR-T en tumores sólidos por la dificultad de identificar neoantígenos que permitan la selectividad inmunológica, pero es una área de intenso desarrollo y se esperan avances en los próximos años.

c. Genómica.

La genómica y transcriptómica fundamentan el enfoque personalizado del tratamiento del cáncer. Los avances en el conocimiento de los genes implicados, en el descubrimiento y desarrollo de fármacos dirigidos a los genes alterados y en la confección de los programas específicos para cada tumor, se producen lentamente. Existen indicaciones terapéuticas basadas en los datos de biología molecular, ampliándose las aprobaciones gradualmente.

En España hay escasos grupos capaces de aplicar estas tecnologías a la práctica clínica y destaca la iniciativa presentada por la Ponencia sobre Genómica en el Senado, en enero 2019, que ha elaborado un documento final recomendando realizar una estrategia de medicina personalizada a diez años vista, implicando la red asistencial pública y dirigida a cáncer, enfermedades hereditarias infrecuentes y otras entidades donde se aprecien evidencias de beneficio clínico.

La colaboración de la PO en el desarrollo de la transcriptómica tumoral para predecir la respuesta a la quimioterapia, fármacos diana e inmunoterapia debe ser considerada como un esfuerzo pionero que ha cumplido las expectativas. Los primeros estudios de la PO se efectuaron hace 15 años y actualmente se realiza rutinariamente cuando se agotan los tratamientos habitualmente recomendados. Se ha podido constatar que estas

técnicas se aplican de forma progresiva en los centros más destacados de investigación del cáncer.

2. Situación de la Plataforma de Oncología en 2022.

A) Actividad académica:

Durante el año 2023 la PO no ha impartido el MUDAOMP (Máster de Oncología Multidisciplinaria Personalizada) como actividad docente post-grado de integración de las especialidades oncológicas en la UCAM (Universidad Católica de Murcia). Impartir el Máster MUDAOMP fue una iniciativa recomendada por la Comisión Evaluadora Externa de la PO, a los diez años de funcionamiento, como una expansión del modelo médico asistencial desarrollado. Recientemente esta propuesta se ha visto refrendada por las iniciativas que han surgido a través de la Academia de Ciencias de los EEUU, que coinciden en señalar el interés prioritario del abordaje de la Ciencia en Equipo (Science of the Team-Science) estableciendo programas concretos para implementar este abordaje a todos los niveles (pregrado y postgrado-especialización).

En la PO se han realizado 8 Tesis Doctorales, con datos procedentes del Hospital Quirónsalud Torrevieja. Queda pues constancia de que hay un ámbito de investigación favorable que permite hacer aportaciones novedosas y significativas.

Por otra parte, es conveniente transmitir el abordaje multidisciplinario integrado en la docencia pregrado (enfermería, psicología, medicina), y en la práctica clínica hospitalaria, anticipándose a las necesidades previsibles de los próximos años. La PO asume la responsabilidad de asesorar y colaborar en todos los proyectos que se tenga a bien poner en marcha.

B) Desarrollo del modelo de Oncología Personalizada:

El tratamiento de precisión en Oncología es definido recientemente como el enfoque personalizado de cada enfermo basado en la genómica y trascríptómica tumoral. Este enfoque personalizado ha sido desarrollado especialmente en la PO y constituye su programa más emblemático.

La Oncología Personalizada está basada en las alteraciones específicas de cada tumor que pueden ser tratadas mediante abordajes personalizados o fármacos diana.

Los fármacos utilizados tienen bajo perfil tóxico y están sujetos a variaciones interpersonales e intrapersonales, que requieren estudios farmacológicos y datos genómicos del enfermo. La combinación de varios fármacos diana dirigidos a distintas alteraciones tumorales conlleva mayor complejidad, y la evaluación de los resultados representa una nueva dificultad ya que los criterios desarrollados para medir la respuesta hasta el momento actual se basan en la destrucción del tumor, mientras que los efectos biológicos de los tratamientos personalizados pueden actuar bajo otros mecanismos distintos, como son entre otros, el control inmunológico, la quiescencia tumoral, la diferenciación celular o la destrucción exclusiva de las células madre del tumor. Todos estos mecanismos alternativos se diferencian de la citotoxicidad porque pueden mantener durante un tiempo indefinido el volumen del tumor, impidiendo el crecimiento de éste. Para demostrar el efecto biológico es necesario desarrollar modelos de imágenes funcionales con marcador específico tumoral-PET incorporando técnicas de radiofarmacia que complementen los estudios farmacológicos. FDG-PET mide el

metabolismo (avidez por glucosa) tumoral y en algunos tumores proporciona información correcta sobre la respuesta.

Uno de los problemas encontrados se refiere al cambio conceptual del paradigma asistencial. Los centros y unidades hospitalarias existentes se han preparado para asumir el tratamiento consensuado, la aplicación de protocolos acreditados en pacientes poco seleccionados, porque elimina la variación terapéutica y homogeniza los resultados. Sustituir el itinerario acreditado de los estudios aleatorizados basados en resultados estadísticos fiables y reproducibles, por el enfoque personalizado, en el que cada paciente es beneficiario de un abordaje individual es un reto formidable que la medicina de precisión científica paradójicamente parece que debe superar.

El mayor inconveniente sin embargo es la dificultad organizativa y estructural que permita disponer de forma inmediata y a tiempo real del perfil genético tumoral, los estudios farmacológicos de cada enfermo y valoración clínica precoz de la respuesta para ajustar el tratamiento a los resultados obtenidos. Las aportaciones recientes de inmunoterapia del cáncer contribuyen especialmente al enfoque personalizado. Para conseguirlo hay que desarrollar los modelos asistenciales de la medicina en equipo, además de las unidades especializadas.

Las tecnologías disponibles, cada vez más coste-eficientes, permite la aplicación habitual de los abordajes personalizados. Es previsible que la selección personalizada basada en la genómica reduzca el coste terapéutico al descartar los tratamientos fútiles/espurios.

Desde la perspectiva asistencial, el desarrollo del modelo desarrollado por la PO, es susceptible de un planteamiento más amplio, contando con el apoyo institucional, para potenciar la calidad clínica e investigadora. Los resultados preliminares son favorables y pueden servir de base para un proyecto de mayor envergadura, exportable a otros centros de Quirónsalud u otros centros sanitarios ajenos al grupo. Se sugiere explorar diferentes alternativas para su desarrollo.

C) Proyecto asistencial de la PO:

Ante la situación económico-financiera actual hay que definir los objetivos atendiendo a las necesidades reales de la sociedad y promover los proyectos más significativos de acuerdo con criterios de eficacia, calidad y rentabilidad.

Los datos asistenciales de las diferentes áreas de la PO muestran el camino para mejorar los resultados:

- Priorizar los conciertos con compañías aseguradoras teniendo en cuenta las necesidades y precios del mercado.
- Definir el coste real de la asistencia multidisciplinaria, en términos de resultados, costes de financiación y satisfacción de los agentes implicados (enfermos, familiares y personal sanitario).
- Mantener la consulta multidisciplinaria como una aportación estructural que reduce el coste de la consulta múltiple.
- Es conveniente recuperar las prestaciones singulares o las tecnologías punteras, porque lleva consigo perder la faceta visible de la calidad asistencial. Dicho de otra forma, se han introducido muchos competidores y no debemos perder la diferencia en calidad con los centros de la región. Esto afecta al mejoramiento y reposición de las tecnologías recientemente descatalogadas (radiofarmacia, cirugía robótica)

- Dinamizar los programas derivados de la inmunoterapia y terapia celular, consiguiendo desarrollar abordajes de terapia combinada.
- Mantener activa la relación con las comunidades extranjeras de la región y desarrollar contactos con los responsables de los servicios de salud de los países europeos de residencia con vistas a desarrollar programas asistenciales, ofertando en la medida de lo posible precios cerrados o forfaits compatibles con los costes en los países de origen.
- Es obligado reiterar que la dotación tecnológica de la PO está todavía incompleta, de acuerdo con los pactos y estipulaciones del contrato inicial. El paso del tiempo ha acreditado que el retraso en la consecución de los objetivos previstos es contraproducente.
- Continuar el desarrollo de la medicina oncológica de precisión dirigida a las alteraciones genómicas, transcriptómica y proteómicas del tumor, incorporando las técnicas punteras en la medida que se acrediten, para acelerar el cambio de ciclo y por encima de todo lograr el beneficio de los enfermos.
- Observar los cambios en la financiación de los nuevos fármacos y apoyar las iniciativas que permitan la máxima distribución y difusión.

10. TABLAS Y GRÁFICAS DE LA ACTIVIDAD ACUMULATIVA ANUAL DE LA PLATAFORMA DE ONCOLOGÍA

(enero 2023 a diciembre 2023)

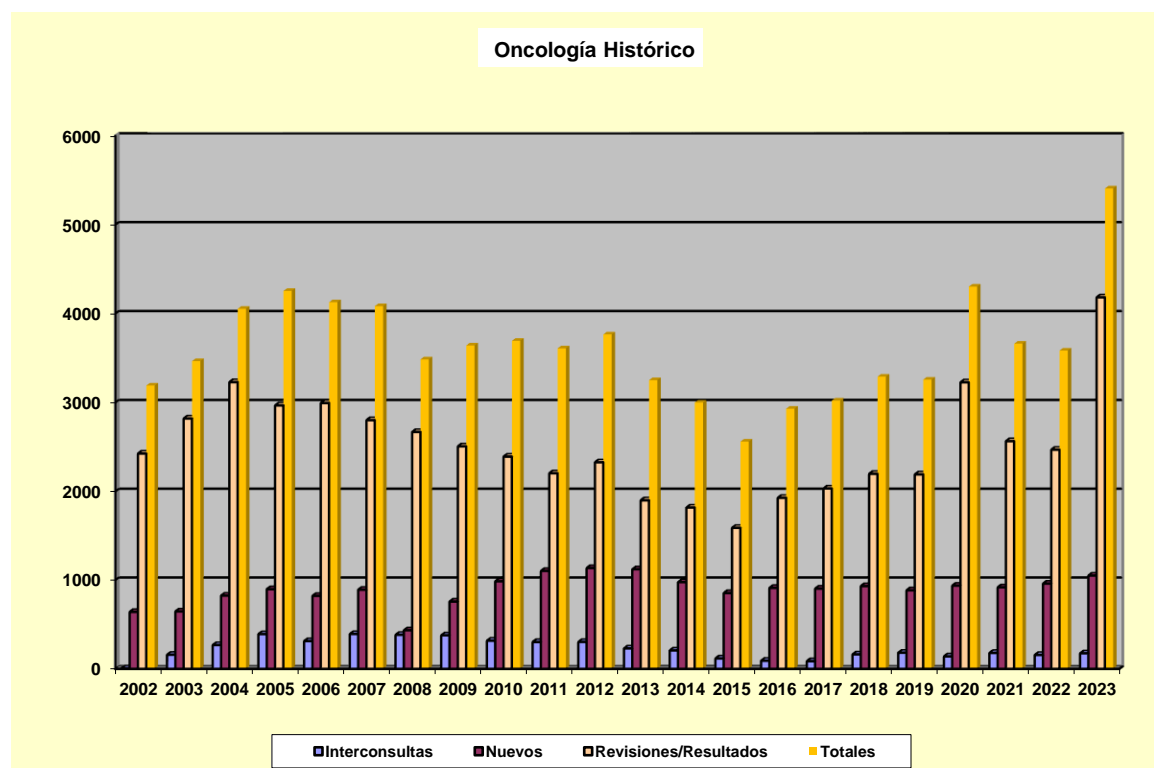
Consultas Externas

| | Pacientes Nuevos | Revisiones | Resultados | Interconsultas |
|--------------|------------------|--------------|------------|----------------|
| Enero | 97 | 282 | 20 | 16 |
| Febrero | 86 | 302 | 24 | 11 |
| Marzo | 94 | 370 | 42 | 16 |
| Abril | 77 | 291 | 35 | 12 |
| Mayo | 82 | 323 | 38 | 12 |
| Junio | 95 | 340 | 32 | 18 |
| Julio | 89 | 289 | 25 | 14 |
| Agosto | 95 | 302 | 29 | 8 |
| Septiembre | 73 | 314 | 25 | 10 |
| Octubre | 89 | 355 | 41 | 27 |
| Noviembre | 86 | 312 | 59 | 21 |
| Diciembre | 88 | 303 | 30 | 9 |
| Total | 1.051 | 3.783 | 400 | 174 |

*(En 2023 se continúa la actividad en Quirónsalud Albacete, resultando un total de 66 pacientes nuevos y 1.429 revisiones).

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Totales | 1.889 | 3.191 | 3.466 | 4.054 | 4.255 | 4.128 | 4.084 | 3.485 | 3.641 | 3.694 | 3.609 | 3.766 | 3.251 | 3.000 | 2.560 | 2.930 | 3.022 | 3.291 | 3.257 | 4.303 | 3.662 | 3.584 | 5.408 |
| Incremento Anual | 1 | 1,69 | 1,83 | 2,14 | 2,25 | 2,18 | 2,16 | 1,84 | 1,92 | 1,95 | 1,91 | 1,99 | 1,72 | 1,58 | 1,35 | 1,55 | 1,59 | 1,74 | 1,72 | 2,27 | 1,94* | 1,89 | 2,86 |

*(El incremento anual correspondiente a 2021 se ha comparado con el de 2019, ya que en 2020 se incluyeron las consultas de Quirón Albacete y en 2021 se contemplan por separado)



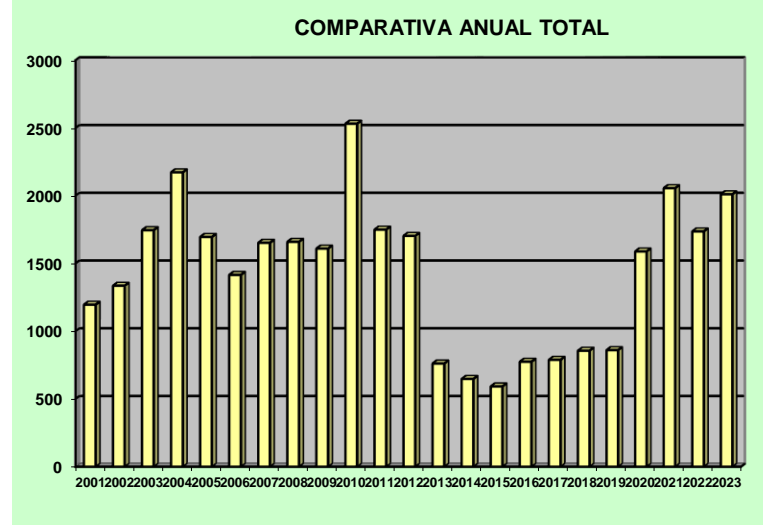
FARMACIA: Tratamientos Oncológicos
(enero 2023 a diciembre 2023)

| | Tratamientos Nuevos | Pacientes Tratados | Tratamientos Totales |
|----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| Enero-Abril | 17 | 71 | 684 |
| Mayo-Agosto | 33 | 80 | 646 |
| Septiembre-Diciembre | 38 | 82 | 681 |
| Totales | 88 | 233 | 2011 |

El número de mezclas de citostáticos preparadas en 2023 ha sido de 2011.

2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totales | 1196 | 1336 | 1746 | 2173 | 1696 | 1416 | 1653 | 1660 | 1610 | 2532 | 1750 | 1704 | 762 | 648 | 593 | 775 | 789 | 856 | 861 | 1589 | 2056 | 1737 | 2011 |
| Incremento Anual | 1 | 1,12 | 1,46 | 1,81 | 1,41 | 1,18 | 1,38 | 1,38 | 1,34 | 2,11 | 1,46 | 1,42 | 0,63 | 0,54 | 0,49 | 0,64 | 0,65 | 0,71 | 0,71 | 1,32 | 1,71 | 1,45 | 1,68 |



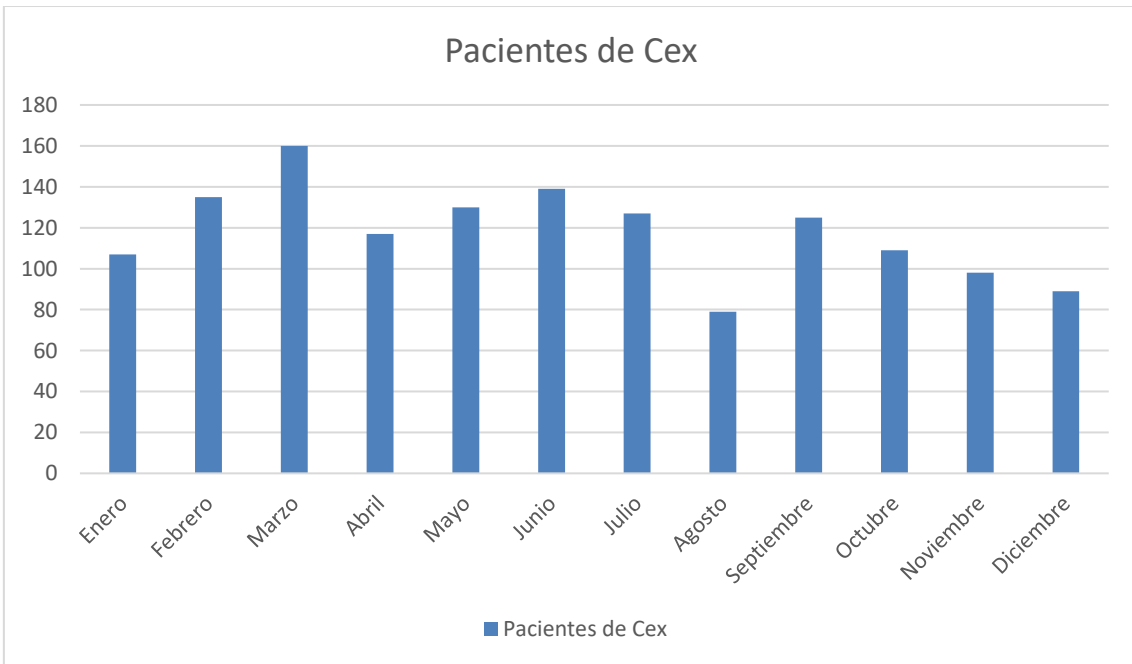
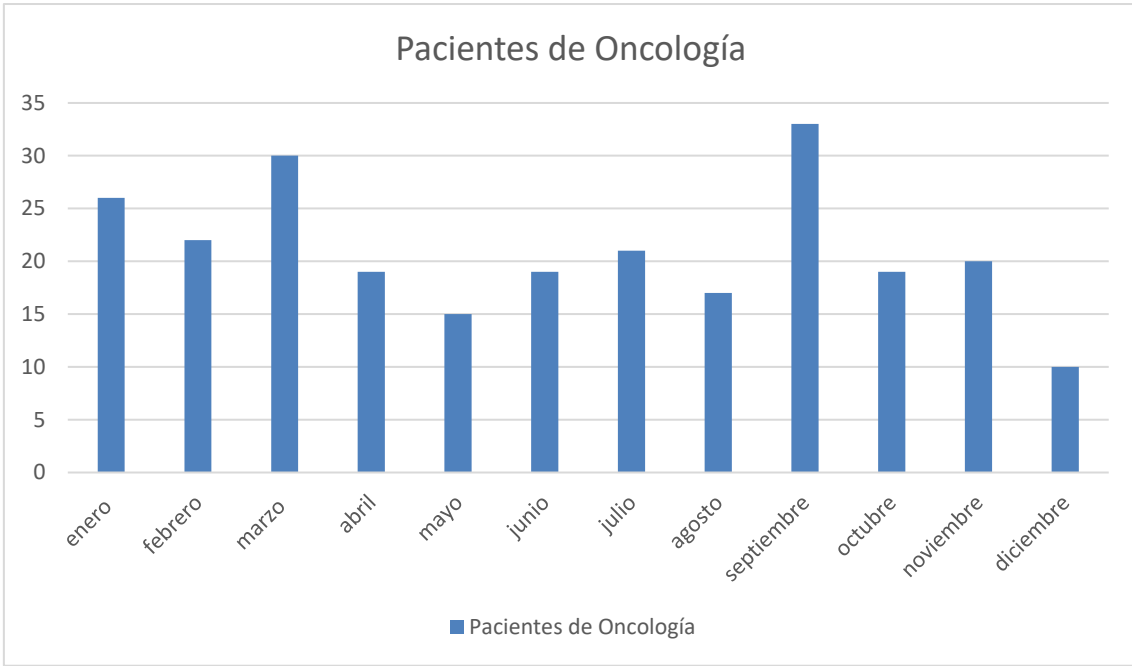
ACTIVIDAD PSICO-ONCOLOGÍA

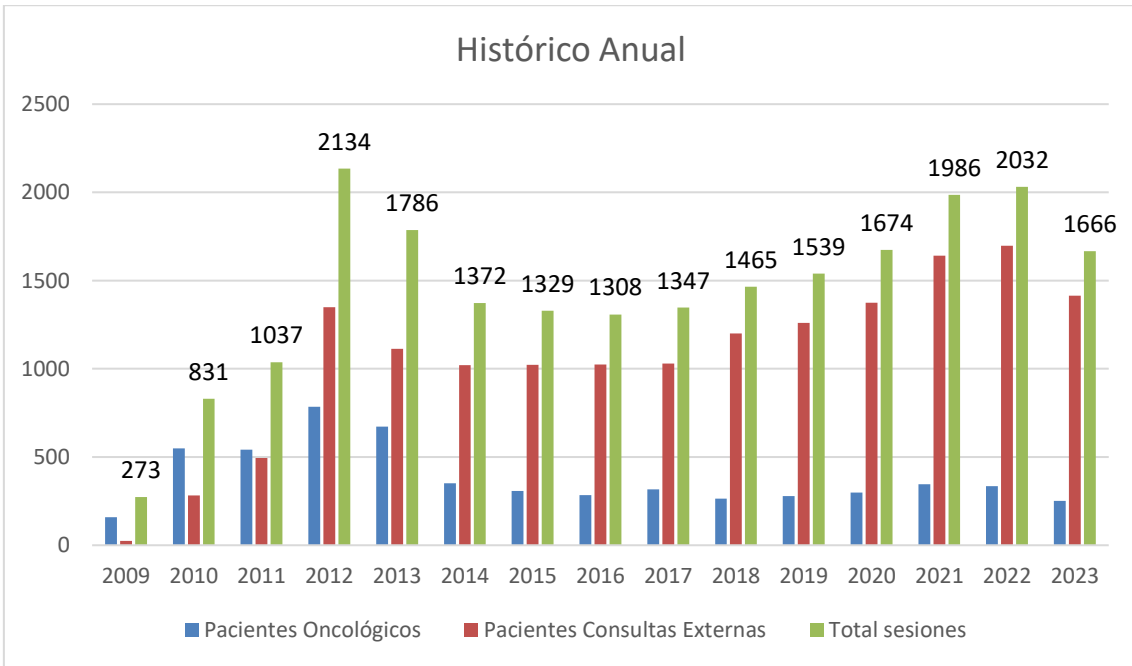
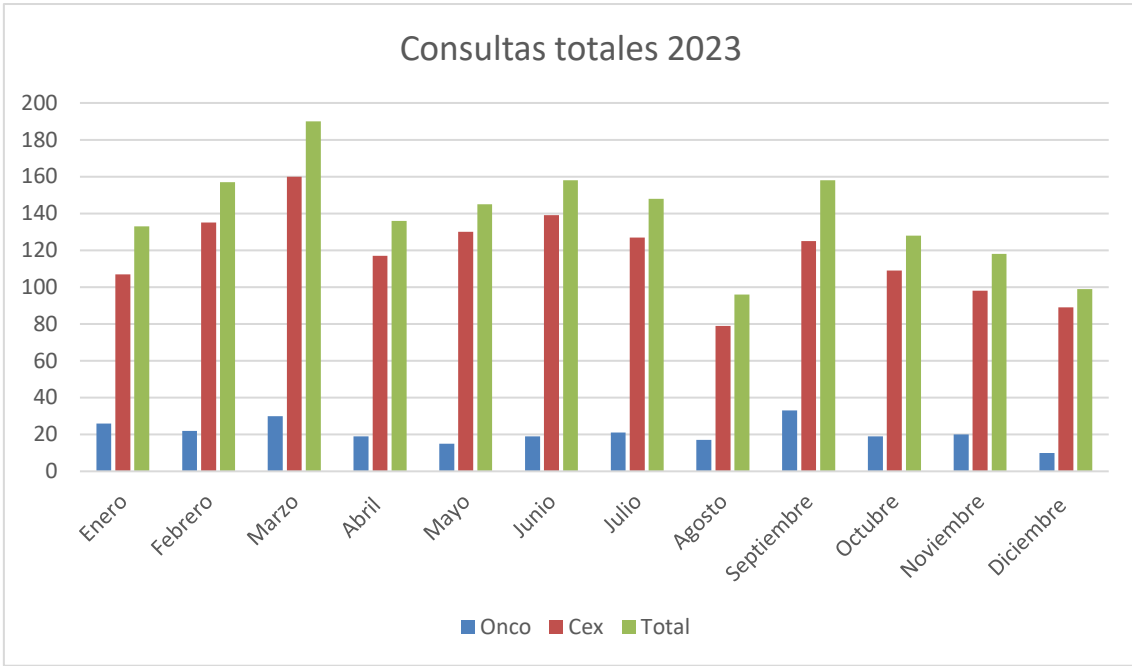
(enero 2023 a diciembre 2023)

Desde enero de 2023, únicamente se han atendido por Psico-oncología pacientes privados con sesiones de 1 hora de duración.

Las estadísticas de 2023 siguiendo los índices utilizados los años anteriores son:

| Meses | Sesiones con Pacientes Oncología | Sesiones con Pacientes C. Externas | Total Sesiones |
|--------------|---|---|-----------------------|
| ENERO | 26 | 107 | 133 |
| FEBRERO | 22 | 135 | 157 |
| MARZO | 30 | 160 | 190 |
| ABRIL | 19 | 117 | 136 |
| MAYO | 15 | 130 | 145 |
| JUNIO | 19 | 139 | 158 |
| JULIO | 21 | 127 | 148 |
| AGOSTO | 17 | 79 | 96 |
| SEPTIEMBRE | 33 | 125 | 158 |
| OCTUBRE | 19 | 109 | 128 |
| NOVIEMBRE | 20 | 98 | 118 |
| DICIEMBRE | 10 | 89 | 99 |
| TOTAL | 251 | 1415 | 1666 |





| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Pacientes Oncológicos | 159 | 549 | 542 | 784 | 673 | 351 | 307 | 284 | 317 | 264 | 278 | 299 | 345 | 335 | 251 |
| Pacientes Consultas Externas | 24 | 282 | 495 | 1350 | 1113 | 1021 | 1022 | 1024 | 1030 | 1201 | 1261 | 1375 | 1641 | 1697 | 1415 |
| Total Sesiones | 273 | 831 | 1037 | 2134 | 1786 | 1372 | 1329 | 1038 | 1347 | 1465 | 1539 | 1674 | 1986 | 2032 | 1666 |
| Índice | | 1 | 1,24 | 2,56 | 2,14 | 1,65 | 1,59 | 1,24 | 1,62 | 1,76 | 1,85 | 2,01 | 2,38 | 2,44 | 2 |

UNIDAD DE FARMACOTERAPIA PERSONALIZADA.

DATOS DE ACTIVIDAD

2023

Número de ciclos monitorizados por fármaco y trimestre (Quimioterápicos clásicos).

| Fármaco | Trimestre | | | | Total |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | |
| Irinotecan | 6 | 2 | 11 | 11 | 30 |
| 5- Fluorouracilo | 16 | 8 | 18 | 8 | 50 |
| Paclitaxel | 3 | 7 | 11 | 4 | 25 |
| Docetaxel | 5 | 5 | 3 | 0 | 13 |
| Doxorrubicina | 4 | 2 | 3 | 0 | 9 |
| Gemcitabina | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 |
| Pemetrexed | 2 | 3 | 3 | 1 | 9 |
| Carboplatino | 0 | 8 | 4 | 1 | 13 |
| Cisplatino | 10 | 6 | 14 | 6 | 36 |
| Oxaliplatino | 10 | 4 | 8 | 5 | 27 |
| Total | 58 | 47 | 77 | 39 | 221 |

Número de ciclos monitorizados por fármaco y trimestre (Terapias Dirigidas).

| Fármaco | Trimestre | | | | Total |
|--------------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | |
| Sirolimus | 2 | 2 | - | - | 4 |
| Total | 2 | 2 | - | - | 4 |

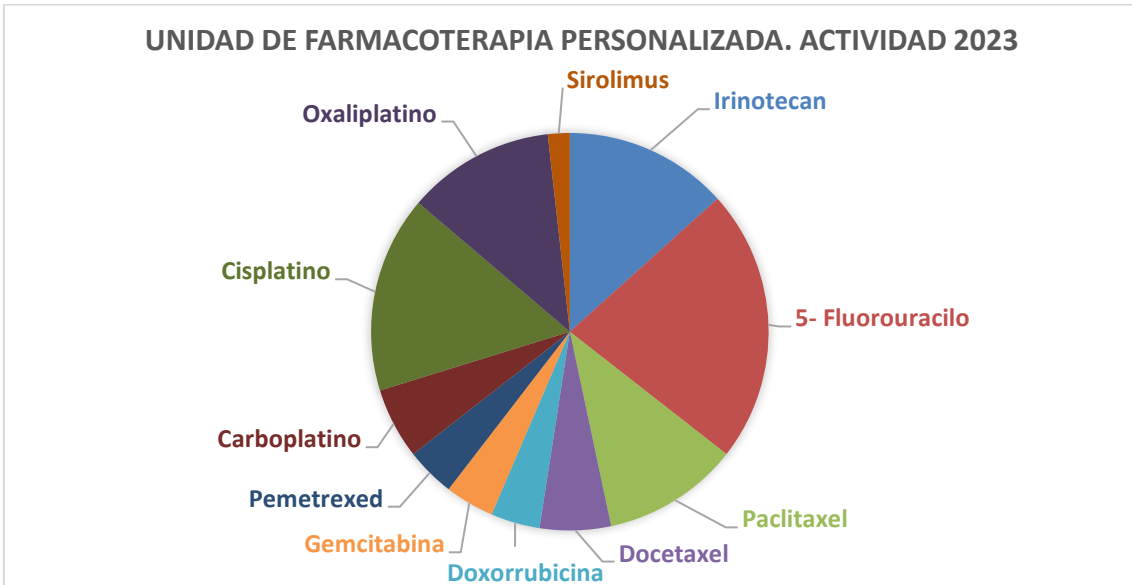


Figura 1. Porcentaje de ciclos monitorizados por fármaco durante el año 2023.

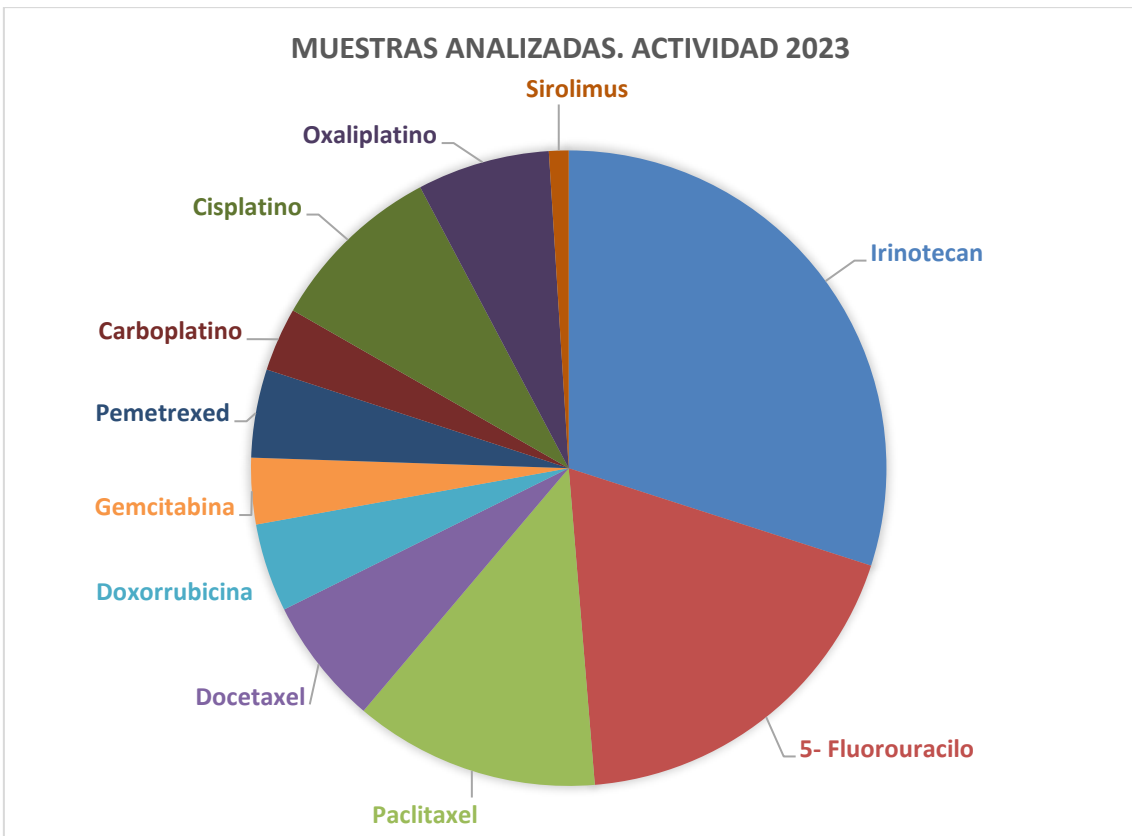


Figura 2. Porcentaje de muestras analizadas por fármaco durante el año 2023.

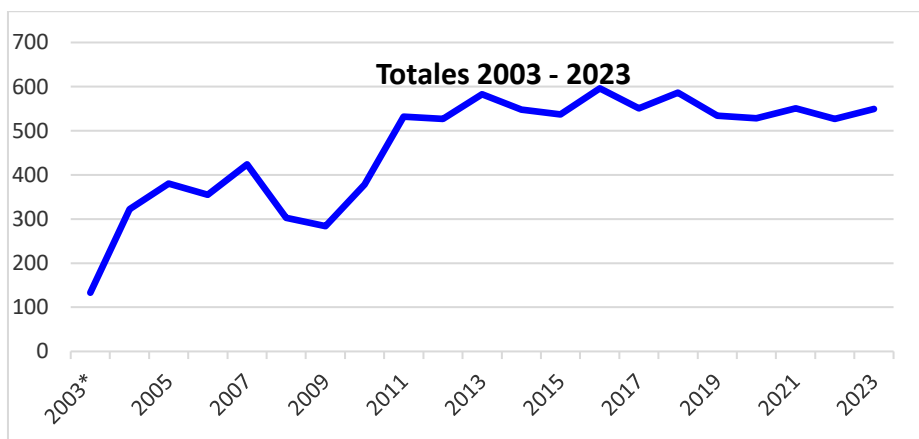
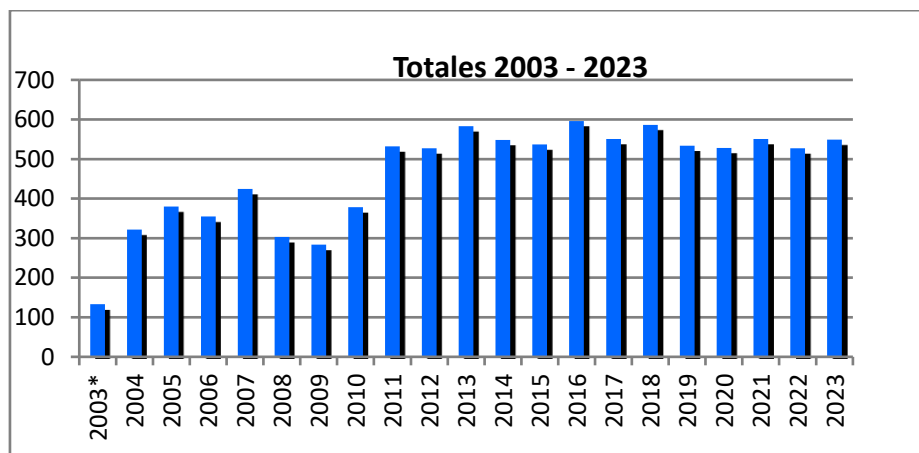
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

1- PACIENTES TOTALES: AÑO 2023

(enero - diciembre 2023)

Se mantiene en el número total de pacientes vistos para tratamientos de radioterapia, que alcanza los niveles de pacientes previos al inicio de la pandemia.

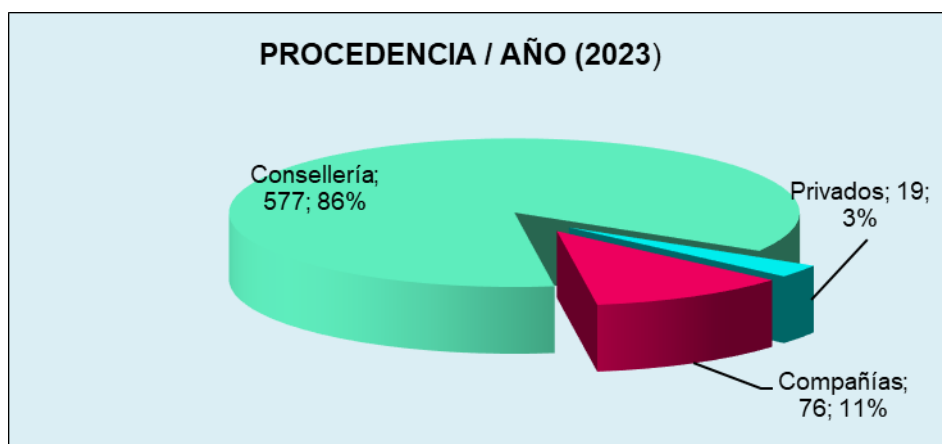
| | 2003* | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totales | 133 | 322 | 380 | 355 | 424 | 303 | 284 | 378 | 532 | 527 | 583 | 548 | 537 | 596 | 551 | 586 | 534 | 501 | 550 | 559 | 577 |
| Increment | 1 | 2,42 | 2,85 | 2,66 | 3,18 | 2,27 | 2,13 | 2,84 | 4 | 3,96 | 4,38 | 4,12 | 4,04 | 4,48 | 4,14 | 4,4 | 4,02 | 3,77 | 4,14 | 4,2 | 4,34 |

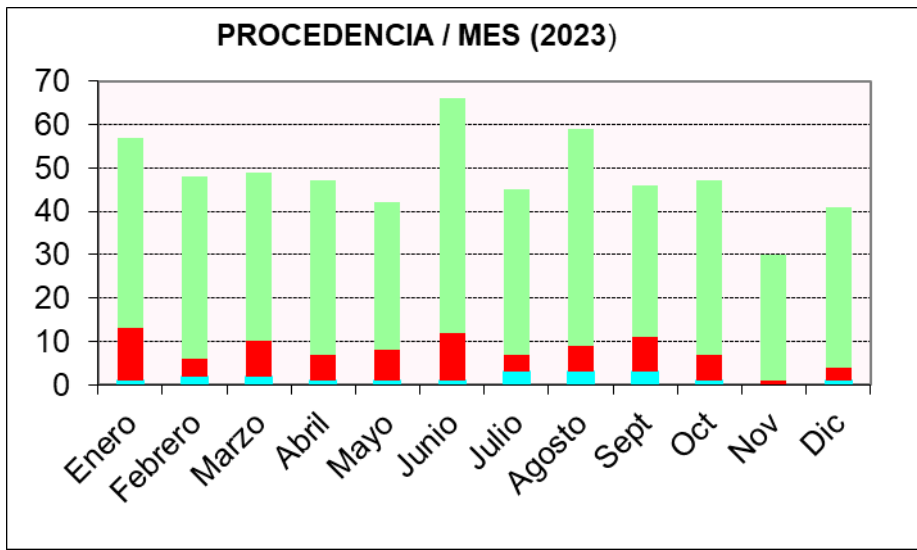
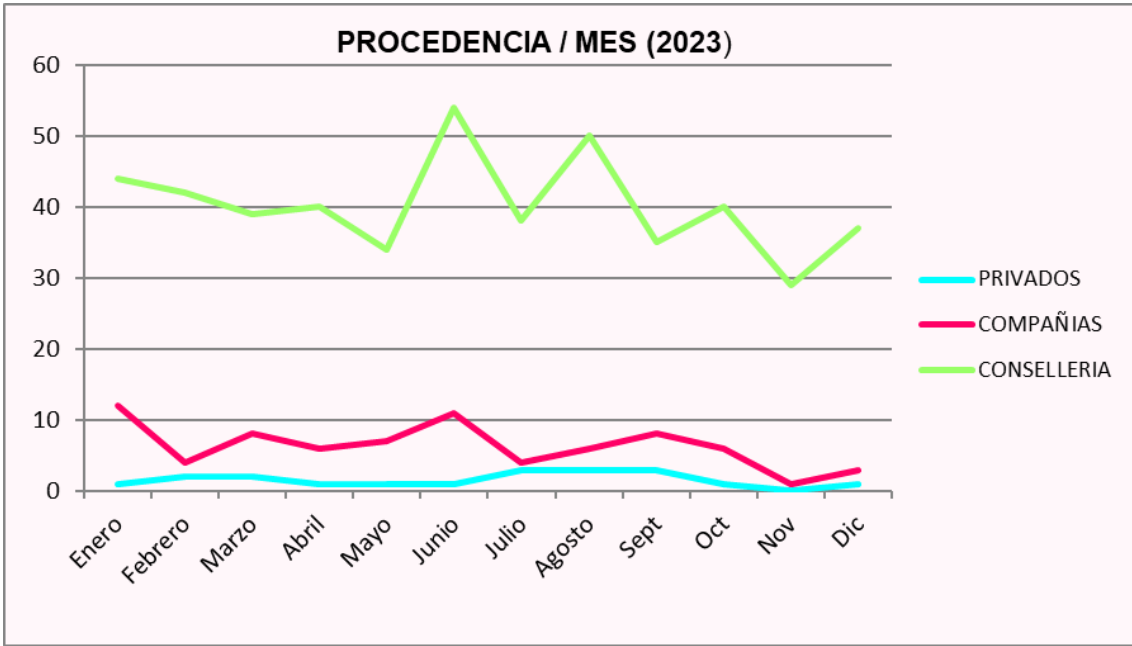


2 - PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA: Año 2023

Desde octubre de 2021 (cambio de la gestión del Hospital de Torrevieja a gestión pública) los pacientes se derivan remitidos desde la Consellería de Sanidad Valenciana.

| Privados Compañías Consellería Totales | | | | |
|---|-----------|-----------|------------|------------|
| ENERO | 1 | 12 | 44 | 57 |
| FEBRERO | 2 | 4 | 42 | 48 |
| MARZO | 2 | 8 | 39 | 49 |
| ABRIL | 1 | 6 | 40 | 47 |
| MAYO | 1 | 7 | 34 | 42 |
| JUNIO | 1 | 11 | 54 | 66 |
| JULIO | 3 | 4 | 38 | 45 |
| AGOSTO | 3 | 6 | 50 | 59 |
| SEPTIEMBRE | 3 | 8 | 35 | 46 |
| OCTUBRE | 1 | 6 | 40 | 47 |
| NOVIEMBRE | 0 | 1 | 29 | 30 |
| DICIEMBRE | 1 | 3 | 37 | 41 |
| TOTALES | 19 | 76 | 482 | 577 |





3 - PACIENTES TRATADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO: Año 2023

Durante estos años se han ido incorporando y consolidado la realización de procedimientos complejos que requieren los pacientes, a favor de los procedimientos especiales frente a la irradiación convencional 3D.

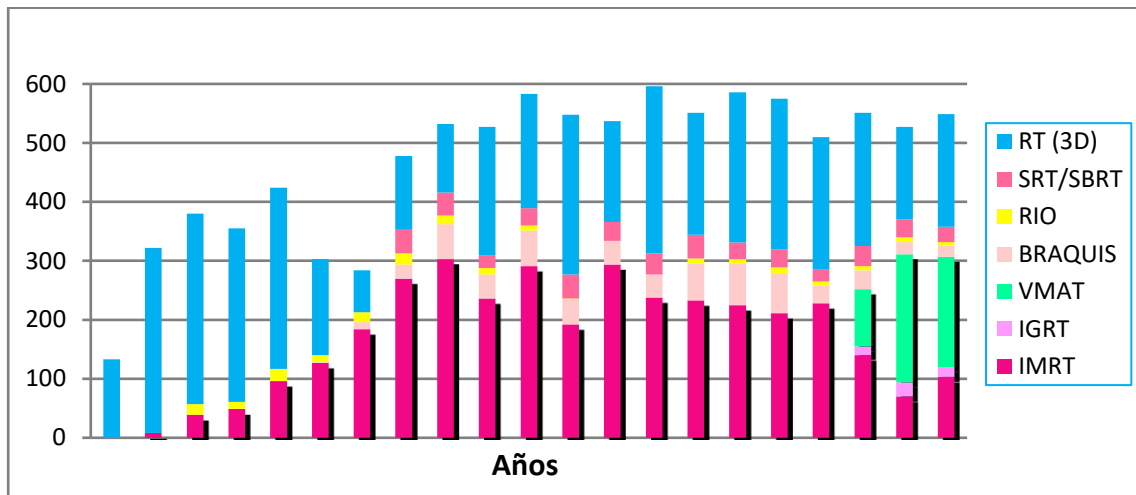
| | 2003* | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| IMRT | | 8 | 39 | 49 | 96 | 127 | 184 | 270 | 303 | 236 |
| IGRT | | | | | | | | | | |
| VMAT | | | | | | | | | | |
| Braquiterapia | | - | - | - | - | 1 | 12 | 24 | 59 | 41 |
| RIO | | - | 18 | 12 | 21 | 12 | 17 | 19 | 15 | 11 |
| SRT/SBRT | | - | - | - | - | - | - | 41 | 39 | 21 |
| | | | | | | | | | | |
| RT (3D) | 133 | 314 | 323 | 294 | 307 | 163 | 71 | 124 | 116 | 218 |
| T Especiales | | | 57 | 61 | 117 | 140 | 213 | 354 | 416 | 309 |
| Totales | 133 | 322 | 380 | 355 | 424 | 303 | 284 | 378 | 532 | 527 |
| | | | | | | | | | | |
| Incremento | | | 1 | 1,07 | 2,05 | 2,45 | 3,74 | 5,49 | 6,61 | 5,05 |

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| IMRT | 291 | 192 | 294 | 238 | 233 | 225 | 211 | 228 | 140 | 70 | 103 |
| IGRT | | | | | | | | | 15 | 24 | 17 |
| VMAT | | | | | | | | | 97 | 217 | 187 |
| Braquiterapia | 60 | 43 | 40 | 39 | 62 | 71 | 68 | 30 | 32 | 21 | 19 |
| RIO | 9 | 1 | 0 | 0 | 9 | 7 | 10 | 7 | 7 | 8 | 6 |
| SRT/SBRT | 29 | 41 | 32 | 36 | 40 | 28 | 31 | 20 | 34 | 30 | 26 |
| | | | | | | | | | | | |
| RT (3D) | 194 | 271 | 171 | 283 | 207 | 255 | 255 | 225 | 226 | 157 | 191 |
| T Especiales * | 289 | 277 | 366 | 313 | 344 | 331 | 320 | 285 | 325 | 370 | 358 |
| Totales | 583 | 548 | 537 | 596 | 551 | 586 | 534 | 513 | 551 | 527 | 549 |
| | | | | | | | | | | | |
| Incremento | 6,32 | 4,86 | 6,08 | 5,32 | 6,03 | 6,19 | 5,61 | 5 | 5,7 | 5,05 | 5,7 |

* **Procedimientos especiales:** IMRT, IGRT (Radioterapia guiada por imágenes), VMAT (Arcoterapia Volumétrica Conformada), Braquiterapia (HDR: de alta tasa), Radioterapia Intraoperatoria (RIO) Radiocirugía estereotáxica (SRS/SBRT),

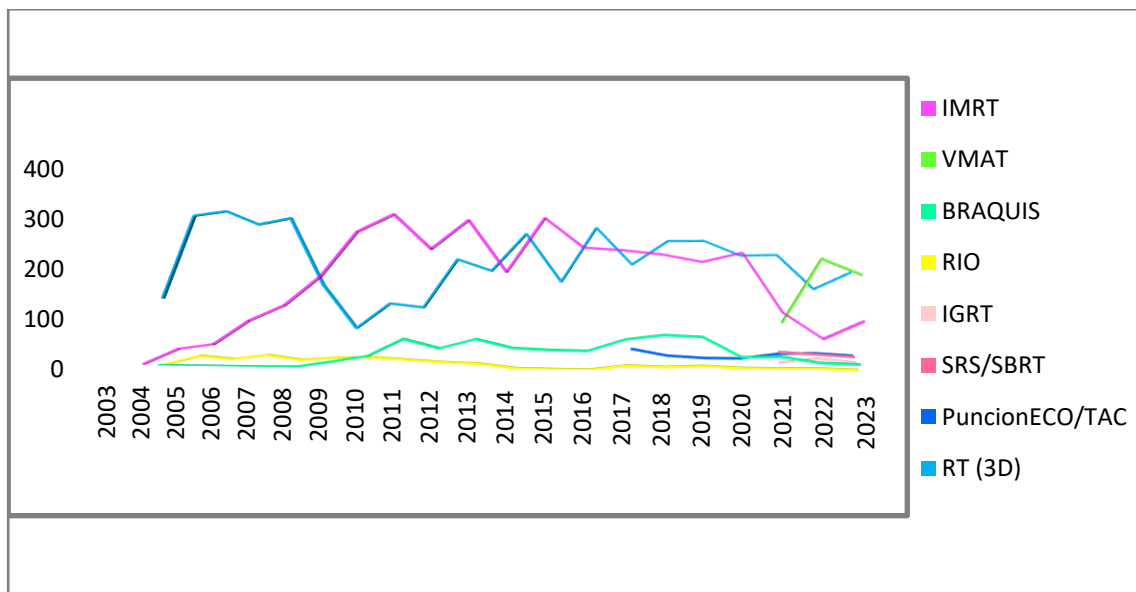
RT (3D): Radioterapia tridimensional

Procedimientos /Año 2003-2023



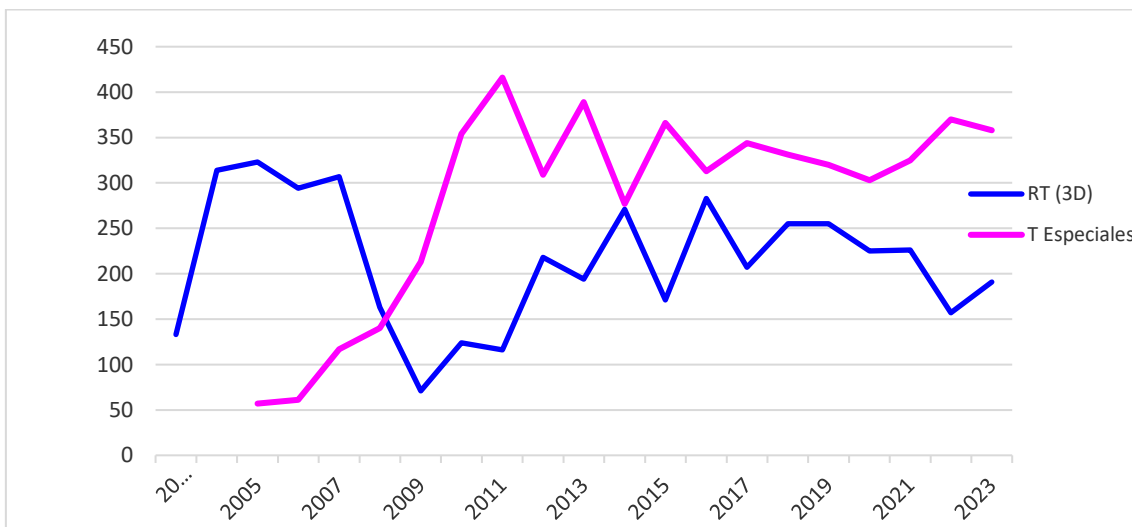
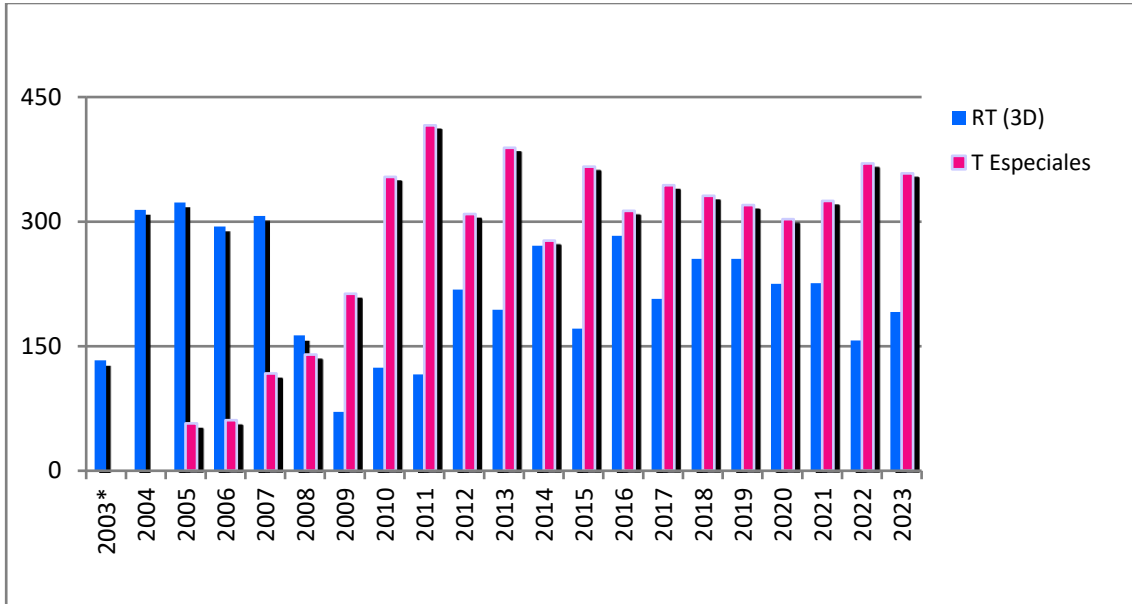
Radioterapia tridimensional (3D), Radiocirugía estereotáxica dosis única o fraccionada, cerebral o corporal (SRS/SBRT), Radioterapia Intraoperatoria (RIO), Braquiterapia alta tasa, VMAT: Arcoterapia Volumétrica Modulada, IGRT; Radioterapia Guiada por imágenes, IMRT: RT de Intensidad Modulada

Procedimientos /Año 2003-2023



Procedimientos especiales vs Radioterapia tridimensional (RT 3D) /Año 2003-2023

Se mantiene la proporción entre los tratamientos realizados utilizando Técnicas Especiales frente a tratamientos de Radioterapia Externa Tridimensional: 358 vs 191, incrementándose respecto a los años previos.



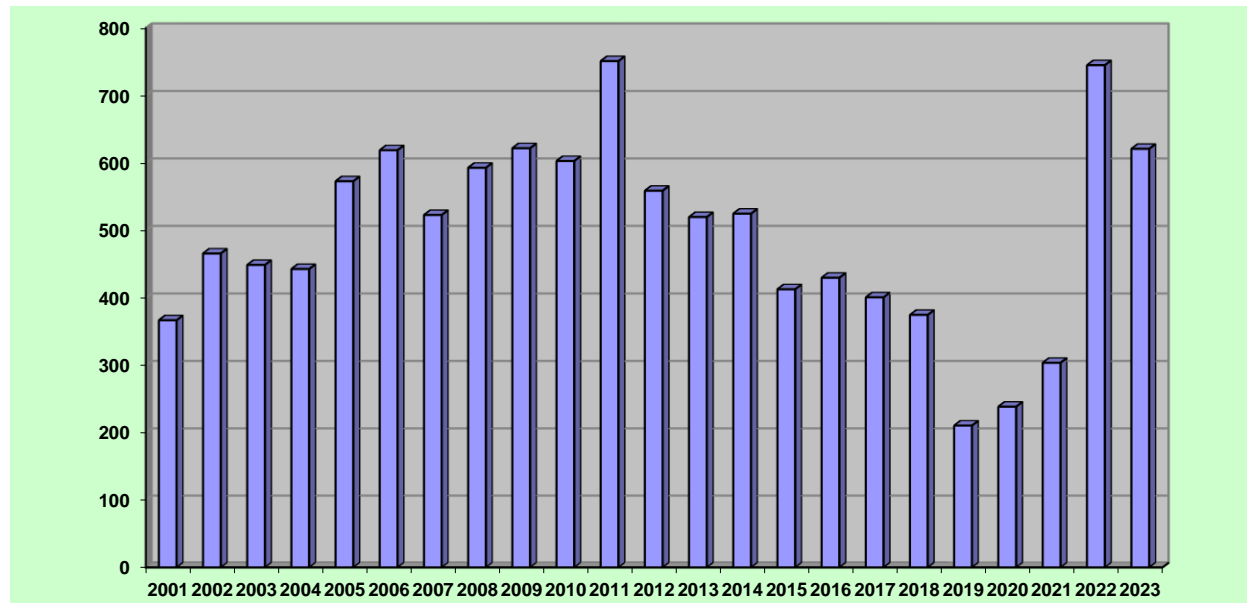
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

(enero 2023 a diciembre 2023)

| PROCEDIMIENTOS | 2001 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|
| Radiofrecuencias | 42 | 42 | 15 | 7 | 5 | 9 | 3 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | |
| Tratamientos Intraarteriales | 69 | 73 | 84 | 80 | 99 | 60 | 42 | 30 | 30 | 24 | 4 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 124 | 159 | |
| Hepáticos | | | | | | | 4 | 10 | 12 | 0 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | |
| Sistema nervioso central | | | | | | | 14 | 11 | 5 | 7 | 0 | 1 | 2 | | | | | | | | | | |
| Otras localizaciones | | | | | | | 15 | 5 | 12 | 15 | 2 | 0 | 2 | | | | | | | | | | |
| Angiografías diagnósticas (excl. cardiológicas) | | | | | | | 9 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | | | | | | | | 8 | 124 | 159 |
| Punciones y biopsias | 151 | 203 | 224 | 239 | 257 | 280 | 361 | 417 | 381 | 516 | 404 | 373 | 361 | 279 | 300 | 284 | 296 | 147 | 195 | 233 | 371 | 204 | |
| Biopsias guiadas por imagen | | | | | | | 357 | 417 | 381 | 516 | 404 | 373 | 361 | 279 | 300 | 284 | 296 | 147 | 195 | 233 | 371 | 204 | |
| Tratamientos Intra-tumorales | | | | | | | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Miscelánea | 105 | 131 | 120 | 247 | 258 | 174 | 187 | 174 | 188 | 211 | 151 | 145 | 154 | 134 | 130 | 117 | 79 | 64 | 44 | 62 | 250 | 254 | |
| Bloqueos neurales | | | | | | | 62 | 30 | 20 | 26 | 29 | 11 | 27 | 20 | 33 | 6 | 5 | 3 | 5 | | 1 | 3 | |
| Colocación prótesis drenajes | | | | | | | 98 | 72 | 89 | 95 | 74 | 72 | 73 | 67 | 65 | 77 | 35 | 43 | 28 | 49 | 220 | 229 | |
| Otros | | | | | | | 27 | 72 | 79 | 90 | 48 | 62 | 54 | 47 | 32 | 34 | 39 | 18 | 11 | 13 | 29 | 22 | |

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totales Incremento Anual | 367 | 466 | 449 | 443 | 573 | 619 | 523 | 593 | 622 | 603 | 751 | 559 | 520 | 525 | 413 | 430 | 401 | 375 | 211 | 239 | 304 | 745 | 621 |
| | 1 | 1,26 | 1,22 | 1,20 | 1,56 | 1,68 | 1,42 | 1,61 | 1,69 | 1,64 | 2,04 | 1,52 | 1,41 | 1,43 | 1,12 | 1,17 | 1,09 | 1,02 | 0,57 | 0,65 | 0,83 | 2,02 | 1,69 |

TOTALES INTERVENCIONISMO



CIRUGÍA

(enero 2023 a diciembre 2023)

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Procedimientos Oncológicos Especiales | 104 | 101 | 96 | 120 | 117 | 78 | 90 | 99 | 131 | 84 | 52 | 70 | 94 | 102 | 94 | 87 | 94 | 79 | 106 | 77 |
| Electroquimioterapia | | | 2 | 3 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Sugarbaker | | | 12 | 20 | 12 | 6 | 11 | 7 | 8 | 6 | 5 | 7 | 7 | 6 | 7 | 4 | 6 | 4 | 10 | 2 |
| Citorreducción tumoral | | | 4 | 10 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | - | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 |
| Linfadenectomía –Tumor Retroperitoneal | | | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 | 6 | 11 | 9 | | 1 | 3 | | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Perfusión aislada con TNF | | | 1 | 3 | 5 | 6 | 3 | 3 | - | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| Perfusión intrapleural con QT | | | 3 | 1 | 1 | - | 3 | - | 2 | | | - | - | | 1 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| Exenteración pélvica | | | 0 | 5 | 3 | 6 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Ganglio centinela melanoma | | | 0 | 5 | 8 | 6 | 6 | 4 | 8 | 1 | 2 | - | 6 | 19 | 6 | 4 | 4 | 0 | 8 | 0 |
| Port-A-Cath | | | | | 52 | 32 | 25 | 48 | 56 | 35 | 27 | 34 | 53 | 51 | 42 | 57 | 56 | 47 | 60 | 56 |
| Retirada de Port-A-Cath | | | 43 | 54 | 10 | 8 | 8 | 5 | 11 | 14 | 8 | 15 | 12 | 13 | 23 | 11 | 15 | 11 | 15 | 13 |
| Suprarenal | | | 0 | 3 | 1 | - | 3 | 1+4 | 2 | 1 | 2 | - | 4 | | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 |
| Radioterapia intraoperatoria- RIO | | | 13 | 14 | 10 | 5 | 13 | 11 | 7 | 5 | 1 | - | - | 5 | 6 | 2 | 6 | 4 | 2 | 1 |
| Procedimientos asistidos DA VINCI | | | | | | 8 | 27 | 23 | 14 | 5 | 5 | - | | | | 0 | 0 | 0 | | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Cirugía de la mama | 37 | 33 | 30 | 79 | 63 | 104 | 99 | 97 | 90 | 119 | 118 | 90 | 61 | 67 | 73 | 51 | 47 | 53 | 51 | 37 |
| Mastectomía Radical | | | 3 | 3 | 14 | | | 13 | 4 | 4 | 3 | 3 | 9 | 15 | 11 | 6 | 10 | 10 | 4 | 1 |
| Mastectomía | | | 8 | | | 21 | 16 | 11 | 6 | 9 | 10 | 11 | | | | 3 | 10 | 1 | 1 | 1 |
| Tumorectomía | | | 15 | 23 | 15 | 27 | 37 | 33 | 37 | 43 | 37 | 36 | 12 | 19 | 14 | 17 | 14 | 20 | 21 | 22 |
| Ganglio centinela | | | 7 | 20 | 13 | 27 | 26 | 17 | 24 | 25 | 23 | 23 | 17 | 23 | 21 | 7 | 10 | 8 | 11 | 1 |
| Vaciamiento axilar | | | 5 | 10 | 2 | 9 | 5 | 4 | 2 | 6 | 11 | 4 | 11 | 4 | 22 | 12 | 6 | 7 | 2 | 8 |
| Radioterapia intraoperatoria RIO | | | 0 | 7 | 4 | 9 | 9 | 9 | 6 | 3 | 0 | - | - | | 3 | 8 | 2 | 0 | 6 | 3 |
| Cirugía de reconstrucción | | | 0 | 8 | 5 | 10 | 6 | 5 | 5 | 10 | 16 | 9 | 6 | 4 | 2 | 5 | 4 | 7 | 6 | 1 |
| Otros | | | | | 8 | 1 | | 4 | 3 | 11 | 11 | | | | | | 0 | | | |
| Simetrización mamaria | | | | | | | | 1 | 3 | 6 | 4 | 4 | | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| | | | | | | | | | | 2 | 3 | | | | | | | | | 0 |
| Coloproctología | 192 | 185 | 174 | 165 | 191 | 219 | 193 | 228 | 159 | 187 | 183 | 158 | 166 | 194 | 173 | 151 | 117 | 137 | 134 | 176 |
| Cirugía anal | | | 92 | 82 | 94 | 119 | 97 | 108 | 70 | 104 | 88 | 77 | 91 | 91 | 87 | 72 | 49 | 40 | 47 | 72 |
| Quiste sacro | | | 48 | 37 | 56 | 47 | 47 | 77 | 35 | 26 | 37 | 32 | 38 | 45 | 41 | 22 | 36 | 39 | 37 | 45 |
| Cirugía colon benigna | | | 11 | 16 | 6 | 12 | 14 | 12 | 17 | 20 | 29 | 19 | 24 | 22 | 30 | 24 | 10 | 8 | 10 | 10 |
| Cirugía neoplasia de colon y recto | | | 20 | 21 | 28 | 27 | 25 | 25 | 22 | 17 | 21 | 27 | 13 | 30 | 10 | 30 | 19 | 39 | 30 | 42 |
| Colostomías-Ileostomías | | | 3 | 9 | 7 | 14 | 10 | 6 | 15 | 20 | 8 | 3 | ¿ | 6 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 7 |
| Ileostomía/anastomosis | | | 7 | | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 6 | 4 | 2 | | | 3 | 8 | 6 | 8 | 5 | |
| Esófago-estómago- duodeno | 22 | 15 | 22 | 40 | 49 | 42 | 36 | 38 | 33 | 49 | 58 | 29 | 41 | 27 | 28 | 11 | 19 | 26 | 18 | 17 |
| Gastroentero-anastomosis | | | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | | 2 | | 1 | | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 |
| Esofaguetomías | | | 0 | 6 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Gastrectomías | | | 7 | 7 | 3 | 6 | 6 | 4 | 6 | 5 | 9 | 5+1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 9 | 2 | 2 |
| Gastrostomía | | | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | | 0 |
| Hernia Hiato | | | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 7 | 7 | 20 | 9 | 9 | 15 | 12 | 12 | 5 | 12 | 13 | 12 | 13 |
| Laparoscópica | | | 0 | 0 | 10 | 10 | 10 | 11 | 5 | 10 | 13 | 9 | 16 | | 8 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| Laparotomía N. Ovario | | | 8 | 21 | 24 | 15 | 10 | 7 | 6 | 12 | 19 | 1 | 3 | 6 | | 0 | 0 | 2 | | 0 |

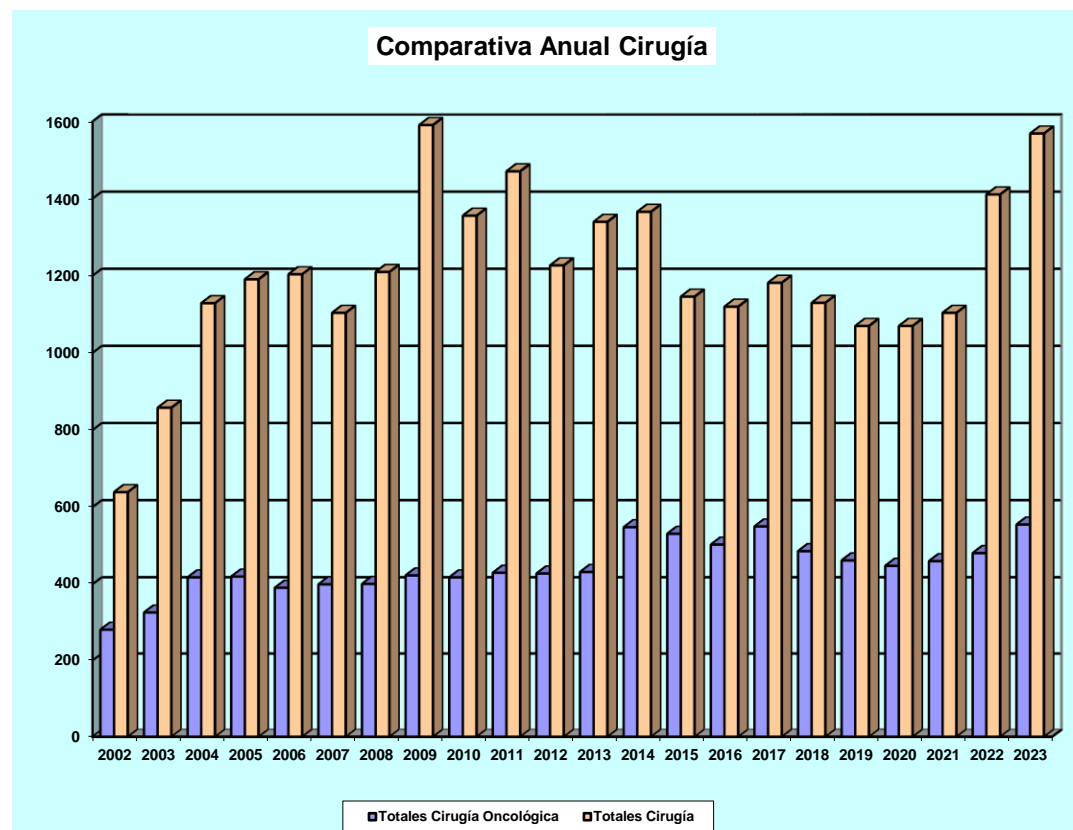
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Hígado y vía biliar | 129 | 148 | 168 | 119 | 134 | 191 | 201 | 146 | 116 | 127 | 133 | 145 | 126 | 114 | 124 | 134 | 113 | 153 | 151 | 145 |
| Colelitiasis | | | 166 | 92 | 115 | 155 | 177 | 128 | 97 | 115 | 117 | 129 | 116 | 100 | 107 | 121 | 100 | 142 | 138 | 137 |
| Cirugía de la vía biliar | | | 6 | 1 | 6 | 8 | 6 | 8 | 4 | 9 | 6 | 10 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | | |
| Cirugía del páncreas | | | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 9 | 2 | 2 | 7 | 3 | 1 |
| Hepatectomía-Metastasectomía | | | 7 | 10 | 8 | 17 | 9 | 3 | 7 | 4 | 5 | 3 | 1 | 7 | 5 | 5 | 7 | 4 | 8 | 5 |
| Radiofrecuencia hepática | | | 2 | 12 | 2 | 10 | 8 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 4 | 0 | 2 | 2 |
| Pared Abdominal | 363 | 393 | 399 | 272 | 280 | 310 | 307 | 421 | 224 | 303 | 341 | 324 | 333 | 338 | 347 | 271 | 345 | 295 | 373 | 434 |
| Eventración | | | 37 | 31 | 30 | 71 | 35 | 46 | 35 | 50 | 38 | 45 | 48 | 34 | 45 | 35 | 32 | 42 | 41 | 54 |
| Hernias (inguinal, pared abdominal) | | | 301 | 189 | 200 | 259 | 214 | 321 | 140 | 168 | 220 | 207 | 200 | 208 | 222 | 155 | 224 | 214 | 276 | 318 |
| Hernias bilaterales | | | 22 | 18 | 23 | 37 | 16 | 7 | 5 | 29 | 36 | 30 | 28 | 35 | 30 | 29 | 39 | 39 | 49 | 60 |
| Hernia estrangulada | | | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | - | 6 | 6 | 3 | 3 | | 2 | 5 | 2 | 2 | 0 | 7 | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirugía Cuello y Tórax | 49 | 47 | 44 | 30 | 22 | 19 | 24 | 23 | 36 | 18 | 20 | 19 | 23 | 23 | 16 | 24 | 19 | 37 | 21 | 32 |
| Tiroidectomía | | | 6 | 4 | 3 | 3 | 10 | 4 | 7 | 7 | 10 | 11 | 8 | 4 | 7 | 5 | 5 | 13 | 3 | 13 |
| Traqueotomías Paratiroides Tirogloso | | | 3 | 1 | 2 | - | 1 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Drenaje Torácico | | | 5 | 1 | 2 | 10 | 5 | 10 | 12 | 6 | 8 | 5 | 1 | 4 | | 2 | 1 | 0 | 8 | 3 |
| Toracotomías | | | 27 | 16 | 13 | 6 | 7 | 7 | 14 | 4 | 1 | 6 | 11 | 13 | 7 | 15 | 13 | 21 | 9 | 16 |
| Biopsia Pulmonar/Mediastinoscopia | | | 3 | 1 | 2 | - | 1 | - | 2 | - | 1 | - | | | | 2 | 0 | 1 | | 0 |
| Miscelánea | 233 | 233 | 269 | 271 | 354 | 422 | 406 | 419 | 433 | 453 | 550 | 311 | 286 | 332 | 255 | 341 | 250 | 324 | 557 | 480 |
| Apendicectomía | | | 39 | 32 | 25 | 41 | 40 | 47 | 38 | 50 | 44 | 24 | 57 | 59 | 45 | 50 | 48 | 82 | 87 | 92 |
| Desbridamientos | | | 18 | 30 | 34 | 89 | 19 | 16 | 17 | 111 | 13 | 21 | 22 | 28 | 13 | 13 | 17 | 24 | 17 | 40 |
| Esplenectomías | | | 1 | 1 | 2 | 4 | 6 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | | 1 |
| Exéresis Biopsias Adenopatías | | | 4 | 3 | | - | 3 | | 3 | | 4 | - | 2 | 2 | | 23 | 8 | 7 | 177 | 4 |
| Laparotomía Exploradora Laparoscopia | | | 9 | 0 | 3 | 5- | 5 | 4 | 4 | 20 | 1 | 7 | 1 | 24 | 9 | 33 | 37 | 25 | 16 26 | 36 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Exéresis Tumores Cutáneos Malignos | | | 177 | 157 | 210 | 206 | 232 | 324 | 323 | 246 | 273 | 211 | 189 | 210 | 188 | 33 | 31 | 6 | 25 | 14 | |
| Oclusión Intestinal | | | 7 | 0 | 5 | 4 | 18 | 13 | 8 | 15 | 9 | 14 | 13 | 5 | 9 | 6 | 7 | 2 | 3 | 7 | |
| Acceso Vascular Transitorio | | | 0 | 6 | 10 | 20 | 18 | 23 | 20 | | 20 | 4 | 2 | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| Reintervenciones Abdominales | | | 7 | 5 | 7 | 5 | 8 | +++ | 7 | | 5 | 4 | 9 | 7 | 4 | 4 | 1 | 0 | 3 | 0 | |
| Resección Intestinal | | | 10 | 11 | 9 | 7 | 8 | 8 | 10 | 6 | - | 2 | | 2 | 6 | 7 | 5 | 10 | 7 | 5 | |
| Cirugía Partes blandas | | | 12 | 51 | 56 | 71- | 70 | 5 | 12 | 19 | 10 | 27 | 22 | 24 | 7 | 156 | 130 | 166 | 37 | 280 | |
| Vaciamiento Inguinal | | | 0 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | | 1 | 6 | 3 | 8 | | 51 | 4 | 1 | | 1 | |
| Linfadenectomías Regionales | | | 14 | 7 | 7 | 2 | 14 | 12 | 14 | 6 | 4 | 10 | 11 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | | 0 | |
| Vagotomía Troncular | | | 0 | 1 | | - | 1 | - | - | - | - | - | | | | 0 | 0 | 0 | | 0 | |
| Ureterostomías, Nefrectomía, Ovario | | | 2 | 3 | 5 | 3 | - | 2 | 6 | 10 | 3 | ?? | | 3 | 4 | 1 | 0 | 0 | | 0 | |
| Obesidad Mórbida | | | | | | | | | | 11 | | 1 | 8 | 10 | 3 | 4 | 3 | 6 | 6 | 2 | |
| ANEURISMAS | | | | | | | | | | | | | | 5 | 2 | | 1 | 0 | | | |
| ACTIVIDAD EN MURCIA | | | | | | | | | | 140 | 202 | - | - | - | - | 0 | 0 | 0 | | | |
| ACTIVIDAD EN ALICANTE sin hospitalización (CMA cirugía mayor ambulatoria) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 68 | 152 | 169 |
| TOTAL | 1129 | 1191 | 1204 | 1104 | 1210 | 1591 | 1356 | 1471 | 1227 | 1340 | 1366 | 1146 | 1120 | 1182 | 1130 | 1070 | 1004 | 1104 | 1411 | 1569 | |

ACTIVIDAD COMPARATIVA ANUAL DE CIRUGÍA

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totales Cirugía Oncológica | 239 | 281 | 326 | 418 | 420 | 391 | 400 | 401 | 423 | 418 | 430 | 428 | 432 | 548 | 531 | 503 | 550 | 486 | 462 | 448 | 460 | 481 | 555 |
| Incremento Anual | 1 | 1,17 | 1,36 | 1,74 | 1,75 | 1,63 | 1,67 | 1,67 | 1,77 | 1,75 | 1,79 | 1,79 | 1,80 | 2,29 | 2,22 | 2,10 | 2,3 | 2,03 | 1,93 | 1,87 | 1,92 | 2,01 | 2,32 |

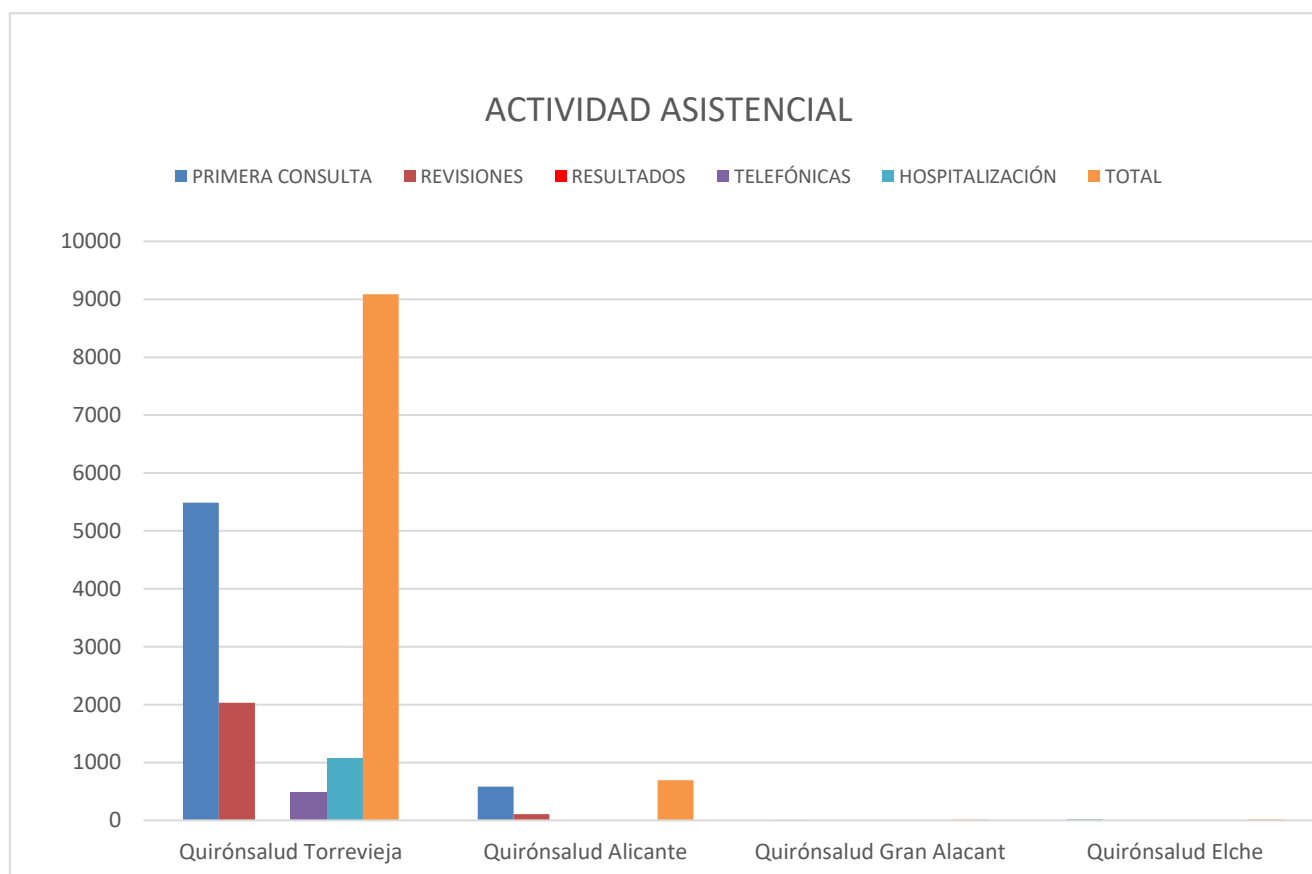
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totales Cirugía | 420 | 639 | 858 | 1.129 | 1.191 | 1.204 | 1.104 | 1210 | 1591 | 1356 | 1471 | 1227 | 1340 | 1366 | 1146 | 1120 | 1182 | 1130 | 1070 | 1004 | 1104 | 1411 | 1569 |
| Incremento Anual | 1 | 1,52 | 2,04 | 2,68 | 2,83 | 2,86 | 2,62 | 2,88 | 3,78 | 3,23 | 3,5 | 2,92 | 3,19 | 3,25 | 2,72 | 2,67 | 2,81 | 2,69 | 2,55 | 2,49 | 2,74 | 3,35 | 3,73 |



ACTIVIDAD ASISTENCIAL

| | QUIRONSAIUD TORREVIEJA | QUIRONSAIUD ALICANTE | QUIRONSAIUD GRAN ALACANT | QUIRONSAIUD ELCHE | TOTAL |
|----------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|-------|
| PRIMERA CONSULTA | 5.486 | 582 | 9 | 20 | 6.097 |
| REVISIÓN | 2.029 | 110 | 2 | 0 | 2.141 |
| CONSULTA RESULTADOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CONSULTA TELEFÓNICA | 491 | 0 | 0 | 0 | 491 |
| TOTAL | 8.006 | 692 | 11 | 20 | 8.729 |

| | | |
|------------------------|--|-------|
| HOSPITALIZACIÓN | | 1.082 |
|------------------------|--|-------|



INMUNOLOGÍA (enero 2023 a diciembre 2023)

Actividad de pruebas y tratamientos inmunológicos:

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Fenotipos Simples | 53 | 58 | 111 | 124 | 67 | 114 | 180 | 122 | 89 | 55 | 25 | 22 | 2 | 19 | 26 | 62 | 38 | 24 | 28 | 28 | 24 |
| Inmunofenotipos | 14 | 13 | 17 | 35 | 46 | 61 | 50 | 74 | 39 | 38 | 21 | 17 | 2 | 22 | 25 | 42 | 28 | 17 | 48 | 16 | 51 |
| Ttos. Iniciados | 22 | 17 | 50 | 34 | 15 | 22 | 17 | 5 | 17 | 5 | 11 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Ttos. Infundidos | 12 | 4 | 43 | 28 | 9 | 8 | 9 | 2 | 17 | 5 | 11 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Citoquinas | | | | 177 | 1084 | 903 | 472 | 392 | 316 | 219 | 147 | 91 | 73 | 41 | 16 | 52 | 28 | 11 | 10 | 16 | 18 |
| Tipajes HLA | | | | | | | | 9 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 14 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ELISPOT | | | | | | | | 2 | 5 | 2 | | | 0 | 2 | 4 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anti-péptido | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Proliferación linfocitaria | | | | | | | | | | | | | | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Procedimientos diagnósticos | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Citometría de flujo | 67 | 71 | 128 | 159 | 113 | 175 | 230 | 196 | 128 | 93 | 47 | 39 | 4 | 41 | 51 | 104 | 66 | 41 | 76 | 44 | 75 |
| Citoquinas | - | - | - | 177 | 1084 | 903 | 472 | 392 | 316 | 219 | 147 | 91 | 73 | 41 | 16 | 52 | 28 | 11 | 10 | 16 | 18 |
| Monitorización inmunológica | | | | | | | | | | | | | | 7 | 11 | 22 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tratamientos | 34 | 21 | 93 | 62 | 4 | 30 | 26 | 7 | 17 | 5 | 11 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |

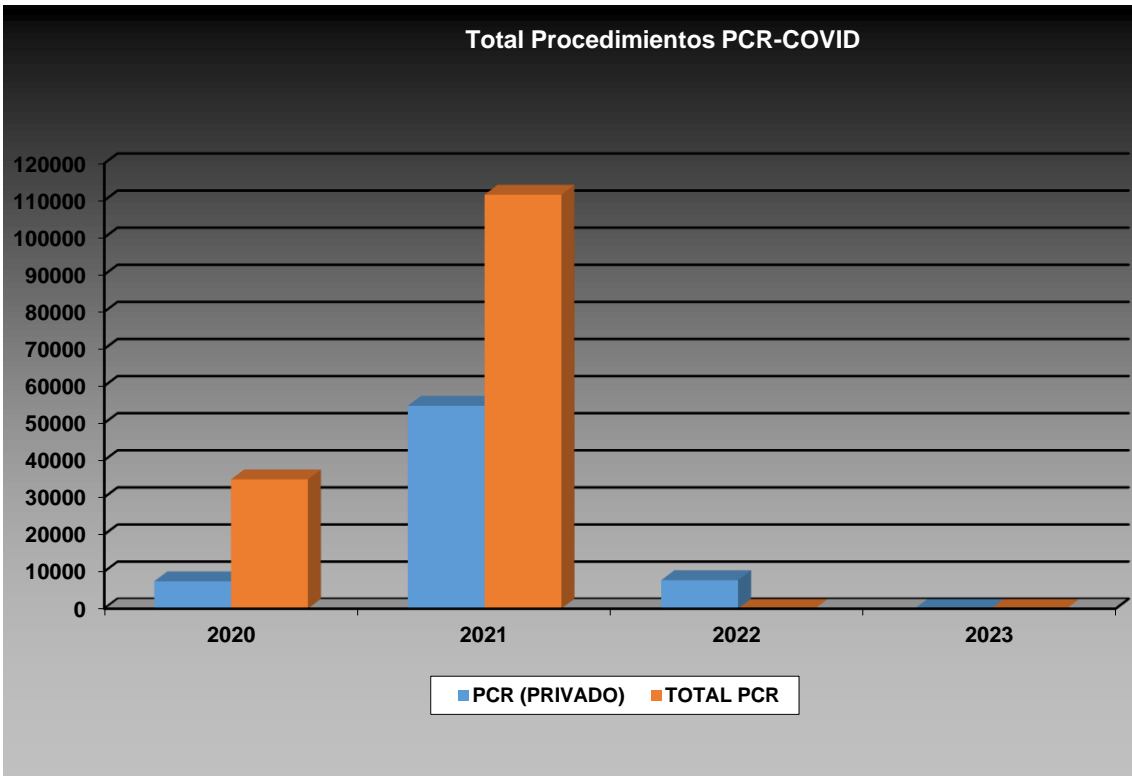
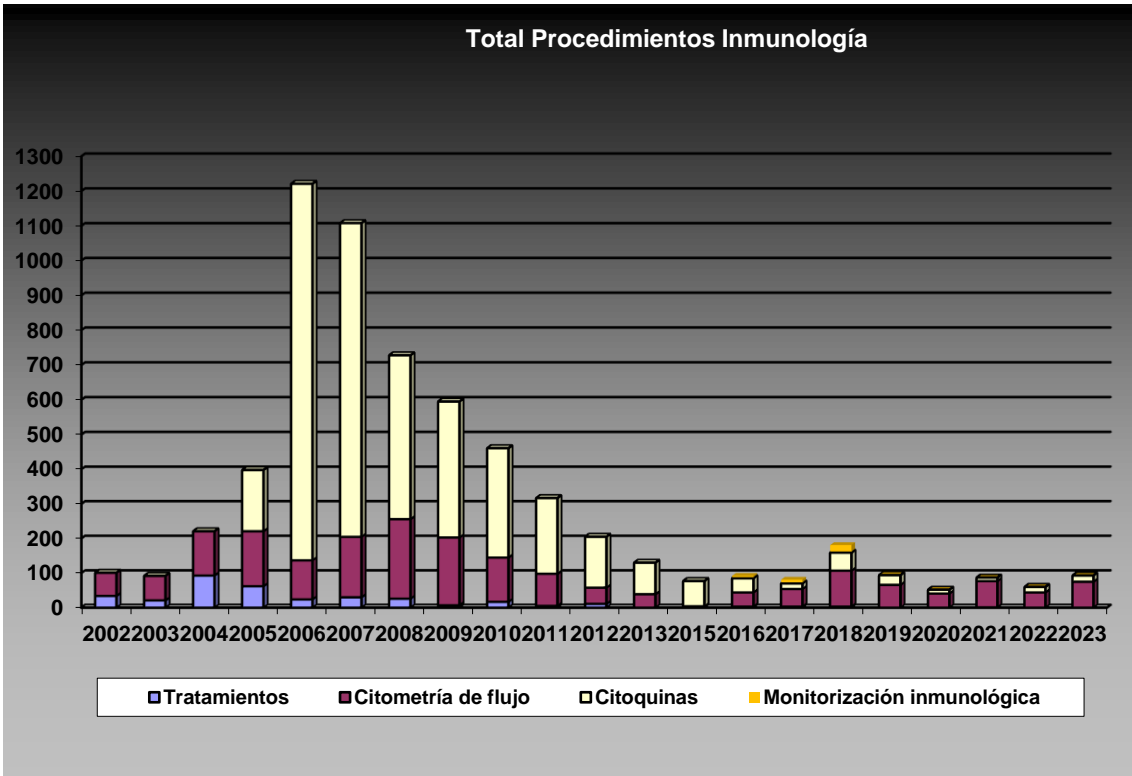
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total Procs. | 67 | 71 | 128 | 336 | 1197 | 1078 | 702 | 606 | 468 | 322 | 205 | 130 | 76 | 92 | 81 | 181 | 95 | 52 | 86 | 60 | 93 |
| Incremento anual | 1 | 1,05 | 1,91 | 5,01 | 17,8 | 17,6 | 10,4 | 9,04 | 6,98 | 4,80 | 3,06 | 1,94 | 1,13 | 1,37 | 1,20 | 2,70 | 1,41 | 0,77 | 1,27 | 0,88 | 1,39 |

Actividad para la determinación de PCR-COVID:

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------|-------|--------|---------------|---------------|
| PCR (PRIVADO)* | 7358 | 54651 | 7666 | 0 |
| Incremento anual | 1 | 7,42 | 1,04 | 0 |
| TOTAL PCR** | 34828 | 111555 | No disponible | No disponible |
| Incremento anual | 1 | 3,20 | - | - |

*Torrevieja y Alicante

** Torrevieja, Alicante, Valencia y Murcia



MEDICINA NUCLEAR

(enero 2023 a diciembre 2023)

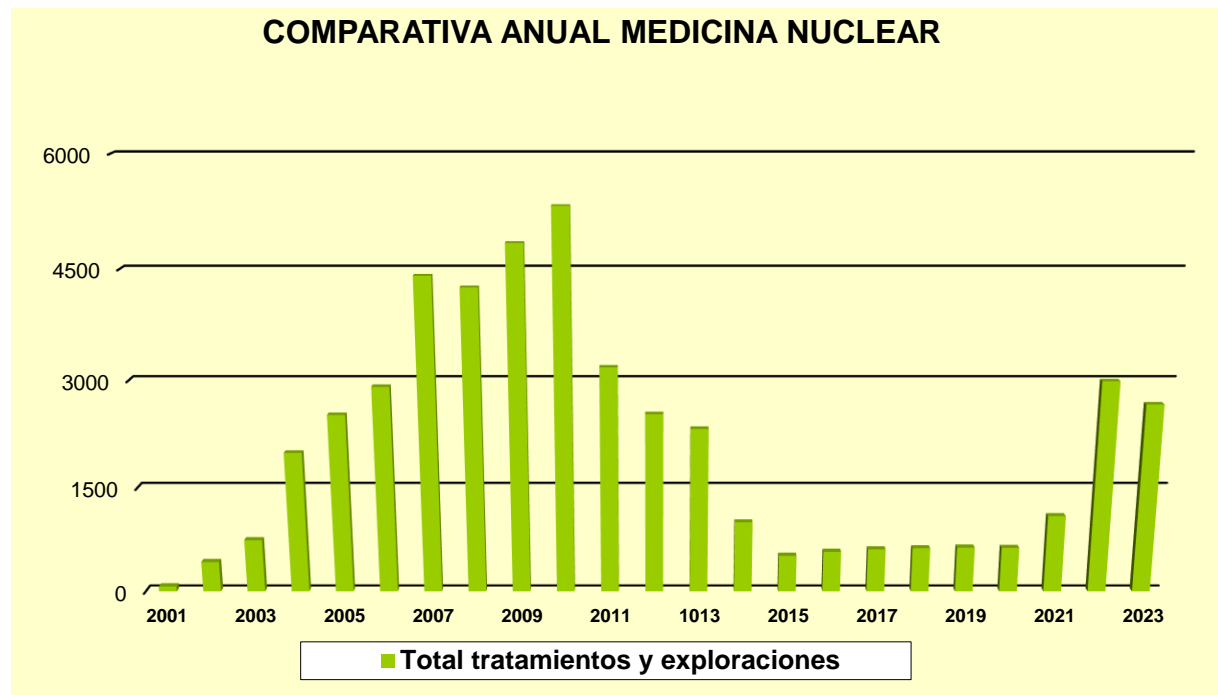
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| TRATAMIENTOS | 15 | 9 | 18 | 11 | 11 | 30 | 48 | 63 | 193 | 228 | 268 | 216 | 97 | 43 | 36 | 36 | 51 | 45 | 37 | 29 | 13 | 27 |
| ESTANCIAS (DÍAS) | - | - | - | - | - | 99 | 77 | 106 | 409 | 500 | 491 | 394 | 168 | 85 | 74 | 71 | 86 | 92 | 64 | 48 | 24 | 53 |
| OSEAS | 256 | 211 | 326 | 645 | 738 | 1441 | 1320 | 1158 | 1077 | 354 | 161 | 133 | 113 | 96 | 104 | 118 | 91 | 111 | 83 | 224 | 285 | 348 |
| PET | 16 | 132 | 95 | 54 | 163 | 455 | 690 | 1170 | 1189 | 924 | 332 | 283 | 232 | 214 | 260 | 258 | 299 | 313 | 329 | 606 | 2275 | 1696 |
| CENTINELAS | 12 | 21 | 24 | 16 | 19 | 72 | 81 | 96 | 87 | 85 | 49 | 43 | 25 | 28 | 20 | 33 | 27 | 27 | 32 | 58 | 94 | 190 |
| TNF | 2 | 5 | 3 | 6 | 0 | 3 | 4 | 7 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| MUGAS | 43 | 28 | 25 | 12 | 21 | 23 | 35 | 16 | 21 | 10 | 13 | 8 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RCE I/MIBG/OCTREOT | 11 | 14 | 20 | 13 | 16 | 52 | 68 | 74 | 194 | 252 | 275 | 236 | 123 | 50 | 44 | 49 | 50 | 44 | 20 | 34 | 42 | 64 |
| PERF. CARDIO / PARAT | 14 | 20 | 77 | 253 | 268 | 263 | 238 | 302 | 243 | 58 | 44 | 34 | 32 | 19 | 26 | 22 | 34 | 25 | 14 | 9 | 43 | 43 |
| PULMONARES | 22 | 39 | 54 | 47 | 44 | 57 | 40 | 55 | 76 | 28 | 9 | 8 | 13 | 9 | 13 | 14 | 7 | 7 | 3 | 9 | 14 | 11 |
| TIROIDEAS | 11 | 11 | 13 | 47 | 108 | 141 | 144 | 122 | 170 | 69 | 80 | 47 | 45 | 30 | 30 | 31 | 17 | 27 | 22 | 25 | 42 | 47 |
| GALIOS | 0 | 13 | 14 | 29 | 24 | 64 | 46 | 32 | 75 | 18 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 9 | 4 | 3 | 0 |
| RENALES | 2 | 1 | 6 | 6 | 41 | 64 | 67 | 69 | 47 | 22 | 2 | 4 | 6 | 11 | 9 | 8 | 16 | 10 | 4 | 18 | 52 | 67 |

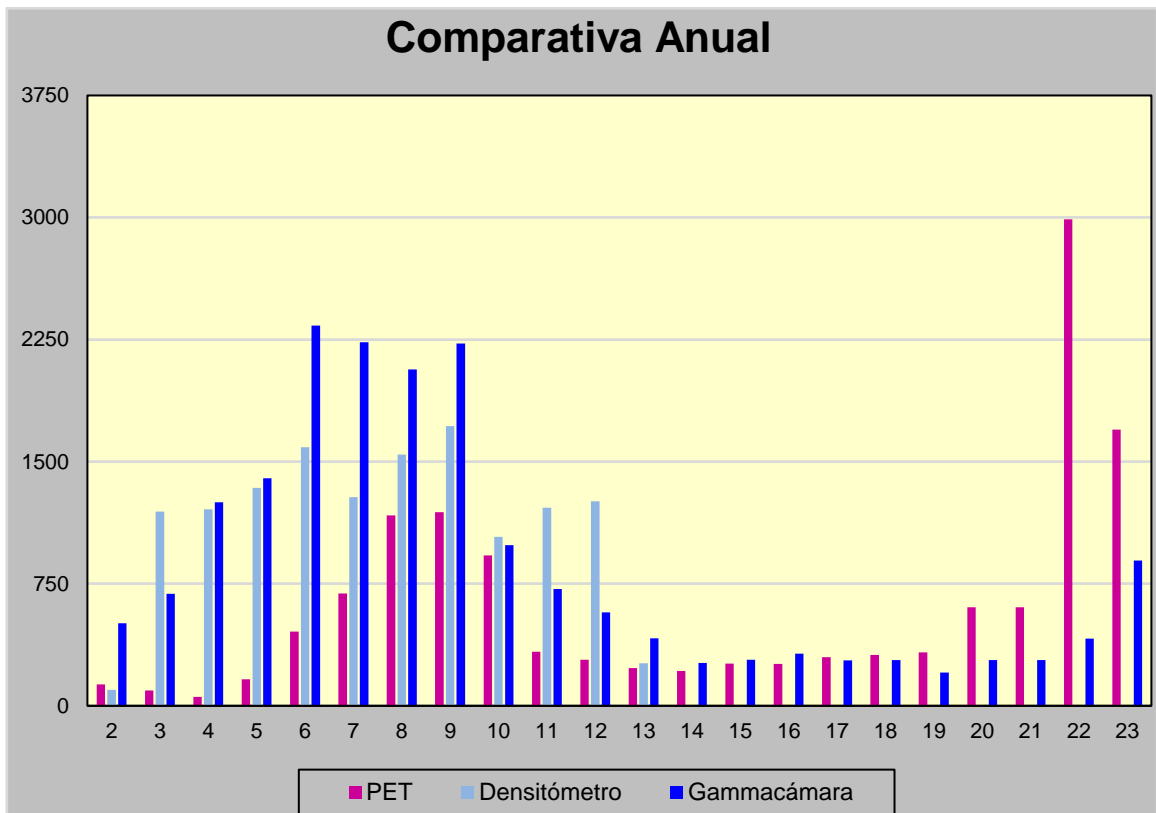
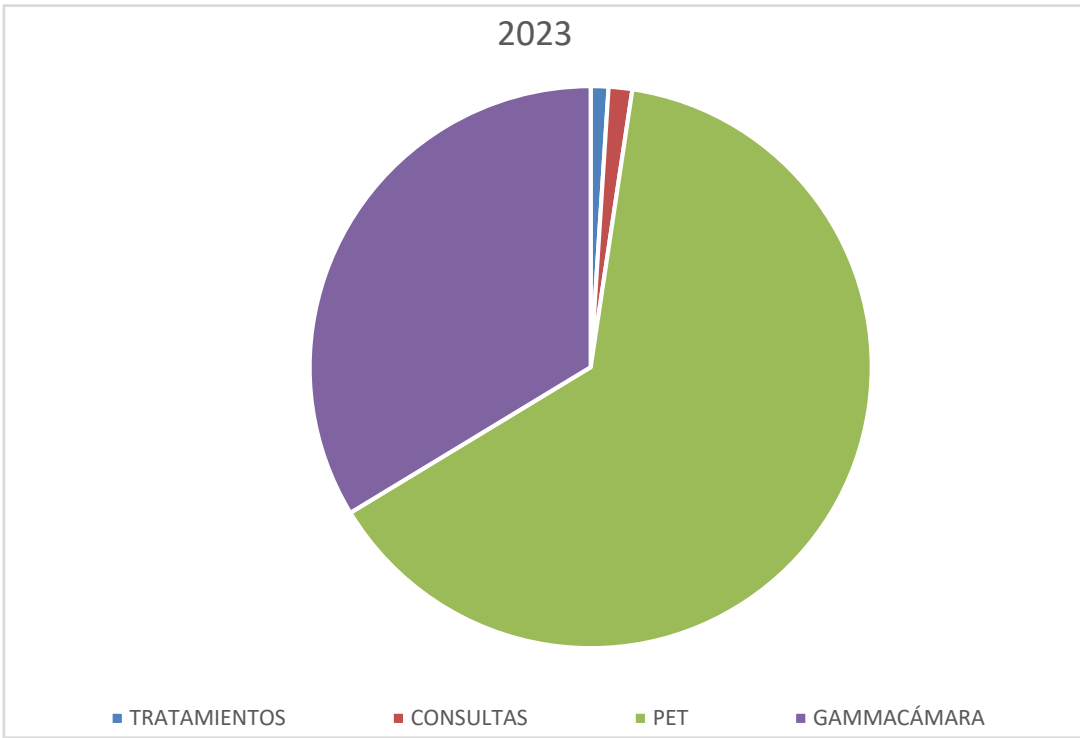
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| DENSITOMETRÍA | 0 | 98 | 1193 | 1207 | 1339 | 1589 | 1282 | 1543 | 1719 | 1038 | 1217 | 1256 | 261(*) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| CEREBRO Y LEUCOS | 0 | 1 | 8 | 8 | 41 | 52 | 73 | 98 | 131 | 47 | 8 | 10 | 18 | 6 | 19 | 26 | 23 | 18 | 13 | 26 | 87 | 80 |
| OTROS | 11 | 12 | 23 | 114 | 78 | 104 | 118 | 38 | 103 | 42 | 76 | 48 | 34 | 8 | 7 | 11 | 6 | 8 | 4 | 5 | 14 | 43 |
| TOTALES | 415 | 615 | 1899 | 2468 | 2911 | 4509 | 4331 | 5001 | 6018 | 4016 | 3392 | 3040 | 1195 | 672 | 700 | 685 | 715 | 731 | 635 | 1095 | 2988 | 2669 |

(*) Traslado equipo a otro Departamento en abril 2014.

| | 2001* | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totales Procedimientos | 71 | 415 | 615 | 1.899 | 2.468 | 2.911 | 4.509 | 4.331 | 5.001 | 6.018 | 4.016 | 3.392 | 3.040 | 1195 | 672 | 700 | 685 | 715 | 731 | 635 | 1095 | 2988 | 2669 |
| Incremento Anual | - | 1 | 1,48 | 4,58 | 5,95 | 7,01 | 10,87 | 10,44 | 12,07 | 14,50 | 9,68 | 8,17 | 7,33 | 2,88 | 1,62 | 1,68 | 1,65 | 1,72 | 1,76 | 1,53 | 2,63 | 7,2 | 6,43 |

*(Inicio de actividad en Septiembre)





ANATOMÍA PATOLÓGICA (enero 2023 a diciembre 2023)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Número Total de Biopsias | 9452 |
| Intraoperatorias | 213 |
| Número Total de Citologías | 12752 |
| Número Total de Punciones | 180 |
| Casos Segunda Opinión | 10 |
| TOTAL PROCEDIMIENTOS | 22607 |

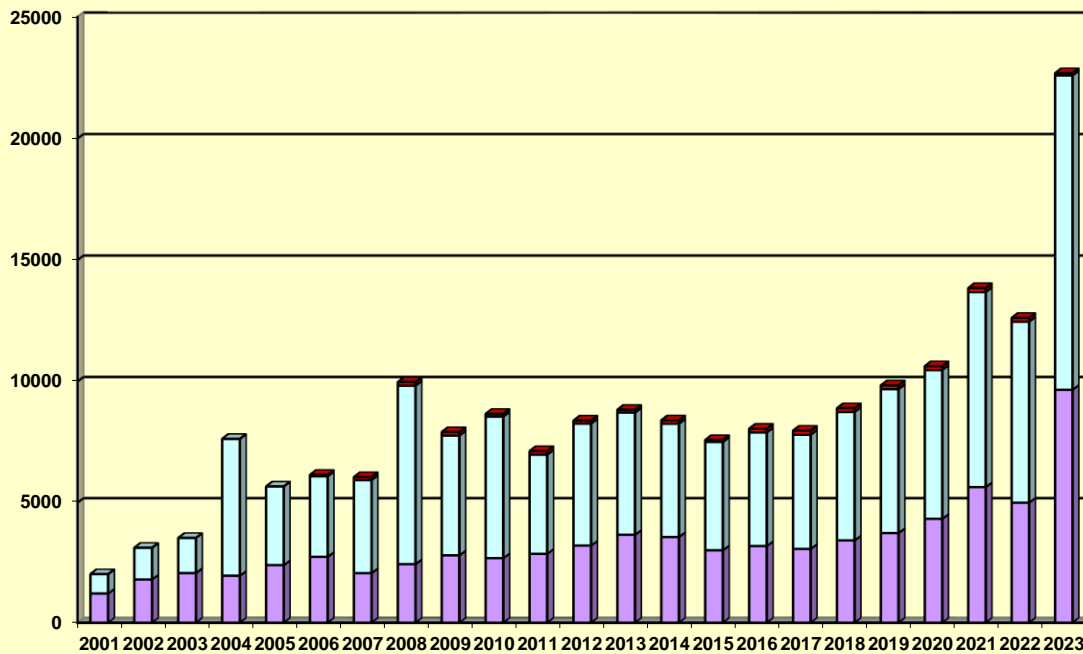
ACTIVIDAD BIOLOGÍA MOLECULAR (enero 2023 a diciembre 2023)

| Estudios Biología Molecular | |
|---|-----------|
| KRAS, NRAS | 4 |
| EGFR | 4 |
| Translocación ALK | 4 |
| Translocación ROS1 | 3 |
| Otros estudios de translocaciones, deleciones y reordenamientos | 9 |
| NGS Transcriptoma | 28 |
| NGS Oncomine Comprehensive | 44 |
| Total estudios realizados | 96 |

COMPARATIVA ANUAL

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Biopsias | 1219 | 1802 | 2069 | 1959 | 2401 | 2746 | 2066 | 2441 | 2809 | 2691 | 2871 | 3215 | 3665 | 3572 | 3019 | 3197 | 3078 | 3431 | 3735 | 4331 | 5651 | 5002 | 9665 |
| Incremento Anual | 1 | 1,47 | 1,69 | 1,60 | 1,96 | 2,25 | 1,80 | 2,0 | 2,3 | 2,2 | 2,35 | 2,63 | 3,00 | 2,93 | 2,47 | 2,62 | 2,52 | 2,81 | 3,06 | 3,55 | 4,63 | 4,10 | 7,92 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citología-Punciones | 807 | 1322 | 1464 | 5682 | 3276 | 3357 | 3877 | 7391 | 4967 | 5869 | 4121 | 5055 | 5060 | 4694 | 4495 | 4712 | 4734 | 5321 | 5953 | 6145 | 8032 | 7465 | 12932 |
| Incremento Anual | 1 | 1,63 | 1,81 | 7,04 | 4,05 | 4,16 | 4,80 | 9,1 | 6,15 | 7,3 | 5,10 | 6,26 | 6,27 | 5,81 | 5,57 | 5,83 | 5,86 | 6,59 | 7,37 | 7,61 | 9,95 | 9,25 | 16,02 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biología Molecular | | | | | | 59 | 124 | 148 | 146 | 112 | 146 | 128 | 128 | 140 | 82 | 152 | 169 | 152 | 156 | 157 | 166 | 155 | 96 |
| Incremento Anual | | | | | | 1,00 | 2,10 | 2,49 | 2,5 | 1,9 | 2,47 | 2,17 | 2,17 | 2,37 | 1,38 | 2,57 | 2,86 | 2,57 | 2,64 | 2,66 | 2,82 | 2,62 | 1,62 |

COMPARATIVA ANUAL



■ TOTALES BIOPSIAS ■ TOTALES CITOLOGÍA Y PUNCIONES ■ BIOLOGÍA MOLECULAR

CATÁLOGO BIOLOGÍA MOLECULAR 2023

| | Técnica | Genes | Tiempo respuesta (días) |
|---|------------------------|---|-------------------------|
| LEUCEMIAS Y LINFOMAS | | | |
| Reordenamiento IgH (linfomas B) | Análisis Fragmentos | CDRII y III de IgH | 7 |
| Linfoma B de célula grande | FISH | BCL6 locus 3q27 | 7 |
| Linfoma Folicular | FISH | t (14,18) sonda IgH/BCL2 | 7 |
| Linfoma de células del manto | FISH | t (11,14) sonda IgH/CCND1 | 7 |
| Linfoma anaplásico de células grandes CD30+ ALK+ en núcleo NPM/ALK | FISH | t (2,5) reordenamiento 2p23 | 7 |
| Linfoma de Burkitt | FISH | t (8,14) sonda IgH/MYC/CEP8 | 7 |
| LMC y otras | FISH | t (9,22) BCR/ABL | 7 |
| Mieloma múltiple | FISH | t(14;16)IGH/MAF t(4;14) IGH/FGFR3 | 7 |
| LLC | FISH | Trisomía 12 (D12Z3) | 7 |
| | FISH | del(13q14.3) (D13S319, D13S25) | 7 |
| | FISH | t(11q22.3) ATM | 7 |
| | FISH | del(17p13) p53 | 7 |
| SARCOMAS | | | |
| Sarcoma de Ewing/PNET | FISH | EWS 22q12 | 7 |
| Sarcoma sinovial | FISH | SYT18q11 SSX1-SSX2 | 7 |
| Sarcomas del estroma gastrointestinal | Secuenciación | c-KIT exones 9,11,13 y 17 | 7 |
| | Secuenciación | PDGFRA exones 12 y 18 | 7 |
| CARCINOMA DE MAMA | | | |
| Cáncer de mama | Secuenciación | PI3KCA exones 1, 9 y 20 | 7 |
| Cáncer de mama | FISH | ErbB2 amplificación Sonda ErbB2/neu/CEP17 | 7 |
| CARCINOMA DE COLON | | | |
| Cáncer de colon (y otros) | Secuenciación | K-RAS exones 2, 3 y 4 | 7 |
| Cáncer de colon y melanoma | Secuenciación | B-RAF exon 15 | 7 |
| Cáncer de colon y melanoma | Secuenciación | NRAS exones 1, 2 y 4 | |
| Cáncer de colon | Análisis de fragmentos | Inestabilidad de Microsatélites MSI (NR21, NR22, NR24, BAT25 y BAT26) | 7 |
| Cáncer de colon | FISH | Amplificación EGFR | 7 |

| CARCINOMA DE PULMÓN | | | |
|--|------------------------------|--|----|
| Cáncer de pulmón no microcítico | Secuenciación | EGFR exones 18-21 | 7 |
| Cáncer de pulmón no microcítico | FISH | Translocación ROS1 | 7 |
| Cáncer de pulmón no microcítico | FISH | Translocación ALK | 7 |
| Cáncer de pulmón | FISH | Amplificación MET | 7 |
| NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE | | | |
| MEN1 | Secuenciación | MEN1 región codificante | 20 |
| CANCER DE CERVIX, CABEZA y CUELLO | | | |
| Carcinoma de cérvix, cabeza y cuello | HIS | HPV de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59 y 68) | 7 |
| FARMACOGENETICA | | | |
| Genotipo irinotecán | Secuenciación | UGT1A1,UGT1A7 y UGT1A9 | 7 |
| FCGRIIA y FCGRIIIA | Secuenciación | Polimorfismos FCGR2A y 3A | 7 |
| Bleomicina Hidrolasa(BLH) | Secuenciación | Polimorfismos BLH | 7 |
| CANCER RENAL | | | |
| Cáncer renal de células claras | Secuenciación | VHL región codificante | 7 |
| GLIOMAS | | | |
| Oligodendrogliomas | FISH | Deleciones 1p,19q | 7 |
| MÚLTIPLES TUMORES | | | |
| Tumores variados | Microarrays de expresión RNA | Dianas terapéuticas en oncología, y otras aplicaciones | 30 |
| Panel Transcriptoma NGS | NGS | Dianas terapéuticas en oncología, y otras aplicaciones | 30 |
| Panel OCA PLUS NGS | NGS | Dianas terapéuticas en oncología, y otras aplicaciones | 30 |
| Panel PanCancer Biopsia Líquida NGS | NGS | Dianas terapéuticas en oncología, y otras aplicaciones | 30 |

DOTACIÓN ACTUAL DEL LABORATORIO.

a. Área de macroscopía y tallado.

- Mesa de tallado Diapath con aspiración de vapores y dispensador de formol.
- Procesador de tejidos de vacío marca Leica Histocore Pearl.
- Congelador de - 80°C.
- Ultracongelador de -140° C.
- Equipo de macrofotografía con cámara digital.
- Unidad de sellado de residuos Pactosafe.
- Armario de almacenar muestras Diapath con sistema de extracción.

b. Área de bloques y corte.

- Dos criostatos para estudios intraoperatorios, uno de Thermo Scientific (averiado) y otro operativo marca Leica modelo CM1860.
- Estufa de desecación.
- Estación de bloques y baño Medite.
- Microtomo Diapath.
- Centrifuga para muestras líquidas Cytospin.
- Teñidor automático de preparaciones Autostainer XL de Leica.

c. Área de inmunohistoquímica.

- Inmunoteñidor automático Roche Benchmark XT con hardware asociado, impresora de etiquetas y fuente de alimentación.

Panel de 150 anticuerpos optimizados “ready to use” que comprende varios tipos de citoqueratinas, marcadores linfoides, marcadores de proliferación, receptores de diversos tipos de hormonas (incluidos receptores de estrógenos y de progesterona), receptores de diferentes factores de crecimiento (Herceptest, EGFR), así como varios marcadores tumorales, entre otros.

- Panel de 9 anticuerpos marcados con FIHD para Inmunofluorescencia directa.

d. Área de diagnóstico.

- Microscopio de Inmunofluorescencia.
- Tres microscopios, uno de ellos con doble cabezal para dos observadores.

e. Sistema informático.

- Sistema propio de gestión informática para registro de muestras, control de técnicas, realización de informes y explotación estadística de los datos: Programa ATLAS, con conexión en red externa DBSOFT.
- Codificación de muestras con nomenclatura internacional SNOMED II.
- Conexión entre el sistema de gestión hospitalaria Klinik con ATLAS a través del cual se realiza el volcado de los informes y permite la visualización de los informes de patología tanto en Klinik como en el portal del paciente.

REGISTRO DE TUMORES

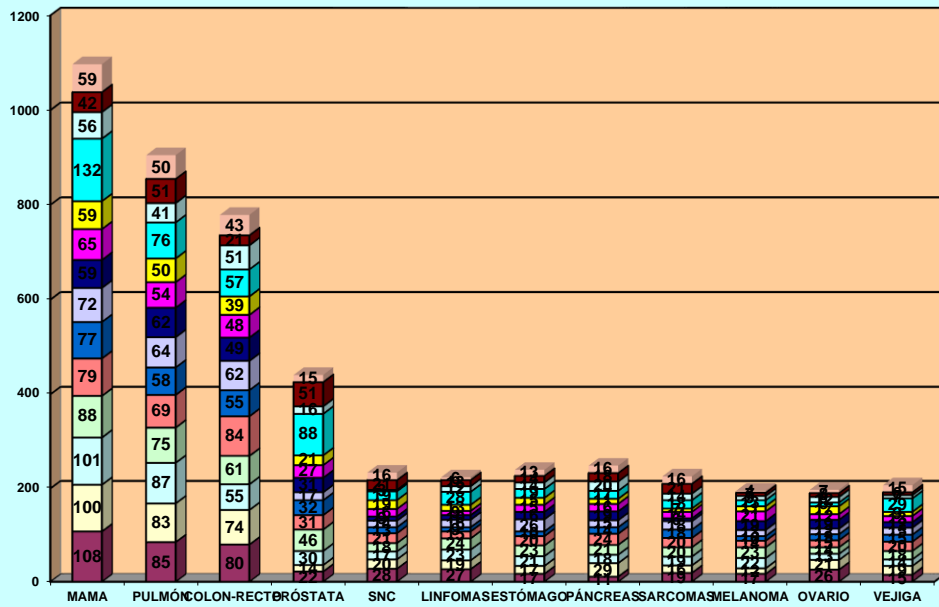
Distribución de la Incidencia según origen Tumoral (2000-2014)

| CIE. 9 | ORIGEN TUMORAL | TOTAL | % |
|-------------|----------------------------------|-------------|------------|
| 174 | Mama | 1163 | 15,19 |
| 162 | Pulmón | 961 | 12,55 |
| 153,154 | Colon y Recto | 862 | 11,26 |
| 185 | Próstata | 466 | 6,08 |
| 191,192 | SNC | 269 | 3,51 |
| 157 | Páncreas | 250 | 3,26 |
| 151 | Estómago | 249 | 3,25 |
| 201,202 | Linfomas | 246 | 3,21 |
| 170,171 | Sarcomas | 242 | 3,16 |
| 188 | Vejiga | 215 | 2,80 |
| 140 a 149 | Cabeza y Cuello | 208 | 2,71 |
| 172 | Melanoma | 205 | 2,67 |
| 183 | Ovario | 201 | 2,62 |
| 189 | Riñón | 166 | 2,16 |
| 155,156 | Hígado | 160 | 2,09 |
| 199 | Maligno de sitio no especificado | 121 | 1,58 |
| 193,194 | Tiroides | 113 | 1,47 |
| 182 | Cuerpo de Útero | 97 | 1,26 |
| 173 | Otros de piel | 91 | 1,18 |
| 160,161 | Laringe | 90 | 1,17 |
| 180 | Cérvix | 85 | 1,11 |
| 150 | Esófago | 78 | 1,01 |
| 204,205,206 | Leucemias | 65 | 0,84 |
| 186 | Testículo | 56 | 0,73 |
| 203 | Mieloma | 46 | 0,60 |
| | Misceláneos | 203 | 2,65 |
| | TOTAL | 7655 | 100 |

*Pacientes no tumorales

747

AÑOS 2000- 2014



2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014

TOTAL DE PACIENTES REGISTRADOS (2000-2014) SEGÚN SEXO

| | TOTAL | VARONES | MUJERES |
|-------------|-------|---------|---------|
| LENGUA | 57 | 36 | 21 |
| ESÓFAGO | 78 | 64 | 14 |
| ESTÓMAGO | 249 | 144 | 105 |
| COLON-RECTO | 861 | 479 | 382 |
| HÍGADO | 90 | 68 | 22 |
| PÁNCREAS | 250 | 162 | 88 |
| PULMÓN | 961 | 756 | 205 |
| SARCOMAS | 241 | 124 | 117 |
| MELANOMA | 205 | 100 | 105 |
| MAMA | 1173 | 10 | 1163 |
| OVARIO | 201 | | 201 |
| PRÓSTATA | 466 | 466 | |
| VEJIGA | 215 | 189 | 26 |
| RIÑÓN | 166 | 116 | 50 |
| SNC | 269 | 165 | 104 |
| TIROIDES | 71 | 27 | 44 |
| LINFOMAS | 246 | 131 | 115 |
| MIELOMA | 46 | 21 | 25 |

ORDEN DE FRECUENCIA. VARONES

| | TOTAL | % |
|--------------|-------|------|
| PULMÓN | 756 | 9,87 |
| COLON- RECTO | 479 | 6,25 |
| PRÓSTATA | 466 | 6,08 |
| VEJIGA | 189 | 2,46 |
| SNC | 165 | 2,15 |
| PÁNCREAS | 162 | 2,11 |
| ESTÓMAGO | 144 | 1,88 |
| LINFOMAS | 131 | 1,71 |
| SARCOMAS | 124 | 1,61 |
| RIÑÓN | 116 | 1,51 |
| MELANOMA | 100 | 1,30 |

ORDEN DE FRECUENCIA. MUJERES

| | TOTAL | % |
|-------------|-------|-------|
| MAMA | 1163 | 15,19 |
| COLON-RECTO | 382 | 4,90 |
| PULMÓN | 205 | 2,67 |
| OVARIO | 201 | 2,62 |
| SARCOMAS | 117 | 1,52 |
| LINFOMAS | 115 | 1,50 |
| MELANOMA | 105 | 1,37 |
| ESTÓMAGO | 105 | 1,37 |
| SNC | 104 | 1,35 |
| PÁNCREAS | 88 | 1,14 |

LISTA POR DÉCADAS. VARONES.

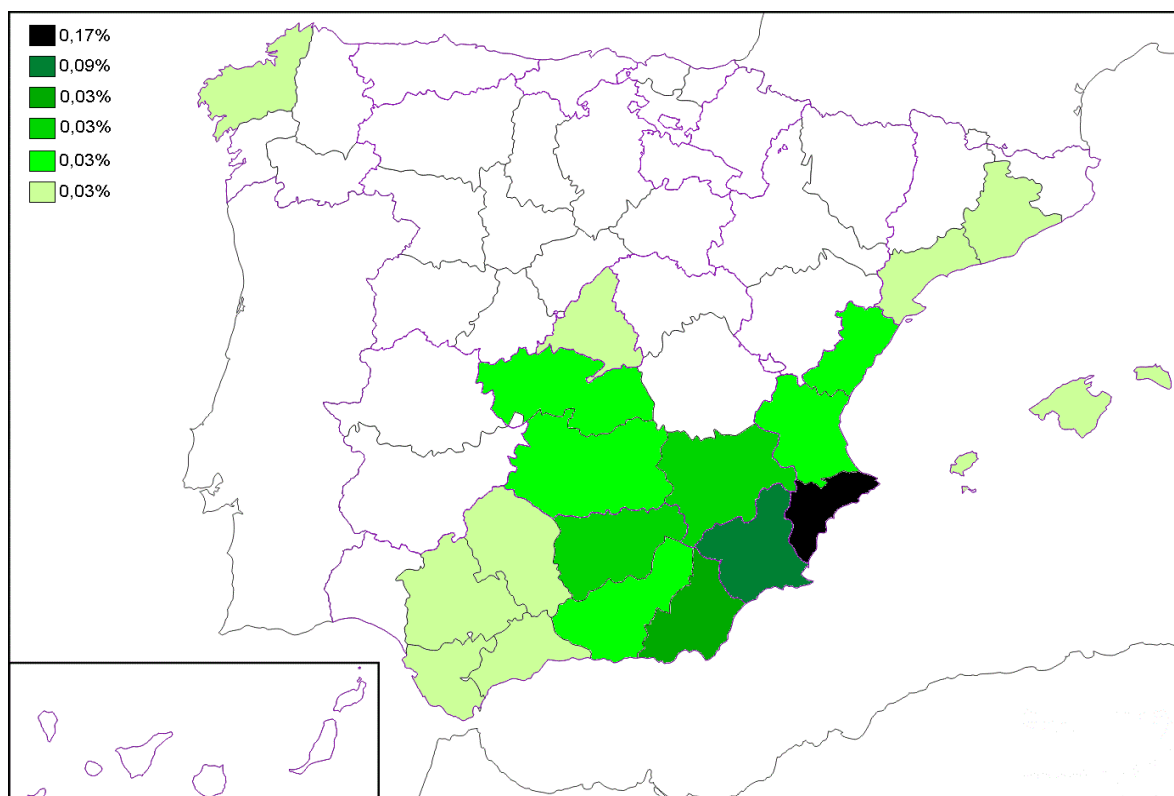
| | <20 | | 21 - 40 | | 41 - 60 | | 61 - >80 | |
|-------------------|-------|------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % |
| PULMÓN | 0 | 0 | 23 | 3,04 | 294 | 38,88 | 396 | 52,38 |
| COLO-RECTO | 0 | 0 | 25 | 5,21 | 189 | 39,45 | 240 | 50,10 |
| PRÓSTATA | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 21,88 | 351 | 75,32 |
| SNC | 13 | 7,87 | 36 | 21,82 | 68 | 41,21 | 51 | 30,90 |
| VEJIGA | 0 | 0 | 4 | 0,05 | 62 | 0,80 | 117 | 1,528 |
| LINFOMAS | 8 | 6,10 | 32 | 24,43 | 50 | 38,16 | 41 | 31,29 |
| RIÑÓN | 0 | 0 | 16 | 13,79 | 46 | 39,65 | 53 | 45,69 |
| SARCOMAS | 18 | 14,5 | 39 | 31,45 | 43 | 34,67 | 24 | 19,35 |
| PÁNCREAS | 1 | 0,61 | 6 | 3,70 | 72 | 44,44 | 78 | 48,14 |
| ESTÓMAGO | 0 | 0 | 8 | 5,55 | 71 | 49,30 | 62 | 43,05 |
| MELANOMA | 3 | 3 | 15 | 15 | 35 | 35 | 49 | 49 |

LISTA POR DÉCADAS. MUJERES.

| | <20 | | 21 - 40 | | 41 - 60 | | 61 - >80 | |
|-------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % |
| MAMA | 0 | 0 | 192 | 16,51 | 631 | 54,25 | 328 | 28,20 |
| COLO-RECTO | 0 | 0 | 31 | 8,11 | 158 | 41,36 | 187 | 48,95 |
| OVARIO | 3 | 1,49 | 31 | 15,42 | 93 | 46,26 | 71 | 35,32 |
| PULMÓN | 0 | 0 | 8 | 3,90 | 108 | 52,68 | 85 | 41,46 |
| SNC | 8 | 7,69 | 24 | 23,08 | 43 | 41,34 | 25 | 24,03 |
| LINFOMAS | 10 | 8,69 | 27 | 23,48 | 42 | 36,52 | 36 | 31,30 |
| SACOMAS | 20 | 17,09 | 32 | 27,35 | 39 | 33,33 | 26 | 22,22 |
| PÁNCREAS | 0 | 0 | 5 | 5,68 | 41 | 46,59 | 41 | 46,59 |
| MELANOMA | 2 | 1,90 | 29 | 27,62 | 35 | 33,33 | 36 | 34,28 |
| ESTÓMAGO | 0 | 0 | 16 | 15,24 | 45 | 42,85 | 43 | 40,95 |
| CÉRVIX | 0 | 0 | 29 | 34,1 | 39 | 45,88 | 16 | 18,82 |

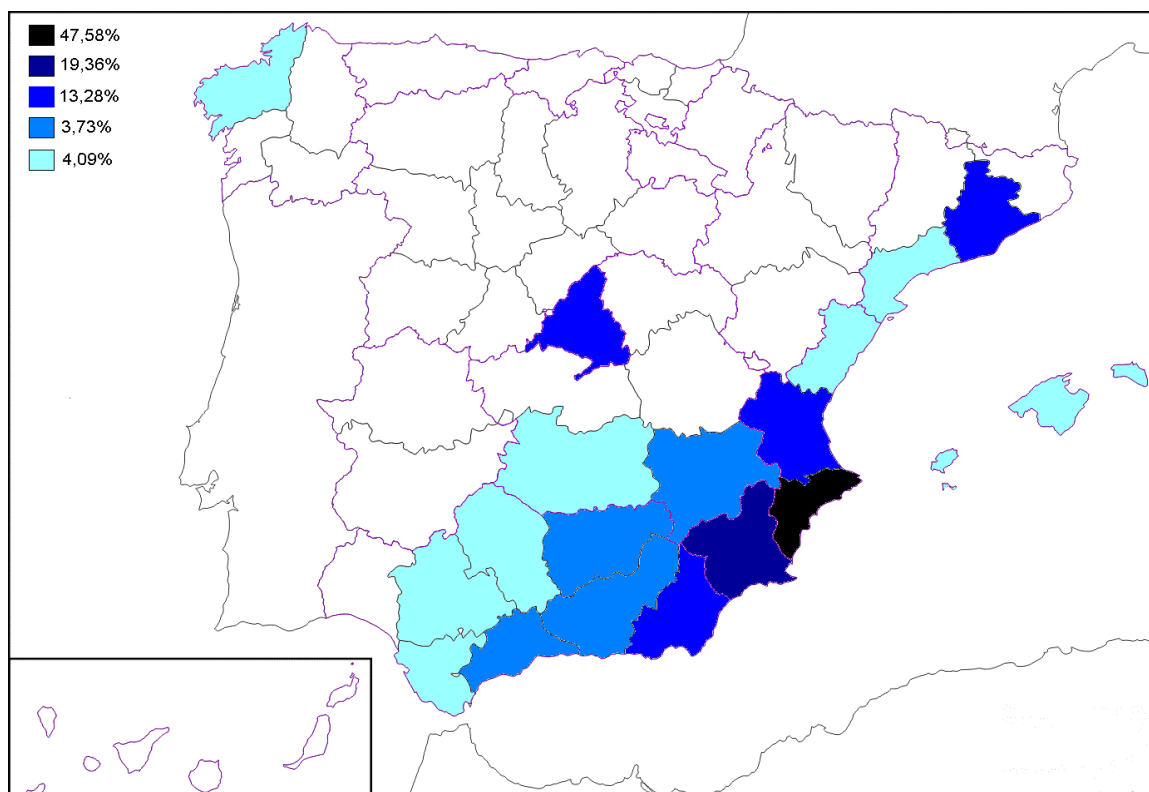
PROCEDENCIA DE PACIENTES EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN

| PROVINCIA | NÚMERO DE HABITANTES | PACIENTES | % |
|--------------------|----------------------|-----------|-------|
| Alicante | 1.934.127 | 3626 | 0,186 |
| Murcia | 1.470.069 | 1463 | 0,100 |
| Madrid | 6.489.680 | 328 | 0,005 |
| Almería | 702.819 | 268 | 0,038 |
| Barcelona | 5.529.099 | 234 | 0,004 |
| Valencia | 2.578.719 | 172 | 0,007 |
| Albacete | 402.318 | 91 | 0,023 |
| Jaén | 670.600 | 67 | 0,010 |
| Granada | 924.550 | 66 | 0,007 |
| Málaga | 1.625.827 | 63 | 0,004 |
| Toledo | 707.242 | 50 | 0,007 |
| Baleares | 1.113.114 | 47 | 0,004 |
| Cádiz | 1.243.519 | 43 | 0,003 |
| Sevilla | 1.928.962 | 42 | 0,002 |
| Córdoba | 805.857 | 40 | 0,005 |
| Castellón | 604.344 | 39 | 0,006 |
| Ciudad Real | 530.175 | 36 | 0,007 |
| La Coruña | 1.147.124 | 36 | 0,003 |
| Tarragona | 811.401 | 35 | 0,004 |



DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PROVINCIAS

| PROVINCIAS | PACIENTES | % |
|--------------------|-----------|-------|
| Alicante | 3637 | 47,51 |
| Murcia | 1470 | 19,20 |
| Madrid | 329 | 4,30 |
| Almería | 271 | 3,54 |
| Barcelona | 235 | 3,07 |
| Valencia | 173 | 2,26 |
| Albacete | 93 | 1,21 |
| Jaén | 67 | 0,88 |
| Granada | 66 | 0,86 |
| Málaga | 64 | 0,84 |
| Baleares | 47 | 0,61 |
| Cádiz | 43 | 0,56 |
| Sevilla | 42 | 0,55 |
| Córdoba | 40 | 0,52 |
| Castellón | 39 | 0,51 |
| La Coruña | 36 | 0,47 |
| Ciudad Real | 36 | 0,47 |
| Tarragona | 35 | 0,46 |



11. SEMINARIOS Y SESIONES CIENTIFICAS

Con objeto de reducir la extensión de la Memoria Anual 2022, se han incluido en el Anexo los listados de las referencias correspondientes al periodo histórico desde 2000 hasta el año actual, de forma que a continuación se incluye únicamente el listado del presente ejercicio anual.

AÑO 2023

13 de enero 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Genitourinary: kidney and bladder cancer.

20 de enero 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022. Gynecological cancer.

27 de enero 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Head and neck cancer.

3 de febrero 2023. **Dr. Joseba Rebollo**. Plataforma de Oncología. ctDNA como biomarcador en cáncer colorectal reseccable: Resultados recientes. Interés en pronóstico y tratamiento complementario.

10 de febrero 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Hematological malignancies: Leukemia and MDS.

17 de febrero 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Hematological cancers: Lymphoma.

24 de febrero 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Hematological cancers: Plasma cell displasia.

17 de marzo 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2021: Lung cancer: NSCL local and regional and SCLC.

24 de marzo 2023. **Dra Paula Muñoz**. Revision de las aplicaciones de genómica y transcriptómica en sarcomas.

31 de marzo 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Aprobacion de FDA durante verano de 2022 en relación a CART-T cell therapy.

14 de abril 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Lung cancer: NSCLC metastatic.

21 de abril 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2021: Melanoma.

12 de mayo 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022: Pediatric tumors.

19 de mayo 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Highlights ASCO 2022: Sarcomas

26 de mayo. **Dra. Paula Muñoz**. Presentación en Sesión Multidisciplinar: “Fundamentos del tratamiento quirúrgico del Sarcoma Retroperitoneal Primario”

17 de junio 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2022

6 de octubre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Review of the ASCO Plenary Session 2023.

20 de octubre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Review of the ASCO Clinical Science Symposium 2023.

27 de octubre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Breast cancer: Early, local, regional and adjuvant therapy

3 de noviembre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Breast cancer: Metastatic.

10 de noviembre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Central nervous system.

17 de noviembre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Developmental therapeutics: Immunotherapy.

1 de diciembre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Developmental therapeutics: Molecular targeted therapy and tumor biology. .

15 de diciembre 2023. **Dr. Antonio Brugarolas**. Plataforma de Oncología. Highlights ASCO 2023: Colorectal cancer.

12. PUBLICACIONES

AÑO 2023

272. Desirée Victoria-Montesinos 1, Ana María García-Muñoz 1, Julia Navarro-Marroco 1, Carmen Lucas-Abellán 1, María Teresa Mercader-Ros 1, Ana Serrano-Martínez 1, Oriol Abellán-Aynés 2, Pablo Barcina-Pérez 1, **Pilar Hernández-Sánchez** 1 Phase Angle, Handgrip Strength, and Other Indicators of Nutritional Status in Cancer Patients Undergoing Different Nutritional Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* 2023 Apr 6;15(7):1790. doi: 10.3390/nu15071790.

Ana Serrano-Martínez 1, Desirée Victoria-Montesinos 1, Ana María García-Muñoz 1, Pilar Hernández-Sánchez 1, Carmen Lucas-Abellán 1, Rebeca González-Louzao 1 A Systematic Review of Clinical Trials on the Efficacy and Safety of CRLX101 Cyclodextrin-Based Nanomedicine for Cancer Treatment. *Pharmaceutics*. 2023 Jun 26;15(7):1824. doi: 10.3390/pharmaceutics15071824. PMID: 37514011.

273. Pablo Barcina-Pérez 1 , Carmen Lucas-Abellán 1 , Oriol Abellán-Aynés 2 , María Teresa Mercader-Ros 1 , Desirée Victoria-Montesinos 1,* , **Pilar Hernández-Sánchez** 1,* and Ana Serrano-Martínez 1 Assessment of Nutrient Levels Provided by General Hospital Patient Menus: A Cross-Sectional Study Carried Out in the Region of Murcia (Spain). *Healthcare* 2023, 11(16), 2304; <https://doi.org/10.3390/healthcare11162304>.

274. **Montagud, A. C.**, Vicente-Alcalde, N., Gabladón-Bravo, E. M., Hurtado-Sánchez, J. A., Montagud, E., Egoavil, C. M., Chavarría-Alarcón, E., Caballero, P., Tuells, J. Vacunación COVID-19 en la Universidad de Alicante (España): detección de anticuerpos neutralizantes frente al SARS-CoV-2 mediante test serológico rápido, un estudio transversal. *Rev Esp Salud Pública*. Aceptado 24/10/2023. Publicación prevista 18/12/2023. Nº registro 2023-7483.

13. COMUNICACIONES A CONGRESOS, CURSOS Y SIMPOSIOS

Con objeto de reducir la extensión de la Memoria Anual 2022, se han incluido en el Anexo los listados de las referencias correspondientes al periodo histórico desde 2000 hasta el año actual, de forma que a continuación se incluye únicamente el listado del presente ejercicio anual.

AÑO 2023

401. **Morales IE.** Ponente: "OnDemand Science Highlights 5 - Gynecological Cancer". Reunión post-ASTRO. Golvamur. 5 y 6 de mayo 2023.

402. **Fernandez A.** XXIV Reunion Nacional de Cirugía: Comunicación video: Reseccion laparoscópica ligamento arcuato. 29-31 de marzo 2023, Valencia

407. **Fernandez A.** Máster en Cirugía Oncológica

14. PONENCIAS INVITADAS Y MESAS REDONDAS DIRIGIDAS

Con objeto de reducir la extensión de la Memoria Anual 2022, se han incluido en el Anexo los listados de las referencias correspondientes al periodo histórico desde 2000 hasta el año actual, de forma que a continuación se incluye únicamente el listado del presente ejercicio anual.

AÑO 2023

192. **Fernandez A.** Master de Cirugía Oncologica: Editorial Panamericana. Tema 48. Perfusión de miembro aislado en el tratamiento de sarcomas de partes blandas y melanoma. 24-27 octubre, Alicante

193. **Fernandez A.** Master e Cirugía Oncologica: Editorial Panamericana. Tema 7. Sarcomas de partes blandas de las extremidades y pared torácica. 24-27 octubre, Alicante

194. **Fernandez A.** Master de Cirugía Oncologica Digestiva. Tumores mesenquimales. Tumores de intestino delgado. TECH Universidad Tecnológica.

195. **Fernandez A.** Master e Cirugía Oncologica: Editorial Panamericana. Tema 48. Perfusión de miembro aislado en el tratamiento de sarcomas de partes blandas y melanoma. 24-27 octubre, Alicante

196. **Fernandez A.** Master de cirugía oncológica. Comunicación video: Puntos clave de la laparoscopia exploradora de estadificación cuando sospechamos carcinomatosis peritoneal. 24-27 octubre, Alicante

197. **Escudero. V.** 40ª Edición Curso de Formación Específica de la Universidad de Salamanca sobre "Monitorización de Fármacos en la Práctica Clínica". Inhibidores de Tirosina-Quinasa. Junio 2023.

198. **Catalan A.** 13ª Reunião de Oncologia de Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalarios (APFH), "Importância da personalização da dose na terapêutica oncológica", Peniche (Portugal) el 12 y 13 de mayo de 2023

199. **Catalan A.** Asociación Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalarios (APFH) cursos de formación online de farmacêuticos hospitalarios con la ponencia "Monitorização Farmacocinética na Prática Clínica" Realizada on-line en octubre de 2023

200. **Bretcha P.** Master Universitario de Investigación Clínica y Quirúrgica de la Universidad Miguel Hernández. Neoplasias del tracto Digestivo.

201. **Bretcha P.** Coordinador Master Universitario de Formación Permanente en Cirugía Oncológica de la Universidad Europea de Madrid. Módulo Cáncer de Páncreas. ISBN: 9788411061193

202. **Bretcha P.** Diploma de especialización en bases de la Cirugía de Sarcomas de la Asociación Española de Cirujanos. Instituto de Formación Continua-IL3 de la Universidad de Barcelona. Módulo sarcomas retroperitoneales y pélvicos. ISBN: 9788411061797

203. **Bretcha P.** Coordinador del Modulo de "Tumores mesenquimales. Sarcoma retroperitoneal. GIST. Tumores de intestino delgado" del Màster de Cirugia Oncològica Digestiva de la Universidad TECH.
204. **Bretcha P.** Ponente en el curso "Formándonos en nuestro colegio 2023". Cáncer de páncreas: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico".
205. **Bretcha P.** Jornada Cirugía Oncológica Peritoneal. Consorci Sanitari Integral. 29 julio 2023
206. **Bretcha P.** Presentación en Sesión Multidisciplinar del Hospital MD ANDERSON Madrid, de la charla "Fundamentos del tratamiento quirúrgico del Sarcoma Retroperitoneal Primario"
207. **Muñoz P.** Ponente en el 2do Encuentro Iberico de actualización en el tratamiento de Tumores Mesenquimales "Tratamiento quirúrgico de los tumores desmoides"
208. **Muñoz P.** Tratamiento quirúrgico de los sarcomas retraperitoneales. Màster de Cirugia Oncològica Digestiva de la Universidad TECH.
209. **Muñoz P.** Reunion Nacional de Cirugia. Sesion Video. Tumores mesenquimales y sarcomas. 24-27 octubre.
210. **Muñoz P.** Tratamiento presonalizado y de precisión en sarcomas de partes blandas: Resultados de una serie de 10 pacientes con realización de perfiles moleculares con secuenciación masiva. Reunión Nacional de Cirugía, Alicante oct 24-26
211. **Muñoz P.** Moderadora de Aula Virtual: Sarcomas de origen ginecológico: ¿Es posible mejorar su pronóstico?, Asociación Española de Cirujanos, 9 de noviembre.
212. **Muñoz P.** Presentación en Sesión Multidisciplinar del Hospital MD ANDERSON Madrid, de la charla "Fundamentos del tratamiento quirúrgico del Sarcoma Retroperitoneal Primario"
213. **Muñoz P.** Presentación en sesión del Servicio de Cirugía General, Fundación Jiménez Díaz. Fundamentos de la Cirugía Compartimental en el Liposarcoma Retroperitoneal. Noviembre 2023

15. ASISTENCIA A CONGRESOS, CURSOS Y SIMPOSIOS

Con objeto de reducir la extensión de la Memoria Anual 2022, se han incluido en el Anexo los listados de las referencias correspondientes al periodo histórico desde 2000 hasta el año actual, de forma que a continuación se incluye únicamente el listado del presente ejercicio anual.

AÑO 2023.

357. **Bretcha P.** Ponente. 13th PSOGI International Congress on Peritoneal Surface Malignancies. October 4-6th 2023. Venice.

358. **Bretcha P.** Moderador: Lo mejor del congreso: mejores orales. XXIV Reunión Nacional de Cirugía. 24-27 octubre 2023. Alicante

359. **Bretcha P.** Ponente en Curso Precongreso Grupo de Trabajo de Cirugía Oncológica Peritoneal. ¿Qué es el PMP?. XXIV Reunión Nacional de Cirugía. 24-27 octubre 2023. Alicante

360. **Bretcha P.** 13th PSOGI International Congress on Peritoneal Surface Malignancies. October 4-6th 2023. Venice.

361 **Bretcha P.** Curso Precongreso Grupo de Trabajo de Cirugía Oncológica Peritoneal. XXIV Reunión Nacional de Cirugía. 24-27 octubre 2023. Alicante

362. **Bretcha P.** XXVIII Reunión de la sección de Cirugía Esofagogastrica. Seccion laparoscópica del ligamento arcuato. Valencia 29-31 marzo 2023

363. **Padilla Muelas R.** 8º Congreso Conjunto SEFM-SEPR Oviedo 2023

364. **Cañon RM.** III Edición del Programa de Gestión Sanitaria Avanzada. IESE Business School, University of Navarra. 21-23 de Febrero, 13-16 de Marzo, 17 – 20 de Abril y 8 – 11 de Mayo 2023.

365. **Catalan A.** "I Jornada Avances en la Inmunología clínica: Inmunooncología" impartido por Catedra de Inmunología de la Universidad de Alicante. (04/07/2023)

366. **Catalan A.** "ICH Good Clinical Practice E6" impartido por The Global health training center. (14/11/2023)

367. **Catalan A.** "Good Clinical Laboratory Practice" impartido por The Global health training center. (15-21 de noviembre 2023)

368. **Catalan A.** "V Edición: Aspectos prácticos de la terapia Chimeric Antigen Receptor T-Cell (CAR-T)" impartido por Clinic de Barcelona. Facultad de medicina (UB). (23-24 de Noviembre 2023)

369. **Catalan A.** "Curso software Kaluza de citometría de flujo: básico y avanzado" impartido por Beckman Coulter Life Science (28-29 de noviembre 2023)

370. **Martinez Navarro E.** Good Clinical Laboratory Practice: The Global Health Network. 14-16 Noviembre 2023. 14 horas.

371. **Martinez Navarro E.** ICH (International Conference on Harmonization) Good Clinical Practice E6 (R2). The Global Health Network. 13 Noviembre 2023. 2 hora

372. **Paz A.** XI Congreso AECIMA. Breast Cancer Metaverse. Lisboa Mayo 2023.

16. NOMBRAMIENTOS, DISTINCIONES, ESTANCIAS Y OTRAS ACTIVIDADES

Con objeto de reducir la extensión de la Memoria Anual 2022, se han incluido en el Anexo los listados de las referencias correspondientes al periodo histórico desde 2000 hasta el año actual, de forma que a continuación se incluye únicamente el listado del presente ejercicio anual.

AÑO 2023

197. **Javaloyes N.** Título experto universitario en acompañamiento espiritual en clínica Universidad Francisco de Vitoria (Madrid) Modalidad online. 25 créditos ECTS. Duración del 20/09/2022 al 21/11/2023

198 **Bretcha P.** Participación como a miembro del tribunal examinador del Board Europeo de Cirugía Oncológica. 2007, 2021,2022 y 2023. Responsable de la edición en Castellano

199. **Muñoz P.** Paula Muñoz o Beca Hospital La Fe de Valencia - Medtronic. Curso de inmersión en Cirugía hepatobiliopancreática y trasplante.

200. **Bretcha P.** Participación como a miembro del tribunal examinador del Board Europeu de Cirurgia Oncològica. 2007. 2021,2022,2023. Responsable de la edición en Castellano.

201. **Bretcha P.** Member of the Surgical Oncology Division de la UEMS. 2021-actualidad-Honorary Fellow of the European Board of Surgery (FEBS) in Surgical Oncology. Desde 2021.

202. **Bretcha P.** Profesor del Master Universitario de Investigacion Clinica de la Universidad Miguel Hernandez: Asignatura: Neoplásies del tracto Digestivo. Desde el año 2010 – actual.

203 **Bretcha P.** Coordinador en el Master de Formacion Permanente en Cirugia Oncologica de la Universidad Europea de Madrid. Modulo cáncer de páncreas.ISBN: 9788411061193.

204. **Bretcha P.** Member of the Surgical Oncology Division de la UEMS. 2021-actualidad-Honorary Fellow of the European Board of Surgery (FEBS) in Surgical Oncology. Desde 2021-actual.