

Noticias de Grupos de Trabajo SEOM



Encuesta a los Coordinadores de Investigación Clínica de Oncología Médica

El Grupo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica (CICOM) elaboró una extensa encuesta pensada y dirigida a los Coordinadores de Investigación Clínica; lo primero que necesitaba el Grupo era conocer la situación de estos profesionales: roles adquiridos, carga de trabajo, contratación, satisfacción personal, motivación... etc. para, de este modo, hacernos una panorámica a nivel nacional que nos permitiera poder actuar y mejorarla.

Los Centros que enviaron la encuesta contestada fueron 22, de los 121 donde se realiza Oncología Médica, estaríamos hablando de sólo un 18%. Y aunque se hicieron diferentes llamamientos, tan sólo recibimos 57 fichas. Ante este número de fichas tan escaso, no pudimos analizar y hacer una extrapolación de los resultados a toda la población de coordinadores, sino que solo se puede hacer una interpretación de estos resultados con cautela, y formular una hipótesis para trabajos futuros.

Entrando en los resultados de la encuesta, recibimos fichas de 17 hospitales públicos (77.3%), de estos 15 tienen unidad de investigación clínica (88%), sólo 3 venían de hospitales privados (13.6%) y los 3 tienen unidades propias. También tienen unidades los 2 centros especializados en oncología. De las 57 fichas recibidas, en un 91 % se trata de Centros con Unidades de Investigación Clínica.

Las funciones de estas Unidades, según fueron descritas en la encuesta, son: Desde evaluar los ensayos clínicos, iniciar, coordinar y realizar los ensayos, asesorar y diseñar EC, en algunos casos se hace soporte estadístico e informático, hasta soporte administrativo y logístico, y soporte de enfermería. Las funciones son muy diferentes según el centro.

Las Unidades de Investigación Clínica la forman el responsable de la Unidad –tan sólo en un centro eran 3 las personas responsables-, en un 50% de los casos se encuentra el papel del coordinador, en un 17% existe enfermería de EC, en 5 de 22 centros tienen data-entry, en cambio sólo en un Centro de todos los que remitieron fichas tienen estadísticos. El responsable de la parte económica y de contratos suele ser el mismo coordinador pero en algún caso es una persona que se encarga de esto específicamente. En cuanto a la contratación de estos profesionales que se dedican a la coordinación de la investigación clínica, la variabilidad es amplia, pues se observa que muchos centros funcionan con becas, pero también hay hospitales con plazas fijas.

Tal como se expuso en el pasado Congreso Nacional de Oncología Médica (Octubre'09) donde se presentaron estos resultados que ahora recogemos en este artículo, no es raro que existan tantas Unidades de In- ►►►

III► investigación Clínica puesto que son necesarias, incluso imprescindibles para la correcta puesta en marcha y desarrollo posterior del EC. Además son viables e incluso rentables. Hablamos de un Servicio totalmente eficiente puesto que se logran las metas con menor cantidad de recursos.

Al analizar los resultados de satisfacción/motivación, se observa que si bien se debería de apostar por las unidades de investigación clínica, no se debe descuidar la motivación e ilusión del equipo humano y, esto es contrario a una contratación por becas o de autónomos. Además existen importantes desigualdades tanto en el tema de los salarios como en beneficios sociales.

Centrándonos ahora en los 20 Centros donde disponen de Unidad de Investigación Clínica, en 8 Centros el responsable de la Unidad es el jefe de Servicio, en 2 Centros lo es un médico adjunto, y en 10 Centros el cargo lo ejerce el propio coordinador. En el caso de los 10 Centros donde el responsable es bien el jefe de Servicio o un médico ad-

junto, la mediana de ensayos en fase de reclutamiento es de 22 (5-80), en cambio es de 36 (15-119) en los Centros donde la función de responsable la ejerce un coordinador. Si analizamos la mediana de Ensayos Clínicos por coordinador, hablamos de 14 (10-30) en el caso de los Centros cuyo responsable es el propio jefe de Servicio de Oncología Médica o un médico adjunto, y de 13 (12-30) en el caso contrario.

Por último, si nos adentramos en los datos sobre el equipo humano, cabe destacar lo siguiente: 11 Centros tienen entre 1 y 5 personas dedicadas a la coordinación de los ensayos clínicos en Oncología Médica, 6 Centros tienen entre 6 y 10, y en 5 Centros podemos hablar de un equipo humano superior a 10. Personal destinado exclusivamente a la entrada de datos (data-entry) tienen los centros con menor equipo humano (son 3 los centros) y con mayor personal (2 centros). En cuanto a datos de la mediana de ensayos clínicos en reclutamiento y de ensayos clínicos por coordinador, ver tabla adjunta:

	Equipo humano 1-5	Equipo humano 6-10	Equipo humano >10
Mediana de ensayo clínico en reclutamiento	20 (5-50)	18.5 (6-80)	60 (15-119)
Mediana de ensayo clínico por coordinador	15 (10-30)	16 (10-30)	12 (12-30)

En resumen, lo que podemos decir de las encuestas remitidas es que existe muchísima variabilidad entre los Centros, que el grupo CICOM debe trabajar para demostrar que las Unidades de Investigación Clínica son necesarias, viables, pueden ser autofinanciables y, por tanto, rentables para los hospitales. También debemos trabajar para definir las funciones del personal que trabaja en estas unidades y para mejorar las condiciones salariales y laborales.

Uno de los objetivos del grupo CICOM es conseguir que más coordinadores remitan esta encuesta para poder precisar mejor la situación de los coordinadores de investigación clínica en el ámbito nacional. Quien esté interesado en responderla, por favor contactar con el grupo o bien con la SEOM.

Gracias por vuestro interés,
GRUPO CICOM



Entrevista a Lucía Gayoso y Almudena Tercero



Lucía Gayoso



Almudena Tercero

Lucía Gayoso (Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela) y Almudena Tercero (MD Anderson-Madrid), ambas se dedican a la coordinación de ensayos clínicos en Oncología Médica.

Almudena miembro fundador del grupo CICOM reside desde hace un tiempo en EEUU, por lo que actualmente es Lucía la coordinadora del Grupo.

■ **Observamos que la manera de trabajar en unos sitios y otros era muy distinta, y que podíamos aprender mucho unos de otros si compartíamos nuestras experiencias**

¿Desde cuándo te dedicas al mundo de los ensayos clínicos?

Lucía Gayoso: Estoy trabajando en el mundo de los ensayos clínicos desde hace algo más de 5 años, es un mundo del que antes no conocía nada, pero desde que empecé en este trabajo estoy encantada, me gusta mucho y además me parece muy interesante.

Almudena Tercero: Entré en el mundo de los ensayos clínicos en junio de 2005, cuando la Dra. García Carbonero me propuso echar una mano con los ensayos clínicos del Servicio de Oncología Médica del Hospital Severo Ochoa (Leganés, Madrid). Como casi todos los que estamos metidos en este mundillo, empecé sin saber prácticamente nada. Tan sólo lo que me enseñaron en la Facultad, pero para mí fue una oportunidad única, porque gracias a la dedicación y paciencia de la Dra. García Carbonero y de todo el Servicio, aprendí qué era y cómo se desarrollaba y coordinaba un ensayo clínico oncológico, en la vida real, fuera de la teoría que te enseñan en la Universidad. Por primera vez, lo vivía desde dentro del hospital. ¡Y me enganchó!

¿Por qué la idea de contactar con otros coordinadores?

LG: la idea de contactar con otros coordinadores fue surgiendo poco a poco. En las reuniones de investigadores de los diferentes ensayos nos encontrábamos coordinadores de muchos hospitales y veíamos que la manera de trabajar en unos sitios y otros era muy distinta, y que podíamos aprender mucho unos de otros si compartíamos nuestras experiencias. De ahí que decidiéramos formar un Grupo para mantenernos en contacto y ver qué otras actividades podían surgir más adelante.

AT: Se me ocurrió porque la realidad del coordinador es que está bastante solo. Suena paradójico, ya que en los hospitales hay mucha gente, pero a día de hoy el coordinador es una figura "invisible", con la que casi nadie cuenta. Supongo que esta soledad, que sólo desaparecía en alguna reunión de investigadores, en la que te encontrabas con más gente que estaba en tu misma situación, fue lo que me impulsó definitivamente en diciembre de 2007 a crear un grupo-foro en Internet para poder compartir experiencias, dudas, consejos, ofertas de trabajo, ►►►

III► entre todos aquellos coordinadores que quisieran unirse. ¡Y desde luego que funcionó! Porque éramos más de 80 en menos de un mes.

¿Qué carencias observas en España en cuanto a los coordinadores?

LG: La primera carencia que veo es que en España no existe una formación reglada que sirva para prepararse y desempeñar este trabajo, cada uno hemos aprendido como hemos podido, con ayuda de compañeros, de oncólogos y de algunos monitores. Y quizás la segunda carencia más importante es el poco reconocimiento que tiene nuestro trabajo, a veces ni siquiera en nuestros hospitales saben que existimos, o por lo menos a qué nos dedicamos, en qué consiste nuestro trabajo, etc. Pero también es cierto que me da la impresión de que esto está empezando a cambiar.

■ La primera carencia que veo es que en España no existe una formación reglada que sirva para prepararse y desempeñar este trabajo. La segunda carencia más importante es el poco reconocimiento que tiene nuestro trabajo

AT: Uffff!, buena pregunta!!!!. Seguramente la mayor carencia es la falta de recursos en todos los sentidos. Primero en cuanto a formación, ya que a día de hoy apenas hay una formación específica para nosotros. Segundo, en cuanto a recursos, no hay inversión económica en nosotros y en cuidar la buena formación de las Unidades de Investigación en los centros españoles. Tan sólo en algunos cuentan con buenos líderes que tienen o sacan tiempo para dedicar a una buena planificación de las mismas. Pero se pueden contar con los dedos de una mano.

Explicanos, Almudena, desde tu situación actual - residente en EE.UU.- las diferencias de los coordinadores de España con otros países

Las diferencias son muchas, pero sobre todo en cuanto a la formación y a la información. Me explico: en cuanto a la formación porque en Estados Unidos sí que hay asociaciones específicas de profesionales de investigación clínica, en la que tienen cabida los coordinadores, a los que dedican cursos, congresos y formación especializada. Para poder ejercer aquí necesitas una acreditación específica, que puedes conseguir a través de estas asociaciones. En cuanto a la información, porque aquí los EC no son un tabú, ni son entendidos como experimentos con cobayas. Los

propios pacientes demandan ensayos y buscan los centros donde se realizan. Esto facilita el que no seas un ser extraño al paciente que no entiende muy bien tu labor. En cuanto a las condiciones laborales, porque en los hospitales invierten en la gestión de sus unidades de desarrollo de ensayos, y esto hace que la figura del coordinador esté un poco más reconocida que en España, y que haya contratos apropiados con buenas condiciones de trabajo (buen sueldo y un horario compatible con la vida familiar). Básicamente, creo que estas son las principales diferencias.

Por último, ¿Qué esperáis del grupo CICOM y hacia dónde debe ir?

LG: Creo que el grupo CICOM, gracias al trabajo de algunos coordinadores y especialmente al de Almudena, que fue la persona que empezó toda esta aventura, ya está dando resultados excelentes, hemos conseguido muchas cosas, y a los coordinadores cada vez se nos reconoce más nuestro papel en los ensayos clínicos. Así que diría que lo único que espero del Grupo es que siga por este mismo camino, que creo que es el adecuado. Es necesario que sigamos trabajando de la misma manera y lo que me gustaría es que contáramos con la colaboración de más coordinadores ya que tenemos muchos proyectos de futuro y toda ayuda será bienvenida.

AT: Del Grupo lo que espero es que siga evolucionando como hasta ahora. Creo que hemos crecido un montón. Hemos conseguido participar en congresos nacionales y locales, tener nuestra página web, nuestra bolsa de trabajo, darnos a conocer. Esto sólo ha sido el principio y no ha sido nada fácil, pero estamos muy motivados a continuar trabajando para conseguir la profesionalización y reconocimiento de los coordinadores. Los coordinadores de oncología en España están sedientos de formación especializada, y de la mejora de las condiciones laborales y reconocimiento en sus Centros. El grupo CICOM debe seguir el camino necesario para conseguir esto.

■ Los coordinadores de oncología en España están sedientos de formación especializada, y de la mejora de las condiciones laborales y reconocimiento en sus Centros. El grupo CICOM debe seguir el camino necesario para conseguir esto

Mención Especial en el II Concurso +mir de Casos Clínicos

caso clínico

Astenia, Ascitis y Dolor en Hipocondrio Derecho

Autor Principal:

Cristina Pangua Méndez.

Médico Residente de Oncología Médica

Colaboradores:

M^a Teresa Quintanar Verdúñez, Médico Residente de Oncología Médica
Nazaret Cordero Franco, Médico Residente de Oncología Médica
Begoña Martínez Carrasco, Médico Residente de Oncología Médica

Contacto:

Cristina Pangua Méndez • Teléfono: 659216015

E-mail: cristinapangua@yahoo.es

Centro de trabajo:

Servicio de Oncología Médica Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

Avenida Barber, 30 • 45004 Toledo • Teléfono-Fax: 925-269179

Trabajo supervisado por:

Miguel Ángel Cruz Mora, Jefe de Servicio de Oncología Médica

Palabras clave:

enfermedad veno-oclusiva, oxaliplatino, ascitis, piomiositis, complicaciones infecciosas

Antecedentes Personales

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Mastectomía radical modificada derecha tipo Madden en enero 2005 por carcinoma ductal infiltrante pT2N1M0. Recibió tratamiento de quimioterapia adyuvante según esquema AC x 4 ciclos seguido de 4 ciclos de taxol trisemanal (febrero-julio 2005). Posteriormente recibió radioterapia complementaria (50Gy). Desde octubre 2005 en tratamiento hormonal adyuvante con anastrozol.

Historia Oncológica Actual

Mujer de 55 años, en tratamiento adyuvante con anastrozol por neoplasia de mama previa, diagnosticada en julio de 2008 de neoplasia de colon izquierdo. Se realizó hemicolectomía izquierda laparoscópica y linfadenectomía. AP:

adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon sobre adenoma vellosa, ulcerado estadio pT3N0M0 con permeación linfática y perivascular (Estadio IIA/B2MAC). En septiembre de 2008 inició tratamiento adyuvante según esquema XELOX (oxaliplatino-capecitabina). Finalizada la administración del tercer ciclo (día 14), acude a consulta por presentar astenia intensa progresiva, dolor en hipocondrio derecho, aumento del perímetro abdominal, ganancia de 6 kg de peso, edemas en miembros inferiores y oliguria.

Exploración

Normotensa, afebril. Icteria mucocutánea.

Cabeza y Cuello: presión venosa yugular normal.

No adenopatías.

AC: rítmica sin soplos. **AP:** murmullo vesicular disminuido en ambas bases.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Semiología de ascitis no a tensión.

Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda. Pequeños hematomas espontáneos.

Pruebas Complementarias

SS: leucocitos: 7100 (fórmula normal). Hb 10 plaquetas 129.000.

EC: INR 2 TC 27 Fibrinógeno 214.

Bioquímica: glucosa 92 urea 38 Cr 0.65 Na 135 K 5 Albúmina 2.7 calcio 8.3 GOT 97 GPT 128 GGT 72 FA 245 LDH 740 bilirrubina 10 (directa 7). CEA normal CEA 19.9 42.

Rx tórax: prótesis mama derecha, clips quirúrgicos en axila derecha. Índice cardiotorácico normal. No infiltrados, mínimo derrame pleural bilateral.

ECO abdomen: aumento difuso de la ecogenicidad no concluyentes. Suprahepáticas adelgazada. Recanalización umbilical, ascitis leve. No trombosis portal.

Serología hepatitis A, B, C; VIH, citomegalovirus, virus Epstein-Barr: negativo.

Líquido ascítico: trasudado, gradiente albúmina < 1.1. negativo para células malignas. Cultivo negativo.

Gastroscopia: varices esofágicas pequeñas grado I sin puntos rojos. Incipiente hernia hiatal axial. Patrón mucoso sugestivo de gastropatía de la hipertensión portal leve en cuerpo.

Evolución

Se decide ingreso para estudio. Se realizó serología de virus hepatotropos, que fue negativa, citología y cultivo de líquido ascítico, que fue negativo y ecografía abdominal que descartaba afectación tumoral y se apreciaba hipertensión portal y ascitis leve.

Se sospecha de enfermedad venoclusiva hepática por cumplir la paciente los criterios de Baltimore y Seattle (bilirrubina >2, aumento >5% de peso, hepatomegalia). Se realiza manometría venosa que muestra un marcado aumento del gradiente de presión venosa hepática libre / presión venosa enclavada (PVHE /PVHL) con valor de 21 mm Hg. Todo ello compatible con hipertensión portal. El estudio morfológico de las venas suprahepáticas no muestran alteraciones significativas.

Se realizó biopsia hepática transyugular objetivando a nivel lobulillar dilatación de las sinusoidales y trabéculas hepáticas con citoplasma eosinófilo y núcleos prominentes y pigmento biliar. Las venas centrolobulillares no muestran alteraciones. Compatible con toxicidad por fármacos (oxaliplatino) y enfermedad venooclusiva en fase inicial.

Ante la alteración hepática se suspende medicación hepatotóxica (anastrozol). Se inicia reposición de volemia por la oliguria y para evitar síndrome hepatorenal. Para conseguir balances hídricos negativos se instaura tratamiento con dieta hiposódica y se administra albumina parenteral y heparina de bajo peso molecular subcutánea. La paciente evolucionó de manera favorable. Tras 15 días de tratamiento se decide el alta hospitalaria y seguimiento estrecho ambulatorio. Al alta desaparece la anorexia, la ascitis y se normaliza la diuresis; se objetiva mejoría analítica: bilirrubina total 5, GOT 80, GPT 150, GGT 70, F alcalina 200, con estudio de coagulación normal. La función hepática se recuperó 3 meses después con ecografía abdominal normal, pero quedando una fibrosis hepática grado 2 según escala de Castera y una elasticidad hepática de 7.1 kilopascales medido con fibroscan.

Se suspendió el tratamiento de quimioterapia adyuvante para la enfermedad de colon. Se administró ácido urso-dexosicólico de manera profiláctica antes de reintroducir tratamiento adyuvante con anastrozol. La paciente no volvió a presentar esta complicación.

Juicio Clínico

Enfermedad Venoclusiva Secundaria a Oxaliplatino

Discusión

La enfermedad venooclusiva hepática se produce por una disfunción endotelial que conlleva una situación de hipercoagulabilidad local; formándose agregados de fibrina y otros detritos, que ocluyen el flujo sanguíneo intrahepático, produciendo hipertensión portal y alteración de función hepática. La causa más frecuente son los tratamientos quimioterápicos a altas dosis previos al trasplante de médula ósea, con una incidencia de hasta un 50%.⁽¹⁾ El diagnóstico diferencial se realiza con infecciones virales, insuficiencia

cardiaca, infiltración tumoral hepática, trombosis portal o suprahepática. Puede producirse por hepatotoxicidad por fármacos (ciclofosfamida, busulfan, azatioprina, oxaliplatino, 6 mercaptopurina, dacarbacina, melfalan) (2).

La enfermedad veno-oclusiva hepática es una complicación que pueden presentar los pacientes en tratamiento con oxaliplatino. Se piensa que su incidencia está infraestimada (3). A pesar de que no existen muchos casos descritos en la literatura, en una revisión de metastasectomías hepáticas realizadas en pacientes con cáncer de colon tratados previamente con quimioterapia (con/sin oxaliplatino) se observaron los siguientes resultados: en el 27% de los pacientes tratados con oxaliplatino existía alteración hepática en tejido sano en forma de enfermedad venooclusiva y en el 51% fibrosis (4). Existen algunos factores predisponentes como hepatopatía previa, irradiación previa, progesterona y noretilesterona, entre otros.

El único tratamiento disponible es de dudosa eficacia: defibrotide, un polidesoxiribonucleotido que actúa como antitrombótico y trombolítico y protector contra la isquemia; otros fármacos utilizados activador tisular del plasminógeno, heparina... Lo más importante es el tratamiento de soporte para conseguir balance hídrico negativo. Aproximadamente en el 60% de los pacientes con afectación leve-moderada el cuadro se resuelve de manera espontánea. Otros fallecen debido a fallo multiorgánico.

Es una toxicidad poco frecuente y grave. Se debe vigilar la función hepática sobre todo a partir del tercer ciclo de oxaliplatino porque es cuando el fármaco alcanza dosis estables.

Bibliografía

1. Moreno Ramirez-Cardenas, Sangro Gómez-Acebo. Actualización en enfermedades vasculares hepáticas *Medicine* 2004; 9 (9); 543-551.
2. A Helmy . Review article: updates in the pathogenesis and therapy of hepatic sinusoidal obstruction syndrome.
3. AROTÇARENA et al. Severe sinusoidal lesions: a serious and overlooked complication of oxaliplatin-containing chemotherapy? *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30:1313-1316.
4. Rubia-Brandt. Severe hepatic sinusoidal obstruction associated with oxaliplatin-based chemotherapy in patients with metastatic colorectal cancer. *Annals of Oncology* 2004, (15):460-466.



Curso de Liderazgo para Tutores

MIR en Oncología

Los días 30 de septiembre y 1 de octubre, el Grupo de Trabajo SEOM de Residentes y Adjuntos Jóvenes +mir organizó la primera edición del “Curso de Liderazgo para Tutores MIR” gracias a la colaboración de Merck.

El liderazgo es una competencia que está implícita en la propia naturaleza del ejercicio de la Medicina. Este aspecto adquiere mayor relevancia cuando el médico tiene responsabilidades sobre la formación de sus futuros compañeros, de los residentes.

Gracias al conocimiento del comportamiento de las personas que requiere la práctica médica, el profesional adquiere con la experiencia un sentido del liderazgo práctico que le permite impactar de forma más o menos eficaz en su entorno. Sin embargo, la falta de formación específica en aspectos relacionados con el liderazgo puede reducir su efectividad.

De aquí la existencia de un curso como éste. Este programa de formación ha tenido como fin potenciar el liderazgo y las habilidades para desarrollar el talento de los tutores de residentes.

En el curso se dotó a los asistentes de herramientas para el desarrollo del talento y rendimiento de los residentes y el desarrollo de un plan de mejora individual de competencias directivas en base a los conceptos y test realizados. Cada participante previamente realizó un cuestionario de personalidad (DISC) on-line para saber las actitudes y aptitudes que tenía cada uno para ocupar ese cargo de responsabilidad frente a los MIR.

Los objetivos del curso se cumplieron y la satisfacción de los asistentes hace pensar en una futura edición. Estas son algunas de las impresiones de los asistentes al Curso de Liderazgo:

“La responsabilidad de los tutores de oncología es enorme. Junto a todos los miembros del Servicio estamos implicados directamente en el desarrollo profesional y también personal de los futuros oncólogos. La mayoría de tutores han sido escogidos para esta labor por sus cualidades, III►

III► *pero pocos han recibido formación específica para ello. Este curso ha servido para dotar de método a nuestro trabajo con los residentes. Hemos aprendido a saber potenciar lo mejor de ellos y nos anima a seguir trabajando para formar buenos oncólogos* - Dra. Gemma Viñas, del Servicio de Oncología Médica del ICO- Hospital Josep Trueta de Gerona.

“Este curso es diferente, muy interesante y útil para mejorar nuestra tarea como tutores de residentes” - Dra. Sònia Servitja Tormo, del Servicio de Oncología Médica del Parc de Salut Mar de Barcelona.

“El curso ha sido estupendo y ha aumentado la confianza en mis posibilidades y en las de mis residentes” - Dra. Sonia Gonzá-

lez Jiménez, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Mutua de Terrasa de Barcelona.

“Este curso enseña a reconocer la potencialidad de cada uno de nosotros como tutores y desarrollar al máximo las capacidades de nuestros residentes” – Dra. Cristina López López, del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Tras la edición de este curso, los tutores han reconocido su propio estilo de liderazgo reflexionando sobre el impacto que ello genera en su equipo; saben aplicar en el entorno médico los diferentes modelos de liderazgo directivo; han trabajado una metodología de desarrollo del talento y del rendimiento de los residentes basada en el feedback y el coaching; y han aprendido a saber adaptar su estilo de comunicación al de su interlocutor para conseguir mayor efectividad.



Entrevista a la Dra. Elena Castro



Dra. Elena Castro

Estudié Medicina en la Universidad de Salamanca (1997-2003) y mi primer contacto con la biología molecular del cáncer lo tuve en segundo de carrera a través de una asignatura optativa, Medicina Molecular, donde conocí al Prof. Rogelio González Sarmiento quien ha sido mi primer mentor y una de las personas que más ha influido hasta ahora en mi corta carrera. Tras este contacto inicial con el laboratorio, gané una plaza de alumno interno en el departamento de Biología Molecular y siendo aún estudiante de pregrado obtuve dos becas internacionales para realizar estancias en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Mi interés por el Cáncer Hereditario surgió durante uno de estos veranos en el CNIO, en el grupo de Genética Humana que dirige el Dr Javier Benítez.

La apertura en el año 2000 del Centro de Investigación del Cáncer en Salamanca y el haber empezado mi proyecto de tesis doctoral en el grupo del Prof. Rogelio González Sarmiento, me inclinó a escoger Salamanca para realizar la residencia en Oncología Médica (2004-2008) con el Prof. Juan Jesús Cruz.

Terminada la residencia, trabajé durante unos meses en el Hospital Universitario de Salamanca, llevando, entre otras cosas, la Unidad de Consejo Genético.

En abril de 2009 empecé a trabajar como Clinical Research Fellow en la unidad de *Translational Cancer Genetics* de The Institute of Cancer Research (ICR) y The Royal Marsden Hospital y actualmente disfruto de una ESMO Clinical Research Fellowship, la primera que se otorga a un proyecto en Cáncer Familiar.

¿Desde cuándo está en el Royal Marsden Hospital-The Institute of Cancer Research (ICR)?

Vine en abril de 2009, tras obtener una plaza de Clinical Research Fellow que ofertaba la unidad de *Translational Cancer Genetics*, si bien durante mi último año de residencia (2008) había realizado una estancia en las unidades de Cáncer Familiar de St George's Hospital y del Royal Marsden.

■ **Me di cuenta de que la mejor forma de conseguir una formación sólida en el campo de la genética del cáncer tanto a nivel clínico como de investigación básica, pasaba por una larga estancia en un centro de referencia**

¿Por qué se marchó al extranjero?

A raíz de las estancias en el CNIO durante el pregrado comencé a plantearme completar mi formación en algún centro de referencia extranjero, pero el empujón final fue la estancia con la Prof. Shirley Hodgson (Cancer Genetics, St George's Hospital, Londres). Me di cuenta de que la mejor forma de conseguir una formación sólida en el campo de la genética del cáncer tanto a nivel clínico como de investigación básica, pasaba por una larga estancia en un centro de referencia.

Otro aliciente para decidirme por el Reino Unido fue la larga tradición de la vertiente investigadora de la Medicina en este país, donde combinar la investigación de laboratorio y la asistencia clínica es mucho más sencillo, en contraste con las dificultades que estaba encontrando para hacerlo en España.

¿Cree que es realmente necesario formarse en algún momento en el extranjero sea cual sea la especialidad?

Sin duda es una experiencia enriquecedora y en según qué casos puede ser muy importante, pero no creo que se pueda generalizar y decir que todos los Oncólogos Médicos o Radioterapeutas tienen que irse en algún momento al extranjero. En España hay profesionales excelentes que no se han formado fuera del país, aunque hay que admitir que determinadas tecnologías o áreas del conocimiento, como es el caso del Cáncer Familiar y la investigación traslacional en genética del cáncer, están más desarrolladas en otros países y si uno realmente quiere profundizar en ellos es mejor ir a las fuentes, muchas veces durante un tiempo prolongado.



■ Pienso que favorecer la estancia tanto de residentes como adjuntos en otros centros nacionales o extranjeros de referencia, será beneficioso para la Oncología española, ya que contribuirá a fomentar un espíritu crítico a la vez que constructivo, que nos permitirá seguir mejorando

Desde el punto de vista colectivo, pienso que favorecer la estancia tanto de residentes como adjuntos en otros centros nacionales o extranjeros de referencia, será beneficioso para la Oncología española, ya que contribuirá a fomentar un espíritu crítico a la vez que constructivo, que nos permitirá seguir mejorando. Por eso, creo que iniciativas como el programa de Becas de la SEOM para formación de investigadores traslacionales en centros de excelencia son de suma importancia.

¿Dónde encontró información y sugerencias para irse al extranjero?

En primer lugar, para la rotación que realicé durante la residencia en St George's Hospital, me limité a pedirle a la Prof. Shirley Hodgson que me admitiera como "observador" en su departamento durante unos meses. Ellos me indicaron todos los trámites y me facilitaron todo el papeleo. Tras esta grata experiencia, y una vez decidida a realizar una estancia prolongada en el extranjero, estudié diversas posibilidades y finalmente opté por presentarme a una plaza de *Clinical Research Fellow* que se ofertaba en el ICR. Para que me eligieran, aparte de realizar una buena entrevista (a pesar del inglés que yo me gastaba) y de un curriculum orientado a las demandas del puesto, creo que fue fundamental el haber realizado una estancia previa con la Prof. S. Hodgson dado que en el mundo anglosajón las referencias y quiénes son tus mentores son de gran importancia.

Durante mi primera estancia coincidí con otros *fellows* de diferentes países que no solamente me animaron a dar este paso, sino que me enseñaron las "triquiñuelas" necesarias para que todo resultara mucho más sencillo, a lo que también contribuyó la Bolsa de Viaje para estancia en el extranjero que me concedió la SEOM en 2009.

¿Cuál es su responsabilidad profesional y qué hace en un día normal?

Como *Clinical Research Fellow*, mi actividad está más orientada a la investigación y la academia que a la asistencia.

Aunque en el departamento de Cancer Genetics se reali-

zan estudios en los distintos ámbitos del Cáncer Familiar y en la consulta se ven pacientes con diferentes síndromes, el principal interés del grupo en el que trabajo, y que dirige la Prof. Rosalind Eeles, es la genética del cáncer de próstata, por lo que la gran mayoría de los estudios clínicos y de laboratorio en los que estoy implicada son en este campo.

Mi actividad es muy diversa y varía bastante de una semana a otra. Por lo general, hago dos o tres consultas a la semana: una para los pacientes en tratamiento o seguimiento de tumores urológicos, fundamentalmente próstata, y otra para los pacientes de cáncer familiar. Cada quince días hago otra consulta para ver a los pacientes que participan en los dos ensayos clínicos que coordino actualmente. El resto del tiempo lo dedico al laboratorio, donde trabajo en cáncer de próstata, tanto en la caracterización de estos tumores en portadores de mutación en BRCA, como en el estudio de genes de baja penetrancia en pacientes con agregación familiar de cáncer de próstata.

Además, muchas veces hay que sacar tiempo de donde no hay para estudiar, preparar comunicaciones a congresos y escribir artículos, protocolos y proyectos.

■ Durante mi residencia en un hospital general, a menudo resultaba difícil convencer a otros especialistas de que un paciente oncológico podía beneficiarse de un determinado tratamiento. En el Royal Marsden, por el contrario, al ser un hospital enteramente dedicado al manejo integral de pacientes con cáncer, existe un gran respeto entre los diferentes especialistas y las decisiones están siempre basadas en las últimas evidencias científicas, por lo que las discusiones de los casos en los comités resultan siempre muy educativas

¿Le ha sorprendido algo del ambiente científico-asistencial en el Royal Marsden?

Lo cierto es que me ha sorprendido mucho y muy gratamente. Hice mi residencia en un hospital general, donde a menudo era muy difícil convencer a otros especialistas de que un paciente oncológico podía beneficiarse de un determinado tratamiento. En el Royal Marsden, por el contrario, al ser un hospital enteramente dedicado al manejo



▮▮▮ integral de pacientes con cáncer, lo habitual es el abordaje multidisciplinar de cada caso. Existe un gran respeto entre los diferentes especialistas y las decisiones están siempre basadas en las últimas evidencias científicas, por lo que las discusiones de los casos en los comités resultan siempre muy educativas.

▮ **Una de las prioridades estratégicas del ICR es promover la colaboración entre los diferentes grupos que lo integran, lo que resulta todavía más enriquecedor**

Como señalé anteriormente, una de las cosas que más me gusta es la facilidad para combinar la asistencia y el trabajo de laboratorio. Además, una de las prioridades estratégicas del ICR es promover la colaboración entre los diferentes grupos que lo integran, lo que resulta todavía más enriquecedor. Como ejemplo, nuestro grupo, colabora estrechamente con la *Drug Development Unit* en el programa de

desarrollo de inhibidores de PARP en pacientes con cáncer de próstata (Dr. Johann de Bono) así como con el programa de reparación del DNA dirigido por el Prof. Alan Answorth.

¿Requirió alguna convalidación del título de Medicina o de especialista para trabajar en el Reino Unido? Y si fue así, ¿algún trámite burocrático fue complicado?

Para trabajar como *Clinical Research Fellow* sólo es necesario registrarse en el General Medical Council (GMC), lo que requiere de la traducción oficial del título de médico y de algún otro documento. El trámite es muy sencillo. Por el contrario, la acreditación como Oncólogo Médico para acceder a un puesto de "Consultant" es un proceso arduo y difícil que puede llevar más de un año. Para lograr esta convalidación, se necesita de un curriculum más amplio que el que se obtiene con el actual programa MIR en Oncología Médica.

Tras su experiencia, ¿qué cree que debería tener claro un residente senior o un adjunto joven que se plantee trabajar en el extranjero?

Para quienes se estén planteando hacer una estancia en otros Centros, las rotaciones durante la residencia son ▮▮▮

■ Las rotaciones durante la residencia son una buena oportunidad para establecer contactos, aunque los congresos y reuniones son también un buen momento para conocer gente

III► una buena oportunidad para establecer contactos, aunque los congresos y reuniones son también un buen momento para conocer gente. Si no, siempre se puede enviar un mail al departamento o la persona que te interesa explicando lo que te gustaría hacer. Aunque esta opción parece *a priori* un poco más arriesgada y menos efectiva, a mí me funcionó.

■ La competitividad en estos Centros es muy grande y hay que trabajar muy duro y de forma constante para demostrar tu valía

En cuanto al tiempo que debe durar la estancia, creo que depende de cuales sean los objetivos. Si lo que se quiere es simplemente tener la experiencia de ver cómo se trabaja en un centro extranjero o aprender una técnica concreta, unos cuantos meses probablemente serán suficientes. Pero si se busca profundizar en una materia, subespecializarse, o desarrollar un proyecto de laboratorio, es necesario que la estancia se prolongue durante

al menos un par de años. Hay que tener en cuenta que en los centros de gran nivel académico como el caso del ICR-Royal Marsden, reciben *fellows* constantemente, por lo que muchas veces tienen la sensación de que estás de paso y pueden no incluirte en sus grandes proyectos ni en sus publicaciones. La competitividad en estos Centros es muy grande y hay que trabajar muy duro y de forma constante para demostrar tu valía.

¿Piensa volver algún día a España?

España es mi casa y en ese sentido, reconozco que me gustaría volver. Pero desde el punto de vista profesional en el Royal Marsden Hospital estoy muy a gusto porque puedo combinar la vertiente clínica y el laboratorio en un ambiente académico que resulta muy estimulante. Continuaré en Londres por algún tiempo y en el futuro me gustaría seguir trabajando en el campo de la genética del cáncer, fundamentalmente desde un punto de vista traslacional en un centro español o extranjero que me permita crecer profesionalmente.

■ Animo a todos aquellos que se estén planteando ampliar su formación haciendo una estancia en el extranjero a que den ese paso hacia adelante, porque creo que es una experiencia muy positiva. Actualmente, hay muchas becas y ayudas que se pueden solicitar

¿Alguna sugerencia final para residentes o adjuntos jóvenes?

Yo animaría a todos aquellos que se estén planteando ampliar su formación haciendo una estancia en el extranjero a que den ese paso hacia adelante, porque creo que es una experiencia muy positiva. Es una decisión importante en la que hay que tener en cuenta no sólo el centro al que se quiere ir, sino también el proyecto que se quiere desarrollar y el tiempo de que se dispone. Actualmente, hay muchas becas y ayudas que se pueden solicitar, y no hay que rendirse si las cosas no salen bien a la primera.

De entrada, todo parece mucho más complicado de lo que en realidad es, pero con esfuerzo, perseverancia e ilusión, al final se superan todas las dificultades.

Dra. Elena Castro