

Rotación en la unidad de Sarcomas del Hospital Royal Marsden de Londres.

Anna Estival

1. Centro oncológico especializado

El Hospital Royal Marsden de Londres es un centro público dedicado únicamente a pacientes con cáncer.

Esta característica lleva implícito que todos los profesionales del centro están implicados, de alguna manera, en el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de pacientes con cáncer. El estar en un centro dedicado exclusivamente a pacientes oncológicos permite que los equipos estén totalmente subespecializados. Eso significa que los médicos destinados a una patología concreta (en este caso, los sarcomas), sólo se dedican a ese tipo de pacientes.

Esta subespecialización hace que los diferentes equipos responsables de un tumor específico adquieran mucha experiencia, hecho que en un tumor tan infrecuente como el sarcoma, es primordial para un óptimo diagnóstico y tratamiento del paciente.

Durante mi estancia en el centro he podido notar que la unidad entre equipos es primordial. En el Royal Marsden hay médicos dedicados específicamente al diagnóstico de éstos tumores (principalmente radiólogos, patólogos y radiólogos intervencionistas) y profesionales sanitarios dedicados a su tratamiento (cirujanos de diferentes especialidades, oncólogos médicos, oncólogos clínicos y enfermeras). Esto permite que el diagnóstico radiológico y patológico (resultado de una biopsia) se dé en un corto plazo de tiempo para planificar un tratamiento, aunque a su vez, suficientemente prudencial para asegurar que el diagnóstico sea correcto.

Los sanitarios dedicados al tratamiento de los pacientes con sarcoma coinciden tanto en consultas como en los comités, para ofrecer un punto de vista multidisciplinar.

El equipo de enfermería especializada en pacientes con sarcoma tiene una excelente preparación, conocimiento y experiencia y hace que el trabajo en equipo sea coordinado e eficaz. Las enfermeras hacen rotaciones periódicas en los diferentes departamentos dedicados al tratamiento de los sarcomas (quirúrgico, radioterápico y médico), lo que les permite tener un conocimiento de todas las vertientes del tratamiento de estos tumores. Este hecho me ha parecido muy interesante, porque realmente ayuda a que tengan una visión de todo el tratamiento cómo un proceso continuo, y que acompañen al paciente en todos estos momentos, con un contacto telefónico directo en caso de toxicidad, complicación secundaria o duda organizativa de circuitos.

2. Frecuente entre lo infrecuente

Otra parte a destacar, es que los sarcomas se dividen en muchos subtipos, muchos de ellos con una incidencia muy baja (hasta un 1% del global de sarcomas), por lo que, de nuevo, estar en un equipo especializado en estos “tumores raros” hace que el volumen de pacientes con subtipos poco comunes de un tumor infrecuente sea elevado.

Así pues, en mi caso, he podido visitar y tratar varios pacientes con angiosarcoma, hemangioendotelioma epitelioides, sarcoma del estroma endometrial, sarcoma alveolar de partes blandas y pecomas, entre otros.

Algunos de estos subtipos de sarcomas tienen tratamientos específicos o sensibilidad específica a distintas terapias (angiosarcoma – paclitaxel o sarcoma del estroma endometrial – inhibidores de aromatasa, por ejemplo) que salen de la práctica habitual en la primera línea del tratamiento del resto de sarcomas (doxorubicina con o sin olaratumab).

El elevado número de pacientes afectados de sarcoma que se reciben tratamiento oncoespecífico también hace que se puedan ver toxicidades poco frecuentes a los tratamientos sistémicos. Es decir, el visitar más pacientes en tratamiento oncoespecífico hace que sea mucho más probable ver toxicidades que pueden darse con muy baja frecuencia (<1%). Esto me ha permitido, aprender a manejar mejor este tipo de efectos adversos.

3. Ensayos clínicos

Otra característica a destacar del Royal Marsden Hospital es el amplio abanico de ensayos clínicos. Como en otros tumores de baja incidencia, la realización de ensayos clínicos para pacientes afectados de sarcoma es un trabajo complejo en muchos sentidos.

Por un lado, la infrecuencia de los sarcomas hace que el reclutamiento de pacientes sea muy lento, más aún en estudios dedicados a subtipos específicos. Por otro lado, los sarcomas y, en concreto algunos subhistotipos, son poco sensibles a la quimioterapia, por lo que después de la primera línea, es difícil establecer el orden ideal de los tratamientos. Así pues, es difícil establecer el brazo control óptimo en los estudios comparativos.

Aún así, la lectura a la inversa de esta información nos dice que en un tumor tan infrecuente, relativamente poco sensible a la quimioterapia y sin una secuencia estándar de tratamiento, el desarrollo de nuevos fármacos y su análisis en ensayos clínicos es esencial.

En este centro, no únicamente hay un gran número de ensayos abiertos sino que lo más destacable es el elevado número de pacientes reclutados. Esto es porque los pacientes acuden derivados de muchos centros y se abarca un territorio muy amplio. Así por ejemplo, algunos pacientes de Escocia, con buen estado general, acuden a tratarse con fármacos en investigación dentro de ensayos clínicos. El principal motivo de la participación de estos pacientes en ensayo es, o bien porque no tienen opciones de tratamiento estándar que

puedan ofrecer resultados eficaces, o porque el ensayo concreto esté dirigido a un subhistotipo poco común.

Este flujo de derivación constante de pacientes es muy positivo para el reclutamiento en estos ensayos y el elevado reclutamiento en ensayos dedicados a investigar nuevos fármacos en un subtipo específico puede resultar positivo para los pacientes, a largo plazo. Así pues, estos pacientes con subtipos “raros” dentro de los tumores “raros”, pueden optar a una opción de tratamiento que ha demostrado eficacia en estudios iniciales y que, con suerte, puede ser un tratamiento eficaz en estudios sucesivos. Evidentemente, hay que tener en cuenta que un ensayo clínico nos ayuda precisamente a demostrar la eficacia o no de un fármaco, por lo que el paciente tiene que ser consciente de que en muchos de los casos (hay mucho más ensayos con resultados negativos que positivos) el beneficio no será individual para el propio paciente sino para los futuros pacientes. Muchos de los ensayos clínicos no sólo buscan demostrar la eficacia sino también encontrar cual es esa dosis eficaz con un nivel de toxicidades tolerables, así pues, las dosis del fármaco se va escalando hasta que se consigue un resultado eficaz (estabilidad de enfermedad, en la mayoría de veces) con una toxicidad manejable. Algunos fármacos no consiguen resultados eficaces sin causar efectos secundarios inadecuados.

La consulta de ensayos clínicos me ha permitido ver el desarrollo de fármacos en diferentes fases (desde fase 1 a 3) y mejorar en el manejo de cada uno de este tipo de ensayos.

El equipo de enfermería dedicado únicamente a los pacientes con sarcoma dentro de ensayos clínicos, es fundamental para la organización de estos, cumplimiento de los estrictos protocolos, seguimiento de las visitas de los pacientes y apoyo en el control de las toxicidades.

Una de las experiencias más positivas en lo que se refiere a los ensayos ha sido el poder ver, personalmente, el avance en el descubrimiento de nuevos tratamientos para tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Actualmente hay diversos fármacos con perspectivas

optimistas utilizados, incluso, en líneas tardías o en subtipos moleculares poco sensibles al resto de inhibidores de tirosin kinasa.

3.1 Proceso de desarrollo de un ensayo clínico

Como he comentado previamente, en el centro se llevan a cabo ensayos clínicos en diferentes fases, des de fase 1 a fase 3.

Afortunadamente, mi rotación por el centro ha coincidido en un momento en el que uno de los investigadores estaba desarrollando un estudio fase 1 propio y me he ofrecido a ayudar para poder aprender sobre ello.

El desarrollo de un fase 1 es muy complejo, no sólo hay que tener la idea de qué fármaco utilizar, tener unos resultados in vitro y pensar los criterios de inclusión y exclusión adecuados para seleccionar a los pacientes, sino que requiere de un proceso burocrático muy estricto, además de los comités éticos, por supuesto.

Antes de abrir el estudio y plantear la inclusión de pacientes, se revisan varias veces las bases de datos creadas para la introducción de los datos precisos para el estudio. Para que esto sea de la forma más real posible, se rellenan resultados y fechas de pacientes ficticios. De este modo, buscando los datos de los pacientes y con la visión de diferentes médicos, se pueden encontrar datos innecesarios, incorrectos o datos que requieren ser añadidos.

Esta forma de trabajar es común para todos los centros y estudios, aunque los ensayos fase 1 tienen peculiaridades que los hacen más complejos y hacen que su desarrollo sea mucho más lento.

4. El día a día

El trabajo del día a día se divide básicamente en visitas clínicas, comités y reuniones, ya sea reuniones científicas o para discusión de casos dentro del mismo equipo dedicado a tratar pacientes con sarcoma (oncólogos clínicos, oncólogos médicos, enfermeros clínicos y enfermeros de ensayos).

4.1 Visitas clínicas

Las visitas clínicas de oncología médica se dividen en: visitas de pacientes en tratamiento asistencial, pacientes en tratamiento dentro de ensayo clínico y pacientes en seguimiento (controles habituales).

4.1.1 Visitas de tratamiento asistencial

Los médicos que llevan a cargo estas consultas son los oncólogos médicos y oncólogos clínicos (lo que nosotros entendemos como radioterapeutas).

El disponer de una opinión de un oncólogo clínico el mismo día es interesante para el paciente ya que facilita el manejo (organización y control de toxicidades) de los tratamientos combinados, así como también agiliza la valoración conjunta en caso de necesidad de tratamiento con radioterapia, ya sea de manera neo o adyuvante como paliativa.

Las enfermeras clínicas hacen un apoyo crucial en el seguimiento y manejo de toxicidades, así como en la comunicación de información al paciente (actitud terapéutica, cambios de tratamientos, resultados de pruebas, derivaciones). Más adelante desarrollaré más el apartado de enfermería.

4.1.2 Visitas de tratamiento dentro de ensayo clínico

Las consultas de los pacientes en tratamiento oncológico dentro de un ensayo clínico se intentan concentrar un día a la semana. Aún así, en caso de que ese día coincida con día

festivo o el volumen de pacientes sea muy elevado, se precisa de otro día para abarcar todo el trabajo.

En estas consultas, se visitan a los pacientes, se hace el seguimiento según el protocolo específico (constantes, muestra sanguínea, pruebas de imagen) y se valora al paciente como en el resto de consultas, es decir: anamnesis, exploración, control de toxicidades y ajustes y administración de tratamiento.

Como comentaré posteriormente, las enfermeras específicas para ensayos clínicos en sarcoma, se encargan de la organización de todos los procedimientos y organización de pruebas.

4.1.3 Visitas de seguimientos

Estas visitas se realizan dos días a la semana (en nuestro caso, los lunes por la tarde y los jueves) y se utilizan para citar a los pacientes en controles habituales (controles clínicos y radiológicos). En estas consultas también se visitan pacientes que precisan de una “urgente”, es decir, pacientes con cambios clínicos que piden adelantar la visita.

Así mismo, uno de estos días de consulta (jueves) estas consultas de oncología están situadas en paralelo con las de cirugía. De modo que, en caso de que un paciente precise de la opinión conjunta de las dos especialidades, por ejemplo, pacientes con cambio de actitud terapéutica decidida en comité (planteamiento quirúrgico curativo o paliativo), se pueden visitar conjuntamente en un mismo sitio y espacio. Esto no sólo supone un beneficio para los médicos responsables del paciente, ya que facilita el intercambio de opiniones y la toma de decisiones conjunta, sino que también permite al paciente evitar duplicidad de visitas y retrasos en la toma de decisiones.

4.2 Comités

Los comités multidisciplinares se llevan a cabo 2 días a la semana (jueves y viernes).

En estos comités se comentan todos los casos visitados por diferentes especialistas implicados en el tratamiento de pacientes con sarcoma, primeras visitas, pacientes con complicaciones (básicamente, empeoramiento de síntomas o dudas de progresión por pruebas de imagen) y se presentan pacientes de otros centros derivados únicamente como consulta (ya sea radiológica o patológica).

Uno de los comités está dedicado a la revisión anatomopatológica de las biopsias. En este caso, se realiza después del comité general de los viernes.

4.2.1 Comité multidisciplinar

Este es el comité general de sarcomas que se hace el jueves y viernes.

En éste, acuden todos los especialistas dedicados al diagnóstico y tratamiento de los sarcomas para comentar casos con alta sospecha o ya diagnóstico de sarcoma. Como he comentado previamente, el tipo de pacientes presentados son, básicamente, primeras visitas (ya sean realizadas por cirugía o por oncología) o pacientes con cambios evolutivos durante los seguimientos (sospecha de progresión clínica o radiológica, decisión de cambio de actitud terapéutica, cambio de estrategia...etc).

Los comités constan de una administrativa coordinadora que se encarga de registrar a los pacientes (suelen ser más de 30 pacientes por comité) y luego el profesional sanitario (normalmente médico o cirujano) presenta el caso, se revisan las imágenes radiológicas y se discute el mejor abordaje diagnóstico o terapéutico.

En nuestro caso, los pacientes visitados en la consulta de oncología médica, tributarios de presentar en el comité, se transmiten a la coordinadora hasta 48 horas antes del mismo y se exponen en el momento de la reunión incidiendo en el motivo de presentación y llegando a una decisión conjunta que queda escrita en la historia clínica electrónica del paciente.

Algo interesante a destacar de este comité es los casos consulta de otros centros, que comentaba previamente. En Inglaterra también hay unos centros dedicados a sarcomas, tal y como actualmente se quiere organizar en España. Las normas de los centros de excelencia en sarcomas dicen que el diagnóstico (radiológico y la biopsia) se deben realizar en centros expertos.

En el caso de Inglaterra, llevan muchos años haciéndolo así y actualmente la forma de actuación es la siguiente: un centro que no se considere centro de excelencia en sarcomas comenta los casos al centro considerado de excelencia, se comenta la imagen radiológica y la historia clínica del paciente y se toma una decisión conjunta de cómo proseguir con el diagnóstico. Únicamente en casos en que la cirugía se considera de riesgo (riesgo de daño de grandes vasos), extremadamente complicada se deriva al paciente al centro de excelencia. Así mismo, se mandan resultados de biopsias para la revisión a ojos de un patólogo experto en sarcomas y se derivan algunos casos de pacientes con sarcomas raros que requieran un tratamiento específico que no se pueda dar en el centro de origen.

El resto de casos, son comentados con el centro considerado de excelencia pero tratados en el centro original. Hay que tener en cuenta que los criterios para denominar a un centro “centro de excelencia” son muy restrictivos, y muchas veces dependen de criterios de territorio, por ejemplo, por lo que un centro puede tener una experiencia muy amplia en sarcomas y no ser considerado “centro de excelencia”.

Si se tuvieran que derivar todos los pacientes con sospecha de sarcoma (lesión radiológica sospechosa), el centro receptor de pacientes no podría abarcar todo el trabajo y, por otro lado, el paciente tendría que costearse un traslado que podría ser extremadamente largo y caro en Reino Unido. No obstante, en el caso de Reino Unido, el gobierno cubre muchos de esos gastos, aunque también la tasa sanitaria desembolsada es muy superior a la nuestra.

4.2.2 Comité anatomopatológico

Este comité se reúne un día a la semana. En él, se presentan los resultados de las biopsias, ya sea de una biopsia diagnóstica o de una pieza quirúrgica.

Así pues, inicialmente se presenta el caso, explicando la historia clínica, se revisan la iconografía y, por último, el patólogo enseña las imágenes microscópicas y las comenta a los asistentes. El patólogo hace la descripción morfológica de la lesión, así como de la inmunohistoquímica y por último de la biología molecular realizada, para llegar a un diagnóstico.

4.3 Reuniones científicas

Una tarde a la semana, se realizan reuniones científicas en las que se expone algún tema de interés relacionado con sarcoma.

Estas presentaciones las hacen (hacemos) los mismos miembros del equipo, presentando resultados de nuevos estudios publicados en revistas o expuestos en un congreso, revisando la literatura de algún tema específico, o comentando un caso.

En mi caso, a principios de agosto presenté una sesión dedicada al tratamiento de los tumores desmoides, un tumor sobre el que he estado desarrollando un proyecto con pacientes del centro.

4.4 Reuniones internas del equipo de sarcomas

En el equipo en el que estoy implicada, el servicio de oncología especializada en sarcoma, se comentan casos de pacientes en tres reuniones diferentes.

En la primera de ellas se comentan los pacientes ingresados y los ingresos programados, de manera que se revisa el caso, tratamientos recibidos, pruebas radiológicas y se decide un plan diagnóstico-terapéutico. Los encargados de preparar esta reunión son los médicos internistas

que visitan a los pacientes ingresados. Los oncólogos médicos están disponibles vía telefónica para consultas y suelen visitar a los pacientes ingresados una vez por semana.

La segunda reunión está destinada a los pacientes ambulatorios. En ésta, se comentan los nuevos pacientes visitados, se revisa el caso y se toma una decisión de tratamiento. También en ésta reunión, se comentan los pacientes visitados ambulatoriamente (en consultas externas) con cualquier cambio clínico que deba discutirse de manera conjunta para tomar una actitud terapéutica: complicaciones, nuevos síntomas, dudas diagnósticas, necesidad de cambio de tratamiento...Los encargados de revisar todos estos casos son (somos) los médicos jóvenes (ya sea residentes o adjuntos jóvenes).

La tercera y última reunión semanal, se centra en los pacientes reclutados en ensayo clínico. Aquí se revisan los pacientes potencialmente aptos para alguno de los ensayos, las toxicidades que se están observando y el tratamiento de ellas, la evolución de los pacientes, los resultados de las pruebas y posibles tratamientos posteriores en caso de progresión.

5. Equipo de enfermería

Inglaterra siempre se ha caracterizado por una enfermería con muy buena formación en varios aspectos, y sobre todo, en cuidados paliativos.

El trabajo de enfermería es fundamental en muchos aspectos, pero en este caso, destacaría el excelente trato i seguimiento de toxicidades de los pacientes y el enlace con los servicios de paliativos, ya sea centros hospitalarios dedicados exclusivamente a cuidados paliativos (los llamados "hospice") o unidades de servicios paliativos a domicilio.

5.1 Enfermería clínica

El equipo de enfermería clínica es el encargado del seguimiento de pacientes fuera de ensayos clínicos, ya sea pacientes en seguimientos rutinarios o en tratamiento.

Este equipo de enfermería tiene un contacto telefónico directo con el paciente para atender dudas en los seguimientos, como programación de visitas o pruebas, o incluso comentar la aparición de algún síntoma o problema intercurrente y también durante los tratamientos. Las consultas de pacientes en tratamiento pueden ser muy diversas, aunque sobretodo se basan en manejo de toxicidades.

Estas enfermeras también están presentes en la primera visita médica del paciente y en el momento en el que paciente tiene que iniciar un tratamiento diferente. Refuerzan la información dada por el médico responsable, así como precauciones higienico-dietéticas que deben tomar.

Creo que el trabajo que hacen estas enfermeras es excepcional, ya que el paciente se siente arropado durante todo el proceso y, a decir verdad, muchos no usan el servicio, pero sólo la tranquilidad de saber que tienen el contacto directo, es suficiente.

5.2 Enfermería de ensayos

Dado que, como he comentado anteriormente, el centro tiene múltiples ensayos para el tratamiento de pacientes con sarcoma, tiene también un equipo de enfermería especializado en estos pacientes.

En este caso, éstas conocen al paciente desde que se le ofrece su participación en el ensayo, ayudan en la transmisión de información y explican, con profundidad, cualquier punto del protocolo. Revisan que el paciente haya entendido bien el esquema de tratamiento, el objetivo de este, las toxicidades esperables y cómo actuar delante de ellas, revisan las pruebas y se encargan de que los seguimientos y las visitas se programen adecuadamente.

Del mismo modo que las enfermeras clínicas, éstas también tienen un contacto telefónico directo con los pacientes, en este caso, los pacientes reclutados en ensayos clínicos.

6. Visita a otros servicios relacionados

Los compañeros del equipo de sarcomas del centro me propusieron hacer una pequeña rotación a un servicio específico dedicado a adultos jóvenes, unidad llamada “Unidad de adultos jóvenes y adolescentes”.

6.1 Introducción a la Unidad de adultos jóvenes y adolescentes

En Inglaterra, a los pacientes entre 16 y 24 años se les ofrece ser tratados en una unidad especial dedicada a ellos. Así pues, muchos pacientes con tumores típicos de la infancia o adolescencia, como el sarcoma, se tratan allí. Éste sistema no lo tenemos en España, por lo que pensé que sería una rotación interesante para sacar ideas, sopesar pros y contras y pensar si sería factible y beneficioso, tener una unidad como ésta o incluir algunas características de ésta, en nuestra práctica diaria en pacientes con sarcoma.

De manera general, se considera que los pacientes entre 16 y 18 tienen que ser derivados a estas unidades, mientras que los que se encuentran en el rango de 19-24 son informados y pueden escoger recibir el tratamiento cerca de casa o en estas unidades. Hay que tener en cuenta, que el tratamiento en estas unidades, muchas veces, supone un desplazamiento importante. En mi caso pude conocer casos de pacientes que se desplazaban desde localidades situadas a unas 5 horas del hospital.

La unidad ofrece oncólogos especializados en pacientes jóvenes (no especializados en un tipo de tumor específico), soporte emocional y psicológico y soporte práctico y social. Este soporte específico se centra tanto en el paciente como en el entorno familiar.

Evidentemente, el tratamiento oncológico es el mismo y se decide en el comité del centro encargado del paciente inicialmente. En caso de que el paciente se trate en estas unidades, la decisión será presentada en el comité de la unidad, únicamente para aceptar el tratamiento y exponer el resto de soporte que se prevé pueda requerir el paciente. En este comité de las

Unidades de adultos jóvenes y adolescentes asisten médicos, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

6.2 La planta de hospitalización

Muchos de estos pacientes en tratamiento oncológico activo requieren de hospitalización, ya sea por necesidad de tratamiento quimioterápico en infusión continua, trasplante en pacientes hematológicos o complicaciones secundarias a las terapias.

La planta de hospitalización se centra en intentar crear un ambiente cómodo y cálido para el paciente. Así mismo, se dispone de una cocina en la que pueden pedir comida adaptada a sus gustos (dentro de unos parámetros de comida saludable y variada).

6.2.1 Salas de ocio

La planta de hospitalización cuenta de dos salas de ocio a las que tienen acceso tanto los pacientes ingresados en la Unidad como los pacientes jóvenes ambulatorios (no ingresados) que acuden al centro a recibir algún tratamiento oncológico (básicamente quimio o radioterapia).

Estas salas cuentan con diferentes alternativas para ocupar el tiempo libre: libros, televisión, películas, videojuegos, un futbolín y una mesa de billar.

También disponen de una sala para hacer reuniones y de vez en cuando organizan “eventos” como visitas de gente famosa (cocineros que dan clases, por ejemplo), noches de películas, música...

6.3 Conclusión sobre la unidad

Después de haber visitado la unidad, considero que hay ideas positivas que se pueden sacar y otras que son menos factibles o que considero que no aportan tanto beneficio al paciente.

Por un lado, tener una sala de “recreo” es algo positivo para los pacientes jóvenes, ya que pueden sentirse más cómodos en el hospital y eso puede influir en el cumplimiento

terapéutico. El relacionarse con gente de su edad, puede ayudarles a no centrarse únicamente en su enfermedad oncológica y en los tratamientos y poder compartir momentos, vivencias y entretenerse tal y como haría otro chico de su edad. Así mismo, el equipo especializado en pacientes jóvenes puede compartir sus diferentes visiones de la situación y tratar al paciente de manera global.

Por otro lado, en cuanto a lo que se refiere específicamente al tratamiento oncológico, creo que la división oncológica por subtipos tumorales (como la que tenemos en España) es más adecuada ya que el hecho de tratar un número reducido de tumores (sarcoma, cerebrales y pulmón, como en mi caso por ejemplo), hace que el médico pueda especializarse más y formarse concretamente en estos tumores. El especializarse en el tratamiento de “todos” los tumores de adolescentes y adultos jóvenes incluye muchísimos tipos tumorales: mayoritariamente linfomas, leucemias, tumores germinales, sarcomas, tumores cerebrales...aunque se puede añadir cualquier tipo. De este modo, considero más complicado el estar actualizado en todos los tipos tumorales que focalizarse en unos concretos.

Un dato más a tener en cuenta es la distancia al centro y la necesidad de traslado para tratamientos (en algunos casos, diario, como en el caso de la radioterapia). Como he comentado previamente, muchos pacientes y, consecuentemente, su familia, tienen que recorrer muchos kilómetros para llegar al centro y eso implica, no sólo el invertir un tiempo considerable (lo que supone a su vez cansancio y desaprovechar tiempo que podría ser dedicado a otras actividades), sino también de dinero (y más teniendo en cuenta que el transporte en Inglaterra es extremadamente caro).

Para terminar, hay que tener en cuenta que en Inglaterra muchísimas cosas son pagadas por la sanidad pública (se destina mucho más a sanidad que en nuestro país, por ejemplo) y por otro lado, una gran parte de se pagan con donaciones. Estos gastos, en casos determinados, incluyen transporte de pacientes, alojamientos, ayudas sociales y por ejemplo, estas unidades.

6 Participación en congresos / Simposiums

El equipo de sarcomas del departamento de oncología del Royal Marsden me ha propuesto la asistencia a simposiums del mismo centro y participación en congresos para presentar proyectos que he realizado aquí. Esto ha contribuido a enriquecer mis conocimientos.

Así pues, el 15 de mayo pude asistir al quinto simposium en patología molecular en oncología. "5th Symposium on Molecular pathology in oncology – Hot topics", del cual adjunto el programa.

Del mismo modo, el 11 y 12 de mayo asistí al congreso de ESMO dedicado la oncología especializada en adultos jóvenes (ESMO preceptorship adolescents and Young adults malignancies), en el que presenté un caso clínico de un paciente con sarcoma de Ewing, del propio centro.

Uno de los proyectos en el que he estado trabajando, el de tumores desmoides, ha sido mandado para su valoración a el congreso CTOS al que acudiré en Noviembre de este año y aceptado para su presentación.

Anna Estival



15 de setiembre 2019