

EL TRAYECTO DE LA PACIENTE EN EL CÁNCER DE MAMA TEMPRANO HR+, HER2-: MEJORES PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

www.medscape.org/collection/hr-her-ebc-spanish

Segmento 1: Cómo comunicar el riesgo de recidiva a la paciente con cáncer de mama temprano HR+, HER2-

Karen Drucker, NP, RN: Hola y bienvenidos a este microcapítulo de Medscape sobre “Cómo comunicar el riesgo de recidiva a la paciente con cáncer de mama temprano HR+, HER2-”. Me llamo Karen Drucker. Soy enfermera practicante y trabajo en el servicio de medicina de mama en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, en la ciudad de Nueva York. Hoy me acompaña Giuseppe Curigliano, quien es oncólogo médico en la Universidad de Milán, en Italia. ¿Cómo se aborda actualmente el riesgo de recidiva en el cáncer de mama temprano HR+, HER2-, Giuseppe?

Giuseppe Curigliano, MD, PhD: Muchas gracias Karen por esta pregunta. En efecto, evaluamos el riesgo considerando tanto el riesgo clínico como el riesgo genómico. Cuando analizamos el riesgo clínico, analizamos principalmente el estadio T del tumor y luego la dimensión del tumor y la afectación ganglionar. Otro riesgo clínico también se puede examinar con la evaluación de Ki-67, que es normalmente un biomarcador de pronóstico. Cuanto más alto es el Ki-67, mayor es el riesgo de recidiva. Para comprender mejor el riesgo clínico, debemos pensar en la puntuación de riesgo compuesta que publicaron los investigadores de BIG (Breast International Group) 1-98 hace 10 años. En la puntuación compuesta, teníamos el estadio T, el estadio N, la afectación ganglionar y el Ki-67 y el nivel de expresión del receptor de estrógenos y el receptor de progesterona. Cuanto más grande es el tumor, más alta es la afectación ganglionar, más alto es el Ki-67, más alto es el riesgo. Otro tipo de riesgo es el riesgo genómico. Si tenemos una paciente con una alta puntuación de recidiva que es posmenopáusica, con certeza esta paciente debe considerarse de alto riesgo, y por eso proponemos la quimioterapia. En definitiva, integrar el riesgo clínico y el riesgo genómico puede ayudarnos a explicarle mejor a la paciente por qué necesitamos aumentar el tratamiento.

Enfermera Drucker: Entonces Giuseppe, ¿cómo comunicas el riesgo de recidiva para pacientes de una manera que repercute en ellas y las ayude a informar sus decisiones de tratamiento?

Dr. Curigliano: Creo que de la misma manera en que analizamos el riesgo juntos en el equipo multidisciplinario. Una vez que le propongo un tratamiento a la paciente, me siento con ella y le

explico: tienes un tumor grande y hay muchos ganglios comprometidos. El tumor tiene un índice altamente prolífico. Por eso, al sumar todas estas características: tamaño grande del tumor, alto compromiso ganglionar, alto Ki-67 o alto puntaje genómico, es que te propongo aumentar el tratamiento. En una paciente así, normalmente propongo realizar quimioterapia, y luego tratamiento endocrino, que se puede extender de 5 a 10 años. Por último, en el perfil de alto riesgo, sugiero ciertamente combinar abemaciclib con el tratamiento endocrino estándar durante 2 años. Así, las pacientes realmente entienden el concepto de riesgo porque un tumor más grande con compromiso ganglionar puede realmente darles la percepción del riesgo. En general, esa comprensión aumentará con su cumplimiento del plan de tratamiento. Karen, tengo una pregunta final para ti. ¿Cómo les comunicas a las pacientes el riesgo de recurrencia y hay algo en lo que pueda mejorar si aprendo de una enfermera practicante como tú?

Enfermera Drucker: Gracias. En términos generales, durante estas conversaciones, trato de enfocarme más en la parte positiva de la reducción del riesgo, sin intentar alejarme de lo que significa el riesgo de que reaparezca el cáncer, pero enfocándome en lo que podríamos hacer para evitar que reaparezca. Y tenemos estas oportunidades en función de datos que nos han demostrado que agregar determinados tratamientos o tomar tratamientos por más tiempo conlleva mejores resultados y logramos mayores beneficios en cuanto a la supervivencia. Entonces, trato de enfocarme más en eso con la paciente: el poder que tenemos con estos nuevos tratamientos, que pueden cambiar los resultados. Más o menos trato de empoderar a las pacientes con el conocimiento de que los datos y estudios más recientes realmente nos han permitido aumentar la supervivencia en mujeres con cáncer de mama, especialmente con cáncer de mama de más alto riesgo. Así, me concentro en lo positivo: Hay cosas que puede hacer para cambiar su resultado. Esta es una oportunidad que tenemos. Entonces, lo convierto en algo más positivo. En lo que respecta a los oncólogos, no sé exactamente cómo proceden, pero estoy segura de que usted es un excelente oncólogo. Pero creo que, en general, para todos los proveedores de atención médica, creo que escuchar, realmente escuchar a las pacientes y oír lo que quieren decir y cómo se sienten y adaptar las conversaciones a las personas intentando satisfacer sus necesidades es algo en lo que probablemente todos podríamos mejorar para perfeccionar nuestra forma de comunicarnos con las pacientes. Gracias.

Dr. Curigliano: Gracias, Karen. Entonces, lo que debemos hacer es hacerle comentarios positivos a la paciente. Y el mensaje principal para mí es escuchar a las pacientes. Así que, gracias Karen. Gracias a la audiencia. Les agradecemos por ver este microcapítulo de Medscape y los invito a responder las preguntas a continuación.

Segmento 2: Conversar sobre las opciones terapéuticas y los resultados del tratamiento

Karen Drucker, NP, RN: Hola y bienvenidos a este microcapítulo de Medscape llamado “Conversar sobre las opciones terapéuticas y los resultados del tratamiento”. Me llamo Karen Drucker y soy enfermera practicante en el servicio de medicina de mama en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, en la ciudad de Nueva York. Hoy me acompaña la Dra. Sara Hurvitz, que es profesora de medicina de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), en Los Ángeles, California. Sara, ¿puedes nombrarme algunas de las opciones terapéuticas actuales para pacientes con cáncer de mama temprano HR+, HER2- de alto riesgo?

Sara A. Hurvitz, MD, FACP: Sí, Karen, me encanta estar aquí hoy y, ¿no es cierto que hay mucho para hablar hoy en día en el área del cáncer de mama positivo para receptor de estrógenos de alto

riesgo? Ha habido tantos cambios últimamente. Tenemos datos que respaldan el uso, por ejemplo, de la supresión ovárica cuando se agrega al tratamiento endocrino para las mujeres más jóvenes con cáncer de mama inicial, positivo para receptor de estrógenos de alto riesgo. Actualmente, también tenemos datos que respaldan el uso del inhibidor de CDK 4/6, abemaciclib, en pacientes que particularmente tienen un alto riesgo de recidiva de la enfermedad. Los datos del estudio monarchE indican que podemos reducir el riesgo de una recidiva en el orden de 30% en pacientes que reciben abemaciclib como tratamiento adyuvante durante 2 años. Es una cifra estupenda, un gran cambio en la capacidad de modificar los resultados para pacientes que tienen un alto riesgo de recidiva de la enfermedad. Ahora tienen una opción más para agregar, y luego, sumado a eso, para las pacientes que son portadoras de la mutación de *BRCA* de la línea germinal, con cáncer de mama positivo para receptor de estrógenos en estado inicial, pero de alto riesgo. Olaparib es un inhibidor de la poli-adenosina-difosfato-ribosa-polimerasa (PARP) que se utiliza en el tratamiento adyuvante durante un año, según el estudio OlympiA, y que demuestra una mejora de la supervivencia sin enfermedad para las pacientes que lo usan.

Entonces, es un momento realmente interesante. También, para agregar a esos datos sobre el uso de tratamiento adyuvante con tratamiento endocrino extendido; es decir, más de 5 años de tratamiento endocrino, hay muchos ensayos clínicos que están estudiando eso. Es un área en evolución, en muy rápida evolución. La buena noticia es que ahora hay más opciones disponibles para nuestras pacientes que sabemos que tienen un alto riesgo de tener una recidiva metastásica.

Cuando hablas sobre el uso de abemaciclib u olaparib con una paciente que tiene cáncer de mama positivo para receptor de estrógenos de alto riesgo, ¿cómo encaras con ellas la conversación sobre los pro y los contra?

Enfermera Drucker: Bueno, trato de enfocarme en los beneficios del tratamiento, que son obviamente disminuir la probabilidad de una recidiva. Entonces, me gustaría hablar de los beneficios y de que, aunque podría ser un poco difícil y un poco más duro, podemos cambiar los resultados. Y no es garantía, pero si podemos cambiar un resultado, realmente puede marcar una diferencia en prevenir el cáncer de mama metastásico. Por eso, siempre trato de enfocarme en lo positivo, pero también les aclaro que vamos a intentarlo. Tienes el control. La decisión final de continuar o no con un tratamiento depende de ti. Así que, intentémoslo. Tratemos de manejar los efectos secundarios. Tratemos de mantener la mejor calidad de vida posible para ti. Y si no podemos hacer eso, si no es posible, siempre tenemos la posibilidad de decir, acá paro y me arriesgo. Entonces, me gusta asegurarme de que las pacientes se sientan en control de la situación.

Dra. Hurvitz: Sí, empoderar a la paciente es una parte muy importante de la toma de decisiones compartida. Ser dueño de esa decisión o compartir esa decisión es muy importante, según mi opinión. Creo que esos son puntos realmente excelentes. He notado en mi propio consultorio que las pacientes que tienen enfermedad del más alto riesgo tienden a ser las que están realmente motivadas a asumir más el costo de la toxicidad, y las que están al límite de la enfermedad de alto riesgo pueden ser las que, normalmente, piensan más detenidamente sobre si vale o no la pena soportar esa toxicidad para obtener esa reducción del riesgo absoluto. Por eso, verdaderamente, estas conversaciones son tan personalizadas y llevan mucho tiempo en la clínica, pero son muy, muy importantes.

Entonces, quería preguntarte: En tu consultorio, ¿cómo conversas con tus pacientes sobre los efectos secundarios de estos medicamentos?

Enfermera Drucker: Sí, es una conversación importante porque sabemos que el tratamiento endocrino en sí puede tener muchos efectos secundarios para las pacientes. Entonces, incorporar abemaciclib u olaparib realmente se suma a esos efectos secundarios y puede resultar difícil para algunas pacientes. El efecto secundario más frecuente de abemaciclib es la diarrea. Diría que probablemente es el número uno. Entonces, inmediatamente, antes de comenzar, preparamos a las pacientes para eso, nos aseguramos de que tengan loperamida a la mano, intentamos guiarlas en cuanto a cuándo comenzarla, cuándo llamarnos, cómo mantenerse hidratadas. Además, estos dos fármacos también causan fatiga. Olaparib y abemaciclib suman al nivel de fatiga, por eso nos aseguramos de que las pacientes estén al tanto de esto, lo esperen, de manera que no las desanime, pero también las alentamos a que nos llamen de inmediato si es más que solo un poco de fatiga, para que podamos realmente guiarlas, con la esperanza de que no dejen el medicamento. Creo que la gente está más empoderada cuando sabe qué esperar.

Dra. Hurvitz: Absolutamente. Son puntos fantásticos. Coincido en que la diarrea es el efecto secundario de abemaciclib más problemático. Entonces, siempre digo que estar prevenido es estar mejor preparado. Pasar mucho tiempo por adelantado con la paciente y explicarle este efecto secundario ayuda mucho a detectarlo temprano y mitigarlo. La neutropenia es un poco más baja con abemaciclib que lo observado con los otros inhibidores de CDK 4/6, pero de todos modos es importante avisarles a las pacientes porque si tienen diarrea particularmente intensa y presentan fiebre, esto es algo que probablemente trataríamos con un poco más de agresividad y les pediríamos que vengan a vernos, para hacer un control de hemograma completo, simplemente para asegurarnos de que estén bien.

Bueno, quiero agradecerle por realizar esta sección conmigo hoy, Karen. Y quiero agradecer a nuestra audiencia por ver este microcapítulo de Medscape. Los invito a responder las preguntas que siguen

Segmento 3: Efectos adversos: ¿Qué deben saber las pacientes?

Giuseppe Curigliano, MD, PhD: Hola y bienvenidos a ese microcapítulo de Medscape sobre “Efectos adversos: ¿Qué deben saber las pacientes?” Me llamo Giuseppe Curigliano y soy oncólogo médico. Trabajo en la Universidad de Milán y en el Instituto Europeo de Oncología, en Milán, Italia. Hoy me acompaña Karen Drucker, quien es enfermera practicante en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center en Nueva York, Estados Unidos.

Bien, hablemos de los efectos adversos de abemaciclib. Sabemos muy bien que cuando usamos abemaciclib como tratamiento adyuvante, puede aparecer diarrea, un efecto que 83% de las pacientes refieren. Otros efectos secundarios se relacionan con neutropenia y fatiga. En lo que respecta a olaparib también en el entorno adyuvante, tenemos otros tipos de efectos secundarios. En primer lugar, 57% de las pacientes refieren náuseas, 40% refieren fatiga y anemia.

Entonces, creo que la paciente cumple un rol muy importante en el abordaje de los efectos adversos. Necesitamos, por supuesto, una sólida educación de la paciente; aumentar su conocimiento de las posibles toxicidades; y, por supuesto, explicarle qué hacer si tiene un efecto secundario y realizar un seguimiento de la paciente a través de centros coordinadores y telesalud. Ahora, tengo una pregunta para ti, Karen. Sabes muy bien que el manejo terapéutico de la toxicidad normalmente es una tarea específica del personal de enfermería y las enfermeras practicantes. Ustedes cumplen una función realmente fundamental en esto. Entonces, mi pregunta para ti es,

¿cómo encaras el manejo terapéutico de efectos adversos con tus pacientes y qué deben saber las pacientes? Gracias, Karen.

Karen Drucker, NP, RN: Hola, gracias. Bueno, ante todo, debo decir que la educación es fundamental. Nunca es suficiente la educación que se puede brindar a la gente, tanto con material escrito como en forma verbal y, obviamente, adaptada todo lo posible a cómo pueden aprender mejor. Pueden preguntarles a las pacientes cómo aprenden mejor. Creo que las pacientes realmente necesitan saber qué esperar, qué efectos secundarios esperar. Quiero decir, no podemos hablarles de cada efecto secundario posible, pero sí podemos revisar y conversar sobre los efectos secundarios más frecuentes y los que más pueden preverse y qué intervenciones se necesitan para que estén preparadas. Si sabemos que un medicamento va a provocar diarrea, queremos que tengan antidiarreicos a la mano porque, sin duda, no queremos que tengan que ir primero a la farmacia a comprarlos, lo mismo con un antiemético. Además, deben sentir la confianza como para poder llamarnos y consultarnos las dudas que tengan, porque creo que todos sabemos lo abrumador que es el cáncer y lo abrumadores que son los medicamentos y, muchas veces, no se absorbe mucha información en el primer encuentro. Entonces, efectivamente deberían saber cómo contactarnos en adelante, para hacer preguntas sobre cómo manejar los efectos secundarios.

Dr. Curigliano: ¿Puedes darme un ejemplo de cómo controlar la diarrea por abemaciclib?

Enfermera Drucker: Bueno, comenzamos por tener loperamida en casa y usarla al comienzo de la diarrea, es decir, después de una deposición. En general, le digo a las pacientes que si tienen una deposición blanda, pueden dejarla pasar a menos que sea bastante intensa, y luego deben comenzar los antidiarreicos. También la dieta, con bananas, arroz, puré de manzana, tostadas, y educarlas sobre qué alimentos consumir y qué alimentos evitar, sobre la hidratación, que es sumamente importante cuando tratamos de controlar la diarrea.

Dr. Curigliano: Entonces, Karen, ¿puedes explicar cómo manejar los efectos secundarios de olaparib?

Enfermera Drucker: Por supuesto. Sí. La fatiga es realmente un efecto secundario frecuente; por eso, en general, trato de educar a las pacientes sobre establecer prioridades en sus actividades. Evidentemente, si la persona tiene fatiga y solo puede hacer determinada cantidad de cosas en un día, debemos dar prioridad a las cosas más importantes para ella. También el ejercicio. El ejercicio leve, sabemos que efectivamente puede ayudar a mejorar la fatiga, pero también debemos asegurarnos de que entiendan que deben informar sobre la fatiga. Porque ciertamente debemos evaluar la fatiga, cuánta fatiga es normal. Si alguien se ve obligada a estar en la cama por la fatiga, eso es un problema. Además, sabemos que la anemia puede ser un efecto secundario de olaparib, por lo que queremos asegurarnos de que la fatiga no sea consecuencia de una anemia extrema. También hay problemas digestivos con olaparib. Por eso, queremos que las pacientes tengan a la mano antidiarreicos, además de un antiemético, para usarlos. Obviamente, debemos educarlas acerca de cuándo deben usar los antidiarreicos y cuándo deben informar sobre ello. Creo que es importante que las pacientes sepan en qué punto realmente tienen que informarlo, asegurarnos de que se estén hidratando bien y de que se mantengan en contacto con nosotros.

Dr. Curigliano: Muchas gracias. Entonces, la educación de la paciente es clave. Por supuesto, necesitamos un equipo multidisciplinario, hidratación y loperamida para la diarrea y, también, cualquier tipo de apoyo para la anemia inducida por olaparib. Bien, para concluir, me gustaría agradecer a Karen por esta excelente charla y gracias a usted por ver este microcapítulo de Medscape. Los invito a responder a las preguntas que siguen.

Segmento 4: Monitoreo de pacientes en tratamiento: cómo reconocer a las pacientes en riesgo de interrumpir el tratamiento

Sara A. Hurvitz, MD, FACP: Hola y bienvenidos a este microcapítulo de Medscape: “Monitoreo de pacientes en tratamiento: cómo reconocer a las pacientes en riesgo de interrumpir el tratamiento”. Soy Sara Hurvitz, profesora de medicina de la UCLA en Los Angeles, California. Hoy me acompaña Karen Drucker, quien es enfermera practicante en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center en la ciudad de Nueva York. Bienvenida, Karen.

Karen Drucker, NP, RN: Gracias.

Dra. Hurvitz: Contamos actualmente con tantos tratamientos diferentes para ofrecer a nuestras pacientes con cáncer de mama positivo para receptores de estrógenos, en estadio inicial, de alto riesgo, con 2 aprobaciones relativamente nuevas en esta área, abemaciclib y olaparib. Cuando surgen nuevos tratamientos para ofrecer a nuestras pacientes, por supuesto, vienen acompañados de toxicidad, y es importante advertir a las pacientes sobre esto y monitorearlas para detectar la toxicidad. Entonces, Karen, me gustaría que nos cuentes algunas estrategias de monitoreo importantes que usas en tu consultorio para pacientes que están comenzando, por ejemplo, con abemaciclib.

Enfermera Drucker: Por supuesto. Entonces, en general, con abemaciclib, independientemente de las toxicidades, vemos a las pacientes normalmente cada 2 semanas durante los primeros meses para monitorear el hemograma completo. A veces, no será una visita en persona, pero definitivamente controlamos el hemograma completo y, probablemente, al menos hacemos una televisita y, luego, visitas en persona periódicas. Bien, esa es una forma. También, las motivamos a que nos llamen. Les damos pautas bastante estrictas sobre los motivos por los que deben llamarnos si tienen diarrea que supere una cierta cantidad, si no pueden controlarla o si la fatiga es excesiva. En general, estas pacientes reciben estos fármacos por un par de meses y si los toleran bien, normalmente tienden a no tener muchos problemas después. Históricamente, hemos estado usando estos fármacos en pacientes con metástasis, por lo que los fármacos en sí no son nuevos para nosotros.

Dra. Hurvitz: Absolutamente, son nuevos para las pacientes, pero no para nosotros. Y planteas un buen punto cuando te refieres a que son realmente importantes los contactos frecuentes con las pacientes, para asegurarnos de que estén tolerando bien el tratamiento. Los recuentos sanguíneos y la función hepática pueden verse muy bien, pero pueden estar sufriendo diarrea, por ejemplo. Entonces, me pregunto, ¿ves a tus pacientes cuando acuden cada 2 semanas en los primeros 2 meses o tienes llamadas telefónicas programadas con ellas o simplemente les pides que te llamen?

Enfermera Drucker: Todo lo anterior. Llamamos nosotros. Sabemos que no solo dependemos de que las pacientes nos llamen, aunque tratamos de sensibilizarlas para que nos llamen en cualquier momento, cualquier día, si tienen síntomas que les preocupan. Pero en cada visita, siempre reviso los medicamentos y reviso cómo los están tomando, para confirmar que entienden y que están tomando la dosis correcta, con la frecuencia correcta, etc. No doy por sentado eso, por eso les pregunto: “¿Puedes recordarme cómo lo estás tomando?” y así sucesivamente.

También presto atención a si los resurtidos se hacen a tiempo. Si noto que no hay resurtido el fármaco y pasaron 2 meses, podría preguntar: “Noté que no resurtiste tus comprimidos. ¿Los estás tomando bien?”. Nuevamente, por supuesto reviso el cronograma y me aseguro de que no tengan

problemas para mantener el cronograma recomendando a fin de obtener, desde luego, el mejor resultado.

Dra. Hurvitz: Una de mis estrategias ha sido darles una receta solo para 1 mes cuando les receto el medicamento nuevo por primera vez, con 0 resurtidos, lo cual obliga a la paciente a contactarme si no me ha estado llamando en ese primer mes, antes de darles, por ejemplo, una receta para 90 días. Es un poco tramposo de mi parte, pero es una forma de asegurarme de que están cumpliendo y se mantienen en contacto conmigo.

En pocas palabras, el uso de olaparib es también relativamente nuevo en nuestras prácticas en el entorno adyuvante. ¿Ves a las pacientes con frecuencia y las monitoreas para detectar determinados síntomas con el uso de este nuevo medicamento también?

Enfermera Drucker: Sí. Probablemente no cada 2 semanas, pero sin lugar a duda en un cronograma mensual, porque sí vemos anemia y podemos ver mucha fatiga. Así, nos mantenemos en un contacto estrecho con estas pacientes también. Podría no ser necesario controlar sus recuentos sanguíneos con tanta frecuencia. Creo que los efectos secundarios son probablemente un poco menos para la mayoría de las pacientes. Pero, definitivamente, podemos ver mucha fatiga, y por supuesto sabemos que a las pacientes no les gusta estar muy cansadas. Por eso, tenemos que intentar alentarlas a continuar tomando el fármaco y encontrar formas de ayudarlas a combatir la fatiga.

Dra. Hurvitz: Es un punto tan importante. Debemos tener en cuenta que casi todas estas pacientes han pasado por quimioterapia para el momento en que empiezan cualquiera de estos medicamentos. Han pasado por la cirugía y tal vez por radioterapia. Muchas de ellas están muy cansadas. Van a recibir tratamiento endocrino y están cansadas de pasar por este tipo de tratamiento intensivo. Ahora, se enfrentan a 1 o 2 años más de tratamiento, que puede agotarlas. Por eso, creo que planteas puntos realmente interesantes, y la fatiga y los efectos secundarios que presentan pueden inhibir su capacidad de cumplir con el medicamento.

Lo que he notado es que algunas pacientes que no están tomando su medicamento pueden no admitirlo ante el médico o la enfermera practicante o el asistente médico, porque no quieren defraudar a su proveedor de atención. Entonces, creo que un componente sumamente importante de la salud es la comunicación sincera con nuestras pacientes, el monitoreo de los resurtidos de las recetas y comentarles que no pasa nada si están atravesando un momento difícil, necesitan reducir la dosis o suspenderla.

Muchísimas gracias Karen por esta excelente charla de hoy. Es sumamente importante cuando comenzamos a usar nuevos tratamientos como este en la atención de estas pacientes. Y gracias a nuestra audiencia por ver este microcapítulo de Medscape. Los invito a responder las preguntas que siguen

Segmento 5: La telesalud en la práctica clínica

Sara A. Hurvitz, MD, FACP: Hola y bienvenidos a este microcapítulo de Medscape sobre “La telesalud en la práctica clínica”. Soy Sara Hurvitz, profesora de medicina de la UCLA en Los Angeles, California. Hoy me acompaña Karen Drucker, quien es enfermera practicante en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center en la ciudad de Nueva York. Bienvenida, Karen.

Karen Drucker, NP, RN: Gracias.

Dra. Hurvitz: Estamos cerca de cumplir los 3 años del comienzo de la pandemia de COVID-19, que tanto cambió nuestras vidas, incluida la forma en que practicamos la medicina. Sé que en mi propia práctica en UCLA, antes de la COVID-19, teníamos una capacidad muy limitada para hacer visitas de telesalud con los pacientes en nuestra área o fuera de nuestro estado o incluso el país. Pero, de alguna manera, con la pandemia de COVID-19, pudimos encontrar formas de ofrecer telesalud ampliamente a una población aún mayor de pacientes fuera de la región de Los Angeles, y de conformidad con la Ley de Probabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico. Quería escuchar de ti, Karen, si esta ha sido tu experiencia y si las visitas de telesalud se han convertido o no en parte cotidiana de tu práctica ahora.

Enfermera Drucker: Sí, coincido. Antes de la COVID-19, nunca hacíamos visitas de telesalud. Es decir, por supuesto hablábamos con las pacientes por teléfono, lo cual obviamente no se puede facturar y no es una visita real. Pero la telesalud ha cambiado realmente las cosas mucho. Ahora, aunque nunca va a reemplazar a las visitas en persona y poder ver realmente a las pacientes, examinarlas y tener ese contacto cara a cara, incluso cuando la COVID-19 se calmó, estamos viendo que la telesalud tiene una gran aplicación. Especialmente, porque no todas las pacientes viven cerca nuestro: Algunas pacientes tienen que hacer largos viajes de ida y vuelta y realmente les lleva todo el día acudir a una cita. Entonces, muchas veces, cuando en realidad no necesariamente debemos examinar a la paciente, sino que queremos revisar sus recuentos sanguíneos, revisar sus toxicidades, etc., la visita de telesalud se ha convertido en algo maravilloso. Incluso a veces, cuando no las usaríamos para todas, hay pacientes, como dije, a las que les resulta mucho más difícil venir a la ciudad.

Entonces, podemos evaluar a la gente con mucha más facilidad en un entorno cómodo, ya que están en su propio hogar. A veces, de alguna manera llegas a ver un aspecto diferente de las pacientes cuando las ves en su hogar. Entonces, creo que, aunque hay limitaciones, porque no podemos examinar verdaderamente a una persona, creo que la telesalud llegó para quedarse, porque tiene muchas ventajas. Y podemos hacer un buen seguimiento de los efectos secundarios y las toxicidades utilizando la telesalud.

Dra. Hurvitz: De acuerdo. En cuanto a ver a las pacientes en su propio entorno, me gustaría profundizar sobre eso. Ha sido enriquecedor para mí. Es casi como cuando una paciente está en bata en un hospital, la ves solo como paciente, y cuando ves a una paciente en la clínica, viene al consultorio, se sienta en la silla y la ves solo de manera aislada. Pero al ver a una paciente en su hogar, rodeada de familiares y sus cosas, ver si está en la cama, haciendo la videovisita desde la cama, o en un sofá con una mesa, puedes inferir muchas cosas a través de estas señales sociales. Y también cambia mi posibilidad de visualizarlas, no solo como pacientes, sino como seres humanos que interactúan con su propio mundo, y de alguna manera me gustó ver eso. También permitió que más familiares se involucren en las visitas, lo cual creo que ha sido muy útil. Porque a veces agregan comentarios como “te olvidaste”, “tuviste mucha diarrea anoche”, “¿por qué no mencionaste eso?”, mientras que en el consultorio, tenemos que limitar la cantidad de consultas que se atienden. Entonces, no se ve tanta intercesión por la paciente. ¿Cuáles son las contras? ¿Tuviste algún inconveniente?

Enfermera Drucker: Absolutamente. A veces, por supuesto la tecnología, no todos son muy hábiles con la tecnología. Incluso nuestro sistema a veces se cae. Las pacientes a veces no pueden ponerse bien frente a la cámara o la imagen, que va y viene, o no les ves la cara muy bien. Así que eso, definitivamente, a veces es un problema. Además, hay algunas pacientes que empiezan a no querer venir directamente, porque la telesalud por supuesto es mucho más fácil para ellas, y no les lleva

todo el día. Pero preferimos verlas dentro de algunos intervalos porque sabemos que hay limitaciones en nuestras evaluaciones a través de telesalud. Por supuesto, no podemos hacer una exploración física y otras cosas. Así que tiene ventajas y limitaciones. Y nuevamente, creo que aunque estamos ejerciendo mucho más como solíamos hacerlo antes de la COVID, aun así, creo que la telesalud llegó para quedarse y hay algunas excelentes oportunidades en su uso para evaluar a las pacientes.

Dra. Hurvitz: Sí, estoy de acuerdo. Creo que es una herramienta que llegó para quedarse y es 1 de las cosas buenas que dejó la pandemia, porque nos ha permitido llegar a las pacientes que pueden tener dificultades para acercarse a la clínica, pagar el estacionamiento, el transporte o que viven en áreas rurales, etc. Entonces, hay un lado bueno de las cosas, y realmente creo que llegó para quedarse.

Muchas gracias Karen por esta interesante charla y gracias a nuestra audiencia por ver este microcapítulo de Medscape. Los invito a continuar y responder las preguntas que siguen

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/983635

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de Medscape, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional de atención médica calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC