

CASOS CLÍNICOS: ROL DE LA ENFERMERA AL COMUNICARSE SOBRE EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y LA PERSEVERANCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA TEMPRANO HR+, HER2-

www.medscape.org/roundtable/ebc-nurse-role-spanish

Sarah Donahue:

Hola a todos. Bienvenido a Casos de la clínica, un evento en vivo de Medscape. Hoy vamos a hablar del rol de la enfermera al comunicarse sobre el cumplimiento terapéutico y la perseverancia en el tratamiento del cáncer de mama temprano positivo para receptores hormonales, negativo para HER2 (HR+, HER2-). Mi nombre es Sarah Donahue, soy enfermera practicante en la Universidad de California en San Francisco. Hoy me acompaña Maria Noblet, quien es enfermera especialista en Portsmouth Hospital's National Health System Trust, en Portsmouth, Inglaterra. Tenemos a Allie Hershey, que es enfermera practicante de oncología en Dana-Farber Cancer Institute en Boston, Massachusetts. Bienvenidas a ambas, gracias por acompañarme.

Allie Hershey:

Gracias por invitarnos.

Maria Noblet:

Gracias

Sarah Donahue:

Bien, voy a pedirle a Allie que nos ayude a comenzar hoy.

Allie Hershey:

Excelente. Vamos a comenzar con un caso para empezar a hablar sobre algunos de nuestros tratamientos adyuvantes, o posquirúrgicos, más nuevos. Esta paciente BH, en 2021, tenía 75 años y un cáncer de mama en el lado derecho, localmente avanzado, grande, que era positivo para receptores de estrógeno y HER2 negativo (HR+, HER-). Esta paciente se palpó una tumoración en febrero de 2021, lo cual llevó a una evaluación diagnóstica que reveló un tumor en la mama derecha, además de adenomegalias en la axila derecha, de aspecto anormal. Las biopsias de mama y ganglios linfáticos confirmaron un cáncer de mama invasivo con características ductales y lobulares, moderadamente diferenciadas y con un Ki67 de aproximadamente 35%.

Tenía estudios de estadificación negativos para enfermedad metastásica en la resonancia magnética de mama, que mostraban un área total de lesión tumoral de 4,7 por 4,0 centímetros y múltiples ganglios linfáticos axilares preocupantes. Por lo tanto, se le recomendó como tratamiento quirúrgico quimioterapia a base de doxorubicina y ciclofosfamida de dosis densa seguidas de paclitaxel. Su segundo ciclo de paclitaxel o su sexto ciclo de quimioterapia en general se redujo debido a neuropatía y luego la quimioterapia se interrumpió después de ese ciclo debido a efectos secundarios persistentes. A fines de julio del año pasado, entró al quirófano para una tumorectomía y disección de ganglios linfáticos axilares y su examen histopatológico reveló carcinoma lobular invasivo residual de 5 cm, de grado 2 y 12 de 22 ganglios linfáticos afectados, siendo el depósito más grande de 2,2 centímetros.

Esto fue acorde a una enfermedad T2N3 o una carga de cáncer residual de tres. Comenzó el tratamiento adyuvante en septiembre del año pasado y aunque en Dana-Farber nuestra práctica en general es separar el comienzo del tratamiento endocrino adyuvante de la radioterapia, debido a un malentendido, en realidad comenzó letrozol junto con radioterapia. Mientras tanto, presentó un dolor de cadera grave, se le pidió que suspendiera el tratamiento endocrino, que completara la radiación y luego hizo una transición a exemestano en noviembre del año pasado, después de completar la radioterapia.

Comenzaremos con el ensayo monarchE que condujo a la aprobación de abemaciclib en el cáncer de mama positivo para receptores hormonales en estadio inicial, que fue aprobado por la FDA en octubre de 2021. Este es el diseño del estudio que pueden ver aquí. En este ensayo, las pacientes con cáncer de mama en estadio inicial HR+, HER2 negativo, con ganglios afectados, de alto riesgo fueron aleatorizadas en una proporción de uno a uno al tratamiento endocrino del estándar de atención con o sin abemaciclib por dos años. Creo que el modo en que se definió el alto riesgo es realmente la clave de este estudio en particular. Se basó en características patológicas-clínicas como en la cohorte uno o en un Ki67 como en la cohorte dos.

En la primera cohorte, las pacientes tenían cuatro ganglios afectados o de uno a tres ganglios afectados y al menos un tumor histológico de grado tres o T3. En la segunda cohorte, la inclusión se basó en el Ki67 y se podía tener, nuevamente, enfermedad N1 pero tener un Ki67 de más de 20% sin un tumor de alto grado y sin enfermedad T3. Como pueden ver, o estoy segura que muchos de ustedes ya saben, un gran número de pacientes, más de 5600 pacientes fueron aleatorizadas en este ensayo, de nuevo, para recibir abemaciclib en dosis de 150 miligramos dos veces al día, de forma continua, más tratamiento endocrino, o tratamiento endocrino solo.

Aquí pueden ver que con una mediana de un poco más de dos años de seguimiento, hubo una separación de las curvas y hubo una mejora absoluta en las tasas de sobrevida libre de enfermedad invasiva a tres años de 5,4% en toda la cohorte con intención de tratar. Y, creo que no se incluyeron las diapositivas aquí, pero, si lo dividimos por cohorte, en la población con intención de tratar, con un Ki67 alto, se observó una reducción de 33,7% en el riesgo de desarrollar un evento libre de enfermedad invasiva cuando se administró tratamiento con abemaciclib y la diferencia absoluta en las tasas entre los dos grupos fue de 6%.

Las pacientes tratadas con abemaciclib en la cohorte uno que también tenían un Ki67 alto, presentaron una disminución de 37,4% en el riesgo de un evento libre de enfermedad invasiva y la diferencia absoluta en la sobrevida libre de enfermedad invasiva a tres años entre los grupos fue de 7,1%. Entonces, básicamente, cuanto más alto el riesgo de la paciente, mayor fue el impacto de abemaciclib. Es importante mencionar que un Ki67 alto es un factor pronóstico de un peor resultado, pero no es predictivo de un beneficio de abemaciclib. Es decir, las pacientes pueden obtener un beneficio de este tratamiento independientemente de su puntuación de Ki67. Aquí se ve el riesgo de sobrevida libre de recidiva a distancia, que se redujo un 31,3% en el grupo de abemaciclib, con una diferencia absoluta de 4,2% entre las tasas a tres años.

Muy rápidamente, hay datos de sobrevida general preliminares que son prematuros en este momento y se están generando los datos del criterio de valoración de sobrevida. Pero, preliminarmente, hay una cantidad de muertes equivalente en ambos grupos y creo que todos anticipamos ver un beneficio en cuanto a la sobrevida simplemente dada la reducción sustancial en el riesgo de desarrollar eventos libres de enfermedad invasiva y recidiva a distancia. Entonces, creo que todos prevemos que ese tratamiento, ese sólido beneficio del tratamiento se traducirá en mejor sobrevida, pero aún está por confirmarse.

Bien, entonces la paciente de la que hablamos recién, ¿qué pasa si tenía una mutación BRCA1 o BRCA 2 de línea germinal? Creo que, si hay un riesgo tan alto que se esté considerando el uso de abemaciclib, también deberíamos estar pensando en la prueba de BRCA de línea germinal y el tratamiento con olaparib. Por supuesto, creo que esto plantea la pregunta de a quienes les realizamos la prueba y cómo incorporamos esto en nuestra práctica clínica y, con algo de suerte, podemos conversar un poco sobre eso más adelante. Tengo la suerte, como mencionó Sarah, de trabajar en Dana-Farber en Boston, un centro de muy alto volumen donde está prácticamente incorporada la práctica de realizar pruebas de BRCA a las pacientes, pero, evidentemente, no es el caso para todos.

Pero, si esta paciente tenía una mutación de línea germinal, sin lugar a dudas querríamos pensar en el uso de olaparib. Vamos a hablar un poco sobre los datos de olaparib aquí. El OlympiA fue el primer estudio en evaluar el uso de un inhibidor de PARP en el contexto curativo en un ensayo controlado aleatorizado y, en última instancia, fue lo que llevó a la aprobación de este fármaco para la enfermedad en etapa inicial a principios de este año. Este estudio se diseñó, en realidad, para pacientes con cáncer de mama de alto riesgo positivo para receptores hormonales o triple negativo, que tenían una mutación de BRCA1 o dos y un cáncer de mama en estadio dos o tres o falta de respuesta anatomopatológica completa a la quimioterapia neoadyuvante o prequirúrgica y fueron aleatorizadas para recibir olaparib o placebo por un año con una dosis de olaparib de 300 miligramos dos veces al día.

Las pacientes triple negativo que recibieron quimioterapia neoadyuvante debían tener una falta de respuesta anatomopatológica completa para reunir los requisitos para el ensayo. Las pacientes con receptores hormonales positivos debían tener una falta de respuesta anatomopatológica y una puntuación pronóstica clínica con una puntuación de expresión de receptor de estrógenos y grado histológico (EG) (CPS+EG) mínima de tres y también debían haber recibido al menos seis ciclos de quimioterapia neoadyuvante y haberse sometido a una resección quirúrgica con o sin radioterapia. Luego, en el grupo adyuvante, las pacientes triple negativo debían tener tumores más grandes, T2 o con ganglios afectados y, las pacientes con receptores hormonales positivos, debían tener al menos cuatro ganglios afectados.

Entonces, estos son los datos de la sobrevida libre de progresión invasiva y pueden ver una buena y relativamente temprana separación de las curvas que favoreció a olaparib. Si observan el punto temporal a los 36 meses, alrededor de 86% de las pacientes están libres de recidiva invasiva en el grupo asignado a olaparib en comparación con 77% de las pacientes. Entonces, creo que es una diferencia muy buena, que nos hace sentir bastante bien con respecto al uso de este fármaco por un año. Y estos son los datos relativos a la sobrevida libre de enfermedad a distancia. Entonces, a la izquierda pueden ver un diseño jerárquico donde primero se debe demostrar la significancia estadística para la sobrevida libre de enfermedad invasiva, lo cual hicimos, y luego demostrar la significancia para la sobrevida libre de enfermedad a distancia al alcanzar el valor de p . Como pueden ver, hay un cociente de riesgos de 0,57, entonces, una buena separación de la curva con 7% a los tres años, que favorece a olaparib.

Es importante mencionar que OlympiA efectivamente demostró un beneficio en la sobrevida general. Entonces, a los tres años en total, la sobrevida fue de 92% en el grupo asignado a olaparib y de 89% en el grupo que recibió placebo. Creo que es realmente excelente que logremos ver algunos datos de sobrevida en este contexto, no siempre los vemos en la enfermedad en estadio inicial, así que es magnífico. Bien, digamos que tenemos una paciente de alto riesgo, una mujer como la que les presenté antes, con 12 ganglios positivos, que recibió quimioterapia adyuvante, pero digamos que también tiene una mutación de BRCA. Entonces, ahora tenemos opciones para esta paciente. Podemos usar olaparib o abemaciclib, tal vez ambos, y estos son los datos que comparan olaparib con abemaciclib, el fármaco en investigación frente al placebo o los grupos de control con sus buenos cocientes de riesgo.

Personalmente, no me he encontrado todavía con casos clínicos de este tipo, pero, en esta situación, personalmente favorecería el uso de olaparib y, Sarah, me gustaría conocer tu opinión, ya que tenemos algunos datos de sobrevida en ese contexto o, al menos, daría prioridad a olaparib y luego consideraría la administración secuencial de abemaciclib. Sin embargo, con la advertencia de que esto no se ha estudiado en un ensayo clínico y, sin lugar a dudas, no usaría ambos fármacos simultáneamente.

Sarah Donahue:

Sí, estoy completamente de acuerdo. Usaríamos olaparib, debido a los datos relativos a la sobrevida general.

Allie Hershey:

Sí. Nuevamente, creo que es realmente excelente que podamos ver algunos de esos datos. No siempre los vemos a esta altura y esperamos poder contar con eso para abemaciclib también, pero, en este momento, coincido, vamos a favorecer a olaparib. Ahora bien, algunas dificultades que encontré en particular con esta paciente. Su edad, como dije, cuando se le estableció el diagnóstico por primera vez, era de 75 años, no tenía muchos otros problemas médicos, pero simplemente su estado de salud general se estaba deteriorando. Como comenté y sin dudas podría hablar más de eso, en relación con su tratamiento en curso, hubo un malentendido de las instrucciones de los medicamentos, es posible que tenga algún deterioro cognitivo no diagnosticado, que ella no quiso que estudiáramos más a fondo con pruebas diagnósticas adicionales. No se comunicó muy bien con nosotros, aún es un desafío que enfrentamos en cuanto a los efectos secundarios que está experimentando. Por eso, tenemos que establecer contacto directo con ella muchas veces, para saber cómo le está yendo con el tratamiento.

Le recetamos abemaciclib, tuvimos algunos inconvenientes al principio con su cobertura de seguros y es una paciente que vive en Cape Cod. Un poco lejos de nuestra clínica y eso también fue una dificultad que encontramos con ella. Entonces, algunas cosas que utilizamos para ayudar a superar algunas de esas dificultades. Tuvimos una conversación temprana sobre el tratamiento endocrino y el uso de un inhibidor de CDK4/6, abemaciclib, así que empezamos a hablar de eso realmente pronto. Adoptamos un enfoque paso a paso; es decir, radioterapia y después el inhibidor de la aromatasa. Una vez que se estabilizó con eso unos meses, introdujimos abemaciclib. Le ofrecemos controles regulares de nuestro equipo interdisciplinario, le dimos instrucciones verbales y por escrito, la oportunidad de hacerse algunos análisis de laboratorio de control en forma local, más cerca de su hogar, y sin dudas, le propusimos que trajera a algún familiar a la cita. Una vez más, tenemos la suerte de contar con un equipo de farmacia, que pudo ayudarnos a obtener parte de su cobertura para el medicamento.

Entonces, vuelvo con Sarah para que nos hable del manejo terapéutico de algunos de los eventos adversos que vemos con algunos de estos tratamientos.

Sarah Donahue:

Muy bien. Gracias, Allie. Fue fantástico. Un excelente informe. Ahora bien, vamos a hablar sobre una paciente que recibe olaparib. Es una mujer de 35 años, más joven que esta otra, tiene una mutación de BRCA1, se palpa una masa tumoral en la mama izquierda, va a hacerse un examen diagnóstico completo, tiene un tumor de 3,8 centímetros en la mamografía y la ecografía muestra la adenomegalia axilar. Se hace una biopsia de mama y de los ganglios y la mama, es positivo para hormonas, HER2 negativo. Verifican el Ki67, que es del 25%, y el aspirado con aguja fina del ganglio es positivo. Recibe quimioterapia, le damos paclitaxel semanalmente, seguido de AC de dosis densa, luego se somete a una tumorectomía y una biopsia del ganglio centinela. Después de la resección, vuelve, su examen anatomopatológico muestra 2,8 centímetros de enfermedad residual en la mama, uno de los tres ganglios extirpados en la biopsia de ganglios centinelas muestra micrometástasis de 2 milímetros.

Entonces, podemos hacer un cálculo en línea y determinar cuál es su puntuación de CPS y es una puntuación de 3. Recuerden que esta puntuación es una línea divisoria para el uso de olaparib. Entonces, hablamos del tratamiento hormonal con ella, es premenopáusica, tiene enfermedad residual significativa en la mama y el ganglio, así que le recomendamos supresión ovárica y un inhibidor de la aromatasa. Va a comenzar la radioterapia pronto, pero tiene un riesgo tan alto que es conveniente que empiece el tratamiento hormonal de inmediato. Está recibiendo goserelina, la recibió durante la quimioterapia para preservar la fertilidad, así que seguimos con eso, que es para la supresión ovárica y luego comenzamos a administrar un inhibidor de la aromatasa y empieza letrozol una vez al día.

Hablamos de los posibles efectos secundarios de la terapia hormonal que todos conocemos, que incluyen sofocos, sequedad vaginal, dolor y rigidez articular y disminución de la densidad ósea. Entonces, para mis colegas aquí, ¿para qué tratamiento reuniría los requisitos? Les di una pista.

Allie Hershey:

Sí. Tiene una mutación de BRCA de línea germinal y tenemos algunos datos relativos a la sobrevida en ese contexto. Entonces, me parece, como dijimos recién, yo favorecería el uso de olaparib en este contexto.

Sarah Donahue:

Coincido. Maria, ¿ves lo mismo en el lugar donde estás?

Maria Noblet:

No. Creo que tiende a depender mucho del médico clínico, pero los datos que acaban de presentarse son muy persuasivos, me parece, y creo que me llevo eso de la charla de hoy. Pero, claramente, la paciente reúne los requisitos para ambos y son los datos relativos a la sobrevida, me parece, los que respaldan más el uso de olaparib. Pero sí, me llevo eso de la charla de hoy.

Sarah Donahue:

Sí.

Maria Noblet:

Gracias.

Sarah Donahue:

Definitivamente es una opción y no creo que haya una respuesta incorrecta, me parece.

Allie Hershey:

No.

Sarah Donahue:

... simplemente una opción que se puede elegir y, quién sabe, tal vez una vez que recibamos los datos de abemaciclib relativos a la sobrevida general, vamos a estar realmente confundidos. Entonces, para entender cómo se usa olaparib, se administran 300 miligramos, dos veces al día. Cada pastilla es de 150 o 100 miligramos dependiendo de la dosis que administramos, porque podemos reducirla y así serían dos pastillas, dos veces al día, como dosis inicial. Interactúa con los inhibidores e inductores de CYP3A4, tenemos que pensar en los otros medicamentos que está tomando la paciente. Trabajamos con un farmacéutico, así que cuando la paciente comienza, el farmacéutico hace seguimiento de todo eso.

Pero si agregamos medicamentos más adelante, sin dudas debemos controlar eso. Los productos de naranja amarga y toronja también interactúan con olaparib. También les recomiendo que lo tomen con alimentos, eso ayuda a reducir las náuseas. Damos seguimiento al hemograma. Vamos a hablar un poco más de las toxicidades en un minuto, pero recomendamos verificar el hemograma todos los meses. Hay algunos eventos adversos de los que vamos a hablar pronto.

Entonces, para las toxicidades hematológicas, la anemia es el evento adverso de grado tres más frecuente, que ocurre con olaparib; se presenta en 20% de las pacientes que lo toman y puede asociarse con astenia, por supuesto. No he visto mucha neutropenia, he visto trombocitopenia de vez en cuando, en estas pacientes. Puede ocurrir leucemia mieloide aguda (LMA) y síndrome mielodisplásico (SMD) secundarios. Las tasas son muy, muy bajas, pero es importante monitorear esto. Les voy a mostrar en un minuto, no hay diferencia entre las pacientes que reciben olaparib y las que reciben placebo en cuanto a la presentación de LMA y SMD, por lo que puede estar relacionado o no con el inhibidor de PARP en sí, pero es algo que tal vez necesitemos monitorear en estas pacientes. Entonces, a cualquier paciente con una toxicidad hematológica prolongada después de interrumpir el inhibidor de PARP, convendría derivarla a hematología.

El efecto secundario digestivo principal son las náuseas; se considera que tiene emetogenicidad moderada. Recomendamos inhibidores de 5-HT₃, como ondansetrón, o cualquiera de los antieméticos habituales pueden usarse con este medicamento. Si la paciente está perdiendo peso, es conveniente considerar reducciones de la dosis. Entonces, nuevamente, mostramos aquí que en cuanto al SMD y la LMA no hubo diferencias entre el grupo asignado a olaparib y el que recibió placebo. Ocurrió neumonitis, pero fue similar en los grupos, nuevamente, con tasas muy bajas. Las neoplasias malignas primarias nuevas fueron un poco más altas en el grupo que recibió placebo, extrañamente. No sé si, en realidad, eso fue estadísticamente significativo.

Entonces, la paciente completa el ciclo de radioterapia de cinco semanas y se realiza análisis de laboratorio dos semanas después para tener como valores de referencia antes de comenzar olaparib. En general no comenzamos olaparib durante la radioterapia debido a la anemia y cuestiones como esa. Se realiza un hemograma completo inicial y un panel metabólico integral

y los resultados son normales. Comienza con olaparib, 300 miligramos dos veces al día y revisamos con ella los posibles efectos secundarios que acabamos de mencionar.

La paciente regresa en cuatro semanas, se repitió los análisis de laboratorio y la hemoglobina bajó un poco, a 10. Está tolerando bien el tratamiento, con un poco de náuseas que vienen en oleadas y no puede decir si están relacionadas con el consumo de alimentos o no. Toma olaparib con las comidas, el desayuno y la cena. Nunca vomita con las náuseas, pero ha disminuido la ingesta de alimentos y bajó tres libras de peso. Tiene astenia muy leve, puede trabajar, tiene hijos pequeños, sale a caminar tres veces por semana. Puede hacer todo, solo dice que está cansada. Tiene un poco de rigidez articular, pero mejora cuando hace ejercicio y tiene algunos sofocos, pero comenzaron con la quimioterapia, y está tomando gabapentina todas las noches, a la hora de acostarse.

Le recomendamos que pruebe tomar omeprazol o un inhibidor de la bomba de protones; también le recomendamos que, junto con ondansetrón que toma según la necesidad, pruebe algo como olanzapina. Otro antiemético que puede tomar por la noche y previene las náuseas al día siguiente. Continúa con la misma dosis de olaparib, continúa con gabapentina y le recomendamos que haga ejercicio. Regresa cuatro semanas después, los análisis de laboratorio muestran una hemoglobina de 8,5, las náuseas están mucho mejor controladas con olanzapina y ondansetrón según lo necesite, pero la astenia está peor, por supuesto. Puede trabajar y cuidar a sus hijos, está durmiendo bien, solo está muy cansada.

Está por encima del umbral del hospital para hacerle una transfusión de sangre, pero, si continuamos con la misma dosis, esa hemoglobina va a seguir disminuyendo y podría tener falta de aire y más astenia que, eventualmente, la habilitaría a recibir una transfusión de sangre. Entonces, reducimos la dosis de olaparib de 300 miligramos, dos veces al día, a 250 miligramos dos veces al día. Regresa cuatro semanas después y su hemograma completo está mucho mejor, la hemoglobina es de 11,2 y la astenia mejoró mucho. Bien, pasamos ahora a Maria, que nos hablará de abemaciclib.

Maria Noblet:

Hola a todos. Bueno, tengo un caso aquí. Una mujer de 58 años, que identificó una masa tumoral en su mama derecha en septiembre de 2021. Después de la resección, se identificó que tenía cáncer ductal infiltrante de grado tres, ER ocho, PR seis, HER2 negativo, seis de 15 ganglios afectados. En la TC-PET, la estadificación muestra que no hay otros tejidos afectados fuera de la mama y los ganglios. En diciembre de 2021, recibe quimioterapia adyuvante y radioterapia en la mama izquierda y los ganglios regionales. En mayo de 2022, comienza a recibir letrozol y tratamientos con bisfosfonatos cada seis meses y comienza a recibir como tratamiento adyuvante abema en dosis de 150 miligramos dos veces al día.

En el Reino Unido, nuestras pacientes regresan a su hogar con una receta de loperamida para que, si empiezan a tener diarrea, puedan comenzar la loperamida rápido. Esta mujer, lamentablemente, tuvo diarrea significativa después de estar recibiendo loperamida y abemaciclib por dos semanas y, por eso, suspendimos la dosis por una semana para ver cómo iba. En el ciclo dos, comenzamos con una dosis reducida de 100 miligramos por día, la diarrea era mucho menos frecuente y mejoró bastante, apenas tenía deposiciones blandas una vez por

semana. En el ciclo tres, siguió con 100 miligramos dos veces al día, no tuvo más problemas con esto y sigue en tratamiento.

En monarchE, las pacientes que presentaron diarrea, aproximadamente 20%, tuvieron una reducción de la dosis y en alrededor de la misma cantidad se suspendió la dosis. La tasa de discontinuación fue realmente baja y la mediana de tiempo hasta el inicio de la diarrea fue de ocho días y esto disminuyó con el tiempo. La incidencia de diarrea, de todos los grados, fue de 73% a 90%. Entonces, para la diarrea de grado dos que dura más de 24 horas, lo correcto sería suspender la dosis hasta que la diarrea se reduzca a grado uno. Obviamente, hay que optimizar el tratamiento antidiarreico, aumentar la ingesta de líquido y hacer recomendaciones sobre la dieta. Como dijo Sarah antes, con las pacientes que tienen problemas digestivos, reducir la ingesta de comidas picantes, aumentar los líquidos, disminuir las grasas, realmente puede ayudar y reducir la dosis si la diarrea de grado dos persiste o vuelve a presentarse.

Para las pacientes con diarrea de grado tres o cuatro, suspender hasta que se establezca a grado uno y luego reanudar a la siguiente dosis más baja, como con la paciente de la que acabamos de hablar. Personalmente, nunca conocí a nadie que necesitara hospitalización por la diarrea, pero la recomendación sería optimizar el tratamiento antidiarreico y aumentar la ingesta de líquidos orales. Entonces, los hallazgos de los datos de tolerabilidad comprobados de monarchE fueron congruentes con el análisis de datos previo. Cuando las pacientes recibieron abemaciclib durante una mediana de 23,7 meses, los efectos adversos más frecuentes observados fueron diarrea en 84% de las pacientes frente a 9% en el grupo de control, astenia en 41% en el grupo experimental frente a 18% en el grupo de control, artralgia en 27% en el grupo experimental y 38% en el grupo de control y neutropenia en 46% frente a 6% en el grupo de control.

Entonces, el efecto adverso observado con más frecuencia con abemaciclib fue diarrea de un grado muy bajo. La mediana de la duración de la diarrea fue de 9 a 12 días para todos los eventos de grado dos, y tuvo un rango de 6 a 8 días para todos los eventos de grado tres. Entonces, hay que tener esto en cuenta para recetar inhibidores de CDK 4 y 6, en particular, abemaciclib. La dosis sería de 150 miligramos por vía oral, dos veces al día, de forma continua, con o sin alimentos, como lo prefiera la paciente, preferentemente a intervalos de 12 horas. Aconsejar a las pacientes que tomen los comprimidos enteros, que no los trituren ni los corten. Si la paciente vomita mientras toma este medicamento, se le debe recomendar que no tome otra dosis, simplemente debe continuar con la administración de la dosis habitual y hablar con un proveedor de atención médica. Recomendamos enfáticamente no consumir toronja ni beber jugo de toronja o, nuevamente, naranjas amargas, ya que estas pueden aumentar los efectos del fármaco e incrementar los efectos adversos del fármaco.

Nuevamente, tendríamos que indagar un historial completo de qué otros fármacos está tomando la paciente y hacerlo antes de recetar. Los efectos adversos más frecuentes, como seguramente sepan, son diarrea y neutrocitopenia, eventos trombóticos venosos menos frecuentes y toxicidad hepatobiliar. Otra cosa que haríamos es recomendar a cualquier paciente que tome este medicamento, que considere usar métodos anticonceptivos, porque no queríamos que nadie quede embarazada mientras toma el fármaco.

Sarah Donahue:

Muchas gracias. Gracias a todos. Se nos acaba el tiempo aquí, así que voy a pasar las próximas diapositivas muy, muy brevemente. Simplemente la diferencia en los roles de la enfermera o la especialista en enfermería clínica o la enfermera especialista, como Maria, frente a la enfermera practicante de oncología, como yo y Allie en EE. UU. frente a Reino Unido. En EE. UU., una vez que la paciente termina su tratamiento; es decir, recibe la quimioterapia neoadyuvante (prequirúrgico), su caso pasa a una junta oncológica, al menos en mi hospital, y se analiza brevemente y se confirma que la paciente esté vinculada con oncología médica y haya comenzado la radioterapia o tenga una cita concertada. Tal vez, en ese momento, se analiza brevemente si podría considerarse el uso de abemaciclib u olaparib, pero realmente se deja a criterio del oncólogo en EE. UU.

Luego, la enfermera practicante y el farmacéutico cumplirían una función cuando la paciente viene para esa visita postoperatoria, habla con su oncólogo sobre agregar tratamiento adyuvante y luego vería a la enfermera practicante, tal vez, más tarde en esa visita o en una visita de seguimiento y reforzaríamos la información, reforzaríamos los efectos secundarios y todo eso, para que la paciente entienda cuáles son las recomendaciones. A medida que la paciente avanza, vuelve con las mismas preguntas: por qué estoy tomando este medicamento y qué hago con respecto a los efectos secundarios. El farmacéutico puede estar enviándole el fármaco, puede llamar a la paciente para repasar las interacciones y los efectos secundarios.

En el Reino Unido es algo diferente. Maria, si puedes, voy a pedirte que menciones rápidamente algunas cuestiones aquí.

Maria Noblet:

Sí, no hay problema.

Sarah Donahue:

Hay un equipo multidisciplinario, eso es un poco más formal.

Maria Noblet:

Sí, un poco más formal. Creo que es seguro decir que el Royal College of Nursing hizo una encuesta recientemente de diferentes cargos, para personas que dicen que se especializan en enfermería oncológica y hubo algo así como 700 cargos. Entonces, es realmente complejo en el Reino Unido y estoy siendo muy, muy reduccionista aquí porque el panorama no es del todo así. Pero una enfermera especializada tendría algún rol académico en el trabajo, cubriría la enfermería practicante y la especialización en enfermería clínica. La especialización en enfermería clínica en el Reino Unido se enfoca mucho en las necesidades psicosociales y espirituales de un paciente. No es un rol educativo, sino en gran medida un rol centrado en el paciente. En el Reino Unido, un equipo multidisciplinario quedaría cancelado si no hubiese un especialista en enfermería clínica presente, un especialista en enfermería clínica sería un defensor del paciente.

Se hicieron bastantes estudios y, básicamente, las tres funciones principales del especialista en enfermería clínica y el equipo multidisciplinario se encuentran en un debate puntual, influyendo en los planes de tratamiento y facilitando el trabajo en equipo. Entonces, por ejemplo, traerían al paciente a la sala, si el paciente, por ejemplo, recientemente tuvo... Tuve una paciente en la clínica no hace mucho, cuyo marido había fallecido recientemente mientras recibía quimioterapia, y ella se mostraba bastante hostil a recibir quimioterapia. Eso es algo que podría plantear al equipo multidisciplinario y decirles: "Miren, así es tal vez cómo deberíamos avanzar con esta mujer", facilitando el trabajo en equipo.

El personal de enfermería siempre ha tenido un buen sentido del humor, siempre podemos reunir al equipo. Hay muchas ilustraciones aquí. Plantear debates muy valiosos sobre la discriminación por motivos de edad, la imagen corporal, corregir malentendidos sobre los pacientes. No voy a continuar con esto, Sarah, pero nuestros roles son muy diferentes. Creo que, en Reino Unido, la forma en que están delineados, un especialista en enfermería clínica debe estar presente para el equipo multidisciplinario y han demostrado ser realmente valiosos en la atención integral de los pacientes con cáncer de todo tipo.

Sarah Donahue:

Es un rol tan diferente. Me encanta escuchar sobre las diferencias.

Maria Noblet:

Sí, a mí también me gusta mucho conocer sobre los suyos. Lo siento.

Sarah Donahue:

Gracias a todos. Muchas gracias por acompañarnos hoy y participar. Les agradecemos enormemente. Gracias, Maria. Gracias, Allie. Fue excelente.

Allie Hershey:

inaudible

Maria Noblet:

Gracias, Sarah. Gracias a todos.

Exención de responsabilidad

Este documento es solo para fines educativos. No se otorgará ningún crédito de Formación Médica Continuada (CME) por leer los contenidos de este documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/985597.

Para cualquier consulta relacionada con el contenido de esta actividad, póngase en contacto con el proveedor de esta actividad formativa en CME@medscape.net.

Para asistencia técnica, póngase en contacto con CME@medscape.net.

La actividad educativa aquí presentada puede incluir situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que se describen en esas situaciones son ficticios y no se pretende establecer ni se debe inferir ninguna relación con pacientes reales.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de Medscape, LLC, o de las empresas que patrocinan los programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden incluir productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. y usos fuera de indicación de productos aprobados. Antes de utilizar cualquiera de los productos terapéuticos que aquí se comentan, se debe consultar a un profesional sanitario cualificado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a pacientes o aplicar cualquiera de los tratamientos que se describen en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC

Medscape Education