

THE BLOODLINE WITH LLS

A PODCAST FOR PATIENTS AND CAREGIVERS

Episodio: 'Nuevos Avances Para Mieloma Múltiple'

Descripción:

En este episodio conocemos al Dr. Mateo Mejia Saldarriaga de Weill Cornell Medicine, hospital NewYork-Presbyterian. Únase para aprender cómo los avances científicos han transformado el tratamiento de mieloma dándole lugar a mejores resultados y pronósticos para pacientes.

Transcripción:

Margie Rivera: Buenos días y bienvenido a *The Bloodline* con LLS. Soy Margie y hoy tengo el gran placer de presentar al Doctor Mateo Mejia Saldarriaga quien es profesor asistente de medicina en la división de hematología oncología médica en Weill Cornell Medicine y médico asistente en el hospital NewYork-Presbyterian. Doctor Mejia se ha centralizado en la investigación en el estudio de la genómica por el cual ha recibido varios reconocimientos. Además, Doctor Mejia investiga la conexión entre la raza, la etnicidad y el mieloma, y cómo el mieloma escapa la vigilancia del sistema inmológico y usa esta información genética para desarrollar enfoques novedosos para tratar el mieloma. Bienvenido, Doctor Mejia. Gracias por estar aquí con nosotros.

Mateo Mejia Saldarriaga, MD: Claro que sí. Muchísimas gracias por la invitación y es, y es un placer aquí estar con ustedes con LLS.

Margie Rivera: Gracias. Y para comenzar, doctor, díganos un poquito de usted. ¿Qué fue lo que lo influenció para perseguir esta carrera?

Mateo Mejia: Sí, claro. Mira, yo soy colombiano. Nací en Medellín y me crié allí. Hice medicina en Colombia y desde que estaba en la escuela de medicina, el área de hematología siempre me llamó mucho la atención y sobre todo hematología y oncología, ¿cierto? Tuve excelentes mentores que pude trabajar mucho con ellos y desde muy temprano en la carrera tuve exposición a pacientes con cáncer y con cánceres hematológicos, ¿cierto? Y, en especial, el área de mieloma me llamó la atención porque, aunque todavía estoy joven, me tocó el, ese periodo de cambio donde todos estos tratamientos que vamos a hablar ahorita se empezaron a desarrollar y pasó de ser una enfermedad donde el pronóstico era muy malo a tener un-- excelente respuestas con estos nuevos tratamientos. Entonces, casi que me tocó ver desde el principio cómo esta enfermedad cambió y eso para mí, me, pareció extremadamente interesante. Fuera de eso, creo que es una área donde como médico podemos combinar lo que entendemos de la biología con los tratamientos y podemos ver eso reflejado en el paciente. Entonces, para mí es una área que no solamente es muy interesante del punto de vista científico, sino que también lo podemos ver cómo afectamos o cómo mejoramos la calidad de vida de nuestros pacientes. Entonces, desde que me gradué, ha sido el área de interés y ya es lo único que hago en realidad, ¿cierto? Y, y así es un poquito cómo terminé acá en Estados Unidos intentando buscar más oportunidades de investigación y especialización en esta área.

Margie Rivera: Qué bueno. Y para aquellos que a lo mejor todavía no entienden qué es el mieloma. ¿Podría usted decirnos qué es y si eso es un cáncer común?

Mateo Mejia: Claro que sí. El mieloma múltiple es de hecho el segundo cáncer hematológico más frecuente. Entonces, si leemos las estadísticas, vemos que no es tan frecuente como el cáncer de pulmón o el cáncer de seno, pero siendo el segundo cáncer hematológico más frecuente, hay una cantidad significativa de casos, ¿cierto? Entonces, no es tan común como otros cánceres, tumores sólidos, pero, hay bastante número de casos al punto que en, en la clínica es lo único que vemos, ¿cierto? El

mieloma múltiple es un tipo de cáncer. Entonces, cáncer quiere decir que hay proliferación, que hay crecimiento de las células fuera de control, ¿cierto? El mieloma múltiple es un cáncer hematológico dado que se origina de una parte de nuestro sistema inmune. Son las células plasmáticas que son las células que producen anticuerpos, ¿cierto? Entonces, todos tenemos células plasmáticas. Son parte del sistema inmune. Por ejemplo, ellas son las fábricas de los anticuerpos, ¿cierto? Son de los anticuerpos que nos ayudan a defendernos del COVID, de la influenza, de otras infecciones, ¿cierto? Y todos tenemos cierto número de células plasmáticas y es, eso es normal, pero el mieloma múltiple sucede cuando por alguna razón ocurren mutaciones. Yo le digo a los pacientes que la mejor forma de pensar en estas mutaciones es como esos switches que nos mantienen funcionando como deberíamos se, se dañan, y cuando hay suficientes switches que se dañan, las células dejan de hacer lo que deberían, ¿cierto?, que es producir anticuerpos y empiezan a hacer otras cosas como crecer fuera de control y empiezan a generar otros problemas, ¿cierto? Entonces, el mieloma múltiple no es solamente tener estas células con los switches rotos, sino que también tener compromiso de lo que llamamos órganos o, empezar a tener afectación por estas células creciendo. Entonces, el mieloma múltiple puede afectar los huesos.

Puede causar anemia, puede afectar los riñones, puede causar elevaciones en el calcio, ¿cierto? Puede llevar a tener un sistema inmune comprometido. Entonces, puede haber más riesgo de infecciones. Entonces, todos estos síntomas es, es usualmente lo que consideramos mieloma múltiple. Cuando, vemos también que estos síntomas son causados por estas células plasmáticas que están creciendo sin control.

Margie Rivera: ¿, Los síntomas son evidente rápidamente o es, con el tiempo?

Mateo Mejia: Sí, esa una super buena pregunta, y una de las cosas con mieloma es que es una enfermedad muy heterogénea. Entonces, ¿qué quiere decir eso? Hay

pacientes que tienen un mieloma que es muy indolente, que crece muy, muy lento, ¿cierto? Y, eh, inicialmente no es poco común que-- hablando con los pacientes, uno empieza a darse cuenta que hay síntomas que empezaron hace muchos meses, pero como son síntomas relativamente inespecíficos que mucha gente, como decimos en Colombia, la gente no le para bolas, no le para mucha atención. Pueden pasar meses y no es hasta que esos síntomas se vuelven mucho más severos o que aparecen otros síntomas que llevan a consultar al paciente que nos damos cuenta que es el mieloma múltiple. Y no es infrecuente que una vez tratamos el mieloma, que controlamos el mieloma, el paciente dice: "Eh! ese, cansancio que tenía hace seis, ocho meses, ese dolorcito que tenía en la espalda, yo creo que eso era todo el mieloma.", ¿cierto? Entonces, no es infrecuente que pase bastante tiempo hasta que nos demos cuenta del diagnóstico. Hay otros mielomas que suceden mucho más rápido, que son mucho más agresivos, ¿cierto? Entonces, tenemos una variedad de, de síntomas que pueden ocurrir rápido o despacio, ¿cierto? Y, como mencionábamos, muchas veces los síntomas del mieloma pueden ser un poquito inespecíficos. Entonces, puede haber fatiga, ¿cierto? Cansancio, y el cansancio pues puede ser millón de cosas, ¿cierto? Como afecta a los huesos, puede haber dolor, ¿cierto? Entonces, yo les digo a los pacientes: "No es un dolorcito de espalda que a los siete días, a los catorce días, se, se quita", ¿cierto? Pues todos tenemos un poquito de dolor de espalda si estamos moviendo cajas moviendo un mueble en la casa, ¿cierto? Pero usualmente son síntomas que persisten en el tiempo y que en vez de mejorarse se siguen empeorando, ¿cierto?

Margie Rivera: So, esa es la razón que algunas veces se tardan en llegar, porque piensan que son dolores comunes.

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: Pero como usted dice, si se sigue persistente, deben buscar ayuda médica.

Mateo Mejia: Yo creo que es el mayor mensaje. Y cuando hablo persistente es semanas a meses, que en vez de mejorarse se está empeorando, ahí es cuando debemos empezar, a pensar que tenemos que buscar ayuda en términos de tenemos que saber, que entender qué es lo que está pasando.

Margie Rivera: Uh-huh.

Mateo Mejia: Lo otro que es importante tener en cuenta, el mieloma, como habíamos dicho, puede afectar los huesos, puede afectar los riñones, puede llevar anemia, ¿cierto? Y todos estos síntomas muchas veces, incluso para muchos médicos parecen muy inconexos, ¿cierto? O sea, no hay una, una relación clara. No es sino que hasta llega un hematólogo o o después de varias rondas de exámenes que decimos todos estos síntomas que inicialmente parecen ser completamente separados, todo lo puede explicar mieloma múltiple, ¿cierto? Entonces, el, el otro mensaje que yo le doy a los pacientes es, no, es que si vi al médico por primera vez e hicieron exámenes y no encontramos una buena causa, si los síntomas persisten, hay que seguir consultando, ¿cierto? Incluso los médicos no tenemos las respuestas en la, en la primera ronda, ¿cierto? A veces necesitamos más información, y sobre todo si los síntomas no van por buen camino, si no se están mejorando, muchas veces lo que tenemos que es persistir y seguir buscando explicaciones para estos síntomas.

Margie Rivera: Muy buena recomendación. Y sabemos que cada caso se trata individual y son diferentes, pero por lo general, ¿cuál es el pronóstico del mieloma?

Mateo Mejia: Sí, yo creo que para hablar de pronóstico de mieloma, es importante precisamente lo que había mencionado. Si muchos pacientes leen en línea y ven

información de hace diez años, van a ver que el pronóstico de mieloma habla de un par de años, ¿cierto? Y eso era verdad, así fue cómo estábamos trabajando hace 15 años aproximadamente, pero el pronóstico de mieloma ha cambiado significativamente. Yo creo que es uno de los cánceres en general que más revolución en el tratamiento ha tenido. Nuevas terapias se han incorporado en los últimos 15 años, y eso ha cambiado radicalmente el pronóstico de mieloma, ¿cierto? En la mayoría de casos, el mieloma puede ser controlado con los medicamentos, y muchas veces los pacientes me preguntan: "¿Cuánto puedo vivir?" ¿Cierto? Entonces, esa es la pregunta que muchas veces o ¿qué, debo esperar? Y la respuesta es, en este punto es, "No sé", porque, con este último desarrollos tecnológicos que hemos tenido en las diferentes terapias, la sobrevida del paciente con mieloma pasó de ser de un par de años a ocho o nueve años, ¿cierto? Pero hay que tener en cuenta que esos pacientes que estamos hablando que vive-- viven ocho, nueve años, fueron diagnosticados hace ocho, nueve años, ¿cierto? Cuando no habían aún los avances tecnológicos que tenemos incluso aún más recientes, ¿cierto? Entonces, la respuesta para el paciente es muchas veces: "No sé", ¿cierto? El-- probablemente es una enfermedad que yo ya hablo con ellos y les digo: "Es una enfermedad que no podemos curar aún y, necesitamos tratarla." Pero la idea muchas veces es, que se vuelve una enfermedad crónica, ¿cierto?

Yo tengo muchos pacientes que viven con mieloma, pero no mueren de mieloma múltiple, mueren por alguna otra enfermedad, y muchas veces el mieloma se termina convirtiendo en una enfermedad crónica como la presión arterial alta, la diabetes, que son enfermedades que no podemos curar, pero que controlamos con medicamentos. Es importante tener en cuenta, como había dicho que cada caso es diferente. Entonces, hay mielomas que son muy indolentes. Hemos visto pacientes que han vivido con mieloma 20, 25 años, pero también hay pacientes que tienen mielomas muy agresivos, ¿cierto? Entonces, ahí es cuando es importante hablar con el médico y

utilizar toda la información médica que tenemos para entender qué debemos esperar en cada caso individual.

Margie Rivera: Definitivamente, y perdón, usted mencionó los medicamentos, y sabemos, ¿verdad?, que en el mieloma hay pacientes que reciben una combinación de medicamentos en vez de uno a la vez. Ahora, sabemos que algunas veces los pacientes preguntan: “¿Por qué más de uno?” ¿Nos podría explicar sobre la combinación y cómo es que se usa?

Mateo Mejia: Sí, claro que sí. Bueno, entonces, es bien interesante y, partiendo de lo que acabamos de hablar que el mieloma no es algo, usualmente no lo consideramos curativo, ¿cierto? A mí me gusta pensar de los tratamientos para mieloma como diferentes herramientas que tenemos en la caja de herramientas, y cada herramienta va a ser utilizada o debemos utilizarla en el momento ideal, ¿cierto? Entonces, tú tienes razón. En este momento, cuando el mieloma se diagnostica, el primer tratamiento que utilizamos es una combinación de medicamentos, una combinación de tres o cuatro medicamentos. Entonces, sí, 100% de acuerdo. Muchas veces yo le digo a los pacientes y suena: “Uy, ¿qué es esta cantidad de medicamento?” ¿Cierto? ¿Por qué no utilizamos uno y vemos a ver qué pasa?

Parte de, de las mejoras que tenemos en cómo tratamos el mieloma no es lo-- solamente los medicamentos nuevos, sino es toda esa experiencia que tenemos en los últimos 15 años de cómo combinarlos de la forma más efectiva, ¿cierto? Y estos medicamentos funcionan mucho mejor combinados que por sí solos, ¿cierto? Entonces, esa combinación de medicamentos hace que cada medicamento funcione mejor comparado a si lo utilizamos uno a la vez. Eso es en lo que medicina llamamos sinergismo. ¿Qué quiere decir? Que la suma de los dos medicamentos es aún más potente que cada uno por su lado.

Y eso es también verdad cuando combinamos tres o cuatro medicamentos. Muchos de los pacientes me dicen: “Pero es que voy a tener un montón de efectos adversos”, ¿cierto? Y sí, todos los medicamentos tienen efectos adversos, pero muchas veces lo que vemos es que cuando empezamos tratamiento, y especialmente si hay muchos síntomas dado debido al mieloma, estos medicamentos son tan efectivos que son capaces de controlar el mieloma en más del 95% de los casos que muchas veces mis pacientes de hecho se sienten mejor, ¿cierto? Entonces, dado que controlamos el mieloma, los síntomas del mieloma mejoran, y si hay efectos adversos por esta combinación de medicamentos, muchas veces lo que podemos hacer es disminuir la dosis de uno de ellos, ¿cierto? O cambiar cómo damos estos medicamentos. Entonces, lo que le digo a los pacientes muchas veces es: “No crean que porque empezamos cuatro medicamentos esta dosis está escrito en piedra”, ¿cierto? Parte de lo que hacemos en las visitas cada dos semanas, cada mes, es hablar con los pacientes, ver cómo están, ver cómo están los exámenes de sangre, y si hay síntomas que creemos que sean debido a los medicamentos, podemos modificar eso. Pero la combinación de medicamento es sin duda alguna una de las piedras angulares del tratamiento hoy en día en el mieloma múltiple, y esto es para todos los pacientes.

Margie Rivera: So, viene siendo más o menos como diferentes soldaditos que se unen para pelear la misma batalla y dar el mejor resultado.

Mateo Mejia: Exactamente, y eso es lo que yo les digo a los pacientes. Entonces, imagínense utilizando la analogía tuya, los soldados, cada medicamento ataca al mieloma de una forma diferente, ¿cierto? Entonces, ya que ataca al mieloma de una forma diferente le queda más difícil al mieloma saber defenderse de cada uno de estos ataques, ¿cierto? Y por eso es que esta combinación es tan efectiva, ¿cierto? Muchas veces, lo otro que iba a mencionar, es que estos medicamentos muchos de ellos son lo que llamamos terapias dirigidas. Entonces, no atacan a todas las células del organismo, atacan especialmente o, o preferencialmente a las células del mieloma.

Entonces, los efectos adversos se ven reducidos muchísimo más, tienen muchos menores efectos adversos comparado a lo que consideramos como, entre comillas, quimioterapia convencional, ¿cierto?

Margie Rivera: Y hablando así de tratamiento, ¿qué usted me puede decir sobre el trasplante autólogo de células madre?

Mateo Mejia: Sí, entonces, esa es una de las herramientas que hemos tenido en la, en nuestra caja de herramientas para mieloma desde hace más de 20 años, ¿cierto? Y es una herramienta que es muy, muy efectiva, ¿cierto? Yo lo primero que le digo a los pacientes es un tratamiento que, como había dicho, tenemos muchísima experiencia y es muy, muy, muy efectivo, ¿cierto? Es diferente al trasplante que muchas veces escuchamos para leucemias, donde el paciente recibe células madre de otra persona, ¿cierto? Eso no es lo que hacemos en mieloma. El mieloma múltiple, el trasplante son de nuestras propias células. O sea, el paciente, antes de hacer el trasplante, extraemos las células madre, las ponemos en un congelador y después le damos quimioterapia y después le volvemos a dar las células madre de sí mismo, ¿cierto? Lo que es más efectivo de todo este trasplante de hecho no son las células madre, es la quimioterapia que utilizamos antes. Entonces, es una quimioterapia que es a dosis altas. Es muy efectiva contra el mieloma y las células madre las damos al par de días para precisamente evitar efectos adversos de la quimioterapia, ¿cierto? Quimioterapia, puede causar náuseas, vómito, pero en manos expertas de un grupo de trasplante, es muy seguro de hacer en el sentido que sí van a haber efectos adversos y usualmente hay que hacerlo en el hospital, pero es un procedimiento que es muy efectivo y tiene muy buena chance de controlar el mieloma, pero no es para todo el mundo precisamente por lo que habíamos hablado de los efectos adversos, ¿cierto?

Margie Rivera: Uh-huh.

Mateo Mejia: Yo creo que ahí es muy importante hablar con el médico tratante y definir si el trasplante es algo que necesitamos en cada caso puntual. Lo otro que iba a mencionar es que hace 15 años cuando no había muchos tratamientos, hay un dicho que todo paciente con mieloma tiene que recibir trasplante, ¿cierto? Y sí, yo todavía hago trasplantes. Es una parte fundamental, pero hoy en el 2024 con todas estas nuevas opciones, menos mal tenemos otras alternativas, ¿cierto? Entonces, hay un poquito más de flexibilidad. Entonces, es muy importante hablar con el médico. De nuevo, es un tratamiento muy efectivo. Lo, lo importante es definir si para cada paciente necesita trasplante y cuál es el mejor momento de hacerlo.

Margie Rivera: Y buscando todavía en la caja de herramientas.

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: ¿Qué usted me puede decir de la terapia de células T con receptores antígenos quiméricos?

Mateo Mejia: Sí, esa es de los avances más recientes en nuestras herramientas para tratar el mieloma está lo que yo llamo la inmunoterapia, ¿cierto? Entonces, la inmunoterapia viene de dos tipos. Una es esta terapia de células T, lo que en inglés llamamos CAR-T y muchas veces van a encontrarlo así. Es un tipo de tratamiento que es altamente efectivo, incluso cuando el mieloma ha regresado muchas veces, ¿cierto? Que hay-- cuando el mieloma ya hemos pasado seis, siete, ocho tipos de tratamientos, se vuelve cada vez más difícil de tratarlo, pero incluso en este momento cuando el paciente ya ha visto mucho tratamiento, esta terapia puede tener tasas de respuesta por encima del 90% que es fenomenal, ¿cierto? Es bien interesante porque es una filosofía completamente diferente a los otros tratamientos para mieloma. Entonces, como habíamos hablado, muchos de los tratamiento para mieloma atacan directamente el mieloma, Se fijan en características de las células plasmáticas del

mieloma y para atacarlas. En esta terapia de células T, es completamente diferente. Lo que hacemos es tomamos los linfocitos que son los soldaditos del paciente, de nuestro sistema inmune, los mandamos al laboratorio, y en el laboratorio casi que los reeducamos en reconocer al mieloma de nuevo. Y después de que ese proceso está listo, se demora entre cuatro-ocho semanas, le damos una dosis pequeña de quimioterapia al paciente para crear espacio para estos nuevos soldados, y después le damos estas células T modificadas. Lo que pasa cuando estas células T vienen, o reentran al organismo, empiezan a buscar al mieloma. Por toda esa educación, por todo ese entrenamiento que hicimos antes, son capaces de no solamente reconocer al mieloma, sino también volver a atacarlo, ¿cierto? Porque el problema en el cáncer es no solamente células creciendo con switches que se dañaron, sino parte es un nuestro sistema inmune no haciendo lo que debería hacer que es identificar y eliminar el cáncer. Entonces, como mencionaba, es una terapia que es extremadamente efectiva y tiene un atractivo muy grande. Hay, que observar la recuperación, claro está, pero después de esa infusión que es un solo día, no hay que seguir con tratamientos específicos o no hay que volverla a repetir, ¿cierto? Y, hay pacientes que se pueden beneficiar incluso por años con control del mieloma.

Margie Rivera: Wow. ¿Y es ésta una de las primeras o primero son los medicamentos? ¿Cuándo es que consideran usar esta clase de terapia?

Mateo Mejia: Esa pregunta, yo creo que si me la preguntas el próximo año, la respuesta va a ser probablemente completamente diferente. Entonces, esta terapia es aprobada por la FDA (Administración de Alimentos Y Medicamentos). No estamos hablando de absolutamente nada investigacional, y en este momento está aprobada cuando el mieloma ha regresado por lo menos una vez y ha sido expuesta a cierto número de medicamentos, ¿cierto?

Entonces, en el momento no lo estamos utilizando de entrada, ¿cierto? Pero, digamos, hace dos años sólo lo utilizábamos cuando el mieloma ya había regresado cuatro veces. Entonces, como es una terapia tan efectiva, muchos de los estudios que estamos haciendo en este momento es trayéndola antes, y antes, y antes, y de nuevo, aunque es muy efectiva, yo creo que la analogía sigue siendo la misma de las herramientas. No funciona para todo el mundo, ¿cierto?

Hay pacientes que yo prefiero utilizar otras terapias por múltiples razones. Los efectos adversos de esta terapia puede que para un paciente sean muy bien tolerados y para el otro no tanto, ¿cierto? Entonces, ahí es cuando es importante hablar con el médico de: "Tenemos todo este menú y todo este diferente-- cantidades de opciones, ¿cuál es la mejor terapia para mí?"

Margie Rivera: Es bueno oír eso, y le da pues una esperanza a los pacientes porque, como usted dice, mientras va pasando el tiempo, la tecnología va mejorando, dándole más tiempo y más esperanza a los pacientes. So, eso es bueno.

Mateo Mejia: Sí. Te quería decir también que lo más reciente que tenemos es otro tipo de inmunoterapia. La terapia de células T es un tipo. El otro tipo es lo que llamamos anticuerpos biespecíficos, ¿ciertos? El principio es similar a la terapia de células T. Es utilizar tu sistema inmune para buscar y atacar el mieloma, pero acá nos saltamos todo ese proceso de sacar los linfocitos y enviarlos al laboratorio. Aquí con medicamentos podemos hacer que esos linfocitos ese sistema inmune empiece a reconocer el mieloma de nuevo y atacar, ¿cierto? Entonces, es otra opción de inmunoterapia que ya está aprobada. Tenemos tres medicamentos diferentes en los últimos dos años y, de nuevo, son excelentes herramientas que tenemos que hace tres años completamente no existían.

Margie Rivera: Wow, tremendo, Y mientras usted hablaba pues de esos anticuerpos biespecíficos, me, me pongo a meditar sabemos que el idioma es una barrera. Añadale los otros factores como la edad del paciente o de su cuidador, o si tienen la tecnología electrónica para averiguar más información. Para aquellos pacientes que sus doctores no hablan Español.

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: ¿Qué es lo que está haciendo la comunidad médica para que les den información nueva a los pacientes?

Mateo Mejia: Sí, sin lugar a dudas, yo creo que eso es importante, sobre todo en Estados Unidos y, por ejemplo, yo trabajo en Nueva York. Entonces, una de las cosas que más me gusta es que mi clínica son 15 lenguajes diferentes.

Margie Rivera: Wow

Mateo Mejia: ¿Cierto? Entonces, y yo solamente sé dos. Entonces, yo creo que muchas de las sociedades científicas, por ejemplo, LLS o de Sociedad de Mieloma tienen recursos en diferentes idiomas. Y esos recursos no solamente están en digital, sino también muchas veces uno los puede encontrar como panfletos de información, y no solamente información de la enfermedad, sino del tratamiento. Una de las cosas que yo creo que ayuda mucho también son los grupos de apoyo al paciente, y hay grupos de apoyo al paciente que son en Español, Porque si bien todos los casos son diferentes. Escuchar experiencias del tratamiento o experiencias del cuidador también, porque no solamente es el tratamiento es cómo manejamos toda esta cantidad, o si tengo preguntas específicas del mieloma, puede que alguna de las personas que estén en el grupo puedan ayudar, ¿cierto? Son estrategias que ayudan bastante, ¿cierto? Sin lugar a dudas si el médico no habla el mismo idioma, así utilizamos, un traductor. Hay

veces hay cosas que se pierden y no es igual la comunicación, y es difícil encontrar una solución perfecta, pero creo que todas estas pequeñas cositas ayudan a recolectar más información. Al fin de cuentas, lo otro que iba a hacer, si hay un familiar que habla los dos idiomas creo que muchas veces ayuda a servir de traductor porque cuando utilizamos un traductor en el teléfono que no está en la habitación durante la consulta médica, sí puede ayudar a comunicar, pero muchas veces es difícil tener ese contacto humano, ¿cierto? Entonces, si hay un familiar o algún amigo, alguien con quien el paciente se sienta cómodo discutiendo su salud, tener esa persona durante la consulta que ayude a transmitir la información, también es muy valiosa.

Margie Rivera: Uh-huh. Sí, eso es bueno que no vayan solos.

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: Y que vayan preparados.

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: Y usted cuando ve a un paciente, ¿qué es lo que usted le aconseja de la manera de que ellos tengan la confianza de hablar con usted? Porque muchas veces los pacientes se sienten o tímidos, han tenido experiencias negativas en el pasado o-

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: -Se sienten que están molestando. ¿Cómo usted estimula para que el paciente hable con su doctor?

Mateo Mejia: Sí, yo creo que eso es super importante, y tiene mucho componente también cultural. Yo creo que esa relación del médico y el paciente cambia mucho no solamente basado en el, en el lenguaje, sino en la cultura, ¿cierto?

Margie Rivera: Uh-huh.

Mateo Mejia: Entonces, muchas veces yo lo veo. El paciente colombiano muchas veces se comporta, y la relación es muy diferente al paciente mexicano o de otros países, ¿cierto? Lo primero es que yo creo que todos los médicos, la razón que estamos ahí es intentar ayudar al paciente, ¿cierto? Y la meta de nosotros es que el paciente se sienta mejor y que podamos llegar a las metas que el paciente quiera, ¿cierto? Entonces, yo lo que les digo muchas veces es: “Yo estoy acá para darle mi recomendación, lo que yo creo que es la mejor opción, ¿cierto? Pero al fin de cuentas todo esto que estamos hablando es para usted”, Entonces, yo no tomo ofensa si el paciente piensa diferente, o si algo de lo que estoy diciendo no tiene sentido, o si tiene preguntas. La idea es que, no solamente tratemos el mieloma, sino que usted también se sienta cómodo en lo que estamos haciendo, ¿cierto? Muchas veces sobre todo en las primeras citas cuando uno habla de mieloma, es un montón de información y la gente queda como petrificada. Y uno les da toda la información y sabe que les entró por un oído y salió por el otro.

Margie Rivera: Uh-huh.

Mateo Mejia: ¿Cierto? Entonces, yo lo que les digo: “Es normal que eso pase. Es un montón de información, y van a haber más preguntas”. Entonces, muchas veces lo que es útil es si en la casa tuvo una duda o surgió una pregunta, escríbala y cuando regrese a la consulta eso ayuda a, a saber qué preguntar o, o crear un poquito de preguntas que pueden ayudar a resolver esas dudas, ¿cierto? Sobre todo, en oncología

y el mieloma, como los pacientes nos terminan conociendo por años, ¿cierto?, también se forma una relación entre el médico y el paciente.

Lo otro que iba a decir, hay instituciones que son fabulosas y que tiene todos los recursos, pero simplemente si usted no está cómodo con su equipo médico, puede cambiar, eso yo no tomo ofensa. Nadie toma ofensa porque no es que muchas veces tratemos a los pacientes diferente, ¿cierto? Es que, si uno no se siente cómodo con su equipo médico, muchas veces es mejor cambiar e ir para un lugar que se sienta más cómodo. Así el tratamiento no cambia absolutamente nada, ¿cierto?

Margie Rivera: Pero cuando usted está sintiendo los síntomas en la casa, si no le dice en la próxima cita, entonces, ¿cómo le va a poder ayudar?

Mateo Mejia: Totalmente. Y desde el punto de vista de medicina, yo creo que también muchas veces creemos que lo único que importa son los números, ¿cierto? Y el paciente muchas veces: "Pero es que si usted tiene mis exámenes de sangre, mis laboratorios, pues ¿qué importa lo que yo siento?" Yo, y yo le digo: "Sí, los números son importantes, pero me importa más el paciente". A mí no me importa si los números se ven excelentes, pero si usted me dice: "No, es que estoy tan cansado que no puedo jugar con mi nieta o no, no puedo salir de la casa", ¿cierto? Entonces, fuera de eso, hay muchos síntomas que no podemos cuantificar con exámenes de laboratorio, ¿cierto? Qué tan cansado está el paciente, qué tanto dolor tiene, si el dolor está peor o mejor, ¿cierto? Entonces, esa información de cómo va todo, de qué está pasando es extremadamente importante. Y como decía con el tratamiento, muchas veces podemos ajustar el tratamiento para evitar síntomas y al mismo tiempo controlar el mieloma. Muchos de mis pacientes dicen: "No, es que si, si el mieloma está controlado, me da miedo cambiar o bajar de dosis, o cambiar de medicamentos".

La buena noticia es que estos medicamentos muchas veces funcionan aún si disminuimos la dosis. Entonces, disminuir dosis no quiere decir que vamos a comprometer qué tan bien tratamos el mieloma. Muchas veces es, llegamos a un mejor punto, el mieloma está controlado y el paciente tiene menos síntomas.

Margie Rivera: Exacto y, al hablar pues se, se encuentran las soluciones. Como usted ha mencionado, han habido varios avances de tratamiento de mieloma en los últimos 10 años. ¿Qué es lo que lo tiene a usted más entusiasmado en este momento con respecto a los tratamientos para el mieloma? Sé que usted mencionó algunos.

Mateo Mejia: Sí, creo que lo primero es el cambio de todas estas opciones de tratamiento. Entonces, a mí me tocó cuando empecé que utilizábamos uno o dos tratamientos y ya no había más opciones, ¿cierto? Ahora tenemos muchísimas opciones de tratamiento, incluso para pacientes que tienen mielomas bastante agresivos. Entonces eso sin lugar a dudas, es para mí es el mayor progreso en los últimos 10 años. Toda esta terapia que hablamos terapia de células T, de inmunoterapia, hace 8 años si tú me preguntabas, eso sonaba un poco como a ciencia ficción, ¿cierto? Pero esto es algo que vemos y utilizamos en el día a día. Entonces, más de esta tecnología aunque ya es bastante efectiva, estamos intentando desarrollar nuevas alternativas de cómo hacerla aún mejor, ¿cierto? Creo que en este momento, lo que más me interesa es no solamente poder controlar el mieloma porque como había hablado, inicialmente podemos controlar el mieloma en más del 90%, 95% de los pacientes. Ahora lo que más me interesa es cómo podemos identificar qué pacientes tenemos que continuar y seguir atacando aún más, y en qué pacientes por otro lado podemos decir: "Bueno, ya controlamos el mieloma, empecemos a quitar medicamentos", ¿cierto? Porque los pacientes me dicen: "Es que son tantos medicamentos", y yo estoy completamente de acuerdo. No hay nada que me guste más que retirar medicamentos que no necesitamos, ¿cierto?

Entonces, ahora es entender qué pacientes necesitan. Necesitamos pisar el acelerador, intensificar el tratamiento y en qué pacientes nos podemos relajar un poquito y darles un chance de poquito de descanso de menos tratamiento.

Margie Rivera: Por nuestra última pregunta, en nuestra página de inicio del podcast tenemos una cita que dice: “Después del diagnóstico, viene la esperanza”. ¿Qué le diría usted a los pacientes y a sus seres queridos para darles esperanza después de un diagnóstico de mieloma?

Mateo Mejia: Sí, lo primero es que muchas veces escuchamos la palabra cáncer y nos nos imaginamos que ya eso es todo, ¿cierto? Lo primero es, busquen atención. Muchas veces toda esta información da mucho miedo y atemoriza, ¿cierto? Pero tenemos muchísimos tratamientos, tenemos muchísimas opciones. Incluso, cuando-- yo tengo pacientes que me dicen: “No, es que una amiga mía tuvo mieloma hace seis años”. Hace seis años no existían seis o siete de las terapias que ya tenemos, ¿cierto? Entonces, esto es algo que ha cambiado significativamente y muchos de mis pacientes pueden vivir con mieloma, incluso regresan a trabajar, tienen una muy buena calidad de vida. Entonces, el diagnóstico de mieloma no es igual a la muerte, no es igual a discapacidad, ¿cierto? Una de las recomendaciones es, el mieloma entre más lo entendamos, esa información se vuelve casi que nuestra herramienta para manejar la ansiedad y el miedo, ¿cierto?

Muchas veces lo que más miedo da es no saber qué va a pasar, la incertidumbre, ¿cierto? Y aunque el mieloma es un montón de información, entre más lo entendamos mejor. Muchas veces eso nos ayuda a crear estrategias para manejar la enfermedad también, ¿cierto?

Margie Rivera: So, para averiguar más información, ustedes necesitan los ensayos clínicos, ¿no?

Mateo Mejia: Sí, claro, eso es fundamental. Entonces, todos estos desarrollos que habíamos hablado, ha sido a través de lo que llamamos estudios clínicos o ensayos clínicos, que es investigación. Muchos de los pacientes cuando yo les digo ensayos clínicos, veo que ponen cara, voltean los ojos, porque se imaginan que es que estamos utilizando algo nuevo que no sabemos o un medicamento que nadie más ha recibido, y lo que yo les digo a los pacientes es: "Los ensayos clínicos muchas veces es simplemente evaluar la combinación de medicamentos que sabemos que funciona", ¿cierto? Que son dos medicamentos que ya están aprobados, que sabemos que controlan el mieloma. Lo que es nuevo es la combinación. Entonces, yo lo que digo a, a los pacientes es: "No se atemoricen cuando escuchen ensayos clínicos. Parte de nuestro deber como investigadores es asegurar que los pacientes que participan en ensayos clínicos reciben un tratamiento que es igual al estándar que, que recibirían por fuera del ensayo clínico". De hecho, muchas veces participar en un ensayo clínico es beneficioso al paciente porque le permite la oportunidad de acceder a estos tratamientos que son mucho más efectivos mucho antes de lo que de otra forma podrían, ¿cierto? Entonces, por ejemplo, ahorita que estamos hablando con células T, normalmente las reservamos para cuando el mieloma ya ha regresado. En este momento, tenemos ensayos clínicos donde lo estamos utilizando al diagnóstico, ¿cierto? Entonces, es asegurar, hablar con el médico y ver qué ensayos clínicos están disponibles, si hay algún ensayo clínico que me sirve a mí como paciente porque, lo que mencionaba, no todos los ensayos clínicos funcionan para todos los pacientes, ¿cierto? Y segundo, es evaluar cuáles son los beneficios y las desventajas--de participar en el ensayo clínico. Pero sin lugar a dudas, no solamente participar en ensayos clínicos ayuda desde el punto de vista individual a acceder a todos estos tratamientos, sino que también genera mucha información para otros pacientes. Entonces, eso también está como el beneficio añadido. No estamos generando beneficio para el paciente individual, sino también para toda la comunidad.



Margie Rivera: Y por lo que usted ha explicado es añadiéndole a la esperanza, le abre la puerta-

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: -a otros.

Mateo Mejia: Sí, totalmente. Yo lo que le digo a los pacientes es-- volviendo a la analogía de la caja de herramientas es-- participar en un ensayo clínico con un medicamento muchas veces es como si mágicamente nos añadieran otra herramienta más a esa caja--que normalmente no estaría ahí. Entonces, entre más herramientas tengamos, más tiempo nos vamos a demorar en quedarnos sin herramientas. ¿Cierto? Entonces, muchas veces expande las, posibilidades. El tratamiento estándar siempre está ahí, ¿cierto? Entonces, siempre podemos recurrir ahí. Los ensayos clínicos, no.

Margie Rivera: Doctor, sé que muchos de nuestros pacientes y oyentes y cuidadores aprecian esta oportunidad de que usted haiga cogido su tiempo en explicar y darnos la esperanza, y dejarnos saber que las cosas están mejorando en, en vez de atrasándose.

Mateo Mejia: Uh-huh.

Margie Rivera: So, le quiero agradecer de parte de LLS y de parte de nuestros pacientes el usted estar aquí con nosotros hoy. Se lo agradecemos.

Mateo Mejia: No, con muchísimo gusto. Es, de nuevo, es un placer para mí estar acá y, y me encanta hablar de mieloma en Español para que todo el mundo pueda tener un poquito más de información y, y que este diagnóstico, como había dicho, entre más hablemos de él, entre más conozcamos, la gente idealmente puede acceder a



tratamiento efectivo temprano antes de que haya un montón de síntomas o más problemas.

Margie Rivera: Exactamente. Muchas gracias. Gracias a todos los oyentes y hasta la próxima. Y gracias a todos por estar con nosotros hoy. *The Bloodline with LLS* es una parte de la misión de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. ¿Sabías que podías involucrarte más con el podcast *The Bloodline*? Asegúrate visitar nuestra sala de suscriptores donde puedes obtener acceso a contenido exclusivo, discutir episodios con otros oyentes, hacer sugerencias sobre temas futuros o compartir su historia y probablemente ser elegido para ser invitado en el futuro. Únase gratis hoy a thebloodline.org/SubscriberLounge, y también recibirás notificación por correo electrónico para cada nuevo episodio. Esperamos que este pódcast te haya ayudado hoy. Esté atento para tener más información sobre los recursos que LLS tiene para usted o sus seres queridos que han sido afectados por el cáncer. ¿Usted o un ser querido ha sido afectado por el cáncer de la sangre? LLS tiene muchos recursos disponibles para usted: apoyo financiero, conexiones de pares, apoyo nutricional y mucho más. Alentemos a los pacientes y sus cuidadores a que se comuniquen con nuestro especialista en información al 1-800-955-4572 o que visiten a lls.org/Espa-nol. Gracias de nuevo por escuchar y asegúrate a suscribirte a *The Bloodline* para no perderte ningún episodio. Esperamos que se una a nosotros en la próxima. Chao.