

Atrofia geográfica: Tomando una elección informada sobre el tratamiento

Fecha: 26 de febrero de 2025

Con: Pamela Ann Weber, MD

La información proporcionada en esta transcripción es un servicio público de BrightFocus Foundation y no constituye consejo médico. Consulte a su médico para recibir asesoramiento médico, dietético y de ejercicio personalizado. Cualquier medicamento o suplemento debe tomarse solo bajo supervisión médica. BrightFocus Foundation no respalda ningún producto o terapia médica.

Nota: este chat o charla ha sido editado para mayor claridad y brevedad.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Hola. Soy la Dra. Diane Bovenkamp, vicepresidenta de Asuntos Científicos de BrightFocus Foundation. Me complace ser su anfitriona de la charla Macular de hoy, "Atrofia Geográfica: Tomando una elección informada sobre el tratamiento".

Macular Chats es un programa mensual financiado, en parte, por subvenciones educativas de Apellis, Genentech y Regeneron, diseñado para proporcionar a las personas que viven con degeneración macular y a los familiares y amigos que les apoyan información directa de los expertos. El Programa de Investigación sobre Degeneración Macular de BrightFocus Foundation ha financiado casi 53 millones de dólares en becas científicas para explorar las causas profundas y la posible prevención, los tratamientos y, en última instancia, esperamos, la cura de la degeneración macular, y actualmente invierte en 49 proyectos activos en todo el mundo.

Me complace presentarles a la oradora invitada de hoy. La Dra. Pamela Ann Weber ejerce actualmente en Vitreoretinal Consultants en New York, que forma parte de Retina Consultants of America. Participa activamente en investigación, cirugía y atención al paciente. Sus intereses especiales incluyen la degeneración macular, la retinopatía diabética y la retinopatía del prematuro (ROP, por sus siglas en inglés). Ha sido la investigadora principal de más de 40 ensayos clínicos de fase 2 y fase 3. Su formación académica incluye una licenciatura en Ciencias por la Universidad McGill de Montreal (Canadá) y un título médico por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Columbia en los Estados Unidos. Hizo la residencia en oftalmología en el New York Eye and Ear Infirmary y la especialización en cirugía vitreo retiniana en el Mass Eye and Ear de la Universidad de Harvard. Fue miembro a tiempo completo del Departamento de Oftalmología de la Universidad Stony Brook, donde sigue siendo profesora adjunta.

¡Vaya! Es usted muy competente, Dra. Weber. Gracias por acompañarme hoy.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Gracias. Es realmente un placer tener la oportunidad de participar en un Macular Chat, y quiero dar las gracias a BrightFocus y a Diane por invitarme. Y espero que esta sea una buena oportunidad de aprendizaje para todos.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Absolutamente. Así que, pongámonos manos a la obra, arremanguémonos. Empecemos hoy por lo básico. ¿Qué es la atrofia geográfica, que a veces se conoce con el acrónimo AG (por sus siglas en español)?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Claro. Creo que se trata de un problema médico muy complejo de entender para los pacientes. Así que, básicamente, la degeneración macular es una enfermedad que afecta a personas mayores de 50 años. Y degeneración macular es el nombre general para muchas de estas subdivisiones. La primera subdivisión es la degeneración macular seca. Y ese es, en cierto modo, el primer paso para desarrollar cualquier tipo de degeneración macular. Y algunos de estos pacientes pasarán a la atrofia geográfica, de seca a atrofia geográfica (AG) pero algunos también pasarán a lo que llamamos húmeda, que significa que hay neovascularización sub-retiniana creciendo bajo la retina. Pero antes de entrar en materia, permítanme... No quiero perder a la gente desde el principio. Vamos a repasar un poco la anatomía del ojo, para hacer las cosas claras.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Gracias.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí. Así que, si piensas en el ojo como si fuera una pelota de tenis, la parte frontal del ojo o la parte anterior de la pelota de tenis, la parte transparente donde pones tu lente de contacto si usas lentes de contacto, se llama córnea. Y detrás está el iris, que te da el color del ojo, por lo que puedes tener un iris marrón o azul. Y detrás está la pupila, que es un agujero en el centro del iris. Y detrás está el cristalino, que debería ser como un trozo de cristal transparente, y está suspendido justo detrás del iris. Y si usted tiene una opacidad, entonces usted tiene la cirugía de cataratas, así que eso es lo que la cirugía de cataratas es. Así que todo lo que acabo de hablar es más o menos la parte frontal del ojo. Pero de lo que estamos hablando hoy es de la parte posterior del ojo. Así que, detrás del cristalino, si piensas en el interior de una pelota de tenis y lo que llena la pelota de tenis, o tu globo ocular, es algo llamado vítreo -que debería ser realmente como una gelatina, realmente como jalea- que es colágeno y agua. Y debería ser agradable y claro. Y a medida que envejecemos, las cosas cambian, y puede causar problemas y usted puede tener moscas volantes, y eso es todo vítreo. Y luego vas a la parte posterior o la capa interna de la pelota de tenis, y ahí es donde está la retina, por lo que es muy, muy en la parte

posterior. Y, ya sabes, una pelota de tenis es bastante grande; nuestra pequeña pelota de tenis del ojo es bastante pequeña.

Así, la retina, de la que estamos hablando hoy, es realmente del tamaño de una moneda de 25 centavos, y se extiende a través de la parte posterior de esa pelota de tenis. Y el espesor es como un trozo de seda, y es un tejido neurológico muy fino que tiene múltiples capas. Y aunque es muy delgado, fino, fino, hay muchas estructuras anatómicas diferentes en su interior. Y luego cuando hablamos de la mácula, que esta en la retina, pero es una subdivisión de la retina, y está muy, muy en la parte posterior del ojo. Y la retina, en general, yo diría que es tal vez 40 mm, o tal vez como 1,5 pulgadas. La mácula representa alrededor del 13% y mide unos 5 mm, así que es un área muy, muy, muy pequeña. Y eso es lo que estamos hablando hoy, algo que es de 5 mm de tamaño. Y eso es más o menos a lo que he dedicado mi vida, lo cual es bastante interesante.

Entonces, ¿qué ocurre? Bueno, en primer lugar, sabemos que la degeneración macular tiene una gran predisposición genética, por lo que es hereditaria. Ciertas cosas la empeoran. Fumar la hace peor, como habrán visto en este terrible anuncio que se está transmitiendo en la televisión ahora mismo. Así que, más o menos sabemos a qué pacientes debemos vigilar. Ciertamente, si usted tiene antecedentes familiares, sabemos que tenemos que vigilarlo. Y el primer signo de degeneración macular son las drusas, que son pequeñas manchas amarillas en la retina, en lo profundo de la retina. Y representan, como, lipoproteína, y se acumulan allí porque hay una especie de desregulación del funcionamiento celular en la retina. Por lo tanto, esa es la primera señal de que las cosas no están bien y el sello distintivo de esta enfermedad.

Y, de nuevo, sólo quiero volver a explicarte por qué es tan importante, aunque sea una pequeñísima parte del ojo. Esa parte del ojo te da tu mejor visión, la visión que realmente te importa, tu visión para leer y tu visión para conducir. Y lo que es realmente una locura es que cuando hablamos del número de personas que se ven afectadas por esto, es alucinante. Hay probablemente 11 millones de estadounidenses que tienen AG, y probablemente alrededor del 27 por ciento de los ciudadanos estadounidenses mayores de 80 años. Y la prevalencia está aumentando, por lo que puede ver que se trata de un gran problema y que realmente queremos centrarnos en esto. Así que, en cualquier caso, algunas personas simplemente se quedarán con drusas secas y realmente no harán mucho de nada. Pero luego hay un gran porcentaje de estos pacientes que desarrollarán lo que llamamos AG, o atrofia geográfica. Y lo que esto representa es, como, la muerte celular. Hay como pequeñas islas en la mácula donde las células empiezan a morir. Y mis pacientes a menudo dicen: «Sabes que estoy teniendo problemas con mi visión», y yo les digo: "Sí, es como la visión del queso suizo,

¿verdad? “Faltan parches”. Y eso es AG, y estos parches crecerán. Y al principio, pueden no ser tan graves, puede que no estén exactamente en el centro, pueden estar un poco desviados, y el otro ojo puede compensar. Muchas veces ocurre en ambos ojos, pero no exactamente en el mismo lugar, de modo que se puede compensar y seguir funcionando. Pero sabemos que se expanden, y es por lo que quisimos empezar a tener algún tratamiento para esto, y es por eso, afortunadamente, ahora tenemos algún tratamiento.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Esa es una analogía muy, muy buena; pensar en una pelota de tenis llena de gelatina y pensar en las capas. Y supongo que, si estabas diciendo que el área que ve, la parte posterior del ojo es como del tamaño de una moneda de 25 centavos, la mácula es algo así como la cabeza de un bolígrafo que pones en una pizarra, ¿verdad? Dijiste 5 mm. Es como la cabeza de un alfiler.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, por lo que 5 mm, que es alrededor de 0,2 pulgadas. Es pequeñísimo.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí, y eso es responsable de gran parte de nuestra visión del color, de nuestra visión aguda, gran parte de la visión para ver las caras de nuestros nietos y las fotografías. Soy fotógrafa, así que esa pequeñísima parte es para eso. Así que, por supuesto, hay tratamientos para la degeneración macular húmeda, pero antes de entrar en los tratamientos, cuando dice que se depositan drusas y que la degeneración puede desarrollarse en húmeda o terminar en atrofia geográfica, ¿los depósitos se producen entre las diferentes capas y causan la muerte celular porque las capas se separan y no están bien? ¿Por qué mueren esas células? ¿Se sabe?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí. Lo que quiero decir, es un poco complejo, pero el hecho de que se depositan allí es porque los fotorreceptores que le permiten ... siempre está desprendiendo fotorreceptores por lo que tiene nuevos, vigorosos, y agudos fotorreceptores para la visión. Y así, los viejos tienen que ser metabolizados, y por ello el metabolismo se descompone, y así, en realidad, es como ver un tipo de pequeños montones tal vez de algo como basura o algo así, que usted podría desear llamarlo. Y eso es realmente lo que es una drusa, no eres capaz de eliminar los productos muertos de la pérdida de fotorreceptores. No se puede mantener el ritmo, por lo que se quedan atascados allí. Y ese “puente se derrumbó y se ha puesto en huelga”. Sí, y eso altera, ya sabes, todo el metabolismo del ojo.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Entendido. Genial. Y entonces bien, ya tenemos todo esto. Los recolectores de basura se han estropeado en el ojo, así que lo que queremos hacer es detectar la AG a tiempo y utilizar uno de los dos tratamientos aprobados por la

administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) disponibles en la actualidad. ¿Puede decirnos cuáles son esas dos opciones y cómo funcionan con lo que ahora sabemos sobre cómo se forma la AG?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Claro. Así que, son muy similares, estos dos medicamentos. Uno es Syfovre® y el otro Izervay™. Esos son los nombres comerciales. Syfovre fue el primero aprobado por la FDA. Y que fue aprobado en febrero de 2023, por lo que en realidad tenemos la mayor información sobre este fármaco. Y tengo que decirte, que había trabajado 30 años antes de poder ofrecer algo a estos pacientes. Quiero decir que es mucho tiempo, así que durante mucho tiempo sólo estábamos dando seguimiento a estos pacientes, y en realidad ni siquiera hablábamos mucho de ello porque no teníamos absolutamente ningún tratamiento. Así que fue un gran avance cuando en febrero de 2023 conseguimos un fármaco que ralentiza o retrasa la progresión de la pérdida. Y eso fue Syfovre. Y lo que hace es que inhibe C3, que es parte de la vía del complemento.

Y aquí es donde las cosas se ponen un poco confusas si no sabes muchas cosas sobre el sistema inmunitario. Pero básicamente, tenemos un sistema inmunológico en nuestro cuerpo para combatir las infecciones, ¿verdad? Y hay muchas maneras de combatir contra la infección, pero una es a través de este sistema del complemento, y es muy interesante. Básicamente, cuando aparece un patógeno, se desencadena la vía del complemento y se produce una serie de activaciones de proteínas a lo largo de esta vía, lo que en última instancia llevaría a matar al patógeno y quizá a matar cualquier célula dañada que se hubiera creado en el proceso de este patógeno o esta infección. Por lo tanto, eso es genial. Necesitamos esto. Nos mantiene vivos y sanos. Pero lo que encontramos es que, en AG, se había descontrolado un poco y que estaba hiperactiva. Y así, se estaba llevando a un aumento de la inflamación y la muerte celular. Una vez que los científicos lo descubrieron, buscamos fármacos que pudieran bloquear un poco esta vía para intentar salvar células o ralentizar su muerte. Y así, Syfovre fue el primero, e inhibe esta proteína llamada C3. Y es muy interesante porque, de nuevo, tenemos que explicar a los pacientes con mucho cuidado para que entiendan que esto no se considera una cura. No detiene la enfermedad, sólo retarda la progresión de la pérdida.

Así que, en otras palabras, si vas en un automóvil pequeño y vas cuesta abajo y te diriges hacia el acantilado, no vas a llegar al precipicio tan rápido. El automóvil va más despacio. Y lo que esperamos hacer es retardar este pequeño automóvil para que tal vez no llegue al acantilado, lo que sería, ya sabes, la pérdida de la visión y la ceguera legal o algo así. O al menos ralentizar el automóvil lo suficiente para que cuando llegue un tratamiento mejor tal vez vamos a borrar el automóvil por completo. Estarás listo

para irte. Como si te hubiéramos mantenido en marcha hasta este punto, y hubieras perdido lo menos posible, y entonces cuando algo mejor llegue -y, por supuesto, algo mejor llegará- podremos hacerlo mejor. ¿Tiene sentido?

Dra. DIANE BOVENKAMP: Me gusta esta analogía. Así que, si puedo ampliarla usando mi maravillosa imaginación, es algo así como si el automóvil se descontrolara, pero cada vez que se pone esta inyección, hay un policía que viene y pone esposas al conductor, y el automóvil se para un rato hasta que lo toma otro conductor-.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Oh, me gusta eso.

Dra. DIANE BOVENKAMP: -empezar a conducir de nuevo, y entonces usted tiene que conseguir otro policía o mujer policía, lo que sea, para venir y detener al conductor loco. Así que, sí, son como chicos malos fuera de control, y las inyecciones son una manera de detenerlo. No sé si te parece que esa analogía es apropiada, pero realmente...

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, me encanta. Y puede que al final metan al conductor del automóvil en la cárcel y se solucione el problema.

DR. DIANE BOVENKAMP: Y hay dos tipos malos, ¿correcto? Entonces, hay un C3 malo y un C5 malo, así que ese es el otro fármaco, el Izervay, ¿correcto? Entonces, el C3 y el C5 son ambos muy malos por dejar que esta inflamación se salga de control.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Exactamente. Sí, por lo que Izervay fue aprobado en agosto de 2023, como tal vez 6 meses más tarde o así. Y que bloquea un poco más abajo de la cadena en el C5. Y así, cuando nos fijamos en los datos, el primer año de los datos de cuánto se ralentiza es de aproximadamente 22 por ciento con cada medicamento. Pero a medida que pasan los años, aquí es donde empezamos... y de nuevo, sólo quiero explicar a los pacientes que se trata de un proceso de aprendizaje activo. Estos fármacos no son muy antiguos, por lo que constantemente se recopilan datos de los estudios originales. Así que, como ahora, con los pacientes originales que estaban en los estudios para obtener la aprobación de la FDA, para Syfovre, tenemos 4 años de seguimiento que acaba de salir ahora. Así que, de nuevo, estamos aprendiendo mucho más con el paso de los años: cómo administrar estos fármacos, con qué frecuencia y cuál es su efecto. Y lo que estamos aprendiendo del Syfovre es que cuanto más tiempo se toma, más se ralentiza el pequeño automóvil, lo cual es muy interesante. Así, a los 4 años, el automóvil se ha ralentizado un 40%.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí. Eso es genial. Lento es bueno.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí. Pero, por supuesto, para el paciente, son como,

«Bueno, doctor, como ¿cuánto tiempo tengo que estar con estos medicamentos?» Y la respuesta es: «Bueno, hasta que aparezca un medicamento mejor». Por lo tanto, es mucho trabajo para los pacientes. Tienen que venir quizás mensualmente, depende del caso. También estamos aprendiendo que en el primer año o si tienen muy buena visión, puede que quieran hacerlo mensualmente, cada 4 o 5 semanas. Pero a medida que pasa el tiempo, parece que se puede hacer más o menos cada dos meses. Así que, esas son otras cosas que estamos aprendiendo a medida que seguimos estudiando estos medicamentos.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Entonces, ¿Puede decirme cómo un clínico se sienta a mantener estas conversaciones con sus pacientes y cómo se determina cuál de las dos opciones de tratamiento se va a utilizar? ¿Lo decide usted? ¿Hay una conversación entre usted y su cliente antes de iniciar el tratamiento? ¿Existen criterios de exclusión para determinados fármacos, de modo que se opta por el otro?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí. Así que creo que muchos especialistas en retina se inclinan por Syfovre porque tenemos más datos clínicos, y los datos clínicos siempre nos hacen sentir más contentos. Cuanto más sabemos sobre un medicamento, más contentos estamos. Pero en general -y tengo que decir que son muy parecidos- parece que, a medida que pasa el tiempo, Syfovre va ganando la partida. Pero también parece cuando pensamos, y de nuevo, este es un proceso muy activo, y siempre estamos revisando los datos. Parece que Izervay puede causar un poco menos de inflamación en términos de cuando lo inyectamos en el ojo, algunas personas responderán casi como una reacción alérgica. Y eso no nos gusta en el ojo porque puede ser muy grave y causar muchos problemas. Así que, parece que ambos son muy, muy seguros. Tengo que decir que he visto muy pocas reacciones inflamatorias como esa, que llamamos inflamación intraocular. Pero parece que, en este momento, con Izervay la incidencia podría incluso ser una tasa más baja. Pero es baja; es como una de cada 10.000 o algo así. Y por lo general, lo que es interesante es que suele ocurrir después de la primera inyección. Así que, si “pasas” a través de la primera inyección, usted está probablemente bien, es decir, usted no tiene que seguir preocupándose de IOI [inflamación orbital idiopática].

Dra. DIANE BOVENKAMP: Y es bueno que haya dos opciones, ¿verdad? Así, si hay una, entonces sólo tienes que cambiar a la otra, ¿verdad, si reaccionas?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, aunque son bastante similares, así que probablemente me preocuparía por eso, a decir verdad. Así que, tenemos ambos disponibles para mis pacientes. Algunos pacientes prefieren uno en lugar del otro, lo cual está bien. Como he dicho, son muy similares. Yo me inclino un poco más por Syfovre porque tenemos

más datos clínicos.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Bien, entonces ¿qué consejo le daría a alguien cuyo proveedor no le ha hablado de las opciones de tratamiento disponibles? ¿Cuál es la mejor manera de iniciar la conversación?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Creo que hay un contado número de médicos que piensan que no funciona en absoluto. Pero yo siempre pienso que tenemos datos clínicos muy buenos que demuestran que sí funciona. Y también creo que como los riesgos son en realidad bajos, probablemente sea mejor tomar el medicamento que no tomarlo. Por lo tanto, creo que, si tu médico no lo hace, si es uno de esos profesionales que no cree que funcione, quizá debas buscar una segunda opinión. Por supuesto, siempre se puede preguntar a su médico. Muchos pacientes vienen, ahora que tenemos todos estos anuncios en la televisión, muchos de mis pacientes vienen y dicen: "Bueno, ¿tengo AG? Y si la tengo, ¿está empeorando?" Esa es la pregunta crítica: ¿Está empeorando? Así que creo que lo mejor es acudir al médico y decirle: "He oído hablar de la AG. ¿Lo tengo?" Y si dice que sí, -él o ella- entonces hay que preguntarle: "Bueno, ¿qué tan grave es y está empeorando? Y tenemos, con nuestros estudios que hacemos, nuestras tomografías de coherencia óptica (OCT, por sus siglas en inglés) y nuestras fotos de fondo de ojo, tenemos grandes datos clínicos. Por lo tanto, si usted ha visto al médico más veces ... y algunos de estos son nuevos pacientes. Si no los he visto, voy a decir: «Sabes qué, es difícil para mí juzgar en este momento, pero veamos esto en el próximo par de meses y veremos, y entonces te voy a dar una respuesta muy clara». Y por supuesto, si es una amenaza para la visión, le daremos los medicamentos de inmediato. Y si está muy cerca de la fijación o si hay progresión, o si se limita a un ojo, como si algo malo ha sucedido al otro ojo, entonces realmente insistimos. Si dicen: "Bueno, no estoy tan seguro, doctor. "Son muchas inyecciones. No sé", entonces esperamos a ver si podemos demostrar que hay progresión.

Siempre trabajamos con el paciente porque se trata de un asunto grande ... es su visión. Es un gran compromiso venir mensualmente o cada dos meses. Puede haber costos asociados, etcétera, etcétera. Y esto es realmente una gestión a largo plazo. No es corto. Cuando tratamos la DMRE húmeda, es un tratamiento a corto plazo. Tienes que recibir el medicamento o te quedas ciego. Pero esto es más a largo plazo. Así que, entonces decimos, bien, como que tenemos en cuenta muchas consideraciones: ¿Cómo está la salud del paciente? ¿Qué otros problemas médicos tienen? ¿Qué probabilidades hay de que viva otros 10 años? Ya sabes, todas estas cosas. Pero puedo decirte que se lo ofrezco a todo el mundo porque creo que son decisiones personales, ya sabes, tú decides lo que quieres hacer. Y casi todos mis pacientes quieren medicamentos, y tengo pacientes con 90 y 95 años, y están como, "Lo quiero.

Necesito ver”, y estoy encantado de dárselo a cualquier persona de cualquier edad, especialmente incluso a los de 95 años, porque creo que, si llegas a los 95, vas a seguir adelante -hay muchas posibilidades- y entonces la visión se vuelve crucial porque puedes estar limitado en otros aspectos. Así que queremos que estos pacientes sigan siendo independientes, que no se caigan y que vean lo mejor posible. No es sólo la visión, sino que una buena visión te mantiene sano.

Dra. DIANE BOVENKAMP: ¿Puedes, con esas pruebas, determinar si -si usamos la misma analogía- si el automóvil va o no a 1 milla por hora frente a 10 millas por hora?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, con el tiempo. Y para muchos de mis pacientes ... He estado ejerciendo por mucho tiempo, así que tenemos una gran cantidad de datos. Así que ahora que tenemos un tratamiento y puedo decir - por lo general vuelvo quizás a 4 años atrás - «En 2020, así es como se veía, y así te ves hoy», y entonces usted puede ver. Usted no tiene que ser un genio o científico de cohetes para leer estas imágenes. Por lo tanto, pueden tener una buena idea, ya sabes, muchos de ellos tienen un buen sentido, de todos modos. Ellos están como diciendo: “Estoy perdiendo la visión, está bien. Dame estos medicamentos”. Así que, no necesitan que yo les diga eso. Pero sí, podemos averiguar la progresión.

Dra. DIANE BOVENKAMP: De acuerdo. Creo que es un buen momento para preguntarle: ¿cuáles son las preguntas más frecuentes que oye de sus pacientes recién diagnosticados de AG y que están decidiendo las opciones de tratamiento?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Oh, el número uno es, «¿Duele?» Porque es una inyección intraocular, ¿sabes? Así que, de nuevo, siempre les explico que el mayor dolor que se sentiría -si lo hubiera- sería como arrancarse un pelo, y solo duraría eso. Adormecemos el ojo con proparacaína, y los dejamos que se sienten un rato, e incluso podemos usar gel de lidocaína. Y usamos una aguja pequeñísima. Y, quiero decir, la medicina que estamos poniendo en el ojo es muy mínima, así que siempre digo a mis pacientes, «Una gotita muy pequeñita de la medicina con una aguja pequeñísima, y es como “zas” y he terminado».

Dra. DIANE BOVENKAMP: Y usted está poniendo una aguja en la parte gelatinosa que prácticamente se auto sella de nuevo. No vas a hacer ningún daño allí.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Claro. No, es increíble lo bien que se tolera esto. Lo hacemos en la oficina de consulta. No es como si tuvieras que ir al quirófano. De nuevo, es realmente rápido. Esa es la primera pregunta que me hacen. Y luego, por supuesto, todo el mundo quiere una mejor visión. Así que tenemos que explicarles cuidadosamente que no vamos a hacer que su visión mejore, sino que estamos

intentando preservarla todo lo que podamos. Por eso, tenemos que hablar largo y tendido sobre ello, porque creo que a los pacientes les cuesta entenderlo. Así que hablamos mucho de ello. Y lo hacemos con calma. La mayoría de las veces los pacientes dicen: "Aplicámelos. Aplicámelos en ambos ojos. Voy a participar. No te preocupes." Pero hay pacientes que dicen, "Sabes, quiero pensarlo. ¿Podemos hablarlo y reevaluarlo en 3 meses?" Y yo digo: «Claro. Por supuesto que podemos». O usted puede obtener una segunda opinión, por supuesto. Pero nunca presionamos a nadie. Nos gusta que decidan por sí mismos, en su tiempo; para cuando sea el momento.

Y yo les digo: "Escuche, no va a ir a la cárcel. Podemos intentarlo. Si no te gusta, podemos parar y darte un par de meses libres, ya sabes, reevaluar". Ya sabes, es muy fluido. Ahora, si eres parte de un estudio, es un poco diferente, pero si no eres parte de un estudio, tienes una tremenda flexibilidad. Y tenemos muy buenas relaciones con... como, por ejemplo, estoy en Long Island, y muchos de mis pacientes son lo que llamamos "snowbirds" (aves de nieve), que van a Florida. Y tenemos excelentes relaciones con los médicos en la Florida, por lo que no es un problema. Usted no tiene que volar de vuelta a verme, vamos a conseguirle un centro de allí. Y si dicen, «Oh, Dios, mi nieta se va a casar, y quiero venir el mes que viene,» eso está bien, vamos a trabajar adaptándonos a su horario. «Creo que necesito cirugía de cataratas.» Está bien. Voy a trabajar alrededor de su horario. Al igual que, siempre, vamos a hacer esto lo más fácil posible para que no perdamos la gente y que obtengan la mejor ventaja como puedan. Y entendemos que las vidas de todos son complicadas y un poco diferentes. Así que hacemos lo mejor que podemos.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Creo que, partiendo de lo que has dicho, hay que dejar claro que sólo se intenta preservar lo que tenemos, ¿no? Estos son los medicamentos que tenemos. Es asombroso. Como usted ha dicho, no hemos tenido durante 30 años o más que usted ha estado en la práctica, no ha habido un medicamento. Estos dos fármacos son un milagro. Sin embargo, sólo va a ayudarlo a retener lo que tienes, más o menos, ¿verdad? Así que es muy importante que todos los que nos escuchen vayan a hacerse una revisión ocular porque el tiempo ahorrado es visión ahorrada, ¿verdad?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Cierto. Así que, cuanto antes empecemos, mejor estarás. Y los pacientes tienen que entender eso. Entonces, alguien dirá: «Bueno, quiero esperar hasta que pierda un poco». Y yo digo: «Bueno, pero una vez que se ha ido, se ha ido.» Por lo tanto, con los pacientes con buena visión, somos muy agresivos acerca de ponerlos en tratamiento. Pero incluso, encuentro, como los pacientes que tienen como 20/200, están como, "No puedo darme el lujo de perder más. Quiero este medicamento". Yo les digo como, "Bueno, lo tengo. Usted lo consiguió". Así que, por suerte, no hay límite ni nada. No es como si las compañías de seguros nos dijeran, «No,

si tienes 20/200, no puedes conseguirlo». Gracias a Dios no tenemos eso. Esperemos que eso no ocurra en el futuro. Ahora mismo, somos libres de usarlo como queramos.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí, y al igual que tú, estoy muy contenta de que ahora haya opciones de tratamiento para la AG. Llevo 14 años con BrightFocus, y antes no las había. Cierto.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, no había nada de qué hablar, así que es cierto.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí. ¿Hay alguna otra pregunta? Hablaste de, creo, tres preguntas. ¿Hay alguna otra pregunta que te llame la atención? O algún otro consejo para que la gente le pregunte a su médico.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Usted sabe, creo que siempre es bueno preguntarle al médico qué piensa y escuchar su opinión e intentar averiguar en qué punto del proceso de la enfermedad te encuentras. Y echar un vistazo a las imágenes antiguas si las tienen, si es un médico con el que has trabajado durante un tiempo. Y realmente tratar de comprender como se ve el “terreno”. Preguntas importantes: «¿Dónde estoy? ¿Y cómo de rápido estoy progresando?» ¿Y puedes moverlo? ¿Puedes hacer que te vea el médico? Ya sabes, algunas personas viven muy lejos y así sucesivamente. Y realmente creo que, si usted tiene un médico que simplemente no lo utilizan, me gustaría encontrar otro médico.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Bien, genial. Tengo una pregunta: ¿Podrías repetir los dos nombres de los medicamentos y deletrearlos para todos? Creo que hay algunas personas tomando notas.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Ah, sí. Entonces, Syfovre es S-Y-F-O-V-R-E. Y este es el nombre comercial. El nombre genérico real del medicamento es pegcetacoplan, y se deletrea -no sé si lo necesitas- pero P-E-G-C-E-T-A-C-O-P-L-A-N.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Eso servirá para el Scrabble (juego de letras o palabras) de esta noche.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Y luego Izervay es el nombre comercializado, así que esos son los nombres que vas a oír en la televisión. Y ha habido muchos anuncios de televisión con estos dos. Y el nombre genérico o el nombre del medicamento es avacincaptad.

Dra. DIANE BOVENKAMP: ¿Por qué no deletreas simplemente Izervay?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Izervay. Bien, I-Z-E-R-V-A-Y.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Genial. Muchas gracias. Entonces, ¿proporciona algún recurso específico después de un diagnóstico de atrofia geográfica? Y justo antes de que responda, quiero mencionar que BrightFocus tiene una publicación llamada: “Entendiendo la atrofia geográfica: Preguntas para su oftalmólogo” que está disponible online e impresa, y pondremos un enlace al final de la transcripción.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, estoy muy impresionada con BrightFocus. También, trabajo con otra organización llamada MacularHope.org, y hago algunas conferencias con ellos, y son muy similares a BrightFocus. Probablemente estés familiarizada con ellos, pero en cualquier caso...

Dra. DIANE BOVENKAMP: ¿Has dicho que trabajas con ellos?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí. Así que, doy conferencias, y algunas de ellas son en vivo. Hacen conferencias educativas para pacientes en todo el país. Acabamos de tener una aquí en Long Island, y fue genial. Asistieron probablemente unas 100 personas, y repasé la degeneración macular, así como la enfermedad diabética ocular, pero también tienen un gran... Si entras en Internet, todas estas conferencias que damos están en línea. Y todas las conferencias a las que te puedes inscribir están en línea. Por lo tanto, usted puede echar un vistazo para ver si hay una en su vecindario, porque realizan alrededor de 10 al año en todo el país, y son realmente geniales. Y han trabajado muy, muy duro para financiar la investigación, así, y para educar a los pacientes y para proporcionar algún tipo de lugar para que los pacientes puedan acudir y obtener más información.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Perfecto.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Así, todas las compañías farmacéuticas nos dan folletos, que son muy útiles. Y luego todas nuestras sociedades, como la Academia Americana de Oftalmología, AAO.org, tienen información en línea. Y la Sociedad Americana de Especialistas en Retina (ASRS, por sus siglas en inglés), ASRS.org, tiene una gran cantidad de materiales educativos por lo que, es bastante fácil de obtener información educativa.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Perfecto. Y podemos incluir enlaces a todos los que mencionaste allí en la transcripción. He aquí un pequeño dato curioso. Febrero es el Mes de la Concientización sobre la Baja Visión, y aunque estamos cerca del final del mes, sigue siendo importante concientizar sobre la degeneración macular. Y BrightFocus tiene un grupo llamado Círculo de la Comunidad de DMRE, que es una reunión mensual vía Zoom donde las personas con degeneración macular pueden reunirse para compartir consejos, preguntas, y construir una comunidad, y si usted

está interesado en aprender más acerca de nuestro Círculo de la Comunidad, por favor déjenos un mensaje después de este Chat. Así que, Dr. Weber, siguiendo en esta línea, ¿cuán importante cree que es para las personas conectarse con otras y compartir información?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sabes, a algunas personas les encantan los grupos de apoyo, y realmente pueden compartir mucha información. Por supuesto, siempre quieres obtener información correcta. Por lo tanto, es mejor, sin duda, ir con una organización como BrightFocus que Instagram, ya sabes, algún grupo al azar en Instagram, porque la gente publica cosas extrañas, ya sabes, raras, supuestas curas. Y, por lo tanto, usted quiere asegurarse de que lo que estás leyendo es real. Por lo tanto, eso es muy, muy importante. Bueno, sí, no sé. ¿Cuál era la pregunta? Creo que me desvié del tema.

Dra. DIANE BOVENKAMP: No, creo que lo has contestado. Es importante conectar, pero realmente, estoy de acuerdo, quiero decir, si usted navega un poco en las redes sociales o el doctor Google, yo diría que antes de repetírselo a alguien o incluso decirlo en voz alta, me gustaría comprobar con otra fuente confiable. Y siempre puedes llamarnos o buscar en Internet o comparar con la información de BrightFocus para comprobarlo.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí. Sólo quiero mencionar, se me acaba de ocurrir que hay muchas enfermedades maculares. Probablemente la más común es la degeneración macular relacionada con la edad. Pero hay muchas, y todo el mundo piensa que tiene degeneración macular, pero no todo el mundo la tiene. Así, algunas personas tienen edema macular diabético u otras afecciones, pero veo que hay confusión con la palabra «mácula». Así que solo hay que recordar que la mácula representa una región de la retina y que hay múltiples enfermedades. Así que asegúrate de que estás hablando del diagnóstico correcto, porque la gente vendrá y dirá: «Oh, tengo degeneración macular», pero no es así. Yo les decía: «No, no te hagas ese diagnóstico. Tienes edema macular diabético, o tienes esto», ¿sabes? Así que sólo quiero que la gente sea consciente de ello. No todo lo relacionado a mácula es degeneración macular.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Ese es un punto muy, muy importante. Y supongo que esa sería otra cosa si estás sentado hablando con tu médico, tal vez quieras preguntarles si puedes grabar lo que dicen porque, ya sabes, podrías estar molesto o frustrado, y te vas, y digas: «¿Qué me acaban de diagnosticar? He olvidado lo que es». Puedes pedirles que lo escriban o lo graben para que, usted sabe, no obtengas información errónea. Creo que eso es muy importante.

Bueno, creo que nos quedan unos 10 minutos. Hay algunas preguntas de los oyentes que me gustaría hacer. Un oyente dice: «¿Cómo pagamos las inyecciones cuando estamos en un ingreso limitado y tenemos Medicare Advantage, que son de alto costo, cada 4 a 8 semanas?» Y supongo que podría ampliarlo a, ya sabes, si la gente tiene limitaciones con cualquiera que sea su propio seguro en los Estados Unidos, y tal vez otros lugares en el mundo podría tener otros tipos de atención de la salud, pero ¿qué tipo de consejo puede dar a ellos?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Esto se ha convertido en un gran problema, porque antes teníamos una cosa maravillosa llamada Good Days. Y Good Days era... donde las compañías farmacéuticas aportaban dinero para financiar ese 20%, y luego nos lo reembolsaban y los pacientes no tenían que pagar. Y fue absolutamente fabuloso, y nos perjudicó. Malcrió a nuestros pacientes, nos malcrió. Bueno, ¿adivinen qué? Good Days se acabó. Y las compañías farmacéuticas no lo están financiando, lo que es terrible, porque están poniendo todos estos fantásticos - quiero decir, bueno, ya me estoy saliendo de la base - pero ponen todos estos elegantes y costosos anuncios en la televisión, pero no están financiando esto. Y cobran precios muy altos por sus medicamentos. Y es un problema. Es un gran problema. O la compañía farmacéutica ... y van a ver, porque los pacientes que han estado recibiendo un medicamento de repente ya no pueden permitírselo debido al copago, así que vamos a un medicamento de menor calidad, y nadie quiere hacer eso. Pero, ya sabes, estamos realmente atrapados. No sabemos cuándo Good Days se iniciará de nuevo. No se sabe nada. Pero esto acaba de suceder.

Y ahora estamos en apuros, y es un verdadero problema porque no tenemos genéricos de estos medicamentos, o los biosimilares son más caros que el medicamento original, lo que también es una locura. Así que estamos en un momento de locura en la medicina. Entonces, Syfovre e Izervay, si usted tiene que pagar el 20 por ciento, es más de \$ 400.00 una inyección, y ambos son casi lo mismo. Por lo tanto, en nuestra consulta, podemos deducir una parte, pero no podemos deducir todo, porque vamos a ir a la quiebra. Por lo tanto, hemos tenido que cambiar las cosas un poco. Si los pacientes no pueden pagarlo, les decimos: «Vale, hoy tienes muy buen aspecto». Siempre venga a ver a su médico, incluso si no está seguro de cómo va a pagar por esto, porque al menos podemos ver, «Bueno, ¿estás estable?» Y si usted está estable, podemos decir: «Bien. Bueno, tal vez vamos a deducir ciertas cosas», pero usted tiene que rellenar algunos papeles y demostrar cual es su ingreso -para mi consulta. Cada práctica o consultorio es diferente. Y entonces podemos decidir si vamos a tomar una pérdida. Así que existe esa posibilidad.

La otra posibilidad es que quizá el mes que viene sea financiado Good Days. Así que,

si están estables, les decimos: «Bueno, usted puede pagar por ello y podemos esperar lo mejor y tal vez el próximo mes podemos conectarlo de nuevo en Good Days. O, ya sabes, puedes hacer planes de pago». Nadie quiere hacer eso, pero hay un sistema de tarjeta de crédito que se puede utilizar. Y luego para la AG, es un gran problema porque no tenemos absolutamente nada que sea más barato que Syfovre e Izervay. Pero como he dicho, es una gestión a largo plazo. Por lo tanto, si nos saltamos un mes o dos hasta que resolvamos las finanzas, podemos hacer eso, ya sabes. De vez en cuando, recibimos muestras. No podemos dar demasiadas muestras, de nuevo, pero nunca dejaremos que nadie se quede ciego. Ya sabes, si vemos que, bueno, lo necesitas, te conseguiremos una muestra de la compañía farmacéutica. Así que también existe esa posibilidad.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Claro, no, suena como ... y muchas gracias por hacer eso para tratar, quiero decir, que fue realmente alentador escucharla. Es como decir: «Bueno, vamos a tratar de hacer todo lo posible para que podamos tratar de preservar su visión». No conozco ninguna información al respecto de Good Days, así que tal vez puedas enviarnos un enlace y podamos ponerlo ahí. Pero quizá también, soy de la opinión de que no te lo pueden dar si no lo pides, así que siempre puedes hablarlo con tu médico. Ese es el primer paso. Como has dicho, puedes rellenar formularios y lo que sea. Y entonces, y no sé en esta situación específica, pero sé que hay una serie de compañías farmacéuticas que tienen algunos programas a los que usted puede solicitar, también. Y no sé en este caso, pero sí, creo que es muy importante si usted está en esa situación mirar posibilidades.

Así que, he aquí la siguiente pregunta: «Tengo AG, y mi especialista en retina cree que puedo llegar a desarrollar tipo húmeda y me aconseja que no me haga el nuevo tratamiento. No sé qué hacer. ¿Qué me aconseja?». Esto me parece interesante. Casi me parece que su médico, su especialista, está intentando decir que no se pueden tomar estos dos fármacos -para la AG y para la húmeda- al mismo tiempo. ¿Es esto cierto? ¿Cuál es su opinión sobre esta pregunta?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Bueno, este es un punto muy válido que el médico está trayendo a colación porque sabemos que alrededor del 12 por ciento de los pacientes que reciben Syfovre o Izervay desarrollarán DMRE húmeda, por lo que es algo que realmente tenemos que vigilar. Así que, de nuevo, incluso si usted no cree que pueda pagar por el medicamento, venga, porque siempre estamos atentos a esa posibilidad, también. Podemos detectarlo y ayudarlo fácilmente con nuestros estudios y exámenes. Pero es algo que siempre estamos detectando. Así que, si eso sucede, y de nuevo, esto es, una especie de, un momento muy fluido en el que no tenemos ningún dato clínico sobre esto todavía, así que es un poco de libro de recetas de cocina. Pero si pongo

a un paciente en Syfovre o Izervay y desarrollan DMRE húmeda, tiendo a sacarlos, tranquilizarlos de nuevo con los medicamentos anti-VEGF, y darles un descanso bastante largo antes de que yo considere comenzar Syfovre de nuevo. Hay personas en mi consulta que harán ambas inyecciones al mismo tiempo. Es mucho líquido para inyectar en el ojo, así que todavía no lo he probado. Tenemos algunos pacientes que podemos ver el patrón en el que sólo necesitan un poco de anti-VEGF, por lo que podríamos hacer un mes de Syfovre y luego un anti-VEGF y luego tal vez Syfovre de nuevo. Ya sabes, podemos jugar con ello y observar al paciente con mucho cuidado y averiguar qué es lo mejor para ese paciente.

Dra. DIANE BOVENKAMP: De acuerdo. genial. Entonces, sí, parece que la solución es tener una conversación continua y actualizada con tu médico, porque siempre hay algo que se puede hacer. Y esto es interesante: ¿Tienes alguna información actualizada sobre el estado de la aprobación del tratamiento de la atrofia geográfica -supongo que de estos dos fármacos- en Canadá o Europa, porque actualmente no están aprobados aquí?

Dra. PAMELA ANN WEBER: No están aprobados.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí. Bueno, por supuesto, usted no sabe los detalles internos, pero ¿sabe usted si se ha hablado de la aplicación para ir a Canadá o a la Agencia Europea de Medicamentos?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Creo que las agencias rechazaron los medicamentos. Así que, tal vez si pagabas en efectivo por ello o algo así, como en una situación de práctica privada, tal vez usted podría conseguirlo.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Entendido. De acuerdo.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Lo han rechazado para que no lo pague las aseguradoras del país.

Dra. DIANE BOVENKAMP: De acuerdo. De acuerdo, bueno, supongo que están esperando más datos, como dices.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, claro.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Así que, si estás en Canadá o en cualquier otro país de Europa, tal vez, cuando haya más datos, vuelvan a plantearse. ¿Quién sabe? Bueno, está bien. De acuerdo, así que creo que tengo más o menos una pregunta más para usted aquí. Y esto es, por supuesto, mirando hacia el futuro. Estás tan bien informada. Eres tan cuidadosa y apasionada. Estoy tan emocionada de que la gente pueda

escuchar todo lo que tienes que decir. ¿Y cuáles cree que son los estudios o ensayos clínicos que se están llevando a cabo actualmente, supongo, para la atrofia geográfica? ¿Hay algo más en desarrollo? ¿Y cómo pueden nuestros oyentes inscribirse para participar en ensayos clínicos o simplemente para saber más sobre el tema?

Dra. PAMELA ANN WEBER: Claro. Así que, en mi práctica aquí en Long Island, tenemos cuatro estudios en marcha en este momento de la Fase 2 a la Fase 3. Por lo tanto, si usted está en Long Island y desea ser evaluado para un estudio, sin duda puede ponerse en contacto conmigo o con cualquier otra persona dentro de mi consulta. Contamos con varias ubicaciones. Para aquellos que no están en Long Island pero van a ver a un médico de RCA, que es nuestra organización más grande, de nuevo, hay muchas oportunidades para participar en la investigación. Si usted no es parte de, ya sabes, Long Island o no va a un médico VRC (consultores vitreo retinianos), hay un gran sitio web llamado ClinicalTrials.gov, y esto es administrado por el NIH (Institutos Nacionales de Salud), y cualquiera puede ingresar y acceder a todos los ensayos clínicos. Todo lo que tienes que hacer es poner tu ubicación y lo que te interesa, y puedes verlos por ti mismo, y puedes leerlos y ver si alguno de ellos es local y si te interesa. Por lo tanto, es una buena forma de obtener excelente información. Por supuesto, siempre querrás participar en un ensayo clínico que esté siendo cuidadosamente monitorizado.

Pero hay otra cosa con la que muchos de mis pacientes se están familiarizando, que se llama foto-bio-modulación, que es una estimulación lumínica de baja intensidad. Y hay un nuevo sistema llamado Valeda® Light Delivery System, que acaba de ser aprobado por la FDA. Básicamente, se introduce la cabeza en este dispositivo durante unos minutos y se administra una serie de tratamientos. Ni siquiera lo administra un médico; es como un técnico. No tenemos muchos datos. Los datos que han salido parecen bastante buenos. No creo que vaya a resolver todos los problemas, pero es algo que estamos estudiando, y probablemente iniciemos un estudio clínico dentro de nuestro grupo. Justamente acaban de estar disponibles, estos láseres. Y son muy caros, así que no conozco a nadie que tenga uno, a decir verdad, pero es algo que creo que se puede tener en cuenta y que podría ayudar a la gente.

Los otros estudios que estamos realizando son... un par de ellos son orales, aunque parezca mentira, así que sería muy emocionante si pudiéramos conseguir que uno de estos medicamentos orales funcionara. Otro en el que estamos trabajando es una inyección subcutánea, que se administra bajo la piel y no en el ojo. Así que, hay muchas cosas interesantes en proyecto. Y si te interesa participar en un ensayo de investigación, así es como te enterarías.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Excelente. Así que, si lo desea, siempre podemos poner su

información de contacto al final o cualquier número, ya sabes, al que la gente puede llamar sobre si viven en el área de Long Island o su área de estudio. Pero también en nuestro sitio web nos hemos asociado con Antidote para ofrecer una versión más sencilla de ClinicalTrials.gov que ya tiene la enfermedad introducida de antemano. Así que siempre podemos poner esos enlaces allí, también. Pero claro, ClinicalTrials.gov es un sitio para ir donde usted puede mirar las diferentes opciones. Vaya. Sí, es genial que haya estimulación lumínica, fármacos orales y subcutáneos. Y en última instancia, al igual que con el tratamiento del cáncer, algunas personas tienen diferentes terapias combinadas para tratarlo, así que tal vez en el futuro, mirando a los biomarcadores sanguíneos o lo que sea que estés mirando, todas las fotografías de la parte posterior del ojo y los sea aprobado.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Sí, creo que el futuro es brillante. Lo creo.

Dra. DIANE BOVENKAMP: De acuerdo. Creo que terminaremos aquí porque el futuro es prometedor. Creo que todo el mundo debería tener esperanza. Así que, hazte una revisión ocular pronto y a menudo para que, ya sabes, al menos los medicamentos que tenemos ahora mismo, que son francamente milagrosos, que haya un tratamiento que le permita al menos retener lo que tienes ahora para intentar detener este automóvil que va a 1 milla por hora hacia el precipicio, como has dicho.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Pon los frenos.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí. Bueno, Dra. Weber, muchas gracias por toda la información que ha compartido hoy con nosotros. Dra. Weber, antes de terminar, ¿tiene algún consejo final para nuestra audiencia?

Dra. PAMELA ANN WEBER: No, solo decir, que me parece realmente genial que se hayan conectado con algo como esto. Obviamente son pacientes interesados en aprender y en hacer lo mejor que puedan por sí mismos. Y, ya sabes, te felicito. Creo que la educación es el camino a seguir, y cuanto más oyes hablar de estas cosas, más empiezas a entenderlo, y entonces, ya sabes, lo harás mejor, ¿sabes?

Dra. DIANE BOVENKAMP: Excelente. El conocimiento es poder, creo.

Dra. PAMELA ANN WEBER: Absolutamente.

Dra. DIANE BOVENKAMP: Sí. Gracias de nuevo, Dra. Weber. Y nuestro próximo Macular Chat será el miércoles 26 de marzo. Muchas gracias por acompañarnos, y con esto concluye el Macular Chat de hoy.

Recursos útiles y términos clave

BrightFocus Foundation: (800) 437-2423 o visítenos en www.BrightFocus.org. Los recursos disponibles incluyen —

- [Macular Chats Archive](#)
- [Research funded by Macular Degeneration Research](#)
- [Overview of Macular Degeneration](#)
- [Tratamientos para la degeneración macular](#)
- [Resources for Macular Degeneration](#)
- [Expert Advice for Macular Degeneration](#)
- [Entendiendo la atrofia geográfica: Preguntas para su oftalmólogo](#), una publicación de BrightFocus Foundation
- [BrightFocus' Clinical Trials search tool](#), powered by [Antidote](#)

Entre los recursos, herramientas y organizaciones útiles para la baja visión que se mencionaron durante el chat se incluyen—

- Syfovre®
- Izervay™
- AAO.org
- ASRS.org
- [Good Days](#), una organización sin ánimo de lucro que ofrecía ayuda financiera, incluida asistencia para la prescripción de medicamentos, defensa y otro tipo de apoyo a personas con enfermedades crónicas.
- ClinicalTrials.gov, un sitio web y una base de datos que ofrecen información sobre estudios de investigación clínica
- [Valeda® Light Delivery System](#), un dispositivo que utiliza una forma de fototerapia llamada foto-bio-modulación para tratar la atrofia geográfica