

# Avaliação da Prescrição

Bianca Mendrot

Camila de Freitas Nascimento

Agosto/2013



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

# CÂNCER

- ◆ “**Câncer** é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento **desordenado (maligno)** de células que **invadem** os tecidos e órgãos, podendo **espalhar-se (metástase)** para outras regiões do corpo”

INCA



# TUMOR BENIGNO vs TUMOR MALIGNO

Características	Benigno	Maligno
<b>Diferenciação/anaplasia (desvio da normalidade)</b>	Bem diferenciado; a estrutura pode ser típica do tecido de origem.	Existe uma relativa falta de diferenciação e anaplasia; a estrutura é muitas vezes atípica.
<b>Taxa de crescimento</b>	Em geral lento e progressivo; pode haver uma parada ou regressão.	Errática, e pode ser lenta ou rápida.
<b>Invasão local</b>	Em geral, as massas bem delimitadas, coesas e expansivas não invadem e nem infiltram os tecidos normais adjacentes	Localmente invasivo, infiltrando os tecidos adjacentes normais
<b>Metástases</b>	Ausentes	Frequentemente presentes; quanto maior e mais diferenciado for o tumor primário, maior a probabilidade de haver metástases



# ESTADIAMENTO

- ◆ A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos.

Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento.

O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro

- ◆ Pode ser **clínico e patológico**.

**O estadiamento clínico** é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso.

**O estadiamento patológico** baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anátomopatológico da peça operatória. É estabelecido após tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão. O estadiamento patológico pode ou não coincidir com o estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores.



# SISTEMA TMN

Baseia-se na extensão anatômica da doença.

**T** – características do tumor primário (extensão)

**M** - presença ou ausência de metástase

**N** - características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática

## ◆ **T - Tumor Primário**

TX - O tumor primário não pode ser avaliado

T0 - Não há evidência de tumor primário

Tis - Carcinoma in situ

T1, T2, T3, T4 Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário

## ◆ **N - Linfonodos Regionais**

NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 - Ausência de metástase em linfonodos regionais

N1, N2, N3 Comprometimento crescente dos linfonodos regionais, metástase linfonodal

## ◆ **M - Metástase à Distância**

MX A - presença de metástase à distância não pode ser avaliada.

M0 - Ausência de metástase à distância

M1 - Metástase à distância



# Definições

**Terapia Curativa:** quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor.

**Terapia adjuvante:** quando o tratamento tem o objetivo de aumentar a chance de cura após determinado procedimento cirúrgico. Associado ou não à radioterapia

**Terapia Neoadjuvante:** realizado antes do tratamento curativo, visando menor radicalidade no procedimento cirúrgico e ao mesmo tempo diminuindo o risco de doença a distância

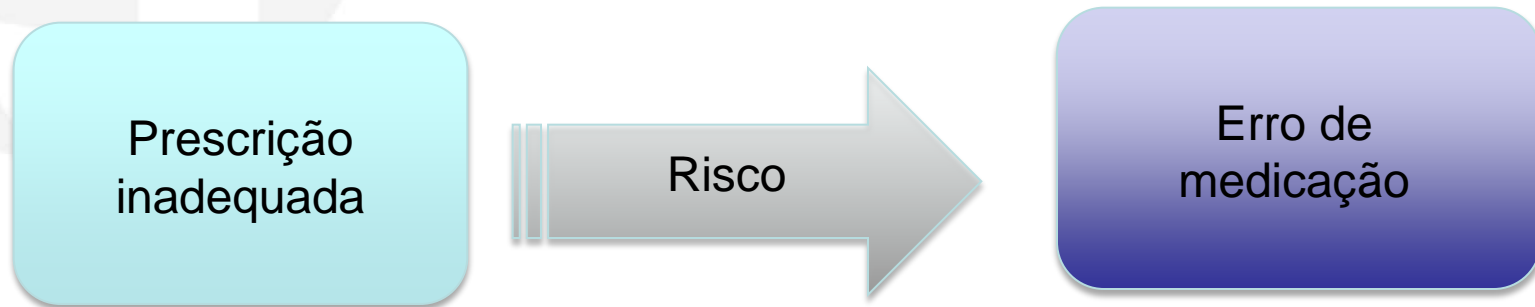
**Terapia Paliativa:** quando o objetivo não é a cura, mas a palição das consequências da doença. Pode ou não prolongar a sobrevida. Tratamento dos sintomas da doença. Retardar o surgimento de sintomas. Melhorar a qualidade de vida.

**Tratamento de primeira-linha:** terapia também conhecida como padrão, oferece o meio mais favorável de tratamento.

**Tratamento de segunda-linha:** denominação do tratamento empregado quando não há resposta ao tratamento padrão.



# Prescrição x Erros



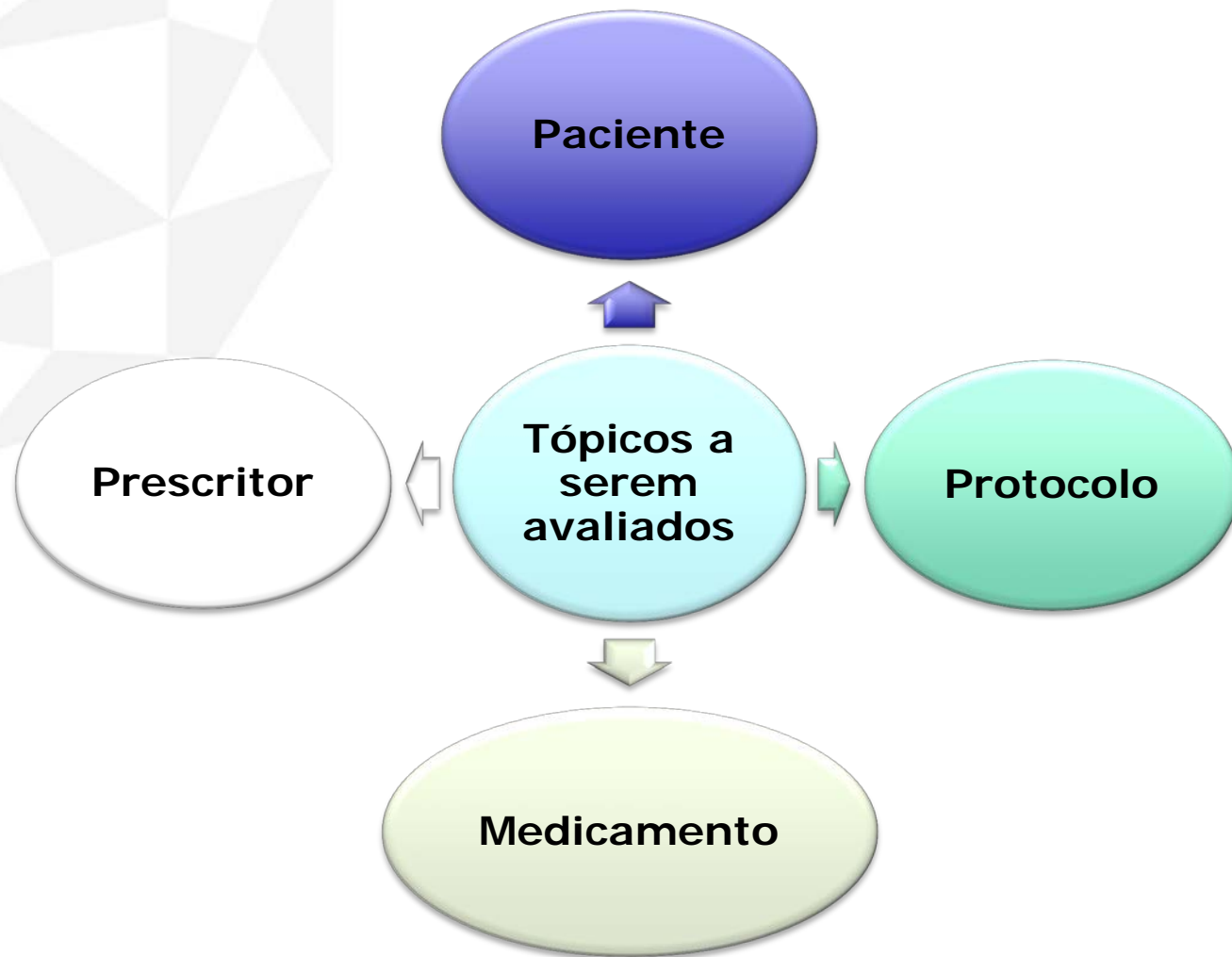
# Qual a importância da avaliação da prescrição?

Minimizar erros para garantir o uso seguro dos medicamentos e a eficácia do tratamento.





# Avaliação da Prescrição



# Avaliação da Prescrição

## Paciente

- Nome e número do prontuário
- Sexo, idade, peso, altura e superfície corpórea
- Acesso venoso
- Diagnóstico
- Esquema terapêutico
- Exames laboratoriais



# Avaliação da Prescrição

## Protocolo

- Ciclo
- Dia de aplicação
- Intervalo de aplicação
- Ciclos anteriores
- Medicamentos e doses
- Medicamento de suporte – antiemético, corticóide, anti-histamínico, citoprotetor, hidratação etc.



# Avaliação da Prescrição

## Medicamentos

- Medicamento
- Dose
- Unidade de medida
- Via de administração
- Diluição
- Tempo de infusão
- Particularidade do medicamento
- Ordem de administração
- Compatibilidade físico-química



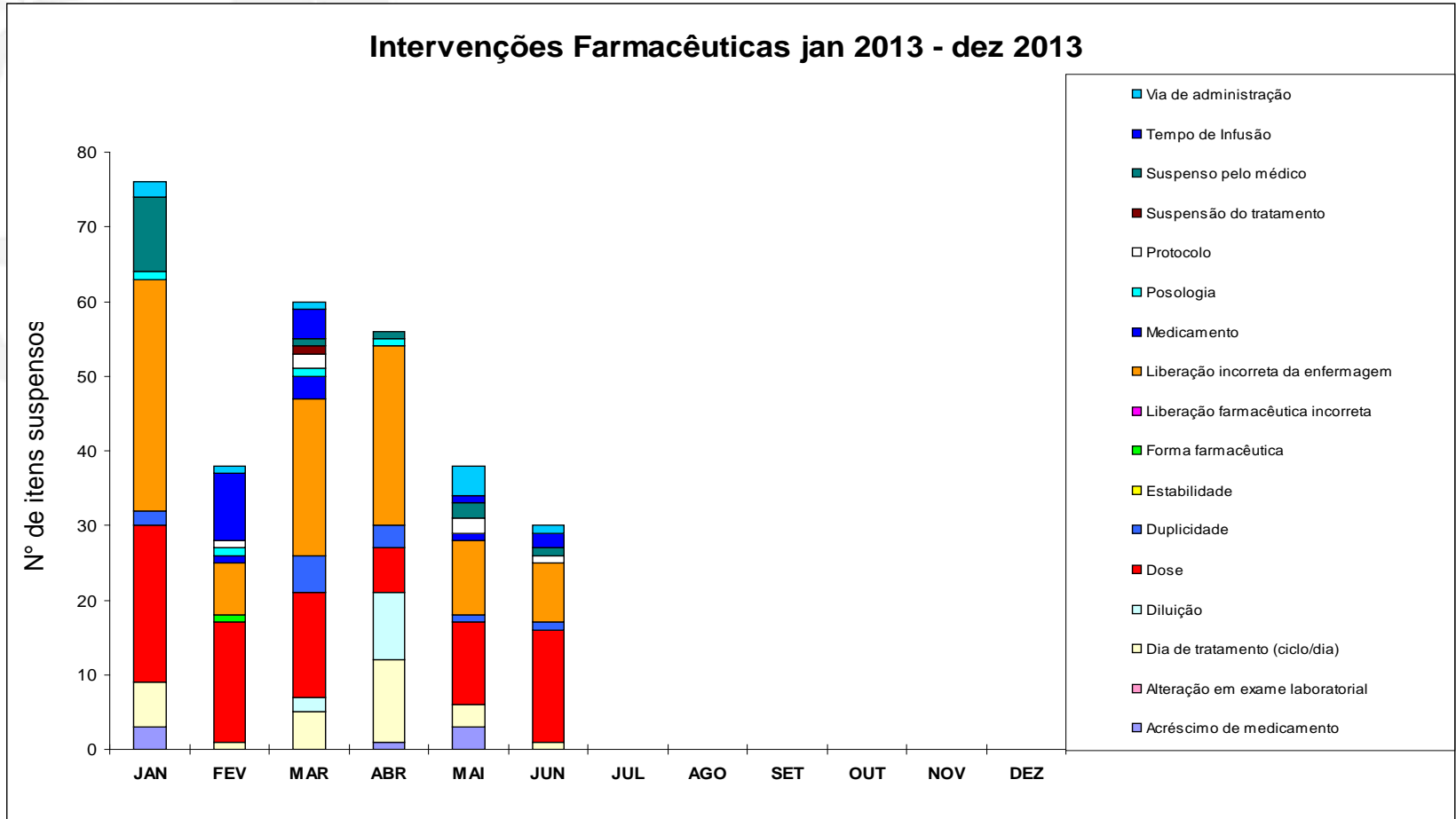
# Avaliação da Prescrição

## Prescritor

- Nome do médico
- Número de registro no conselho
- Carimbo e assinatura
- Quem é o médico



# Indicador de Intervenção Farmacêutica



# Ferramentas



# Guia de Preparo e Administração de Antineoplásicos

## Guia para Medicamentos Antineoplásicos

**Nome genérico: CABAZITAXEL - JEVTANA®**

### Apresentação:

Jevtana® 60mg/1,5mL. ( 01 frasco - Solução injetável e 01 frasco do diluente).

**Armazenamento: Temperatura Ambiente entre 15 e 30°C. Não refrigerar**

### Indicação:

**Tratamento de câncer de próstata hormônio refratário previamente tratado com regime contendo docetaxel**

### Tipo:

Inibidor de microtúbulo



### Dose/Frequência:

25mg/m<sup>2</sup> a cada 3 semanas.

Dose de Cabazitaxel pode ser reduzida a 20mg/m<sup>2</sup> se o paciente apresentar alguma toxicidade

### Reconstituição:

Reconstituir 1ª cada frasco de Jevtana contém 60mg/1,5mL e deve ser misturado com todo conteúdo do diluente (incluindo o overfill do diluente). Concentração 10mg/mL

### Preparo/Diluição:

Diluir o conteúdo em 250mL SF0,9% em frasco isento de PVC / ou SG5%.

Concentração final entre 0,10mg/mL a 0,26mg/mL

### Estabilidade:

Após reconstituição: 30 minutos

Após diluição: 8 horas temperatura (incluindo 1 h de infusão) ou 24 horas sob refrigeração

Nov/2010 - Centro de Oncologia



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS



# Cadastro Protocolos

**Cadastro de Protocolos**

Protocolos

- Cirurgia
- Oncologia

Seq	Nome	Exige grupo	Seq apres	Arquivo	Pessoa que cadastrou o protocolo	Protocolo
1	Oncologia - HSL	N	999		Maria Claudia Fernandes	241
4	Oncologia - Unidade Brasilia	N	999		Samuel Duarte Nunes	2022
3	Oncologia - Unidade Itaim	N	999		Samuel Duarte Nunes	1951

Subtipos do Protocolo - Oncologia - HSL

Subtipos de prescrição	Ciclos	Seq	Dias intervalo	Referência bibliográfica	Ativo	Arquivo	AUC
Oxaliplatina Intraperitoneal Hipertérmica	1	628		Oxford Journals	A		
Oxaliplatina intraperitoneal hipertérmica	1	328	1		I		
Paclitaxel + Bevacizumab q4w	1	349		Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel + Carboplatina D1,D8,D15 q4w	1	115		Chemoregimen.com; Oxford Journal	A		
Paclitaxel + Oxaliplatina + Gemcitabina	1	504	1	ASCO	A		
Paclitaxel + Trastuzumabe q3w	1	89		Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel + Trastuzumabe semanal	1	116		Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel - T2B Buzdar	1	251	1		I		
Paclitaxel 80 mg/m2 dose densa adjuvância	1	510	1		I		
Paclitaxel 80 mg/m2 D1, D8 e 15 q3w - Metastático Nonstc	1	180	1	JCO; Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel 80 mg/m2 D1, D8 e 15 q4w - Metastático	1	423	1		I		
Paclitaxel Albuminado	1	12		Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel Albuminado 260mg/m2 q 21 d	1	13			I		
Paclitaxel dose densa	1	310	1	Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel semanal + Avastin	1	98			I		
Paclitaxel Semanal + Gemzar Semanal 80mg/m2	1	759	1		I		
Paclitaxel semanal adjuvante	1	749	1		I		
Paclitaxel Semanal 100mg/m2	1	243	1		A		
Paclitaxel semanal 80 mg/m2 + Trastuzumab a cada 21 dias	1	578	1		I		
Paclitaxel 175mg/m2 q3w - Ginecológico	1	233	1	Pubmed	A		
Paclitaxel 80 mg/m2 D1,D8,D15 + Carboplatina AUC6 q3w	1	222	1	Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel 80 semanal D1,8 e 15 + Gemcitabina 1g/m2 D1,8	1	761	1		I		
Paclitaxel 80mg/m2 semanal	1	97		Chemoregimen.com	A		
Paclitaxel 90 semanal + Carboplatina AUC 6 D1 q4w	1	653		JCO; ASCO	A		
Paclitaxel 90 semanal + Carboplatina AUC 6 D1 q4w + Cetux	1	743	1		I		
Pamidronato de Sódio 30mg	1	120	28		I		
Parecoxib (Bextra)	1	139			I		
PcaG - bexiga (Paclitaxel + Carboplatina + Gemcitabina)	1	780			A		
PCG modificado - bexiga (Paclitaxel + Cisplatina + Gemcitabi	1	770		JCO	A		
PCV (Procarbazona + Lomustina + Vincristina)	1	716		JCO; Pubmed	A		
Pemetrexede + Carboplatina	1	16		JCO	A		

Protocolo | Descrição sub-tipo protocolo | Medicamentos | Materiais | Proced interno | Delegação | Categoria topográfica | Dispositivos | Setores do protocolo | Usuários do protocolo | Estabelecimentos do protoc

Line: 1 Col: 1

Hospital Sírio Libanês | nascimento | M2943 | Centro de Oncologia | 2.2.1357.12 | TASY | Tasy



# Cadastro Protocolos

Cadastro de Protocolos

- Clínica
  - Oncologia

**Medicamentos - Oncologia - HSL - Paclitaxel + Carboplatina D1,D8,D15 q4w**

Seq	Medicamento	Nome rotin	Dose	Dose por kg	U M	Intervalo	Hr. aplc	Min. aplc	Vis adm	ACM	QT soluc	Em "bolus"	Lentamento	Dias
1	Difen&AMINA 50mg/ml, Inj		50		mg	pré medicacão		20	IV	N		N	N	D1,D8,D15
2	Dexametasona Inj		8		mg	pré medicacão		10	IV	N		N	N	D1,D8,D15
3	Granisetrona Inj		1		mg	pré medicacão		10	IV	N		N	N	D1,D8,D15
4	Cimetidina Inj		300		mg	pré medicacão		10	IV	N		N	N	D1,D8,D15
5	PACLitaxel		90		mg/m2	1x Dia		1	IV	N		N	N	D1,D8,D15
6	CARBOplatina Inj		2		AUC	1x Dia		1	IV	N		N	N	D1,D8,D15

**CID Antibióticos**

CID	Diagnóstico

Medicamentos | Diluente:

Protocolo | Descrição sub-tipo protocolo | Medicamentos | Materiais | Proced interno | Delegação | Categoria topográfica | Dispositivos | Setores do protocolo | Usuários do protocolo | Estabelecimentos do protoco

Novo | Salvar | Desfazer | Excluir | Fechar

Perfil: HSL\_FARM\_CENTRAL\_CADASTROS | Hospital Sírio-Libanês | nascimento | M2943 | Centro de Oncologia | 22.1397.12 | TASY | Tasy



# Sistema TasyOnc

TasyOnc - [Quimioterapia]

Arquivo Cadastros Agenda Oncologia Radioterapia Relatórios Logs Sair

Sair Logoff

SAME: - Feminino, 48a 11m  
 Cód.: Definir como padrão Liberação Médico  
 Copiar Modificar Ordem

Imprimir Visualizar Novo Salvar Desfazer Excluir Fechar

**Agenda**

Localizar Paciente

Diagnóstico

Evolução

Antecedentes

Exame Físico

Impressão Conduta

Receitas

**Quimioterapia**

Medicamento Suporte

Laboratório Externo

Laboratório

Patologia

Exames de Imagem

Sumário Químio

Sumário Radio

Sumário Suporte

Radioterapia

Plano Radioterapia

PEP

Peso (Kg): 61,3    Histórico sinais vitais:    Antecedentes alérgicos: ndh  
 Altura (cm): 156    Peso (Kg): 61,3    SC: 1,61    Altura (cm): 156    SC: 1,61

Protocolos    Importar    P#: 14 Protocolo: AC q3w

Ciclo: D1    Local:    Acesso: Periférico

3    28/03/2012    +    Dia:    +

Atenção:

Medicamento: Dexametasona Inj

Dose: 20    Unidade medida: mg    Via aplicação: IV - Intravenosa    Horário:    AUC:    Pré medicação    [Calcular AUC]

Dose prescr: 20    Unidade medida prescr: mg    Tempo de infusão:    Hora(s)    Minuto(s)    Tempo de infusão histórico:

Observação:

Medicamento	Dose	Dose calculada	Via adm.	Horário	Tempo de Infusão	Observação
Dexametasona Inj	20 mg	20 mg	IV	pré medicação		
Doxorubicina	60 mg/m2	96,6 mg	IV	1x Dia		
Ciclofosfamida Inj	600 mg/m2	966 mg	IV	1x Dia		
Palonosetrona 0,25mg/5mL Inj	0,25 mg	0,25 mg	IV	pré medicação		

#	Início	Protocolo	Ciclo	Dia	Data quimio	Ass	Unid.
1	09/02/2012	AC q3w	D1		14/02/2012	S	ITAIM
1			D2		16/02/2012	S	ITAIM
2			D1		07/03/2012	S	ITAIM
3			D1		28/03/2012	S	ITAIM



# Formulário padronizado da prescrição



Paciente: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Same: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_

## Prescrição de Antineoplásico

CICLO# 3

Diagnóstico: Carcinoma lobular invasivo mama D.pT2m.pN0.

Protocolo: ACq3w

Início de tratamento (D1): 28/03/2012

Acesso: Periférico

Altura(cm)

Solicitação: 09/02/2012

Antecedentes Alérgicos: ndh

Atenção:



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Prescrição de Antineoplásico

Contábil: \_\_\_\_\_ Same: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Data do Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_

Centro de Oncologia

Preenchido pelo Médico: Aplicação Ambulatorial  Aplicação internado  Apto: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: CARCINOMA LOBULAR INVASIVO MAMA Protocolo: AC 3º Ciclo  
 Altura: 156 cm Peso: 61,3 Kg SC: 1,61 m² - SC baseada: -Peso Atual  -Peso ideal  Data: 09/02/2012 Início de Tratamento (D1): 28/03/2012  
 Acesso: veia periférica  Port  Cateter Central Curta Permanência  Hickman  Outro  especificar \_\_\_\_\_  
 Aguardar resultado de exames para iniciar QT: Sim  Não  Bipar para comunicar os resultados de exames: Sim  Não  Liberar quimioterapia se:  
 Leuc. > \_\_\_\_\_ Neutr. > \_\_\_\_\_ Plaq. > \_\_\_\_\_ Bilir. Total < \_\_\_\_\_ Creat. < \_\_\_\_\_ TGO < \_\_\_\_\_ TGP < \_\_\_\_\_ Fibrinog. normal

Observações:

Hidratação, Anti-eméticos e Medicação não Antineoplásica							Enfermagem / Checagem						
Nome Genérico	Dose	Via	Tempo Inf.	Frequência	Dias de Aplicação	D1	D	D	D	D	D	D	D
DEXAMETASONA	20 mg	IV	10'	pré-medicação	D1								
PALONOSETRONA	0,25 mg	IV	10'	pré-medicação	D1								

Antineoplásicos								Enfermagem / Checagem						
Nome Genérico	Dose Padrão*	Dose Calculada	Via	Tempo Inf.	Frequência	Dias de Aplicação	Dose Tot. por Ciclo	D1	D	D	D	D	D	
ADRIABLASTINA	60 mg/m <sup>2</sup>	966 mg	IV bolus	1x dia		D1								
CICLOSFAMIDA	60 mg/m <sup>2</sup>	966 mg	IV	60'	1x dia	D1								

\*Especificar a dose: mg/m<sup>2</sup> ou mg/kg/dia

Oncologista/Carimbo:

Assinado Eletronicamente em 26/03/2012 08:34

Oncologista (nome legível + carimbo)

Conferido Enfermeira Centro Oncologia (nome legível + carimbo)

Farmacêutica Centro de Oncologia (nome legível + carimbo)

Mod. 41725 - 50 x 2 - 12.1/10

1ª Via (branca) / 2ª Via (azul)



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

# Prescrição eletrônica



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

Paciente :  
Idade : Same :  
Médico :

Código :

## Prescrição de Antineoplásico

CICLO# 3

Diagnóstico: Carcinoma lobular invasivo mama D pT2m pN0

Protocolo: AC q3w

Solicitação: 09/02/2012

Início de tratamento (D1): 28/03/2012

Acesso: Periférico

Altura(cm): 156

Peso(Kg): 61,3

SC(m2): 1,61

Antecedentes Alérgicos: ndn

Atenção:

### Hidratação, Anti-eméticos e Medicação não Antineoplásica

Medicamento	Dose	Dose calculada	Via	Infusão	Frequência	D1							
Decadron (Dexametasona Inj)	20,00 mg	20,00 mg	IV		pré medicação								
Palonosetrona (Palonosetrona)	0,25 mg	0,25 mg	IV		pré medicação								

### Antineoplásicos

Medicamento	Dose	Dose calculada	Via	Infusão	Frequência	D1							
Genuxal (Ciclofosfamida Inj)	600,00 mg/m <sup>2</sup>	966,00 mg	IV		1x Dia								
Adriplastina (Doxorrubicina)	60,00 mg/m <sup>2</sup>	96,60 mg	IV		1x Dia								

Oncologista/Crimbo

Assinado Eletronicamente em 26/03/2012 08:34:49



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

# Protocolos mais prescritos

- ◆ mFOLFOX6 (colorretal)
- ◆ R-EPOCH (LNH)
- ◆ R-CHOP (LNH)
- ◆ AC (mama)



## mFOLFOX6

- ◆ Leucovorin 400mg/m<sup>2</sup> em 2h
- ◆ Oxaliplatina 85mg/m<sup>2</sup> em 2h
- ◆ Fluoruracila 400mg/m<sup>2</sup> em 15 minutos
- ◆ Fluoruracila 2400mg/m<sup>2</sup> em 46h

## R-EPOCH

- ◆ Rituximab 375mg/m<sup>2</sup> (D1)
- ◆ Etoposido 50mg/m<sup>2</sup> em 24h (D1 a D4)
- ◆ Doxorrubicina 10mg/m<sup>2</sup> em 24h (D1 a D4)
- ◆ Vincristina 0,4mg/m<sup>2</sup> em 24h(D1 a D4)
- ◆ Ciclofosfamida 750mg/m<sup>2</sup> em 1h (D5)



## R-CHOP

- ◆ Rituximab 375mg/m<sup>2</sup>
- ◆ Doxorrubicina 50mg/m<sup>2</sup>
- ◆ Vincristina 1,4mg/m<sup>2</sup> (não exceder dose de 2mg)
- ◆ Ciclofosfamida 750mg/m<sup>2</sup>

## AC (Doxorrubicina + Ciclofosfamida)

- ◆ Doxorrubicina 60mg/m<sup>2</sup>
- ◆ Ciclofosfamida 600mg/m<sup>2</sup>





## Dicas para uma prescrição

- ◆ Cisplatina → 40mg/m<sup>2</sup> – hidratação e manitol
- ◆ Mabthera → anti-histamínico (benadryl), antipirético (tylenol). Tempo infusão: 1<sup>a</sup> vez conforme mL/h. Infusões subsequentes: 90 minutos
- ◆ Alimta → Vitamina B12 a cada 9 semanas
- ◆ Herceptin → 1<sup>a</sup> infusão em 90 minutos; infusões subsequentes: 30 minutos
- ◆ Avastin → 1<sup>a</sup> infusão: 90 minutos; 2<sup>a</sup> infusão: 60 minutos; 3<sup>a</sup> infusão: 30 minutos



# Dicas

- ◆ Zometa → a cada 3 a 4 semanas
- ◆ Zoladex → 3,6mg - mensal; 10,8mg – trimestral
- ◆ Alcalinização com bicarbonato de sódio e resgate com folinato para pacientes que utilizam MTX em altas doses
- ◆ Noripurum → 1 amp – SF0,9% 100mL (1ª infusão - 30min; 2ª infusão – 15min)  
2 amp – SF0,9% 250mL (1ª infusão - 60min; 2ª infusão – 30min)



# Dispensação de antineoplásicos via oral

- ◆ Todos os antineoplásicos via oral, padronizados ou não, são dispensados aos pacientes que fazem acompanhamento na Instituição;
- ◆ Na primeira dispensação, é realizada uma orientação ao paciente pela farmácia e pela enfermagem; nas dispensações subseqüentes, é feito um acompanhamento informal por parte da farmácia. Semanalmente a enfermagem entra em contato para verificar a adesão do paciente ao tratamento ;
- ◆ A dispensação é mensal ou por ciclo
- ◆ É necessário agendamento prévio no Centro de Oncologia para a retirada na farmácia



# Unidade de Internação Oncológica

Motivos de internação:

- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia;
- ✓ Mucosite;
- ✓ Neutropenia febril;
- ✓ Náuseas e vômitos;
- ✓ Constipação;
- ✓ Dor



# Quimioterapia

- ✓ Verificar o Protocolo utilizado;
- ✓ Se está com os cuidados necessários;
- ✓ Checar compatibilidades físico-químicas;
- ✓ Checar interações medicamentosas;
- ✓ Se QT via oral, verificar se paciente possui sonda ou se está conseguindo engolir comprimido inteiro



## Reações adversas ao Proleukin

- Foram observados em  $\geq 30\%$  dos 525 pacientes (255 com câncer de células renais metastático e 270 com melanoma metastático) tratados com PROLEUKIN: hipotensão (71%), diarreia (67%), oligúria (63%), calafrios (52%), vômitos (50%), dispneia (43%), exantema (42%), bilirrubinemia (40%), trombocitopenia (37%), náusea (35%), confusão (34%), e aumento da creatinina (33%).

<http://www.proleukin.com/>



## Radioterapia

- Hidratar a pele
- Proteger da exposição ao sol
- Não hidratar antes da RT
- Ca cabeça e pescoço – cuidados com higiene oral + Kin hidrat
- radiodermite – Aloe vera com calêndula



# Mucosite

- ✓ Desconforto intenso;
- ✓ Diminuição da qualidade de vida provocada pela dor;
- ✓ Alterações funcionais (como o comprometimento da mastigação, da deglutição e da fala);
- ✓ Dificuldade de higienização;
- ✓ Aumenta o risco de infecções locais e sistêmicas.





## Neutropenia febril

- ❖ Neutropenia – contagem absoluta de neutrófilos (CAN)  $< 500$  células/mm<sup>3</sup> ou  $< 1000$  células/mm<sup>3</sup> com estimativa de queda a patamar  $< 500$  células/mm<sup>3</sup> nos dois dias subsequentes
- ❖ Febre em pacientes neutropênicos é definida como temperatura isolada (medida única) de 38,3°C ou sustentada de 38°C (2 tomadas em intervalo de 1 hora)



# Critérios para definição de paciente de alto risco

1. Neutropenia severa: neutropenia (CAN)  $< 100$  células/mm<sup>3</sup> com duração estimada maior que sete dias
2. Presença de uma das condições abaixo:
  - Instabilidade hemodinâmica;
  - Mucosite oral ou gastrointestinal (odinofagia, diarreia);
  - Sintomas gastrointestinais (dor abdominal, náuseas e vômitos);
  - Alterações neurológicas (sonolência, confusão mental);
  - Infiltrado pulmonar, hipoxemia ou DPOC associada;
  - Sinal de insuficiência hepática (elevação de transaminases  $> 5$  vezes o limite superior);
  - Sinal de insuficiência renal

<http://revistaonco.com.br>



## Alto Risco

- ✓ Cobertura abrangente para germes gram-negativos, incluindo *P. aeruginosa*;
- ✓ São consideradas terapias de primeira linha: cefepima, piperacilina-tazobactam e carbapenêmicos;
- ✓ A cobertura empírica adicional para gram-positivos deve ser realizada se instabilidade hemodinâmica, suspeita de sepse, pneumonia documentada, colonização por MRSA.

<http://revistaonco.com.br>



## Baixo risco

- ✓ candidatos a antibioticoterapia por via oral;
- ✓ Ciprofloxacina 500 mg VO 12/12 h com Amoxicilina-clavulanato 500 mg 8/8 h por 7 dias;
- ✓ O uso isolado da ciprofloxacina deve ser desencorajado pela cobertura imprópria para germes gram-positivos.

<http://revistaonco.com.br>



# Febre persistente...

- ✓ Pacientes clinicamente instáveis - substituição por carbapenêmicos + aminoglicosídeos e cobertura antifúngica para Candida com fluconazol;
- ✓ Febre persistente após o 4º dia de ATB em pacientes estáveis sem recuperação medular iminente - rastreamento de infecção fúngica invasiva
- ✓ Iniciar terapia antifúngica empírica (cobertura para fungos filamentosos - aspergilose) agentes: anfotericina B caspofungina, itraconazol e voriconazol.

<http://revistaonco.com.br>



# Câncer e risco para TEV

- ✓ Complicação comum em pacientes com câncer, sendo causa frequente de morbidade e mortalidade;
- ✓ Um em cada 7 pacientes com câncer hospitalizados morre devido a TEP;
- ✓ Câncer avançado e metastático tem uma maior incidência relativa de TEV;
- ✓ Cirurgias para câncer produzem um maior risco de TEV e de tromboembolia
- ✓ QT e CVC;
- ✓ O uso profilático de terapia antitrombótica acarreta um maior risco de sangramento nesses indivíduos.

# Náuseas e Vômitos

Em pacientes oncológicos:

Esvaziamento gástrico diminuído: 35–44%

Drogas: 30–33%

Outras causas gastrointestinais (constipação, obstrução): 31 – 32%.



Harris, Brit Med Bulletin, 2011



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

# Náuseas e vômitos por QT

- ◆ Alto risco êmese
- ◆ Ex de QT: cisplatina, ciclofosfamida, dacarbazina, dactinomicina

Combinação:

No dia da infusão:

antagonista 5HT3 (ondasentrona 8mg EV 2x)  
+ dexametasona 12 mg  
+ antagonista NK1 (aprepitanto 125mg VO 1x)

Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update , JCO 2011





# Náuseas e vômitos por QT

- ◆ Moderado risco êmese
- ◆ Ex de QT: carboplatina, ciclofosfamida < 1500, doxorubicina, irinotecano, oxaliplatina
- ◆ Combinação:
- ◆ No dia da infusão: antagonista 5HT3 + dexametasona 8mg
- ◆ Nos 2 dias seguintes: dexametasona 8mg

Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update , JCO 2011



# Náuseas e vômitos por QT

- ◆ Baixo risco êmese
- ◆ Ex de QT: fluorouracil, citarabina, docetaxel, paclitaxel, metotrexate, mitomicina
- ◆ Somente no dia da infusão: dexametasona 8mg

Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update , JCO 2011



# Náuseas e vômitos por opióides

- ◆ 30-40% dos pacientes (mulheres jovens)
- ◆ ZGQ : via dopaminérgica
- ◆ Anti-dopaminérgicos (haloperidol ou metoclopramida) são recomendados como primeira linha (opinião de especialista)
- ◆ Melhora em até 1 semana, descontinuar anti-emético.
- ◆ Casos refratários: rotação opióide (evidência C)
- ◆ Uso crônico: constipação ou diminuição peristaltismo

Laugsand, Pall Med 2011  
Cheung, Semin Oncol 2011



# Constipação intestinal

Definição:

- ✓ Diminuição das evacuações (frequência, quantidade ou dificuldade)
- ✓ Mudança de padrão



Consenso brasileiro de constipação intestinal induzida por opióides. Rev Bras Cuidados Paliativos 2009



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

# Constipação: Etiologia

- ✓ Dieta
- ✓ Imobilidade
- ✓ Fatores ambientais
- ✓ Drogas: opióides, QT (vincristina, oxaliplatina, paclitaxel), anticolinérgicos, anti-dopaminérgicos, tricíclicos
- ✓ Hipotireoidismo, ↓K, ↓Ca



# Epidemiologia

- ✓ 15% da população;
- ✓ 30% dos doentes com câncer não recebendo opióide;
- ✓ 50% dos pacientes institucionalizados;
- ✓ 40-95% de pacientes em cuidados paliativos em uso de opióides.

Consenso brasileiro de constipação intestinal induzida por opióides. Rev Bras Cuidados Paliativos 2009



# Tratamento medicamentoso: Laxantes

- ✓ Formadores de bolo (Metilcelulose)
- ✓ Emolientes/ lubrificantes (Docusato de sódio, óleo mineral)
- ✓ Osmóticos (Lactulose, Hidróxido de magnésio)
- ✓ Estimulantes (Bisacodil, Picossulfato de sódio)
- ✓ Antagonistas receptores opióides



# Dor

- ✓ 2021 haverá 15 milhões de novos casos de câncer;
- ✓ 9 milhões de óbitos;
- ✓ dor relacionada ao câncer atinge mais de 8 milhões de pacientes em todo o mundo;
- ✓ irá acometer 50% dos pacientes durante os vários estágios da doença;
- ✓ 75% dos pacientes com câncer em fase avançada se queixam de dor, sendo esta descrita como moderada ou insuportável em 50% e 30% dos casos, respectivamente

Soares, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro - RJ





# Escada analgésica OMS

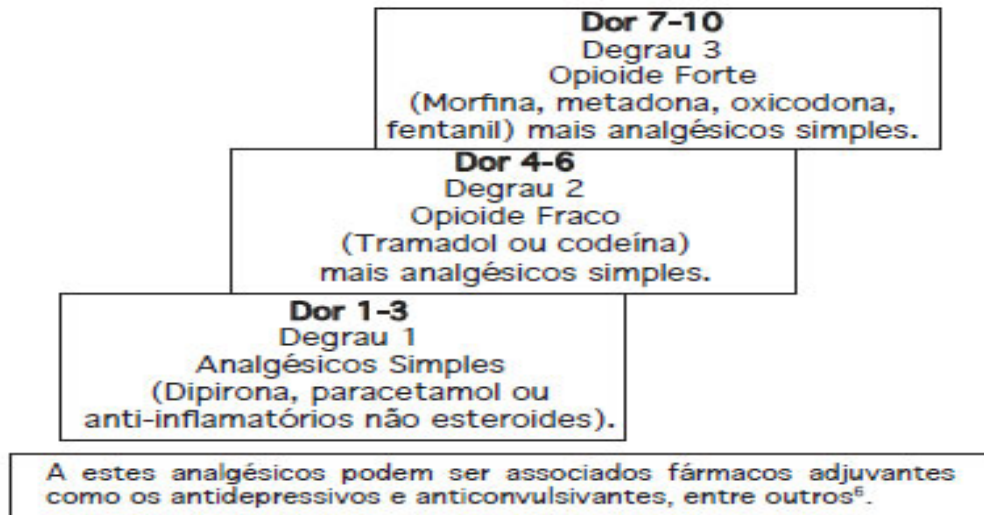


Figura 1 – Escada analgésica da Organização Mundial de Saúde (Adaptado<sup>6</sup>).



# Escada analgésica OMS

5 princípios básicos:

- Pela boca;
- Pelo relógio;
- Para o indivíduo;
- Pela escada;
- Atenção aos detalhes: Orientação ao paciente e aos cuidadores é fundamental. Avaliação das condições psicossociais nos ajudam a selecionar o melhor esquema terapêutico e possíveis limitações ao esquema proposto.



## **Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica**

### **CONCLUSÃO**

A experiência dolorosa é um fenômeno individual e, para caracterizá-la, deve-se adotar um padrão de avaliação diária da dor do paciente oncológico. Em todos os casos, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com as necessidades do paciente e dirigido, se possível, à causa desencadeante de dor.

As escalas de mensuração da dor aliadas ao protocolo preconizado pela OMS tem-se mostrado um instrumento essencial para o uso racional de medicamentos. Desta maneira pode-se definir a terapêutica medicamentosa mais adequada ao paciente, garantindo que seja avaliado aquilo que o paciente vivencia, e não o que o profissional julga que seja sentido. No entanto, com o passar do tempo assume-se a necessidade de ser restaurada, modelada ou modificada.

O papel do profissional farmacêutico, por meio de suas habilidades e conhecimentos, torna-se uma ferramenta importante ao analisar a coerência entre estes dados coletados pela equipe de enfermagem e a prescrição realizada pelo profissional médico. Avalia-se assim o uso adequado dos protocolos estabelecidos pela OMS, garantindo melhor qualidade ao paciente no final de sua vida.

**Obrigada**

Agosto 2013