

PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DO DOENTE ONCOLÓGICO

Ana Catarina Pereira¹; Maria Catarina Magalhães¹; Marta Sofia Queiroz¹; Pedro Miguel Almeida¹
¹HOSPITAL CUF PORTO

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a um número crescente de fármacos aprovados para o tratamento do cancro. Por serem novos no mercado europeu ou por falta de dados de segurança a longo prazo, encontram-se sujeitos a **monitorização adicional** pelas entidades reguladoras. Perante os desafios que se apresentam é importante o papel do Farmacêutico Clínico na monitorização farmacológica do doente oncológico.

OBJECTIVOS

Descrever o modelo de monitorização farmacológica do doente oncológico usado na prática diária nos Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto.

MATERIAL E MÉTODO

Criação do Perfil Farmacoterapêutico (PF) do doente oncológico (Figura 1) subdividido em:

- PF propriamente dito - contempla o diagnóstico da doença, o resumo da informação clínica; historial de protocolos de quimioterapia/imunoterapia realçando a dose do fármaco, periodicidade do protocolo, alterações ao regime terapêutico e outras informações relevantes.
- Plano de Monitorização Adicional (Figura 2);
- Monitorização farmacêutica: avaliação da segurança e eficácia do medicamento.

RESULTADOS

O PF foi criado em 2014. No período de Janeiro 2018 a Janeiro de 2019 contabilizaram-se 352 perfis. Das principais intervenções farmacêuticas destacam-se a deteção de erros na prescrição da dose e a periodicidade dos ciclos não respeitada. No mesmo período foi iniciado um plano de farmacovigilância ativa para os doentes a fazer medicamentos de oncologia orais sujeitos a monitorização adicional na área do pulmão, tendo-se identificado 9 doentes a fazer Afatinib. Destes, 5 doentes mantêm terapêutica; por progressão da doença 1 doente alterou a terapêutica; 2 doentes faleceram; e 1 doente deixou de frequentar a nossa unidade.

Identificação pessoal								
CUFP	NOME	DIAGNÓSTICO	IDADE	ALTURA	MÉDICO			
-----	MTCP	Cancro da mama	52	162	-----			
Informação clínica relevante								
25.06.2018	Ca invasor G2/G3, com focos de permeação vascular linfática, RE neg, Rpg neg, HER2 + (3+), Ki67 entre 30-40%							
	Ca localmente com metastização axilar (cT2N1), HER2+, proposto para QT primária. Faz medicação de suporte. Propõe-se QT com Ac - docetaxel + trast + pert com intenção neoadjuvante que aceita realizar e assina consentimento							
10.10.2018	Doente em tratamento primário com AC-docetaxel + duplo bloqueio HER2. Vem para avaliação de tolerância após 1º ciclo de docetaxel + trast + pert.							
05.03.2019	Doente com indicação para bloqueio HER2 após pCR por Ca da mama cT2N1 RH-/HER2+. Retoma tratamento com trastuzumab							
PROTOCOLO DE CITOTÓXICOS								
PROTOCOLO	DATA	TRATAMENTO	DOSE (mg)	DIA	CICLO	PESO (Kg)	SC (m2)	OBSERVAÇÕES
DOXOrubicin (ADRIAMYCIN®) 60 mg/m2 IV push cyclophosphamide 600 mg/m2 IV in NS or D5W 100 to 250 mL over 20 min to 1 hour Repeat every 21 days x 4 cycles.	28.06.2018	Doxorrubicina	97,8	1	1	59	1,63	
		Ciclofosfamida	978					
	19.07.2018	Doxorrubicina	97,8	1	2	59	1,63	
		Ciclofosfamida	978					
	9.08.2018	Doxorrubicina						
		Ciclofosfamida						
	30.08.2018	Doxorrubicina						
		Ciclofosfamida						
AC								
bibliografia http://www.bccancer.bc.ca/chemotherapy-protocols								
PERTuzumab 840 mg loading dose (420MG) Day 1 IV in NS 250 mL over 1 hour Observe for 1 hour post-infusion trastuzumab (HERCEPTIN) 8 mg/kg loading dose (6MG/KG) Day 2 IV in NS 250 mL over 1 hour 30 min Observe for 1 hour post-infusion. DOCetaxel* 75 mg/m2 Day 2.	19.09.2018	Trastuzumab						
		Pertuzumab						
	20.09.2018	Docetaxel						
		Trastuzumab						
	11.10.2018	Pertuzumab						
		Docetaxel						
	31.10.2018	Trastuzumab						
		Pertuzumab						
		Docetaxel						
	21.11.2018	Trastuzumab						
		Pertuzumab						
		Docetaxel						
bibliografia https://www.cancertherapyadvisor.com/home/consulting-charts/html/browse/#category=13								

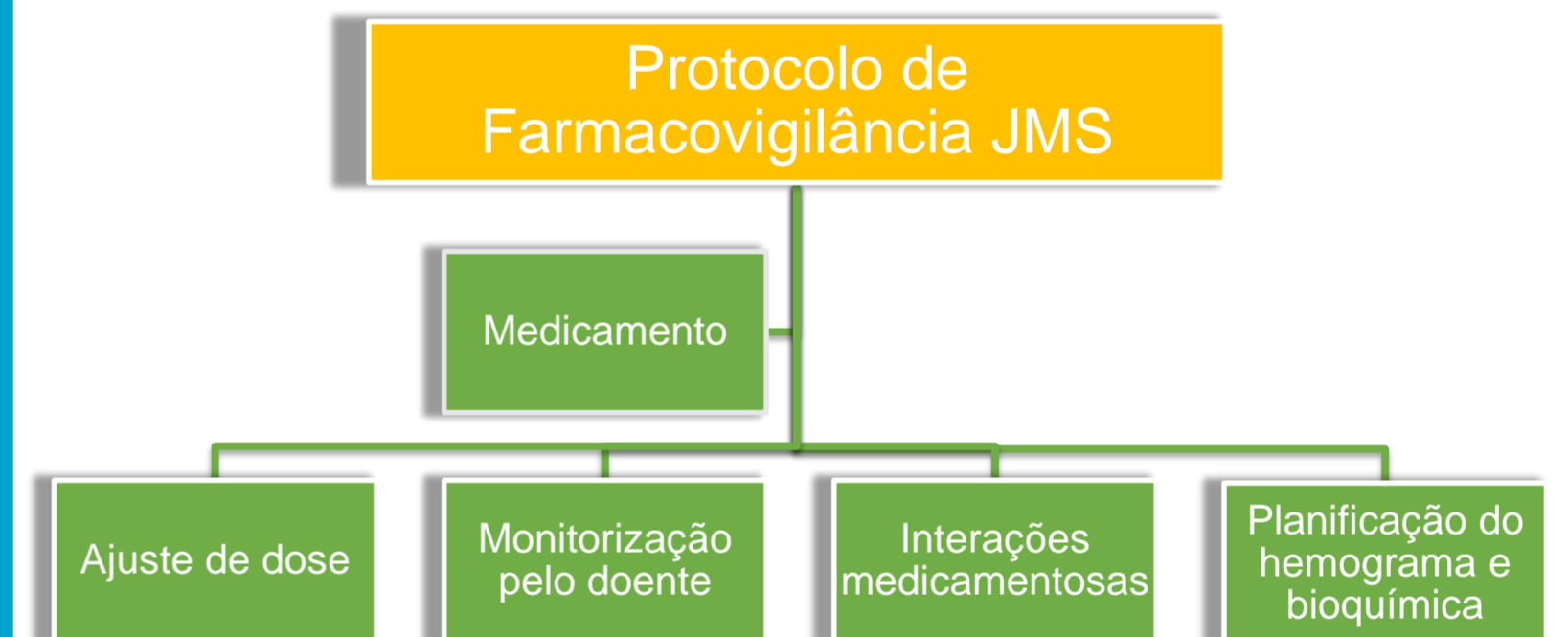


Figura 1 – Exemplo de um PF de uma doente em tratamento.

B2. Monitorização farmacêutica SEGURANÇA											
Data monitorização (a cada consulta)	HEMOGRAMA BIOQUÍMICA				Interações medicamentosas	Sinais /Sintomas Doente	Resultado do indicador e/ou RAM	Outros PRM	Notificação ao INFARMED	Ajuste posológico e/ou interrupção do tratamento	Observações
	Hb g/dl	ANC milhar/mm3	AST (15-37)	ALT (14-59)							
17.08.2017	12,7	6,87	31	57	x	diarreia e rash	diarreia e rash grau II/III, toxicidade inaceitável	x		reintroduz hoje com 30 mg	suspende 1, 3 semanas com afatinib 40mg
26.9.2017	x	x	x	x	x	x	2 dejeções diarreicas / dia	x	x		A soma de todas as lesões, quer a direita quer a esq, dá uma redução de 20%. mantem medicação
10.10.2017	12,6	5,48	59	126	x	odinofagia desde há dias e de agravamento progressivo.	x	x		redução para 20 mg	
14.12.2017	x	x	x	x	x	pustulas região genital, impressão na garganta	x	x	x	x	
2.01.2018	x	x	x	x	x	diarreia e vomitos e rash cutâneo	historial de efeitos laterais grau II (diarreia e vomitos e rash)	x	FO-PS-J201805-895/898/899	mantem dose 20mg	
6.11.2018	13,7	6,33	16	54	x	refere diarreia grau I que responde ao lmodium	x	x	x	mantem dose 20mg	

B3. Monitorização farmacêutica EFICÁCIA			
DATA FINAL TRATAMENTO		Avaliação da EFETIVIDADE	
Indicadores Clínicos	Resultado relatório Avaliação Prévia Farmacoeconómica	Data monitorização	
PFS ou DFS			
OS			
ORR	A cada 2 meses de tratamento	26.09.2018 (2 meses)	TAC - A soma de todas as lesões, quer a direita quer a esq, dá uma redução de 20%.
		27.02.2018 (8 meses)	TAC - Lesões nodulares estáveis. Não são aparentes alterações focais de novo.
		19.04.2018 (10 meses)	TAC toraco -abdominal - completamente estável sem qualquer aumento
		19.06.2018 (12 meses)	RMN Cerebral - normal. TAC toraco -abdominal - menor expressão e sem evidência de lesões "de novo".
		3.09.2018 (14 meses)	TC do tórax - abdómen sem alterações suspeitas de evolutividade, verificando-se inclusive discreta atenuação das pequenas áreas da densificação do parênquima pulmonar em vidro despolido.
		6.12.2018 (17 meses)	TAc toraco - abdominal - Com efeito, observamos estabilidade no número e nas dimensões dos pequenos focos de densificação do parênquima da metade superior dos pulmões, em particular à direita, o maior atualmente com 1,6cm (apresentava no exame prévio 1,8cm), localizado no segmento posterior do lobo superior direito. Não se observam alterações pleuropulmonares "de novo".

Sobrevivência livre de progressão (PFS) Sobrevivência livre de doença (DFS) (Imagiologia)
Sobrevivência global (OS) desde a inclusão do estudo até à morte
TAXA OBJECTIVA RESPOSTA TUMORAL* (TAC, RMN, RECIST) * não reconhecida pela EMA

Figura 2 – Exemplo de plano de monitorização adicional de um doente a fazer AFATINIB.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A consulta e atualização do PF é um instrumento de trabalho fundamental para uma correta validação do tratamento: permite acompanhar a história clínica do doente; confirmar se as doses estão de acordo com as guidelines, reconhecer possíveis falhas no seu cálculo ou na periodicidade. A área da farmácia clínica pode ter um impacto importante na qualidade e segurança do doente oncológico.

- Eficácia
- Segurança
- Farmácia Clínica