

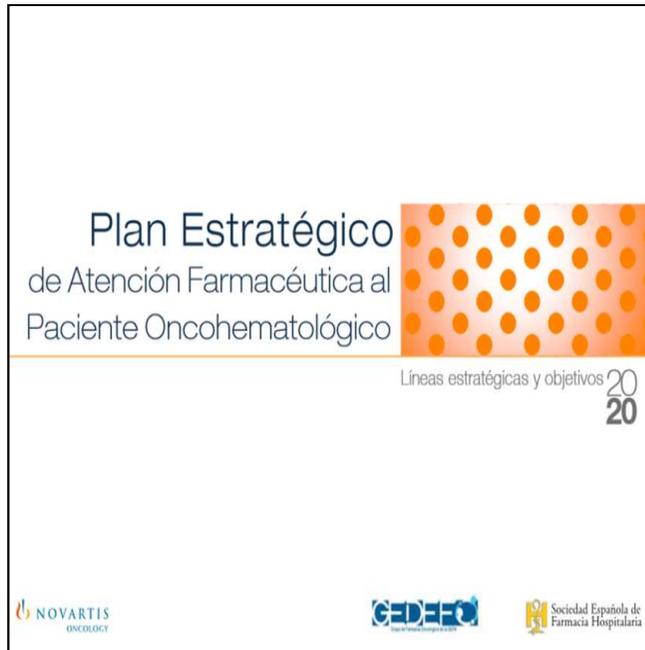
# EL VIAJE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: CONSIDERACIONES DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA

Eva González-Haba

Servicio de Farmacia H.G.U Gregorio Marañón



# PLAN ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO



- ✓ Garantizar máxima **eficacia** del tratamiento
- ✓ Prevenir y/o **reducir EA**
- ✓ Contribuir a una **mayor calidad de vida** del paciente

# RETOS DE LA ONCOLOGÍA

CARGA ASISTENCIAL

COMPLEJIDAD

INNOVACIÓN EC

INVESTIGACIÓN

RESULTADOS EN SALUD

BENEFICIO CLÍNICO

SOSTENIBILIDAD

ACCESO

POTENCIAR PROs

# FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO

## PRE-AUTORIZACIÓN

- Gestión Medicamentos Especiales
- Ensayos clínicos

## FASE -AUTORIZACIÓN

- Colaboración IPT (Elaboración Alegaciones)
- Informe GÉNESIS -SEFH

## OTROS

- Formación continuada
- Docente
- Colaboración Sociedades



## POST-INCLUSIÓN

- Validación/Preparación/Dispensación
- Atención pacientes
- Seguimiento terapéutico
- Seguimiento económico

## ENTRADA EN HOSPITAL

- Elaboración informes/CIM
- Colaboración protocolos

# FASE PRE-AUTORIZACIÓN: GESTIÓN MEDICAMENTOS ESPECIALES



**NIVOLUMAB**

**PLATAFORMA-REGISTRO DE INFORMACIÓN**

Site N°	Patient Number	Inclusion date	Site	Practitioner	Declaration Form	Follow up n° 1	Follow up n° 2	Follow up n° 3	Follow up n° 4	Follow up n° 5	Follow up n° 6	Follow up n° 7	Follow up n° 8	Follow up n° 9	Patient status	Queries number	
90	ESP950051040	2016-04-13	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Blanco-Codesido	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Refused	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051125	2016-05-20	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	GARCIA ALFONSO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Closed	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051173	2016-06-02	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Calvo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Closed	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051174	2016-06-02	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Calvo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Approved	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051184	2016-06-06	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	GARCIA ALFONSO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Approved	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051231	2016-06-17	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	GARCIA ALFONSO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Refused	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051262	2016-06-27	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Blanco-Codesido	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Refused	1	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051274	2016-06-29	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Muñoz Martín	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Approved	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051308	2016-07-10	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	GARCIA ALFONSO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Approved	0	<a href="#">PDF</a>
90	ESP950051314	2016-07-14	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	GARCIA ALFONSO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Approved	0	<a href="#">PDF</a>



**TAS-102**

# FASE PRE-AUTORIZACIÓN: GESTIÓN ENSAYOS CLÍNICOS

ICT-107-301

**cryoport**

Standard Shipment: Unloading

**Sample Receiver**  
**How to Unload Samples**  
Side 1

<p><b>Step 1</b></p>  <p>Wear Safety Gloves. Hold shipper plug in one hand. Hold white strap with other hand. Pull shipper plug upwards and out.</p>	<p><b>Step 2</b></p>  <p>Put shipper plug to one side. Pull upwards on white strap. Remove sample bag completely And place on a flat surface.</p>	<p><b>Step 3</b></p>  <p>Hold bag with one gloved hand. Use scissors to cut off end of Tyvek bag. Remove end of bag completely to reveal sample container(s).</p>
<p><b>Step 4</b></p>  <p>Tear backwards on Tyvek bag. Remove bag completely.</p>	<p><b>Step 5</b></p>  <p>Retrieve sample container.</p>	<p><b>Step 6</b></p>  <p>Replace shipper plug. Push plug fully into place.</p>



**DISPENSAC  
IÓN**



- Estabilidad: 60 min tras descongelación
- Coordinación con Hdía
- **Producto autólogo**
- **FARMACIA ES CIEGA**

VII JORNADA DE EXCELENCIA EL PACIENTE INTEGRADO  
EN FARMACIA HOSPITALARIA EN EL SISTEMA



# FASE AUTORIZACIÓN: COLABORACIÓN IPT (ELABORACIÓN ALEGACIONES)

Fármaco	Medicamento	Patología
Trastuzumab- emtansina	Kadcyla®	Ca. mama metastásica
Pazopanib	Votrient®	Sarcoma partes blandas
Eribulina	Halaven®	Ca. mama metastásica
Ofatumumab	Arzerra®	Leucemia linfocítica crónica
Regorafenib	Stivarga®	GIST
Ramucirumab	Cyramza®	Ca. gástrico
Obinutuzumab	Gazyvaro®	Leucemia linfocítica crónica
Nintedanib	Vargatef®	CPNM
Idelalisib	Zydeling®	Leucemia linfocítica crónica
Ibrutinib	Imbruvica®	Leucemia linfocítica crónica
Ibrutinib	Imbruvica®	Linfoma del manto
Idelalisib	Zydeling®	Linfoma folicular
Olaparib	Lynparza®	Ca. ovario
Enzalutamida	Xtandi®	Ca. próstata
Lenalidomida	Revlimid®	Mieloma múltiple
Nivolumab	Opdivo®	Melanoma avanzado
Pembrolizumab	Keytruda®	Melanoma avanzado
Ibrutinib	Imbruvica®	MW
Ceritinib	Zykadia®	CPNM
Nivolumab	Opdivo®	CPNM escamoso

Fármaco	Medicamento	Patología
Trametinib	Mekinist®	Melanoma avanzado
Carfilzomib	Kyprolis®	Mieloma múltiple 2ª línea
Lenvatinib	Lenvima®	Cáncer de tiroides
Trametinib	Mekinist®	Melanoma avanzado
Panobinostat	Farydak®	Mieloma múltiple
Blinatumomab	Blinicyto®	LLA Philadelphia negativo
Pertuzumab	Perjeta®	Neoadyuvancia Ca. mama
Ramurirumab	Cyramza®	CCRm
Necitumumab	Portrazza®	CPNM escamoso
Lenalidomida	Revlimid®	Linfoma del manto
Nivolumab	Opdivo®	CPNM no escamoso
Elotuzumab	Implicity®	Mieloma múltiple
Talimogene laherparepvec	Imlygic®	Melanoma avanzado
Osimertinib	Tagrisso®	CPNM (EGFR T790M)
Pegaspargasa	Oncaspar®	LLA
Ramucirumab	Cyramza®	CPNM 2ª línea
Cabozantinib	Cabometyx®	Ca. células renales
Lenvatinib	Kisplyx®	Ca. células renales
Pembrolizumab	Keytruda®	CPNM
Obinutuzumab	Gazyvaro®	Linfoma folicular

# MÉTODOS MULTICRITERIO DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES (MCDA)



Evaluación de múltiples parámetros que las evaluaciones actuales no consideran explícitamente

**Evaluaciones actuales**

- EFICACIA
- SEGURIDAD
- COSTE

- Necesidad es no cubierta
- Analisis de rendimiento
- to Eficiencia productiva
- Analisis del entorno
- Coste
- Carga de la enfermedad
- Analisis de la evidencia

**MCDA**



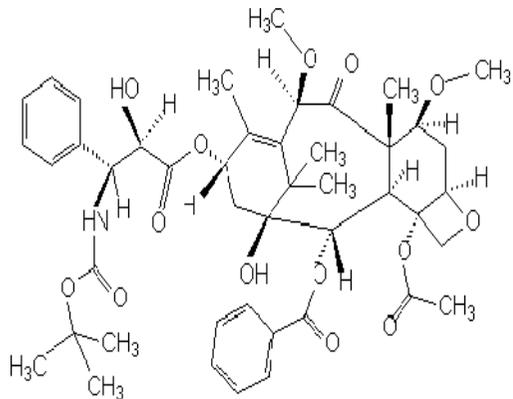
# POSICIONAMIENTO SEFH ACCESO FÁRMACOS ONCOLÓGICOS

- ✓ Beneficio clínico **desigual**
- ✓ Establecer **escala** de Beneficio Clínico
- ✓ Agilizar procedimientos de evaluación, sistemáticos, objetivos, independientes, con evaluación **farmacoeconómica** y ÚNICOS
- ✓ **Priorización** en financiación en base al beneficio clínico
- ✓ Coste basado en **beneficio** y población susceptible. Revisable
- ✓ Financiación **específica** medicamentos de alto impacto
- ✓ **Registro** resultados en salud
- ✓ Potenciar herramientas **gestión financiera**
- ✓ Mayor grado corresponsabilización por parte industria farmacéutica en la **sostenibilidad** del Sistema
- ✓ Eliminar acciones **ineficientes** para liberar recursos



# ACCESO FÁRMACOS ONCOLÓGICOS

## RECURSOS **NO** PROPORCIONALES AL BENEFICIO CLÍNICO/ GRADO INNOVACIÓN



Cabazitaxel en cáncer de próstata: 24.600 €  
tratamiento completo<sup>1</sup>, año de vida  
ganado: 120.800 €.

Los efectos adversos más comunes grado 3-4 en pacientes tratados con cabazitaxel fueron: neutropenia (81,7%), leucopenia (68,2%), anemia (10,6%), neutropenia febril (7,3%).

1. Coste calculado con PVL y mediana de ciclos de ensayo pivotal. De Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. Lancet 2010; 376: 1147–54.

## **COSTE-OPORTUNIDAD**

**NUESTRO COSTE  
OPORTUNIDAD ES  
TRATAR OTRO  
PACIENTE**

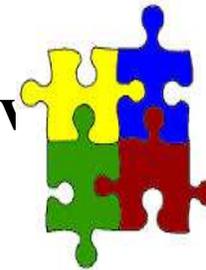


# ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR EFICIENCIA EN LA

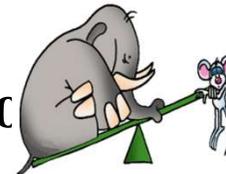
**Selección viales eficientes**



**Agrupar pacientes para mayor aprovechamiento**



**Seleccionar ATE en función del peso**



# ACCESO NUEVOS FÁRMACOS INNOVADORES

## LO INMORAL ES NO TENER EN CUENTA LOS COSTES

- **Efectos adversos**
- **Toxicidad financiera**



- **Mejora en la supervivencia global**
- **Respuesta tumoral**
- **Mejora en la calidad de vida**

Saltz LB. The value of considering cost, and the cost of not considering value. J ClinOncol. 2016;34(7):659-60.

# ACCESO NUEVOS FÁRMACOS INNOVADORES

## MAGNITUD DEL BENEFICIO CLÍNICO



A standardised, gen  
benefit that can be a  
for Medical Oncolog  
The European Society fo  
scale, the ESMO-MCBS t  
This scale uses a ratio  
nitud... clinic... mean

National Comprehensive Cancer Network®  
Your Best Resource in the Fight Against Cancer®

NCCN Guidelines®  
NCCN Compendium®  
NCCN Biomarkers Compendium®  
NCCN Imaging AUC™  
NCCN Templates™  
NCCN International Adaptations and Translations™  
NCCN China Website™  
NCCN Flash Updates™

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) with NCCN Evidence Blocks™

NCCN Evidence Blocks™ are intended as a visual representation of five key measures that provide important information about specific recommendations contained within the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

• Efficacy of Regimen/Agent  
• Safety of Regimen/Agent  
• Quality of Evidence  
• Consistency of Evidence  
• Affordability of Regimen/Agent

**NCCN EVIDENCE BLOCKS CATEGORIES AND DEFINITIONS**

5	4	3	2	1	
E = Efficacy of Regimen/Agent	S = Safety of Regimen/Agent	Q = Quality of Evidence	C = Consistency of Evidence	A = Affordability of Regimen/Agent	

© 2014 National Comprehensive Cancer Network®

The goal is to provide the health care provider and the patient information to make informed choices when selecting systemic therapies based upon measures related to treatment, supporting data, and cost. These measures may be used to understand the clinical and scientific rationale for specific recommendations and estimates of the economic impact of the recommendations. These measures may also be used to educate providers and patients, and to be a starting point for shared decision-making considering the patient's own value system.

SPECIAL ARTICLE

oncology Statement:  
Assess the Value of Cancer

### Treatment Options

Lowell E. Schnipper, Nancy E. Davidson, Dana S. Wollins, Courtney Tyne, Douglas W. Blayney, Diane Blum, Adam P. Dicker, Patricia A. Ganz, J. Russell Hoverman, Robert Langdon, Gary H. Lyman, Neal J. Meropol, Therese Mulvey, Lee Newcomer, Jeffrey Peppercorn, Blase Polite, Derek Raghavan, Gregory Rossi, Leonard Saltz, Deborah Schrag, Thomas J. Smith, Peter P. Yu, Clifford A. Hudis, and Richard L. Schilsky

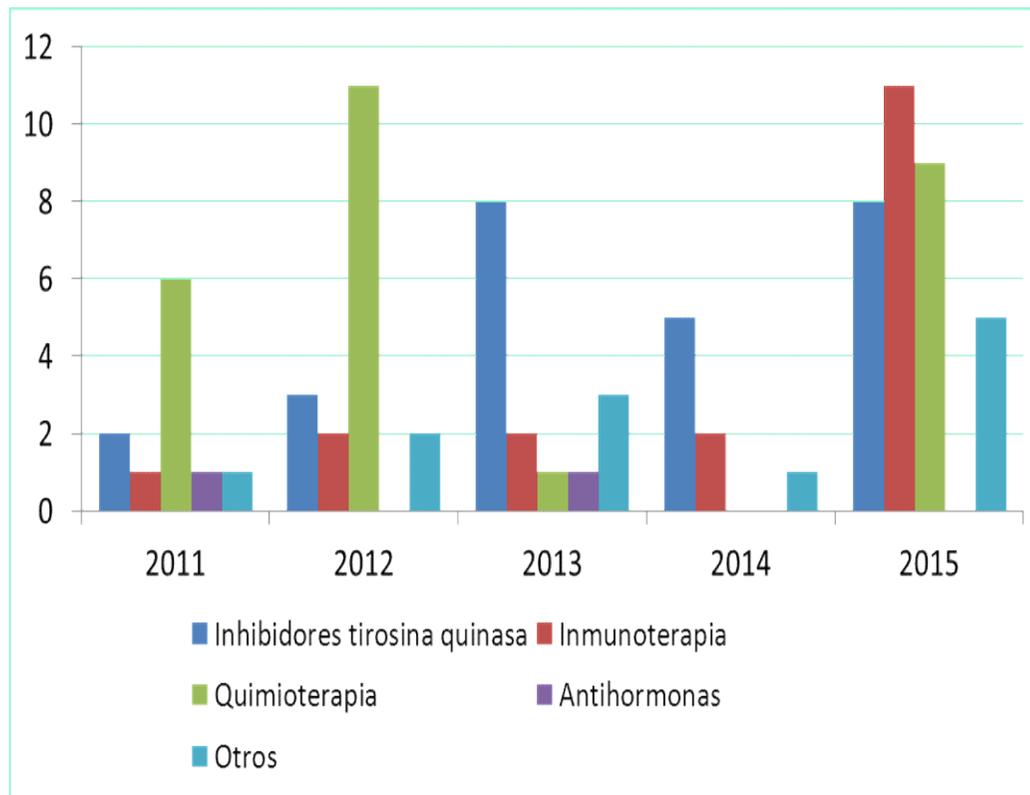
Cherny NI, Sullivan R, Dafni U et al. that can be anticipated from anti- Scale (ESMO-MCBS). Ann Oncol. 2015;26(8):1547-75.

ical benefit  
Clinical Benefit

# ACCESO NUEVOS FÁRMACOS INNOVADORES INMUNOTERAPIA



Highlight 2015: Inmunoterapia.



EMA 2015: 93  
recomendaciones, 39 nuevos  
principios activos, 1/3 para  
tratamiento del cáncer

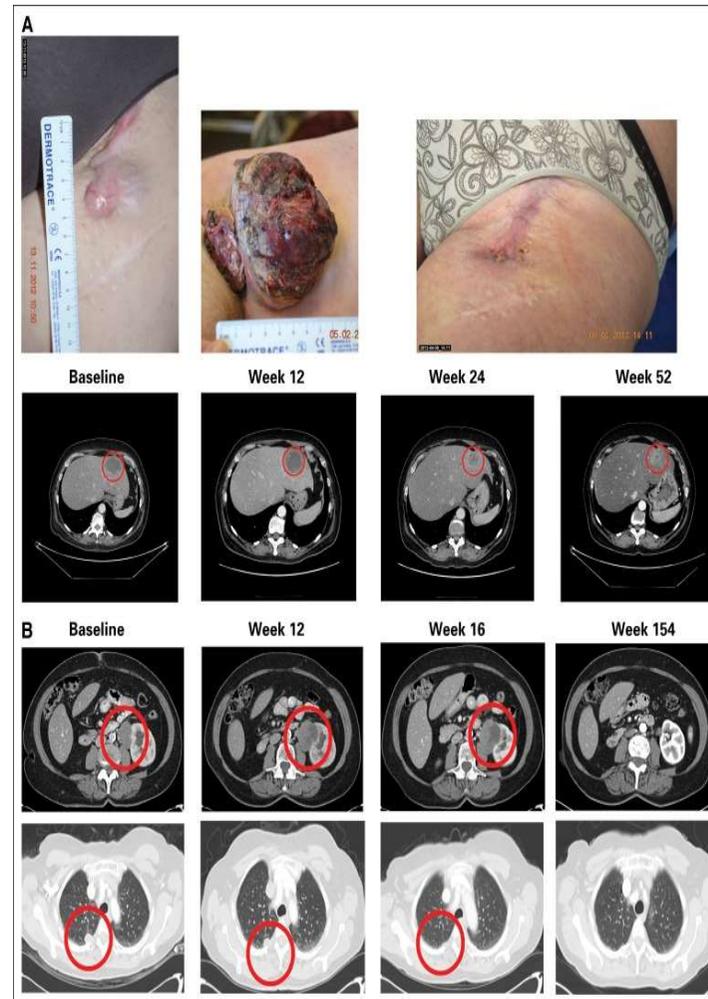
EMA annual report 2015.

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Annual\\_report/2016/05/WC500206483.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Annual_report/2016/05/WC500206483.pdf)

# PECULIARIDADES INMUNOONCOLOGÍA

## NUEVO PATRÓN DE RESPUESTA

Hodi F. S, Hwu WJ, Kefford R et al.  
Evaluation of Immune-Related Response  
Criteria and RECIST v1.1 in Patients With  
Advanced Melanoma Treated With  
Pembrolizumab. J Clin Oncol. 2016 May 1;  
34(13): 1510–1517.



# ACCESO NUEVOS FÁRMACOS INNOVADORES INMUNOTERAPIA



**INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO  
PT-NIVOLUMAB/V1/23022016**

**Informe de Posicionamiento  
Terapéutico de nivolumab  
(Opdivo®) en el tratamiento de  
cáncer de pulmón no microcítico de  
histología escamosa**

**Fecha de publicación: 23 de febrero de 2016**

El carcinoma de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. La edad media de aparición del cáncer de pulmón oscila entre los 55 y los 75 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (1).

En España en 2012, se diagnosticaron 26.715 casos de cáncer de pulmón, lo que representa el 16,3% de los tumores entre los hombres y el 5,7% entre las mujeres (2). La tasa de incidencia ajustada para la población masculina en nuestro país es de 52, 5 por cada 100.000 habitantes/año, y es superior a la tasa ajustada mundial (3, 4). En el caso de las mujeres la tasa de incidencia ajustada (11,3 por cada 100.000 habitantes/año) se sitúa algo por debajo de la tasa ajustada mundial (13,5 por cada 100.000 habitantes/año).

Los cifras absolutas de mortalidad por cáncer de pulmón en España vienen aumentando desde la década de los años 50 (3), aunque las tasas ajustadas en varones han disminuido. En el año 2012 se registraron 21.118 muertes a causa de cáncer de pulmón. La tasa de mortalidad ajustada en varones asciende a 40,3 por cada 100.000 habitantes/año, siendo menor en el caso de las mujeres (8 por cada 100.000 habitantes/año) (2).

En función de su histología, los tumores pulmonares se clasifican en dos grandes grupos, carcinomas de pulmón microcítico o de células pequeñas (representan aproximadamente un 15-20% de los cánceres de pulmón) y carcinomas de pulmón no microcítico o de células no pequeñas (CPNM), los cuales representan el 80-85% de los cánceres de pulmón. Los CPNM pueden clasificarse a su vez en escamosos (aproximadamente el 30% de todos los CPNM (5)) y no escamosos. La caracterización histológica del tumor es un elemento esencial por sus implicaciones en el pronóstico y en el tratamiento de la enfermedad (6).

Los pacientes diagnosticados de CPNM en estadio avanzado tienen mal pronóstico, con una tasa de supervivencia a los 5 años del 9-13%, y con mediana de supervivencia de 9-12 meses.

Las terapias de elección de pacientes con CPNM localmente avanzado (IIIb) o metastásico (IV) se han centrado tradicionalmente en la combinación de agentes quimioterápicos basados en platino, demostrando una ganancia hasta ahora modesta en supervivencia global (SG), calidad de vida y control de síntomas en pacientes con buen estado funcional (PS 0-1) (7).

Las alternativas de tratamiento para pacientes con CPNM escamoso que progresan tras una primera línea de tratamiento son limitadas. Durante los últimos 15 años, docetaxel (8) ha sido el estándar de tratamiento del CPNM escamoso en segunda línea, con una mediana de duración de respuesta de aproximadamente 6 meses y una mediana de SG de 6-10 meses y una tasa de SG al año aproximadamente del 30%.

Para aquellos pacientes que progresan tras docetaxel, los agentes citotóxicos clásicos, como carboplatino, paclitaxel, gemtazabina,

Vincristina o etoposído tienen una eficacia muy pobre, según los datos publicados (9,10), con una tasa de respuesta objetiva entre el 2,3% (9) y 8,8% (10), una SO de 4 (9)-4,8 (10) meses y una tasa de SG al año de 5,5% (9).

**NIVOLUMAB (Opdivo®)**

Nivolumab está indicado para el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) de histología escamosa, localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa, en pacientes adultos (11).

Nivolumab se presenta como un concentrado de 10 mg/ml para solución para perfusión.

La dosis recomendada de nivolumab es 3 mg/kg administrado por vía intravenosa durante 60 minutos cada 2 semanas. El tratamiento se debe prolongar mientras se observe beneficio clínico o hasta que el paciente ya no tolera el tratamiento.

No se recomienda la escalada de la dosis ni su reducción. Puede que sea necesario el ensayo o la suspensión de la dosificación de acuerdo con la seguridad y tolerabilidad individual.

**Farmacología (11)**

Nivolumab es un anticuerpo monoclonal humano (HuMAb) de tipo inmunoglobulina G4 (IgG4) que se une al receptor de muerte programada 1 (PD-1) y bloquea su interacción con los ligandos PD-L1 y PD-L2. El receptor PD-1 es un regulador negativo de la actividad de los linfocitos T, implicado en el control de la respuesta inmunitaria de los linfocitos-T. El acoplamiento de PD-1 con los ligandos PD-L1 y PD-L2, que se expresan en las células presentadoras de antígenos podría ser expresado por tumores u otras células en el microambiente tumoral, produce la inhibición de la proliferación de los linfocitos-T y la secreción de citoquinas.

Nivolumab potencia las respuestas de los linfocitos-T incluyendo respuestas antitumorales, por medio del bloqueo de PD-1, evitando su unión a los ligandos PD-L1 y PD-L2.

**Eficacia**

La eficacia de nivolumab en el tratamiento del CPNM escamoso avanzado se basa fundamentalmente en tres estudios (12) los estudios CA209003 (MDX116-01) (13), CheckMate CA209017 (14) y CheckMate CA20903 (15).

**Estudio CA209003 (12,13)**

El estudio CA209003 (12,13) fue un ensayo fase 1, abierto, de escalada de dosis en varios tipos de tumores sólidos, incluido el CPNM. De los 306 pacientes incluidos en el estudio, 43 tenían CPNM escamoso y recibieron nivolumab a dosis de 1 mg/kg, 3 mg/kg ó 10 mg/kg, durante un máximo de 24 semanas (13) (los resultados finales de eficacia fueron evaluables en 18 de estos pacientes). A la vista de los resultados obtenidos, con una tasa de respuesta objetiva del 24%, se eligió la dosis de 3 mg/kg para futuros estudios.

**Estudio CheckMate CA209017 (14,15)**

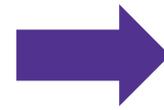
Se trata de un ensayo fase 3, aleatorizado y abierto. Se incluyeron pacientes adultos que habían experimentado progresión de la enfermedad durante o después de un régimen de quimioterapia basado en un doblete de platino y un estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0 a 1. Los pacientes se incluyeron independientemente de su estatus PD-L1. Se excluyeron de este estudio los pacientes con enfermedad autoinmune, enfermedad pulmonar intersticial sistémica o reñal, enfermedades activas y pacientes que hubieran recibido inmunosupresores sistémicos antes de su entrada en el estudio. Los pacientes se



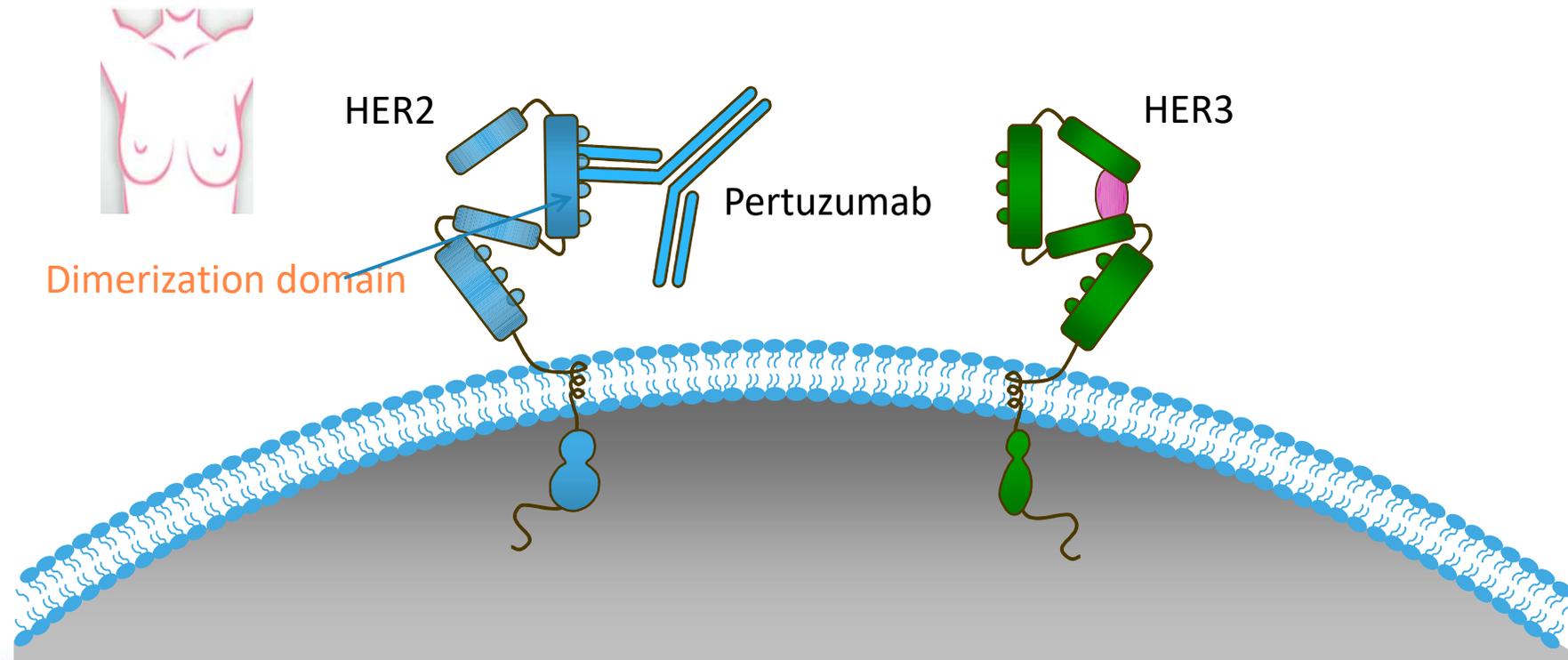
- ¿Cómo saber quién se beneficia?
- ¿ECOG 2?
- ¿Alternativas equivalentes pembrolizumab y nivolumab en pulmón?

# ACCESO NUEVOS FÁRMACOS INNOVADORES: NO TODO ES INMUNOTERAPIA

Pertuzumab en neoadyuvancia en 2016



Tratamiento en pacientes cáncer de mama **POTENCIALMENTE CURABLES**



# ACCESO NUEVOS FÁRMACOS INNOVADORES

## CFyT: POSICIONAMIENTO

- ✓ Multidisciplinaria
- ✓ Participación
- ✓ Transparencia



- ✓ **Afatinib, erlotinib y gefitinib** en CPNM mutaciones activadoras EGFR
- ✓ **Aflibercept, bevacizumab** en cáncer colorrectal
- ✓ **Panitumumab, cetuximab** en cáncer colorrectal RAS nativo
- ✓ **Abiraterona, enzalutamida** en cáncer de próstata
- ✓ **Sunitinib y pazopanib** en cáncer renal
- ✓ **Dabrafenib, vemurafenib** en melanoma BRAF mutado
- ✓ **Nivolumab, pembrolizumab** en melanoma

## LAS DECISIONES SON INDIVIDUALIZADAS Y MULTIDISCIPLINARES

Paciente cáncer de próstata resistente a castración con antecedentes epilepsia



**Abiraterona** vs enzalutamida

Paciente con cáncer de mama HER2 positiva e IMC >30 kg/m<sup>2</sup>



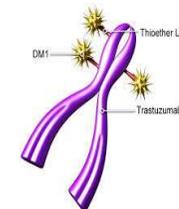
**Trastuzumab intravenoso** vs trastuzumab subcutáneo

Paciente con cáncer renal que toca el violín

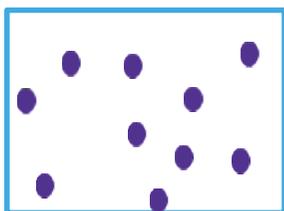


**Pazopanib** vs sunitinib

# RESULTADOS EN SALUD TDM-1 EN CA. MAMA METASTÁSICA



## EC



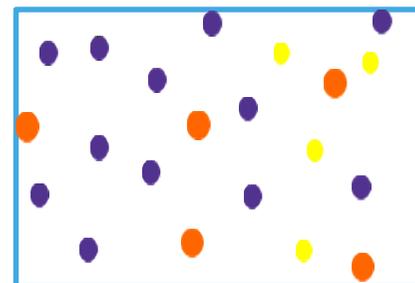
**Emilia**

**Mediana SLP: 9,6 meses**

**Trombocitopenia grado 3-4:  
12,9%**

**Discontinuación: 5,9%**

## VIDA REAL



**Real world**

**Mediana SLP: 2,8 meses**

**Trombocitopenia grado 3-4: 15,4%**

**Discontinuación: 10,3%**

# POST-INCLUSIÓN: ATENCIÓN A PACIENTES



**ALOPECIA**



**EPP**



**DIARREA**

**DIARREA**

**¿Qué es?**  
La diarrea se define como dos o más deposiciones líquidas al día. Si la diarrea aparece y es importante (por duración o intensidad) es recomendable consultarla con su médico.

**¿Cómo puedo prevenirla o aliviarla?**

- No tome ningún medicamento que no haya sido prescrito por su médico.
- En las primeras horas, tras el inicio de la diarrea, es preferible que restrinja la ingesta de alimentos.
- Comience a introducir **lentamente** líquidos, preferiblemente tomados en pequeños sorbos cada 5-10 minutos, a lo largo del día (limonada azucarada).
- Beba, al menos, **2 litros de agua al día** para reponer los líquidos perdidos.
- Evite el café, el alcohol, la leche y las bebidas irritantes.
- Ingera alimentos en pequeñas cantidades, desgrasados y fáciles de digerir (arroz, pollo o pescado hervidos). Prepare los alimentos cocidos o a la plancha.
- Evite comidas con mucha fibra (frutas cítricas, legumbres, hortalizas o cereales integrales). Puede tomar manzana, plátano y linón.
- Realice comidas frecuentes, poco cuantiosas, coma y beba despacio.

**¿Existe tratamiento?**  
Junto con la quimioterapia que causa más diarrea, ya se le prescriben fármacos antidiarreicos. Converse con su médico, no obstante, si presenta diarrea intensa y prolongada.



**ACNE**



**MUCOSITIS**



# POST-INCLUSIÓN: ATENCIÓN A PACIENTES



RECOMENDACIONES AL PACIENTE:



COMO CONTACTAR

TELEFONO FARMACIA:

HORARIO:

El propósito de este documento no es reemplazar el cuidado y la atención de los profesionales sanitarios.

Nuestro objetivo es que usted desempeñe un papel activo en su cuidado y tratamiento; con esta finalidad le proporcionamos información y educación.

Consulte a su médico o farmacéutico si tiene preguntas o dudas sobre su salud o sobre alternativas para un tratamiento específico.



PROGRAMA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PEDIATRICO Y CUIDADORES SOBRE QUIMIOTERAPIA ORAL



---

MANEJO DE LA QUIMIOTERAPIA ORAL EN CASA



## MANEJO DE LA QUIMIOTERAPIA EN CASA

## TAREAS PENDIENTES: PRO Patient Reported Outcomes

paciente basado en su propia percepción sobre la enfermedad y su tratamiento. Incluye medidas sobre la calidad de vida en cualquiera de sus dimensiones, el estado de salud y/o los síntomas presentes, la adherencia al tratamiento, o la



## MODERADA CORRELACIÓN ENTRE PROs Y EA EVALUADOS POR MÉDICOS

VII JORNADA DE EXCELENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA EL PACIENTE INTEGRADO EN EL SISTEMA

Atkinson TM, Ryan SJ, Bennett AV et al. The association between clinician-based common terminology criteria for adverse events (CTCAE) and patient-reported outcomes: a systematic review. Support Care Cancer. 2016; 24: 3669-76.



# TAREAS PENDIENTES: PRO Patient Reported Outcomes

## CTCAE v4.0

Skin and subcutaneous tissue disorders					
Adverse Event	Grade				
	1	2	3	4	5
Palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome	Minimal skin changes or dermatitis (e.g., erythema, edema, or hyperkeratosis) without pain	Skin changes (e.g., peeling, blisters, bleeding, edema, or hyperkeratosis) with pain; limiting instrumental ADL	Severe skin changes (e.g., peeling, blisters, bleeding, edema, or hyperkeratosis) with pain; limiting self care ADL	-	-
Definition: A disorder characterized by redness, marked discomfort, swelling, and tingling in the palms of the hands or the soles of the feet.					

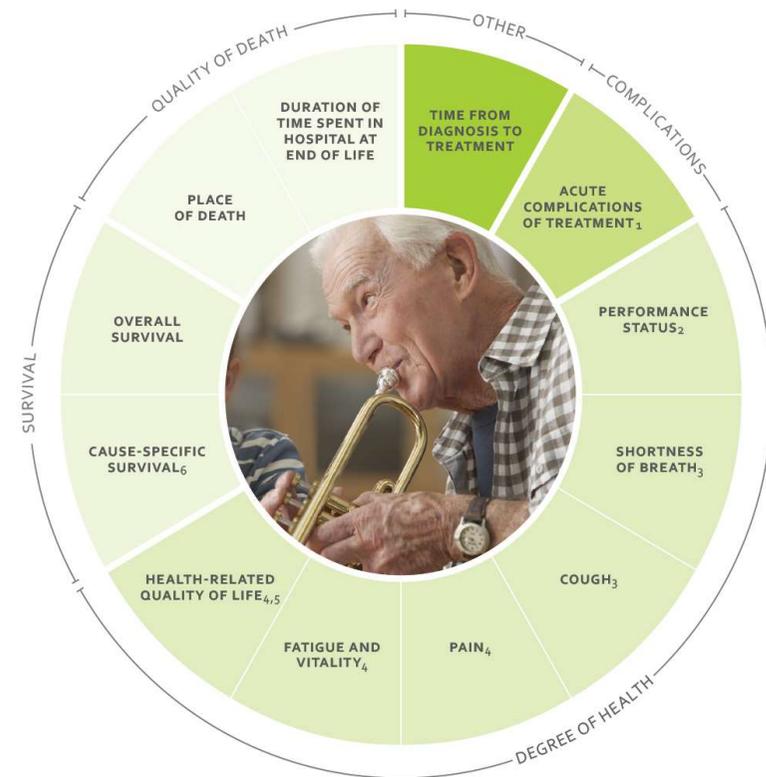


## PRO-CTCAE

30. PRO-CTCAE™ Symptom Term: Hand-foot syndrome				
In the last 7 days, what was the SEVERITY of your HAND-FOOT SYNDROME (A RASH OF THE HANDS OR FEET THAT CAN CAUSE CRACKING, PEELING, REDNESS OR PAIN) at its WORST?				
<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	<input type="radio"/> Very severe

# ICHOM STANDARD SET: LUNG CANCER

The ICHOM Standard Set for Lung Cancer is the result of hard work by a group of leading physicians, measurement experts and patients. It is our recommendation of the outcomes that matter most to patients with Lung Cancer. We urge all providers around the world to start measuring these outcomes to better understand how to improve the lives of their patients.





VII JORNADA DE EXCELENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA  
EL PACIENTE INTEGRADO EN EL SISTEMA

# ¡MUCHAS GRACIAS!

