

Quinta Reunión Anual del grupo:



Grupo de Farmacia Oncológica de la SEFH

Amaya Calleja Bueno
Hospital Universitario de Cruces
Baracaldo-Vizcaya



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE
ONCOHEMATOLÓGICO

ATENCIÓN
FARMACÉUTICA A UNA
PACIENTE PEDIÁTRICA
CON TUMOR DE WILMS
Y NEFROURECTOMÍA
BILATERAL

CASO CLÍNICO



4 años y 11 meses (febrero del 2019)



Tumor de Wilms bilateral → Estadio V según el grupo SIOP-RTSG (Renal Tumor Study Group)

90%

Del parénquima renal afectado



Función renal conservada (eGFR 110-140 ml/min/1,73)

Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

TUMOR DE WILMS

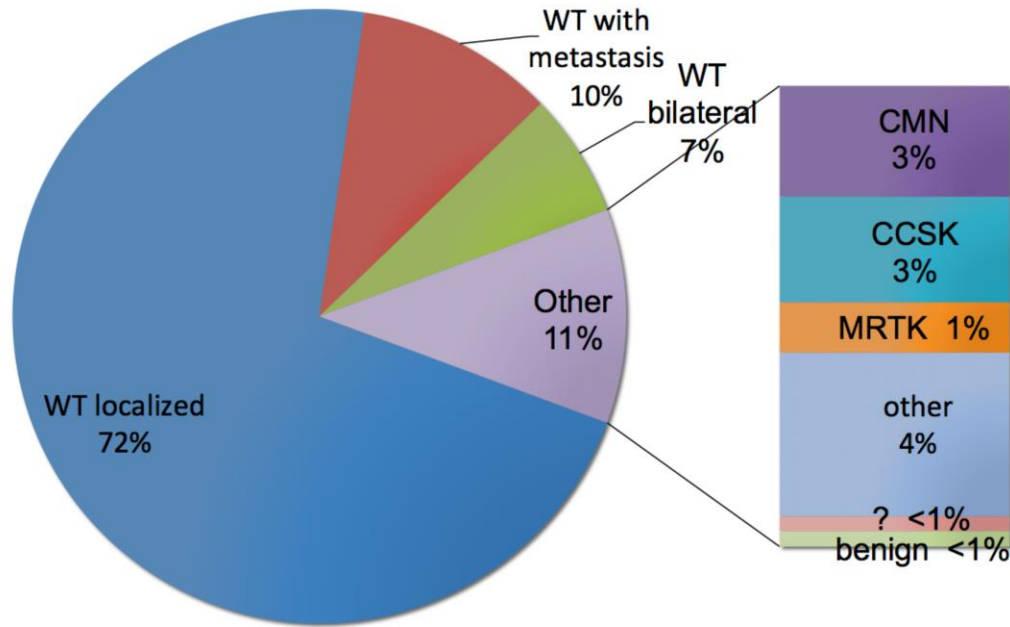


Fig. 1: Distribution of renal tumours in childhood. (CMN: congenital mesoblastic nephroma, CCSK: Clear cell sarcoma of the kidney, MRTK: Malignant Rhabdoid tumour of the kidney)

Tumores renales pediátricos.

Un 90% corresponde a tumores de Wilms. Umbrella SIOP-RTSG 2016.

Quinta Reunión Anual del grupo:



6% de todos los tumores pediátricos (0-14 años)

4º tumor del desarrollo más frecuente

1. Leucemias
2. Tumores del SNC
3. Neuroblastoma

INCIDENCIA anual en España de **6 casos por millón de habitantes <14 años**

*Según datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles español (TNTI-SEHOP)

ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

PRONÓSTICO

SG a los 5 años >90% según datos del protocolo SIOP 2001 (junio 2014)

Histología

Grupos de Riesgo

Estadio

GRUPOS DE RIESGO HISTOLÓGICO (SIOP-RSTG)

Bajo riesgo

- Nefroblastoma quístico parcialmente diferenciado
- Nefroblastoma completamente necrótico

Riesgo intermedio

- Nefroblastoma tipo epitelial (necrosis <66%)
- Nefroblastoma tipo estromal (necrosis <66%)
- Nefroblastoma tipo mixto (necrosis <66%)
- Nefroblastoma tipo regresivo (necrosis entre 66-99%)
- Nefroblastoma con anaplasia focal

Alto riesgo

- Nefroblastoma tipo blastematoso
- **Nefroblastoma con anaplasia difusa**

Volumen tumoral y
respuesta inicial a QT

SG a los 5
años 76,4%

ESTADIAJE GRUPO SIOP-RTSG

Estadio I : el tumor se limita al riñón

Estadio II : el tumor se extiende fuera del riñón

Estadio III : extirpación incompleta y/o
afectación ganglios intraabdominales

Estadio IV : Metástasis hematógenas o
ganglionares (fuera de la región abdomino-pélvica)

Estadio V : Tumor renal bilateral
(cada riñón debe ser estadificado por separado)

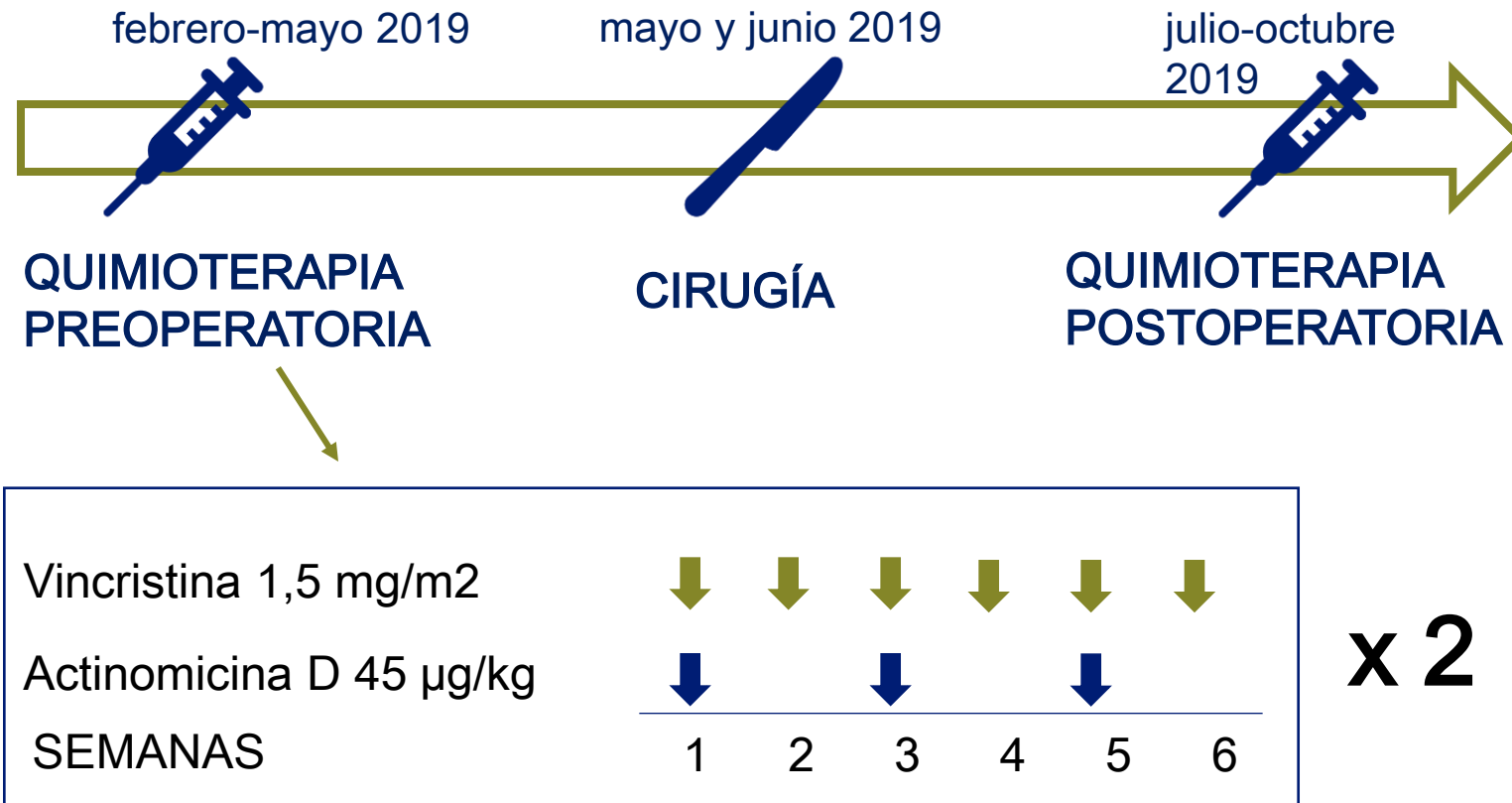
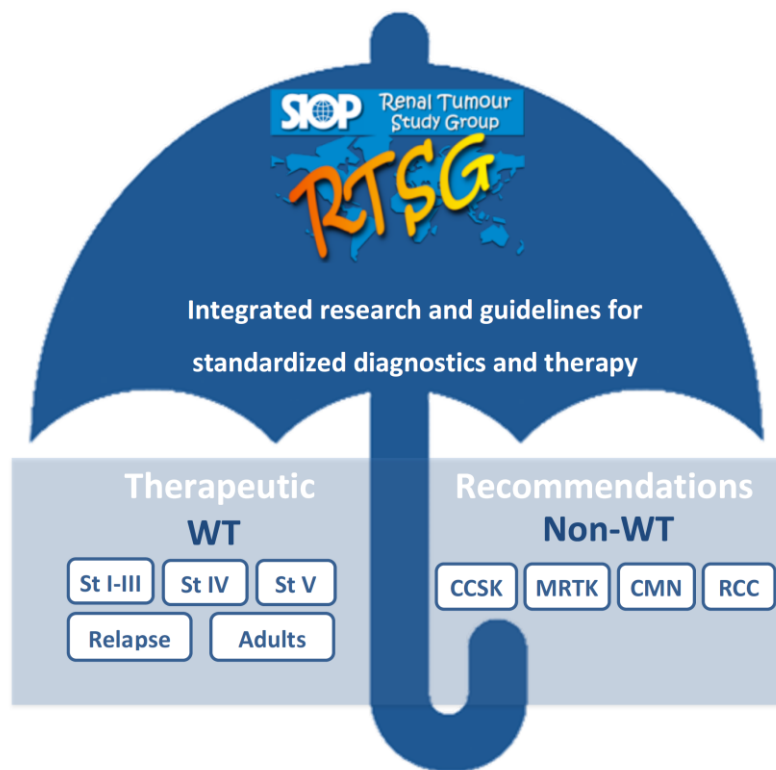
Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

TRATAMIENTO

Según Protocolo Umbrella
SIOP-RTSG 2016



Quinta Reunión Anual del grupo:



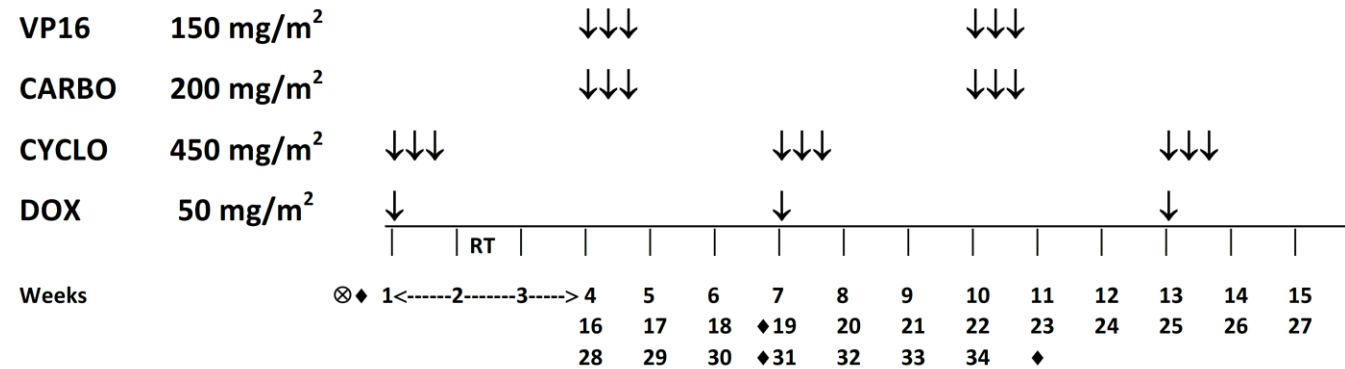
ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

QIMIOTERAPIA POSTOPERATORIA

- Niña de 5 años (19 kg, 107 cm, SC=0,75m2)
- Tumor de Wilms bilateral (estadio V)
- Histología de alto riesgo y 90% del parénquima renal afectado
- Nefrectomía bilateral total
- En hemodiálisis L-X-V
- Evaluación tras la cirugía: Hallazgos sugestivos de recidiva local en ambos lechos quirúrgicos
- Tratamiento según protocolo para **estadio III localizado de algo riesgo HR** (Régimen HR)

▪ **Ciclo 1:** Ciclofosfamida + doxorubicina

▪ **Ciclo 2:** Carboplatino + etopósido



Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

QIMIOTERAPIA POSTOPERATORIA: Ciclo 1

CICLOFOSFAMIDA 450 mg/m² Día 1, 2 y 3

Metabolismo hepático.

Eliminación:

- Urinaria (85-90%)

DIALIZABLE (CFM y metabolitos activos)

100%

Ni hiperhidratación, ni Mesna

PREPARACIÓN:

- A una concentración de 20 mg/ml
- Reconstituido con SSF 0,9%

TOLERANCIA
Neutropenia G4
(profilaxis primaria
con
G-CSF 5µg/kg
7-9 días)

DOXORUBICINA 50 mg/m² Día 1

Metabolismo y eliminación:

- Hepática (40-50% en 7 días)

NO DIALIZABLE

100%

PREPARACIÓN:

- A una concentración de 1 mg/ml
- Volumen total 40 ml
- Tiempo de administración 4h (2-6h según protocolo Umbrella)

Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

QIMIOTERAPIA POSTOPERATORIA: Ciclo 2

CARBOPLATINO 200 mg/m² Día 1, 2 y 3

Eliminación:

- Urinaria por filtrado glomerular

DIALIZABLE

25%
(50 mg/m²/día)

¿Es posible asegurar que se alcance el AUC objetivo sin monitorización de niveles plasmáticos?

AJUSTE EN HD:

Umbrella AUC=2,65

- Fórmula de Calvert modificada **20%**
Dose [mg] = 4 x (GFR [ml/min] +15 x BSA [m²])
- Fórmula de Newell **12%**
Dose [mg] = 4 x (GFR [ml/min] +0,36 BW [kg]).

Paciente en HD → GFR=0

Administrar 12-24h antes de la sesión de HD

Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

QIMIOTERAPIA POSTOPERATORIA: **Ciclo 2**

ETOPOSIDO 150 mg/m² Día 1, 2 y 3

Metabolismo hepático

Eliminación:

- Extrarrenal 44%
- Urinaria 56% (en 72h)

NO DIALIZABLE

50%
(75mg/m²/día)

PREPARACIÓN:

ETOPOSIDO FOSFATO (Medicamento extranjero)

Alternativa:

Etopósido convencional a concentración >11 mg/ml
(*Lepage et al. 2001*)

Equipos sin PVC ni DHEP

TOLERANCIA

1º Neutropenia y plaquetopenia G3
(profilaxis primaria con G-CSF 5µg/kg 7-9 días)
2º (+RT) Neutropenia y plaquetopenia G4

Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

ESKERRIK ASKO!

¡MUCHAS GRACIAS!

Amaya Calleja Bueno
Hospital Universitario de Cruces (Baracaldo-Vizcaya)
AMAYA.CALLEJABUENO@osakidetza.eus

Quinta Reunión Anual del grupo:



ATENCIÓN FARMACÉUTICA
AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO