III JORNADA ONCOFARMA

Actualización en Cáncer de Ovario

GEDEFO Centro-Canarias

ORGANIZA:

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

gedefo Grupo de Farmacia Oncológica de la sefh

Nuestra experiencia:

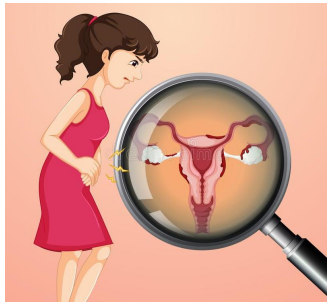
Atención farmacéutica en cáncer de ovario

Ana María Iglesias Bolaños

Farmacéutica Oncología. BCOP.

SaludMadrid Hospital Universitario del Sureste

NUESTRA PACIENTE. Marzo 2015

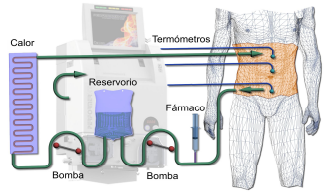


- Paciente de 55 años
- G2C2. 2 hijos sanos
- No HTA. No DM. No DL
- Exfumadora desde hace 10 años con un índice acumulado de unos 10paquetes/año.
- Antecedentes: Padre con neo vesical. Hermana con déficit alfa-1-antitripsina con hepatopatía.
- **Deficit de alfa-1-antitripsina** sin afectación respiratoria ni hepática. En control de Digestivo hallazgo en ecografía de **ASCITIS** con imagen de **engrosamiento peritoneal**.
- Refiere molestias en HCD que atribuye a gases y estreñimiento de siempre.
- Elevación de marcador Ca 125 (356 U/ml). Sospecha de tumor maligno de origen ginecológico, se completa estudio con la realización de una laparoscopia diagnostica.

Carcinoma de Ovario. Tratamiento

- **Adenocarcinoma papilar seroso de ovario derecho moderadamente diferenciado (G2) con <u>diseminación peritoneal con lesiones < 2 cm.</u> <u>Estadio IIIB</u>**
- ESQUEMA TRATAMIENTO. (Intención curativa)

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE	CIRUGÍA CON INTENCIÓN RADICAL + QT INTRAPERITONEAL	QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE
MAYO 2015	AGOSTO 2015	OCTUBRE 2015
4 CICLOS PACLITAXEL + CARBOPLATINO (AUC=5) /21D	HIPEC CON CISPLATINO + DOXORRUBICINA (60 MIN)	2 CICLOS PACLITAXEL + CARBOPLATINO (AUC=5)/21D



Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA

ORDEN DE ADMINISTRACIÓN

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE → 4 CICLOS PACLITAXEL 175 mg/m² + CARBOPLATINO (AUC=5)/21D

1º.- PACLITAXEL 336 MG
2º.- CARBOPLATINO 685 MG

- PESO= 90 Kg
- TALLA =1,60 m
- SC= 1,92 m^2
- IMC = 34,4 kg/m^2
- Cr= 0,8 mg/Dl
- No IR. No IH.

OMS
SOBREPESO IMC ≥ 25 kg/m^2
OBESIDAD IMC ≥ 30 kg/m^2

La Familia. Fernando Botero

DOSIFICACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA EN EL PACIENTE OBESO

Gynecologic Oncology 133 (2014) 16–22

Contents lists available at ScienceDirect

Gynecologic Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ygyno

Impact of obesity on chemotherapy dosing for women with advanced stage serous ovarian cancer in the Australian Ovarian Cancer Study (AOCS)

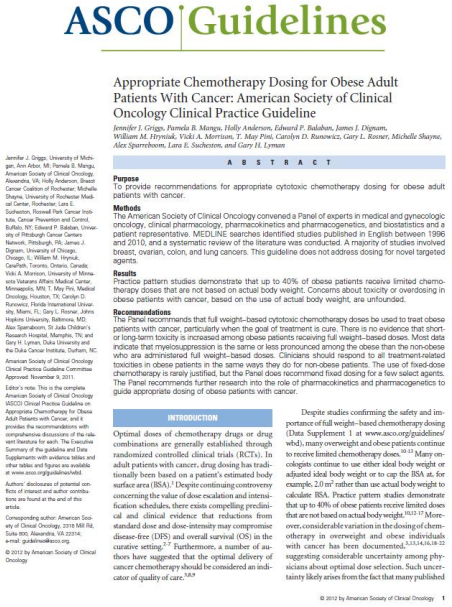
George Au-Yeung [a,*], Penelope M. Webb [c], Anna DeFazio [d], Sian Fereday [e], Mathias Bressel [f], Linda Mileshkin [a,b]

[a] Department of Medical Oncology, Peter MacCallum Cancer Centre, East Melbourne, Victoria, Australia
[b] Sir Peter MacCallum Department of Oncology, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia
[c] Gynaecological Cancers Group, QIMR Berghofer Institute of Medical Research, Brisbane, Queensland, Australia
[d] Department of Gynaecological Oncology and Westmead Institute for Cancer Research, University of Sydney at Westmead Millennium Institute, Westmead Hospital, NSW, Australia
[e] Cancer Genomics Program, Peter MacCallum Cancer Centre, East Melbourne, Victoria, Australia
[f] Centre for Biostatistics and Clinical Trials, Peter MacCallum Cancer Centre, East Melbourne, Victoria, Australia

- N= 333 pacientes:
  - 27% con sobrepeso
  - 21% con obesidad
  - 52% normopeso
- En el primer ciclo de tratamiento **66% de las pacientes con obesidad recibieron una dosis de carboplatino menor de la calculada, y hasta un 32% de las pacientes recibieron dosis sub-óptimas de paclitaxel.**
- **En aquellos casos en los que recibían < 85% de la intensidad de dosis de carboplatino se observaba una disminución en la SLP respecto a las pacientes con peso normal que recibían > 85% de la intensidad de dosis (11 meses versus 15 meses).**

2012

DOSIFICACIÓN PACIENTE OBESO


ASCO Guidelines

Appropriate Chemotherapy Dosing for Obese Adult Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline

ABSTRACT

Purpose
To provide recommendations for appropriate cytotoxic chemotherapy dosing for obese adult patients with cancer.

Methods
The American Society of Clinical Oncology convened a Panel of experts in medical and gynecologic oncology, clinical pharmacology, pharmacokinetics and pharmacogenetics, and biostatistics and a patient representative. MEDLINE searches identified studies published in English between 1996 and 2010, and a systematic review of the literature was conducted. A majority of studies involved breast, ovarian, colon, and lung cancers. This guideline does not address dosing for novel targeted agents.

Results
Practice pattern studies demonstrate that up to 40% of obese patients receive limited chemotherapy doses that are not based on actual body weight. Concerns about toxicity or overdosing in obese patients with cancer, based on the use of actual body weight, are unfounded.

Recommendations
The Panel recommends that full weight–based cytotoxic chemotherapy doses be used to treat obese patients with cancer, particularly when the goal of treatment is cure. There is no evidence that short- or long-term toxicity is increased among obese patients receiving full weight–based doses. Most data indicate that myelosuppression is the same or less pronounced among the obese than the non-obese who are administered full weight–based doses. Clinicians should respond to all treatment-related toxicities in obese patients in the same ways they do for non-obese patients. The use of fixed-dose chemotherapy is rarely justified, but the Panel does recommend fixed dosing for a few select agents. The Panel recommends further research into the role of pharmacokinetics and pharmacogenetics to guide appropriate dosing of obese patients with cancer.

INTRODUCTION

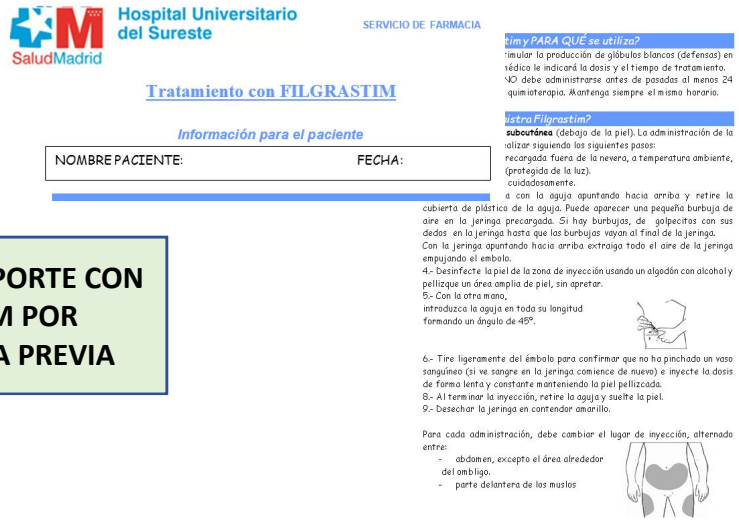
- Práctica habitual en oncología:
  - Dosificar en función Peso ideal / Ajustado.
  - Máximo de SC = 2 m^2
  - 40% pacientes obesos reciben dosis reducidas.

- Mayor mortalidad en pacientes obesos
  - Multifactorial
  - Reducciones de dosis (Tratamiento curativo)

- Revisión sistemática ensayos clínicos y estudios observacionales
- No hay evidencia de aumento de toxicidad si los citostáticos se dosifican en función del peso total.
- Hay datos que indican que las reducciones de dosis en pacientes obesos afectan a la SLE y a la SG.
- En pacientes con obesidad las dosis de quimioterapia se deben calcular en función del **peso total** sobre todo cuando el tratamiento tiene **intención curativa**.
- En caso de comorbilidades y toxicidad los ajustes de dosis se deben de realizar igual que en pacientes no obesos.
- La farmacocinética de algunos fármacos se puede ver afectada en pacientes obesos, pero los datos encontrados no justifican una reducción de dosis.

CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

4º ciclo de QT NEOADYUVANTE se retrasa por Neutropenia (1300 Neutrófilos)


Hospital Universitario del Sureste
SaludMadrid
SERVICIO DE FARMACIA

Tratamiento con FILGRASTIM

Información para el paciente

NOMBRE PACIENTE: FECHA:

...im y PARA QUÉ se utiliza?

...imular la producción de glóbulos blancos (defensas) en ...édico le indicará la dosis y el tiempo de tratamiento. ...NO debe administrarse antes de pasadas al menos 24 ... quimioterapia. Mantenga siempre el mismo horario.

...istra Filgrastim?

subcutánea (debajo de la piel). La administración de la ...alizar siguiendo los siguientes pasos:
...recargada fuera de la nevera, a temperatura ambiente, (protegida de la luz).
... cuidadosamente.
... a con la aguja apuntando hacia arriba y retire la cubierta de plástica de la aguja. Puede aparecer una pequeña burbuja de aire en la jeringa precargada. Si hay burbujas, de golpecitos con sus dedos en la jeringa hasta que las burbujas vayan al final de la jeringa.
Con la jeringa apuntando hacia arriba extraiga todo el aire de la jeringa empujando el embolo.
4.- Desinfecte la piel de la zona de inyección usando un algodón con alcohol y pellizque un área amplia de piel, sin apretar.
5.- Con la otra mano, introduzca la aguja en toda su longitud formando un ángulo de 45º.

6.- Tire ligeramente del émbolo para confirmar que no ha pinchado un vaso sanguíneo (si ve sangre en la jeringa comience de nuevo) e inyecte la dosis de forma lenta y constante manteniendo la piel pellizcada.
8.- Al terminar la inyección, retire la aguja y suelte la piel.
9.- Desechar la jeringa en contendor amarillo.

Para cada administración, debe cambiar el lugar de inyección, alternado entre:
- abdomen, excepto el área alrededor del ombligo.
- parte delantera de los muslos

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

2 CICLOS
PACLITAXEL 175 mg/m^2 +
CARBOPLATINO
(AUC=5)/21D

TERAPIA DE SOPORTE CON FILGRASTIM POR NEUTROPENIA PREVIA

ENTREVISTA CLÍNICA:

PACIENTE CONSUMIDORA DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

1. PRODUCTOS DE HERBOLARIOS:
   EXTRACTO DE TÉ VERDE. 2 CAP/8 HORAS
2. INFUSIONES VARIAS: GRAVIOLA, ALOE VERA, MUERDAGO, TOMILLO,…
3. HONGOS ORIENTALES

INTERACCIÓN QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA CON TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Farmacia HOSPITALARIA
Órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

ORIGINALES
Artículo bilingüe inglés/español

Complementary medicine use in cancer patients receiving intravenous antineoplastic treatment

Uso de medicina complementaria en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico intravenoso

Regina Juanbeltz[1,2,3], María Dolores Pérez-Fernández[1], Blanka Tirapu[4], Ruth Vera[3,5], Susana de la Cruz[5], María Teresa Sarobe[1,3]

[1]Servicio de Farmacia Hospitalaria, Complejo Hospitalario de Navarra. [2]CIBER Epidemiología y Salud Pública. [3]Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra-IdiSNA. [4]Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital García Orcoyen. [5]Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Navarra. Spain.

Autor para correspondencia
Correo electrónico:
regina.juanbeltz.zurbano@navarra.es
(Regina Juanbeltz)

Recibido el 11 de abril de 2017;
aceptado el 8 de mayo de 2017.
DOI: 10.7399/fh.10805

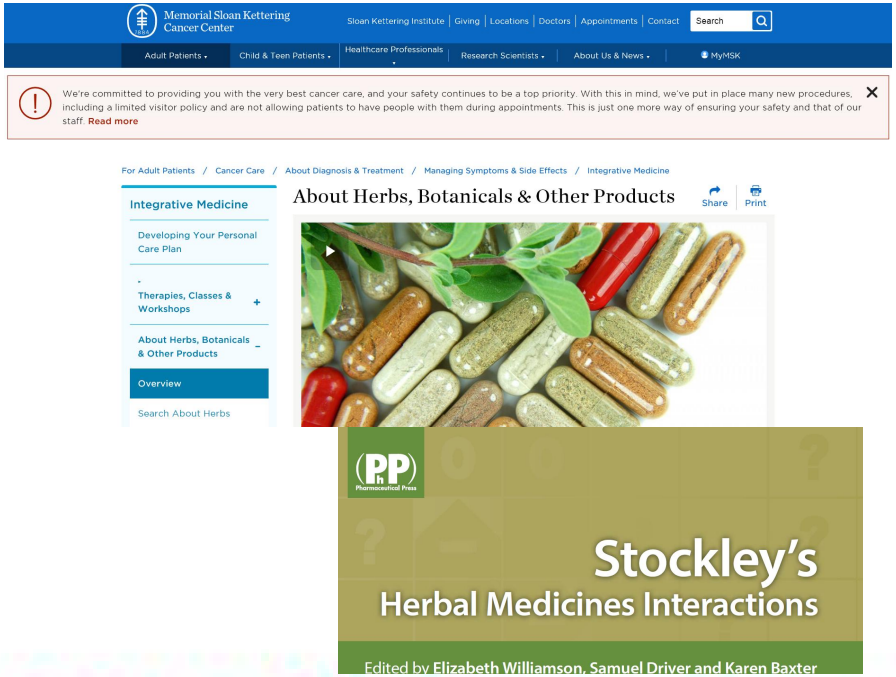
Abstract

Objective: Complementary and alternative medicine (CAM) use has grown considerably, although there is little research on the topic in Spain. The aim of this study was to determine the prevalence of complementary medicine use in adult cancer patients at the same time as they were receiving conventional treatment in a Spanish referral cancer centre.
Method: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in the Ambulatory Treatment Unit during 2 consecutive weeks in March 2015. Adult patients who were receiving intravenous chemotherapy were included. Study variables were obtained from a questionnaire and medical records.
Results: 316 patients were included. 32.3% of the patients reported complementary medicine use during this period and 89% were ingesting products by mouth, herbs and natural products being the most commonly used. 81% of patients started to use complementary medicine after diagnosis, and family/friends were the main source of information. 65% of the patients reported improvements, especially in their physical and psychological well-being. Significant predictors of CAM use were female gender (P=0.028), younger age (P<0.001), and secondary education (P=0.009).
Conclusions: A large proportion of cancer patients receiving intravenous chemotherapy also use complementary medicine, which they mainly take by mouth. Due to the risk of chemotherapy-CAM interactions, it is important for health-professionals to keep abreast of research on this issue, in order to provide advice on its potential benefits and risks.

Resumen

Objetivo: La popularidad de la medicina alternativa y complementaria entre los pacientes oncológicos ha incrementado, pero aún se dispone de poca información acerca de su empleo en España. El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia del uso de medicina complementaria en pacientes oncológicos adultos que reciben tratamiento en un centro autonómico español de referencia.
Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo en un Hospital de Día de oncología durante 2 semanas de marzo de 2015. Se incluyeron pacientes adultos que recibían tratamiento con quimioterapia intravenosa. Las variables del estudio se obtuvieron a través de un cuestionario y de la historia clínica.
Resultados: Fueron incluidos 316 pacientes; el 32,3% estaba usando algún tipo de medicina complementaria en ese momento, y el 89% de ellos lo hacía a base de una ingesta oral de sustancias, principalmente hierbas y productos naturales. El 81% de los pacientes inició la medicina complementaria tras el diagnóstico, siendo la fuente de información principal familiares/amigos. El 65% refirió sentir mejoría, principalmente bienestar físico y psíquico. Los predictores significativos de uso de MAC fueron: ser mujer (p=0,028), edad joven (p<0,001) y un nivel educativo medio (p=0,009).
Conclusiones: Una proporción importante de los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia intravenosa usan simultáneamente medicina complementaria, y esta consiste principalmente en una ingesta oral de preparados. Debido al riesgo de interacción con el tratamiento, es importante la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito, con el fin de poder aconsejar a los pacientes acerca de sus potenciales beneficios y riesgos.

- MÁS DE UN 30% DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO CON QT I.V TOMAN ALGÚN TIPO DE TERAPIA COMPLEMENTARIA, PRINCIPALMENTE (89%) HIERBAS Y PRODUCTOS NATURALES.



ORGANIZA: gedefo seth fefh

WEBINAR III JORNADA ONCOFARMA

Actualización en Cáncer de Ovario

INTERACCIÓN QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA CON TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

- PACLITAXEL:
  - SUSTRATO DE LAS ISOENZIMAS CYP2C8 Y CYP34A.

- EXTRACTO DE TÉ VERDE
- ALOE VERA
- MUERDAGO

} HEPATOTÓXICO
INHIBIDOR DE CYP3A4.

- HONGOS ORIENTALES

Reishi

Español Deutsch English Français Hrvatski 日本語 한국어 Medios de comunicación Datos de

Cochrane Evidencia fiable. Decisiones informadas. Mejor salud.

Buscar.

Nuestra evidencia | Acerca de nosotros | Unirse a Cochrane | Noticias y empleo

Recursos sobre coronavirus (COVID-19)

(hongo Reishi) para el tratamiento del cáncer

Publicado:
5 abril 2016

Autores:
Jin X, Ruiz Beguerie J, Sze D, Chan GCF

Grupo de Revisión principal:
Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group

Ver la revisión completa en la Biblioteca Cochrane

Cada año hay un incremento en el número de pacientes con diagnóstico de cáncer. Ciertas neoplasias malignas han sido una causa principal de muerte en algunas poblaciones. Los pacientes con diagnóstico de cáncer desean hacer todo lo posible para combatir la enfermedad, controlar los síntomas y afrontar los efectos secundarios de la radio/quimioterapia. Muchos comienzan a utilizar medicación complementaria y alternativa. El extracto de *G. lucidum* es una medicación utilizada ampliamente por los profesionales de la medicina china tradicional (MCT) en este sentido. Generalmente, se recomienda como un suplemento de apoyo del sistema inmunológico en el tratamiento del cáncer. La última investigación de laboratorio y ensayos preclínicos de *G. lucidum* han mostrado resultados prometedores de su actividad antitumoral. Sin embargo, la evidencia clínica de su eficacia es escasa y se necesita una revisión sistemática para proporcionar información colectiva para los pacientes.

Esta revisión identificó y posteriormente incluyó cinco relevantes ensayos

Conclusiones de los autores:

La revisión no halló evidencia suficiente para justificar el uso de *G. lucidum* como un tratamiento de primera línea para el cáncer. Aún no se sabe si el *G. lucidum* ayuda a prolongar la supervivencia del cáncer a largo plazo. Sin embargo, el *G. lucidum* podría administrarse como un complemento alternativo adjunto al tratamiento convencional si se tiene en cuenta su potencial de mejorar la respuesta tumoral y estimular la inmunidad del huésped. El G. lucidum generalmente presentó buena tolerabilidad en la mayoría de los participantes y sólo se observó un número disperso de eventos adversos menores. No se observó toxicidad grave entre los estudios. Aunque hubo pocos informes de efectos perjudiciales del *G. lucidum*, el uso de su extracto debe ser juicioso, especialmente después de considerar el coste-beneficio y la preferencia del paciente de forma minuciosa. Los estudios futuros deben enfatizar la mejoría de la calidad metodológica y se necesita investigación clínica adicional sobre el efecto del *G. lucidum* en la supervivencia del cáncer a largo plazo. Esta revisión se actualizará cada dos años.

2015----------2017

- FINALIZA TRATAMIENTO ADYUVANTE EN NOV 2015
- EN REMISIÓN CON VIGILANCIA ESTRECHA.

- RECAIDA CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL.

1ª LÍNEA QT PALIATIVA

SEPTIEMBRE 2017

5 CICLOS GEMCITABINA 1000 mg/m^2 + CARBOPLATINO (AUC=4)

ORDEN DE ADMINISTRACIÓN

2ª´LÍNEA QT PALIATIVA

JUNIO 2018

3 CICLOS CARBOPLATINO (AUC=5)+ DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA 30 mg/m2

¿TERAPIA DIRIGIDA?
¿OLAPARIB?

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

agencia española de medicamentos y productos sanitarios

INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

Informe de Posicionamiento Terapéutico de olaparib (Lynparza®) en cáncer de ovario

IPT, 19/2019. V2

Fecha de publicación: 10 de junio de 2019†

En 2012, el cáncer de ovario ocupaba el quinto puesto en tumores malignos que afectan a la mujer, siendo la causa más frecuente de

con enfermedad residual tras cirugía o con estadio IV, está aprobado el uso de bevacizumab (11).

A pesar de la alta sensibilidad del cáncer de ovario al tratamiento inicial con platino y taxano (después de la cirugía citorreductora), la mayoría de las mujeres diagnosticadas con enfermedad en estadio avanzado tendrá una recurrencia. Se observa una tasa de recaída del 50% a los 2 años y del 70% a los 4 años (12). De acuerdo al GCIG (Ginecological Cancer InterGroup) la enfermedad recurrente puede clasificarse según su respuesta a platino en platino-refractaria, si la enfermedad progresa durante el tratamiento con quimioterapia basada en platino, platino resistente, si la enfermedad progresa durante los 6 meses posteriores a la finalización del tratamiento, o platino-sensible, si la recurrencia se produce en un periodo mayor a 6 meses tras la última dosis de platino (6). Esta clasificación es pronóstica y

"Olaparib únicamente ha sido financiado en pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- Recaída de un cáncer de ovario, trompa de Falopio o primario peritoneal que se haya producido más de 6 meses después de la finalización del penúltimo tratamiento con platino.
- Respuesta al tratamiento con platino realizado para la última recaída.
- Al menos dos tratamientos con platino.
- Mutación en BRCA 1 y/o BRCA 2 (germinal o somática).

La indicación para las pacientes sin mutación BRCA no se encuentra financiada".

- LÍQUIDO ASCÍTICO POSITIVO PARA ADENOCARCINOMA.
- DETERMINACIÓN BRCA 1-2. **BRCA NEGATIVO**

MAYO 2019

3ª LÍNEA QT PALIATIVA

5 CICLOS
PACLITAXEL+CARBOPLATINO+BEVACIZUMAB

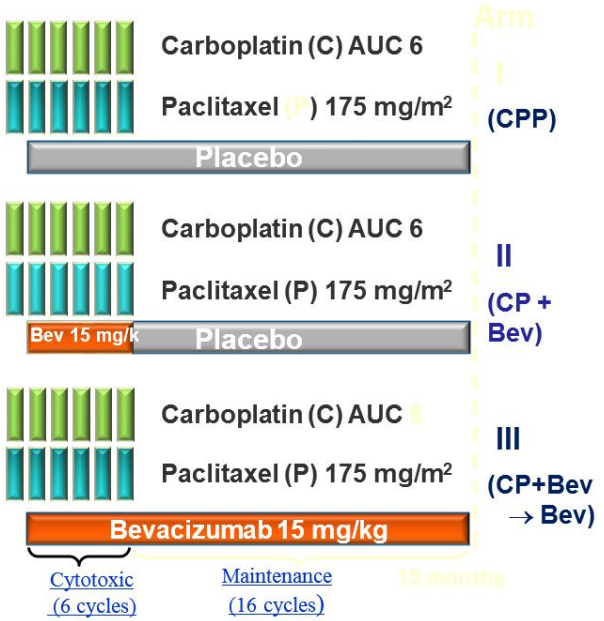
- TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN CA OVARIO: **BEVACIZUMAB 15 MG/KG/21D**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Incorporation of Bevacizumab in the Primary Treatment of Ovarian Cancer

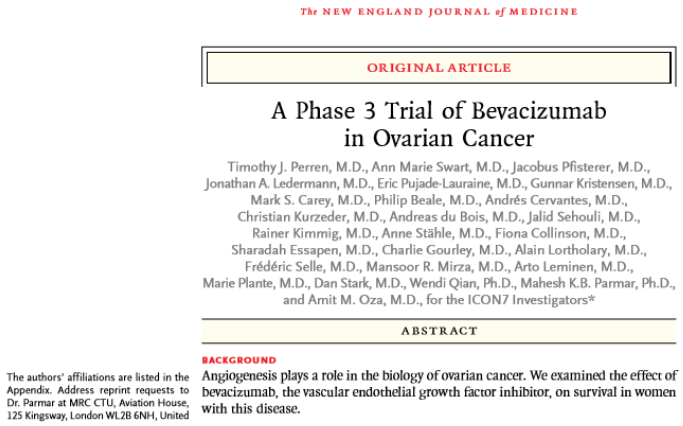
Robert A. Burger, M.D., Mark F. Brady, Ph.D., Michael A. Bookman, M.D., Gini F. Fleming, M.D., Bradley J. Monk, M.D., Helen Huang, M.S., Robert S. Mannel, M.D., Howard D. Homesley, M.D., Jeffrey Fowler, M.D., Benjamin E. Greer, M.D., Matthew Boente, M.D., Michael J. Birrer, M.D., Ph.D., and Sharon X. Liang, M.D., for the Gynecologic Oncology Group*



GOG 218 Burger et al. N Engl J Med 2011

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. EFICIENCIA DE DOSIS. ESTUDIO ICON7

BEVACIZUMAB 7,5 MG/KG/21D



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

A Phase 3 Trial of Bevacizumab in Ovarian Cancer

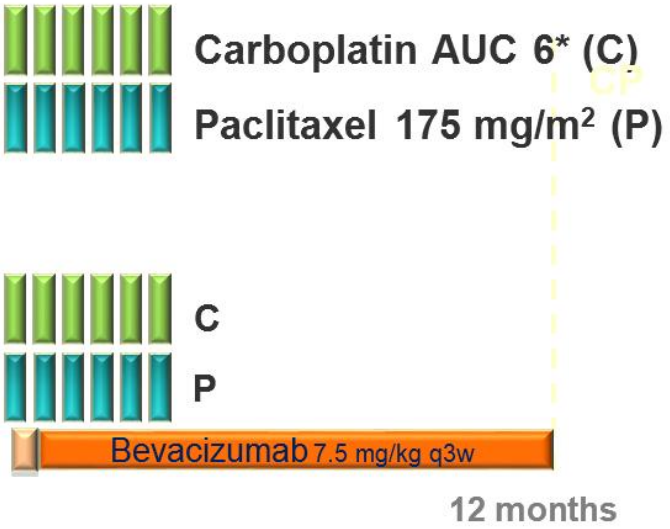
Timothy J. Perren, M.D., Ann Marie Swart, M.D., Jacobus Pfisterer, M.D., Jonathan A. Ledermann, M.D., Eric Pujade-Lauraine, M.D., Gunnar Kristensen, M.D., Mark S. Carey, M.D., Philip Beale, M.D., Andrés Cervantes, M.D., Christian Kurzeder, M.D., Andreas du Bois, M.D., Jalid Sehouli, M.D., Rainer Kimmig, M.D., Anne Stähle, M.D., Fiona Collinson, M.D., Sharadah Essapen, M.D., Charlie Gourley, M.D., Alain Lortholary, M.D., Frédéric Selle, M.D., Mansoor R. Mirza, M.D., Arto Leminen, M.D., Marie Plante, M.D., Dan Stark, M.D., Wendi Qian, Ph.D., Mahesh K.B. Parmar, Ph.D., and Amit M. Oza, M.D., for the ICON7 Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

Angiogenesis plays a role in the biology of ovarian cancer. We examined the effect of bevacizumab, the vascular endothelial growth factor inhibitor, on survival in women with this disease.

The authors' affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Parmar at MRC CTU, Aviation House, 125 Kingsway, London WL2B 6NH, United



ICON7 Perren et al. N Engl J Med 2012

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. EFICIENCIA DE DOSIS. ESTUDIO ICON7

	GOG-0218		ICON7	
Grade ≥3 AE, %	CP (N=601)	CPB15+ (N=607)	CP (N=763)	CPB7.5+ (N=746)
Hypertension (grade ≥2, both trials)	7.2	22.9	2.1	18.3
GI perforation/fistula/abscess (grade ≥2 for GOG-0218)	1.2	2.6	0.4	1.3
Proteinuria	0.7	1.6	0.1	0.5
Wound-healing complication (all grades for GOG-0218)	2.8	3.0	0.4	1.3

¿NUEVA RECAIDA?

- ACTUALMENTE CON BEVACIZUMAB DE MANTENIMIENTO
- VALORAR OPCIONES DE TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PARP
- ENSAYOS CLÍNICOS DE TRATAMIENTOS CON IPARP EN MONOTERAPIA TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS.

¡MUCHAS GRACIAS!

amaria.iglesias@salud.madrid.org