

ONCO.NEWS

Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa)
Estrada Interior Circunvalação, 6657 • 4200 - 177 Porto

DIRECTOR DE PUBLICAÇÃO

M. Jorge Freitas Almeida
Unidade de Investigação Clínica, IPO Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Castro
Oncologia Médica, IPO Porto
Castron3@sapo.pt

CONSELHO REDACTORIAL

Eunice Sá
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
esa@escl.pt

Deolinda Lopes Duarte
Gestão em Enfermagem, Lisboa
deolindadp@gmail.com

Ana Pinto Fonseca
Escola Superior de Enfermagem de Évora
afonseca@uevora.pt

Marta Barbosa
Hospital de Dia, IPO Porto
malu.rb@gmail.com

Esmeralda Barreira
Clínica do Pulmão, IPO Porto
merbp@clix.pt

CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

Catarina Rodrigues, Carina Pereira, Rui Medeiros,
Mário Dinis Ribeiro, Glória Gonçalves, João
Guterres; Sónia Novais; Ana Catarina Sanches
Infante; Sara Margarida Rodrigues Gomes.

COORDENADORES WORKGROUPS

- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Ana Paula Figueiredo
- DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO: Pedro Cardoso
- DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO: Ana Paula Moreira
- DOENTE COM CANCRO MAMA: Elisabete Valério
- DOENTE COM CANCRO PULMÃO: Susana Silva
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO: José Fernando Silva
- DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO: Rosa Romão

COORDENADOR PÁGINA WEB

Bruno Magalhães
Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

PERIODICIDADE

Trimestral

IMPRESSÃO

Tipografia Nunes, Lda

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

ÍNDICE

02 EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora da Revista

ARTIGOS

04 ENTREVISTA COM...

Cristina Pires de Lacerda, Enfermeira Directora do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil

07 AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A OCORRÊNCIA DE ANEMIA E O IMPACTO DA FADIGA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

Freitas J, Figueiredo AP, Santos M, et al.

15 CIRURGIA ONCOLÓGICA DA MAMA: SEROMA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Sara Margarida Rodrigues Gomes

21 DOR IATROGÉNICA E SUA PREVENÇÃO EM ONCOLOGIA

Ana Catarina Sanches Infante

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 28 PRÉMIO DE EXCELÊNCIA 2010 AEOP/PFIZER • LINHAS DE CONSENSO PARA UMA MELHOR ESTRATÉGIA: ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA ORAL NO CANCRO DA MAMA • PROJECTO EDUCAR E PREVENIR • ENCONTROS DA PRIMAVERA 2011 • PARCERIA AEOP/PULMONALE • 4ª REUNIÃO NACIONAL AEOP

INVESTIGAÇÃO

- 30 PROGRAMA NACIONAL PIGART: PATIENT INFORMATION ABOUT GIST AND RENAL CARCINOMA TREATMENT

TARGET: INICIATIVA EDUCACIONAL DA EONS PARA ENFERMEIROS

ESTUDO POSER: PORTUGUESE OBSERVATIONAL STUDY OF EMETIC RISK

ESTUDO CTE: CAPECITABINE TOXICITY EVALUATION

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

- 36 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

INDEXANTES:



Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal



EBSCOhost databases are the most-used, premium online information resources for tens of thousands of institutions worldwide, representing millions of end-users.



A AEOP é membro efectivo da EONS

Onco.news dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, biologia molecular e patológica, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico. Toda a informação sobre a revista poderá ser encontrada em www.aeop.net.

Face aos progressos que constantemente surgem na área da saúde, e muito particularmente na área da Oncologia, estamos obrigados a manter uma constante actualização de conhecimentos. Todos os dias surgem novas técnicas de diagnóstico, inventam-se novas terapêuticas e surgem novas orientações de melhor fazer, pelo que é de todo necessário que os Enfermeiros em oncologia invistam algum do seu tempo na actualização de conhecimentos. De forma a promover essa actualização, a Onco.News espera iniciar este novo ano com uma edição que satisfaça os critérios mais exigentes. Até porque os anos têm provado que a verdade que hoje aceitamos pode não o ser amanhã. O nosso saber de hoje não é único nem o definitivo, necessitando por isso de constantes remodelações na forma de o perspectivar.

No entanto, para que a nossa prática clínica seja valorizada, seria importante iniciar os projectos que temos agendados para este ano com um único pensamento – fundamentar a prática na evidência. Por outras palavras, definir e reflectir sobre o que efectivamente consideramos essencial alterar na nossa prática clínica e, posteriormente, de forma fundamentada e documentada, apresentar os resultados que se obtiverem. Só percorrendo este caminho podemos validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem a sua aplicação. A prática de Enfermagem estruturada e baseada nas evidências ajuda a solidificar a nossa posição, promover a qualidade dos serviços de saúde, diminuir custos operacionais e elevar a qualidade de vida dos nossos doentes com cancro. Mas para que este esforço seja efectivo e válido, mais uma vez relembro a necessidade de partilhar os resultados obtidos, tal como fizeram tantos outros enfermeiros nos diferentes artigos já publicados nesta revista.

Nesta edição de Inverno, publicamos uma entrevista com Cristina Pires de Lacerda, Enfermeira

Directora do IPO de Lisboa, que nos fala um pouco da sua realidade profissional e das suas expectativas. E publicamos três artigos de temáticas diferentes: um sobre a prevenção da dor em oncologia, outro sobre a problemática da nossa intervenção no seroma da mama e o terceiro referente a um estudo realizado em Portugal sobre a Fadiga nos doentes em tratamento com quimioterapia, cujos resultados, obtidos a partir de uma amostra de 200 doentes, nos traçam uma fotografia nacional sobre este sintoma, tão importante para os nossos doentes em termos de impacto na sua vida diária. Trata-se do primeiro estudo nacional sobre a matéria e é o resultado do primeiro estudo investigacional promovida pela AEOP.

Aproveito para informar que uma das decisões da última reunião da Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica (EONS), onde a AEOP tem assento, recaiu sobre a possibilidade de todos os associados activos da nossa organização passarem a pertencer também à EONS como associados e, como tal, passarem a beneficiar de um conjunto de actividades projectadas por esta organização. Posteriormente daremos informação mais concreta sobre esta questão.

Das próximas actividades da AEOP, queria salientar a nossa participação, já habitual, nos Encontros da Primavera em Évora, que este ano decorre no Hotel Évora nos dias 31 de Março a 3 de Abril, e lembrar que a realização da 4.^a Reunião Nacional da AEOP, em Coimbra, entre 3 e 4 de Junho, conta com a participação de todos. Está disponível no nosso site o regulamento de apresentação de trabalhos, que este ano apresenta algumas alterações. Toda a informação está disponível em www.aeop.net. Como mote para alguns destes trabalhos, convidamos todos os que trabalham em Enfermagem Oncológica a perceberem que a prática baseada em evidências é um processo de descoberta,

avaliação e aplicação de aspectos científicos aos problemas vivenciados no nosso quotidiano. Como tal o investimento nesta área permite contribuir para a construção de um corpo de conhecimento próprio, e proporciona melhorias e enriquecimento das práticas. Teremos uma divisão entre trabalhos de investigação e trabalhos que reflectam as nossas práticas. Marquem nas vossas agendas a nossa Reunião. Em 3 e 4 Junho, todos em Coimbra!

Bom ano para todos. Contamos convosco em 2011 para continuarmos a aumentar a qualidade da nossa actividade associativa.



Mónica Castro
Coordenadora da Revista
(castron3@sapo.pt)





Cristina Pires de Lacerda*, em entrevista à ONCO.NEWS

**“ONCOLOGIA
NECESSITA DE
ENFERMEIROS
COM FORMAÇÃO
ESPECÍFICA”**

*Enfermeira Directora do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, EPE. CESE Saúde do Idoso e Geriátrica; Pós-graduação em Gestão dos Serviços de Saúde pelo ISCTE (INDEG).

[ONCO.NEWS] – Como está organizada a gestão dos cuidados de enfermagem no IPO de Lisboa?

[CRISTINA LACERDA] – A nível de gestão de topo, torna-se imperativo que as escolhas feitas e a determinação de necessidades em cuidados de enfermagem sejam precedidas de avaliação de custos, no sentido de obter ganhos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados. Assim, a gestão terá que ter um conhecimento aprofundado relativamente aos factores que condicionam toda a prática que se desenvolve nas diversas unidades de saúde hospitalar, bem como as técnicas mais adequadas para o seu exercício.

Determinar os rácios enfermeiros/doentes numa Instituição como o IPOLFG é uma situação complexa que tem de ter em conta vários aspectos tais como: características dos doentes; intensidade da unidade e dos cuidados no

que respeita a admissões, altas, transferências, volume de trabalho; contexto da dispersão geográfica dos doentes, tamanho e disposição das unidades dos doentes, tecnologia disponível (bips, computadores, bombas perfusoras, seringas infusoras, etc.); nível de perícia dos enfermeiros. Curva de aprendizagem individual e de grupo dos enfermeiros, consistência, continuidade e coesão do grupo de enfermeiros, controle do exercício profissional; expectativas profissionais; preparação e experiência; acesso a formação contínua.

O IPOLFG é um hospital antigo, construído em 1923, cuja estrutura física se encontra em remodelação para podermos dar uma resposta adequada aos actuais cuidados de saúde pretendidos. O tipo de doentes aqui atendidos é do foro oncológico (crianças, adultos e idosos) com todas as modalidades de tratamento (cirurgia, medicina, transplante, radioterapia).

pia, quimioterapia, cuidados intensivos, serviços ambulatoriais, serviços domiciliários e cuidados paliativos integrados) em fase de diagnóstico, tratamento agudo, crónico, paliativo e de follow-up. Temos uma lotação de 285 camas e a nossa área de abrangência é toda a zona Sul do País, Ilhas e PALOPS. Entre Janeiro e Outubro deste ano tivemos um total de 9927 doentes entrados. Actualmente o nosso

grupo de enfermeiros é muito jovem (idade média 30,2 anos) e maioritariamente do sexo feminino. Apenas nos últimos anos tem diminuído a rotação de enfermeiros permitindo assim uma estabilidade a nível dos serviços. Os cuidados de enfermagem neste hospital estão organizados por unidades de enfermagem afectas a serviços. Apostamos na formação contínua dos nossos profissionais tendo um enfermeiro formador afecto a cada uma destas unidades. Esta Instituição também serve de campo de estágio para enfermeiros do curso base, especialidades, mestrados e doutoramentos.

Utilizamos o Sistema de Classificação de Doentes do IGIF para determinar a afectação de pessoal de enfermagem necessário. Os rácios enfermeiros/doentes aqui utilizados estão de acordo com os rácios legislados e implementados na Califórnia (EUA) e em Victoria (Austrália) em 2004. (Medicina/Cirurgia – 1:5; Bloco Operatório três enfermeiros por sala; recobro pós anestésico – 1:2). Pretendemos ter rácios adequados de forma a tornar o nosso hospital seguro para doentes e profissionais.

Sabemos que ainda temos um grande caminho a percorrer, no entanto a nossa linha estratégica actual baseia-se essencialmente no desenvolvimento de quatro factores: melhoria das nossas infra-estruturas; fazer a retenção e qualificação dos nossos enfermeiros; ter recursos

«Actuamos numa área em que a racionalização das medidas implementadas tem de ser o garante da qualidade dos serviços»

tecnológicos adequados à realidade; melhorar a comunicação a nível interno e externo.

Promovemos a colaboração com diversas escolas de enfermagem, estabelecemos protocolos com a Ordem dos Enfermeiros, baseamo-nos em instrumentos de gestão para medir quer a quantidade quer a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Temos consciência que actuamos numa área em que a racionalização das medidas implementadas, tem de ser o garante da

qualidade dos serviços que se oferece ao cidadão. Tal como nos diz o International Council of Nurses (ICN) no seu Position Statement on Socio-Economic Welfare of Nurse (2004): “A vitalidade de uma nação depende da qualidade de saúde dos seus cidadãos. O direito ao acesso dos cuidados de saúde foi internacionalmente reconhecido e é dependente da existência de profissionais em número adequado devidamente treinados e instruídos e da capacidade dos serviços de saúde os reterem enquanto activos no seu local de trabalho.”

A Oncologia obriga a termos enfermeiros com formação específica?

Em minha opinião a Oncologia necessita de enfermeiros com formação específica. Trabalho há 24 anos no Instituto Português de Oncologia. Tendo já passado por vários serviços, em todos eles senti necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências em diversas áreas da Oncologia. A Oncology Nursing Society (ONS) americana fez um documento sobre Oncology Clinical Nurse Specialist Competences (2008) onde se demonstra que as competências específicas da enfermagem oncológica se desenvolvem ao nível de três esferas distintas: na organização dos cuidados a nível do doente; a nível da enfermagem e dos cuidados de enfermagem; a nível da organização/sistema de saúde.

O especialista em enfermagem oncológica deve ser um especialista clínico que advoga (defende) o doente oncológico e providencia cuidados directos a pacientes com problemas complexos relacionados quer com o diagnóstico quer com a doença oncológica. Este especialista tem de trabalhar para melhorar a eficiência e o custo dos cuidados, reflectindo-se também em benefícios em saúde para os doentes, desenvolvendo a prática de enfermagem, influenciando a organização e o sistema de cuidados prestados. Diariamente produzimos muitos dados que raramente utilizamos, o especialista em enfermagem oncológica deve utilizar estes dados e trabalhar com a evidência baseada na prática para permitir mudanças positivas na saúde e nos cuidados prestados a utentes com um passado, presente ou potencial diagnóstico de cancro.

A nível da enfermagem e dos cuidados de enfermagem, o especialista deve contribuir para os avanços na prática da enfermagem oncológica melhorando os resultados resultantes das intervenções de enfermagem, actualizando-se e melhorando as normas e os “standards” da prática da enfermagem oncológica.

Nas organizações e sistemas de saúde, este especialista influencia-os, articulando os contributos dos cuidados e actos de enfermagem como um defensor da enfermagem profissionalizante. Para melhorar os resultados devido aos cuidados de enfermagem em doentes com cancro, este enfermeiro especialista deve ser líder, ter conhecimentos e destreza para influenciar as mudanças no sistema que promovam a melhor prática de enfermagem oncológica para aperfeiçoar a qualidade e os custos efectivos dos resultados. Estes especialistas lideram a enfermagem e outros grupos interprofissionais para implementar programas inovadores a doentes oncológicos tendo em consideração as necessidades dos doentes através de um continuum de cuidados.

Em Setembro de 2008 a ONS tinha 910 enfermeiros especialistas em oncologia clínica. Esta especialidade não é ainda reconhecida em Portugal nem noutros Países Europeus. Compete-nos a todos demonstrar a importância que esta especialidade tem para os profissionais que

lidam com estes doentes e para todos os cidadãos que tiveram, têm e podem vir a ter uma doença oncológica.

Que e como investigar em enfermagem? Com as limitações actuais, é possível?

O que e como investigar em enfermagem depende de como cada Instituição está organizada e da importância que é dada à investigação. O ICN definiu duas áreas prioritárias para a investigação em enfermagem: Saúde e Doença e como Administrar Cuidados de Saúde. Para mim a investigação deve gerar o conhecimento para desenvolver a prática de enfermagem, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados em saúde resultantes do custo efectivo das intervenções de enfermagem.

Actualmente, em parceria com a Ordem dos Enfermeiros, temos desenvolvido trabalhos de investigação com o objectivo de termos indicadores de qualidade resultantes das actividades de enfermagem. Estamos também a fazer um esforço para melhorarmos o nosso sistema de comunicação com a introdução da linguagem CIPE (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem) e com a informatização dos registos de enfermagem para tornar os trabalhos de investigação mais fáceis de executar. Claro que para fazer todos estes trabalhos temos contado com o esforço colectivo de todos os profissionais bem como com professores de Escolas Superiores de Enfermagem e outros profissionais de Enfermagem de outras Instituições que conosco têm colaborado.

Fazer investigação em Enfermagem em Portugal não é fácil, pois a maior parte da investigação realizada por estes profissionais é mais no âmbito académico que no âmbito profissional. Os nossos enfermeiros são cada vez mais instruídos, sendo detentores de títulos académicos de “Mestre” ou mesmo “Doutorados”. Assim, acredito que na próxima década se desenvolva mais a investigação relacionada com a prática. Mesmo com as actuais limitações parece-me ser possível fazer investigação em enfermagem em Portugal. A ligação com as ESEs é desejável, desde que se desenvolvam parcerias

onde haja intersecção das necessidades das Escolas e das necessidades das Instituições para contribuir para a melhoria das práticas e para o desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem.

Qual a importância da gestão intermédia dos serviços e qual o seu papel na política institucional?

Para mim a gestão intermédia dos serviços é primordial pois é ela que dá o suporte aos profissionais que prestam directamente cuidados aos utentes consumidores de cuidados de saúde. A tendência dos últimos anos a nível das organizações de saúde é a adopção de estruturas organizacionais achatadas, de forma a reduzir os custos associados aos diferentes níveis de gestão e tornar a tomada de decisão mais eficiente e eficaz. Segundo Quinn (1996), autor com o qual concordo, a estrutura das organizações de saúde deve ser a de pirâmide invertida pois os profissionais da linha da frente são os que detêm mais conhecimentos para satisfazerem as necessidades dos cidadãos.

Hoje a Ordem dos Enfermeiros preconiza a implementação de metodologia na defesa de cuidados seguros. Qual o nosso papel e como se pode organizar o IPO na sua implementação?

Gostaria primeiro de clarificar o que são dotações seguras. Para a Federação Americana de Professores (1995), as dotações seguras significam que está sempre disponível uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de aptidões, no sentido de assegurar a ida ao encontro das necessidades dos doentes e a manutenção de condições isenta de riscos. As dotações seguras devem indicar o número máximo de doentes a serem atribuídos a um enfermeiro. Há vários factores que se deverão ter em ponderação na implementação de dotações seguras: o turno, a unidade de cuidados, as alterações na acuidade dos doentes, a planta do serviço, a tecnologia existente bem como a evolução da perícia dos enfermeiros que constituem a equipa. Assim sendo, trata-se de um processo complexo e dinâmico que deverá ser sustentado por instrumentos que

possam efectivamente calcular os níveis de dotação apropriados e de combinação de pessoal tendo em conta o nível de perícia atingida pela equipa. O nosso papel enquanto enfermeiros é lutarmos para que as dotações dos nossos serviços sejam as mais adequadas, baseadas nestas variáveis. O IPOLFG utiliza o sistema de classificação de doentes e tem estado envolvido, em parceria com a Ordem dos Enfermeiros, no projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Baseados nestes instrumentos, conhecendo bem os serviços e os enfermeiros (que no nosso caso são maioritariamente muito jovens e com pouca experiência), tentamos ter dotações apropriadas.

Com novas realidades na gestão hospitalar, em que se privilegiam os Gestores, na sua opinião, qual o papel e o posicionamento do eEnfermeiro Director no futuro, nas administrações?

Esta pergunta não é fácil de responder pois o cargo de Enfermeiro Director foi num passado bem recente apenas um cargo consultivo, e não executivo como actualmente é. Existem actualmente dois cargos obrigatórios no Conselho de Administração que são o de Enfermeiro Director e o de Director Clínico, sendo os outros três vogais de áreas não clínicas, habitualmente Administradores Hospitalares. Actualmente o Enfermeiro Director é designado por despacho do Secretário Regional dos Assuntos Sociais, sob proposta do presidente do Conselho de Administração, em comissão de serviço, por um período de três anos, com funções definidas em Diário da República. Na última década, têm havido mudanças quer na constituição dos Conselhos de Administração quer nas suas funções e atribuições. Considero que, tal como no passado, o posicionamento futuro do Enfermeiro Director nas administrações vai essencialmente depender dos decisores políticos e das estratégias por eles adoptadas.

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A OCORRÊNCIA DE ANEMIA E O IMPACTO DA FADIGA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

Freitas J¹, Figueiredo AP¹, Santos M¹, Valério E², Gomes MA², Sousa C³, Reis D³, Silva JM³, Pinheiro M⁴, Ramada D⁴, Pereira A⁵, Monteiro A⁵, Costa E⁶, Ribeiro A⁶, Coelho C⁷, Teixeira V⁷, Alves E⁸, Mendes I⁹, Bicho M¹⁰

¹Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (Serviço de Oncologia Médica Piso 3), Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal; ²Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (Clínica da Mama), Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal; ³Clínica de Santo António (Hospital de Dia de Oncologia), Avenida dos Hospitais Cívicos de Lisboa, n.º 8, 2724-002 Amadora, Portugal; ⁴Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (Serviço de Oncologia Médica Piso 4), Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal; ⁵Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (Hospital de Dia), Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal; ⁶Hospital Pedro Hispano (Hospital de Dia), Rua Dr. Eduardo Torres, 4454-509 Matosinhos, Portugal; ⁷Hospital Garcia de Orta (Serviço de Hemato-Oncologia), Avenida Torrado Silva, 2805-267 Almada, Portugal; ⁸Hospital de Santa Maria (Unidade de Pneumologia), Avenida Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa, Portugal; ⁹Hospital de São Bernardo (Hospital Dia Oncologia), Rua Camilo Castelo Branco, Apartado 140, 2910-446 Setúbal; ¹⁰Hospital de Faro (Hospital de dia de Oncologia), Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro, Portugal.

O aumento da fadiga em doentes com cancro tem sido correlacionado com o desenvolvimento de anemia induzida pela quimioterapia (AIQ). Existe informação escassa acerca da proporção de doentes oncológicos portugueses que desenvolvem AIQ, assim como acerca do seu tratamento. Este estudo pretendeu avaliar o impacto da AIQ e do seu tratamento na qualidade de vida (QoL) dos doentes oncológicos portugueses. Pretendeu também caracterizar as opções terapêuticas para a anemia nestes doentes.

METODOLOGIA: Estudo observacional, prospectivo e multicêntrico em doentes oncológicos Portugueses a efectuarem tratamento com quimioterapia em 10 centros representativos da população Portuguesa. Os dados recolhidos até ao final dos ciclos de quimioterapia incluíram os níveis de hemoglobina (Hb), regimes de quimioterapia, desenvolvimento da anemia, tratamento da anemia e QoL [determinada através da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F)]. Foi utilizada a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para classificar o grau de anemia: Grau I (Hb: 9,5 – 10,9 g/dl), Grau II (Hb: 8,0 – 9,4 g/dl), Grau III (Hb: 6,5 – 7,9 g/dl) e Grau IV (Hb: < 6,5 g/dl).

RESULTADOS: Foram analisados 211 doentes [idade média 56 ± 12 (DP) anos; 67% mulheres]. Destes, 36% desenvolveram AIQ, com um impacto negativo significativo na sua QoL. Dos doentes com AIQ apenas 32% efectuaram tratamento para a anemia. O tratamento da anemia melhorou, na generalidade, a sua QoL, contudo, o seu efeito depende do tipo de tratamento escolhido. Em monoterapia, os maiores aumentos nos níveis de Hb e na QoL relacionada com a fadiga foram alcançados quando foram utilizados agentes estimuladores da eritropoiese (AEE). A principal opção de tratamento nos doentes com níveis mais baixos de Hb foi a transfusão sanguínea, que se verificou vir a reduzir ainda mais a QoL dos doentes.

CONCLUSÕES: Este estudo demonstrou que somente uma pequena proporção de doentes oncológicos Portugueses que desenvolveram anemia induzida por quimioterapia foi tratada. A intervenção mais frequente no tratamento de doentes Portugueses com anemia induzida por quimioterapia foram os agentes estimuladores da eritropoiese que aumentaram os seus níveis de hemoglobina e melhoraram a sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia; cancro; eritropoietina; qualidade de vida; agentes estimuladores da eritropoiese.

ABSTRACT: The increase of fatigue in cancer patients has been correlated with the development of chemotherapy-induced anaemia. There is a lack of information concerning the proportion of Portuguese cancer patients under chemotherapy that develop anaemia and concerning its management. This study aims to evaluate the impact of chemotherapy-induced anaemia and treatment in the quality of life of Portuguese cancer patients. Secondly, we intend to characterize anaemia treatment options in those patients.

METHODS AND SAMPLE: Multicenter, prospective, observational study in cancer patients receiving chemotherapy in 10 centers representative of the Portuguese population. Malignancies types, disease stage, concomitant diseases and medication, hemoglobin levels, and quality of life [determined using the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F)], were collected every week up to the end of the chemotherapy cycles. **KEY RESULTS:** 36% of patients developed chemotherapy-induced

anaemia, which had a significant negative impact in their quality of life, and only a minor proportion of those were treated for anaemia (32%). Anaemia treatment generally improved their quality of life. Nevertheless, its effect depended on the intervention chosen. Greatest increases in hemoglobin levels and quality of life related to fatigue were found when treated with erythropoiesis stimulating agents. The primary option in patients with the lowest levels of hemoglobin was blood transfusion which was found to reduce even more the patients'

quality of life. **CONCLUSIONS:** Chemotherapy-induced anaemia was found in a considerable proportion of Portuguese cancer patients; however anaemia seemed to be under-treated even considering the most recent guidelines recommendations.

KEY-WORDS: Anemia, cancer, erythropoietin, quality of life; erythropoiesis-stimulating agents.

INTRODUÇÃO

A fadiga está entre as complicações mais frequentes e mais graves nos doentes oncológicos, resultando numa diminuição maior e mais prolongada da qualidade de vida dos doentes, comparativamente aos outros efeitos secundários frequentes do tratamento oncológico.¹⁻⁴ Adicionalmente, a fadiga relacionada com o cancro é uma doença complexa e multifactorial, com dimensões físicas, mentais e psicológicas.^{5,6} Diversos estudos demonstraram que um dos factores que mais contribui para o aumento da intensidade da fadiga é a anemia, cuja gravidade depende da extensão da doença e da intensidade do tratamento efectuado.⁶⁻⁸

Estudos de prevalência demonstraram que a fadiga relacionada com o cancro está sub-reconhecida e subtratada, ocorrendo, no mínimo, nalguns dias em cada mês em 76% dos doentes tratados com quimioterapia, tendo sido relatada a sua ocorrência diária em 32% dos doentes tratados nos Estados Unidos e em 24% dos doentes tratados na Irlanda.⁹ De acordo com um estudo, mesmo quando consideramos que os doentes têm alguma responsabilidade em reportar a sua fadiga ao médico e aos enfermeiros, os clínicos dedicam geralmente pouco tempo a discutir a anemia e a fadiga relacionadas com o cancro com os seus doentes, utilizando para tal geralmente menos de um minuto e efectuando normalmente uma única pergunta sobre fadiga.¹⁰ Adicionalmente, a abordagem à fadiga exige avaliação e tratamento apropriados. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde tem vindo a ser assumida como um parâmetro de extrema importância que permite a caracterização de patologias e de populações de doentes, assim como o impacto de determinados factores e terapêuticas no quotidiano dos doentes.¹¹

Muitos estudos têm avaliado a fadiga e a qualidade de vida em doentes tratados com quimioterapia através de uma escala reconhecida e validada – a *Functional Assessment of Cancer-Related Fatigue (FACT-F)* – inicialmente descrita por Yellen et al, que permitiu aos investigadores demonstrarem que níveis baixos de hemoglobina (Hb) estavam associados a uma maior fadiga e pior qualidade de vida.¹² Esta escala demonstrou ser de confiança e uma medida válida da qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes oncológicos, com especial atenção na anemia e na fadiga.¹¹⁻¹³

Foram publicadas revisões acerca do tratamento da fadiga relacionada com o cancro, nomeadamente estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento da fadiga.^{3,14} Adicionalmente, as *National Comprehensive Cancer Network Fatigue Practice Guidelines (NCCN)* identificaram os principais factores que contribuem para a fadiga relacionada com o cancro.¹⁵

Um dos desafios mais importantes em doentes oncológicos é o tratamento da anemia induzida pela quimioterapia (AIQ).¹⁶ Historicamente, o tratamento da AIQ tem sido efectuado de modo conservador e os ensaios clínicos efectuados reportavam unicamente a incidência da AIQ mais grave porque as manifestações fisiológicas só eram reconhecidas quando os níveis de Hb desciam abaixo dos 10 g/dl. Neste caso, o tratamento principal era a transfusão de glóbulos vermelhos (sanguíneas). Tradicionalmente, a AIQ ligeira a moderada era tratada com base na percepção de ser clinicamente pouco importante e, sem alternativa à transfusão, o tratamento era geralmente evitado.² Actualmente, diversos estudos sublinharam a prevalência, gravidade e opções terapêuticas da AIQ, tendo demonstrado que a anemia mais ligeira (Hb: 10-12 g/dl) também tem consequências funcionais.^{9,11-12,16-18} Uma vez que a anemia relacionada com o cancro pode resultar de diversos factores, o tratamento deve ser individualizado e acompanhado pelo tratamento dos défices nutricionais. As opções terapêuticas disponíveis e recomendadas para a AIQ podem contribuir para uma maior tolerabilidade à quimioterapia, que se irá reflectir numa melhor qualidade de vida nos doentes com cancro.^{19,20} As opções terapêuticas no tratamento da AIQ incluem agentes estimuladores da eritropoiese, transfusões sanguíneas, suplementos de ferro (em doentes com deficiência de ferro absoluta ou funcional) e a combinação destas terapêuticas. Apesar da qualidade do fornecimento de sangue e do processo transfusional terem melhorado muito nas últimas décadas, ainda se verificam problemas com as transfusões sanguíneas, que incluem a disponibilidade de *stocks*, os custos de internamento, a inconveniência para o doente e as preocupações relacionadas com as elevadas taxas de mortalidade e morbidade após transfusões e com piores resultados clínicos.^{18,21-24} As recomendações da *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* aconselham

o tratamento da AIQ com agentes estimuladores da eritropoiese para aumentar os níveis de Hb, reduzindo o número de transfusões necessárias e melhorando a qualidade de vida dos doentes oncológicos.²¹ Os agentes estimuladores da eritropoiese, incluindo a darbepoetina alfa, podem ultrapassar alguns dos problemas associados às transfusões sanguíneas e demonstraram ser eficientes no tratamento da AIQ ao alcançarem um aumento sustentado dos níveis de Hb na maioria dos doentes tratados, uma redução significativa na necessidade de transfusões sanguíneas e na melhoria da qualidade de vida.²⁵ Não é este o caso das transfusões sanguíneas, que só melhoram transitariamente os níveis de Hb.^{21,26,27}

Actualmente, existe informação escassa acerca da proporção de doentes Portugueses com AIQ e sobre o seu tratamento. O objectivo deste estudo foi avaliar o impacto da AIQ e do seu tratamento na qualidade de vida dos doentes oncológicos Portugueses. Adicionalmente, este estudo observacional pretendeu caracterizar as opções terapêuticas para a AIQ nesta população.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Estudo observacional, prospectivo e multicêntrico, em doentes oncológicos Portugueses a efectuarem tratamento com quimioterapia. Os doentes foram incluídos em 10 centros oncológicos, bem distribuídos e representativos da população Portuguesa. Os objectivos principais do estudo consistiram na avaliação da ocorrência de anemia e do seu impacto na fadiga e no tratamento proporcionado ao longo de um período mínimo de tratamento de 12 semanas. Os objectivos secundários avaliaram o impacto da administração de agentes estimuladores da eritropoiese e/ou de transfusões sanguíneas na fadiga dos doentes ao longo de um período mínimo de tratamento de 12 semanas.

Todos os procedimentos estiveram em conformidade com a regulamentação local, a recolha de dados foi aprovada pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, tendo sido recolhido o consentimento informado de todos os participantes. O promotor do estudo foi a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP).

Doentes

Os doentes elegíveis tinham uma idade mínima de 18 anos, diagnóstico de tumores sólidos ou hematológicos (cancro da mama, pulmão, ginecológico, colo-rectal e linfomas) e estavam a iniciar a quimioterapia planeada para o mínimo de 12 semanas consecutivas.

Os doentes foram recrutados antes de a quimioterapia ser iniciada (visita no *baseline*). Foram recolhidos os dados acerca das neoplasias elegíveis, estadios da doença, patologias concomitantes, medicação e níveis de Hb. Os doentes que, no *baseline*, tivessem feito pelo menos um ciclo de quimioterapia nos 6 meses anteriores foram excluídos.

Os dados dos doentes foram recolhidos desde a data da inclusão até 16 semanas dos ciclos de quimioterapia. Estes dados incluíram medidas demográficas e clínicas: idade, sexo, tipo de tumor (consoante o código do *International Classification of Diseases [ICD]-9*), níveis de Hb, regime de quimioterapia, desenvolvimento de AIQ e tratamento da AIQ. Adicionalmente, a qualidade de vida, determinada através do questionário *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F)* foi preenchida semanalmente por cada doente até ao final dos ciclos de quimioterapia.

A definição de anemia foi Hb < 11,0 g/dl, tendo sido categorizada de acordo com os critérios de classificação da Organização Mundial de Saúde [(Hb, g/dl): Grau I (9,5–10,9), Grau II (8,0–9,4), Grau III (6,5–7,9) e Grau IV (< 6,5)].

Métodos estatísticos

Os dados foram analisados com o programa SPSS 12.0 para o *Windows*. Foram utilizadas estatísticas descritivas para explorar as características populacionais e as concentrações de Hb no *baseline*. As diferenças entre grupos foram examinadas com testes *t* (para as proporções) ou testes de Mann-Whitney (para as variáveis contínuas).

RESULTADOS

Características da amostra

Foram incluídos 10 centros e 230 doentes com cancro. Foram analisados 211 doentes [idade média 56 ± 12 (DP) anos; 67% mulheres] de 10 centros Portugueses. As razões para a exclusão de doentes incluíram

doentes com diagnósticos ou tratamentos inconsistentes, sem dados após a inclusão e perda de questionários FACT-F. A distribuição das neoplasias dos doentes analisados encontra-se na Figura 1. A maioria dos doentes tinha cancro da mama (48%) e do pulmão (25%). Foram também incluídos doentes com cancro colo-rectal (17%), ginecológico (6%) e linfomas (4%).

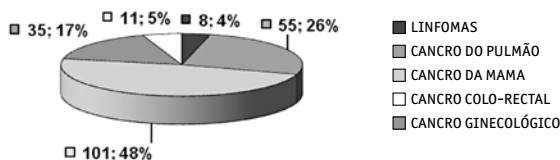


Figura 1: Proporção de doentes com diferentes tipos de neoplasias incluídos neste estudo (numero de doentes; % de doentes).

Anemia induzida pela quimioterapia

Durante as 16 semanas de quimioterapia 76 (36%) dos 211 doentes avaliados desenvolveram anemia em, pelo menos, uma avaliação. Quando analisados por tipo de neoplasia, quase metade (48,7%) dos doentes com AIQ tinha de cancro da mama, 25,0% cancro do pulmão, 15,8% cancro colo-rectal, 7,9% cancro ginecológico e 2,6% de linfomas.

De acordo com o observado na Figura 2, a maior incidência de anemia de acordo com o tipo de neoplasia foi observada nos doentes com cancro ginecológico, com mais de metade destes doentes a desenvolverem anemia (55%). Por outro lado, os doentes com linfomas apresentaram a proporção mais baixa de doentes anémicos (25%). A grande maioria dos doentes que desenvolveram anemia durante os ciclos de quimioterapia apresentou anemia de grau I (79%). Contudo, foram também detectados casos mais graves de AIQ [grau II (19%) e grau III/IV (2%)].

Para avaliar o impacto da AIQ na qualidade de vida dos doentes oncológicos, foram determinadas as pontuações médias do índice FACT-F que revelaram que o desenvolvimento de anemia de grau I levou a uma diminuição significativa da qualidade de vida dos doentes ($P < 0,05$). Nos doentes com anemia moderada (grau II), não se verificou uma redução significativa nas pontuações da FACT-F devido ao baixo número de casos detectados.

Tratamento para a anemia induzida pela quimioterapia

Apesar da elevada frequência do desenvolvimento de anemia nos doentes em quimioterapia, só 32% destes doentes efectuaram tratamento para a anemia. Estes doentes apresentavam níveis mais baixos de Hb ($10,05 \pm 1,01$ g/dl) do que os doentes que não foram tratados ($10,40 \pm 0,49$ g/dl).

Quando as opções terapêuticas para a anemia foram analisadas, verificou-se que tanto o tratamento em monoterapia como as combinações foram efectuadas conforme descrito na Figura 3. A maioria dos doentes foi tratada em monoterapia, principalmente com agentes estimuladores da eritropoiese (42%) e, neste caso, foram efectuadas, em média, duas administrações. Contudo, houve também alguns doentes anémicos que receberam transfusões sanguíneas (25%; média de 1,5 administrações) ou suplementos de ferro (17%; média de 1,5 administrações). A terapêutica combinada foi utilizada em menos casos: 8% com agentes estimuladores da eritropoiese e transfusões sanguíneas; 4% com transfusões sanguíneas e suplementos de ferro; 4% com combinação tripla de agentes estimuladores da eritropoiese, transfusões sanguíneas e suplementos de ferro.

Os níveis de Hb medidos antes do tratamento para a anemia no grupo dos doentes tratados para a anemia foram bastante heterogéneos, conforme pode ser observado na Figura 4. Os doentes submetidos a um tratamento em monoterapia apresentaram níveis médios de Hb mais elevados do que os submetidos aos regimes em combinação. Além disso, os doentes que receberam transfusões sanguíneas apresentavam níveis de Hb inferiores no *baseline* estatisticamente significativos comparativamente aos doentes tratados com agentes estimuladores da eritropoiese ($9,25 \pm 0,77$ g/dl vs. $10,26 \pm 0,53$ g/dl, respectivamente; $P < 0,05$).

As opções terapêuticas para a AIQ foram avaliadas e descobriu-se que os níveis médios de Hb após o final do tratamento eram superiores nos doentes medicados com agentes estimuladores da eritropoiese ($11,19 \pm 0,38$ g/dl; $n=7$; todos tratados com darbepoetina alfa), quando comparados com os doentes que receberam transfusões sanguíneas ($9,40 \pm 0,55$ g/dl) ou com os doentes que receberam suplementos de ferro ($9,8 \pm 0,02$ g/dl). Da mesma forma, é importante realçar que o

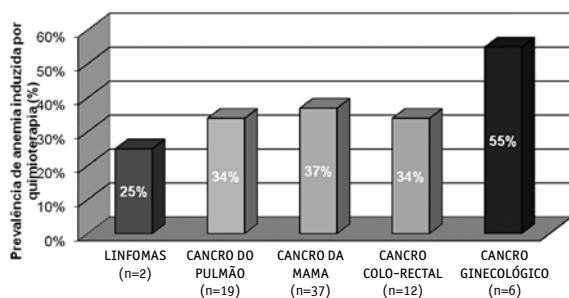


Figura 2: Prevalência de anemia induzida pela quimioterapia de acordo com o tipo de neoplasia.

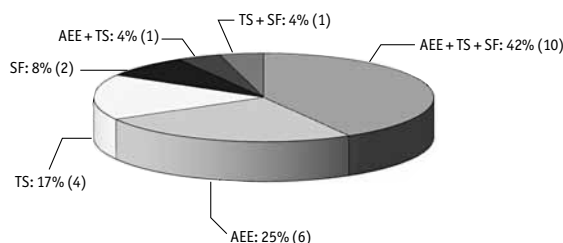


Figura 3: Proporção de tratamentos para a anemia induzida por quimioterapia. AEE – Agentes Estimuladores da Eritropoiese; TS – Transfusão Sanguínea; SF – Suplementos de Ferro.

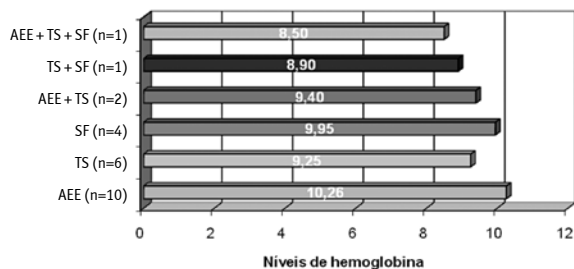


Figura 4: Níveis médios de hemoglobina dos doentes com anemia induzida pela quimioterapia antes da terapêutica. AEE – Agentes Estimuladores da Eritropoiese; TS – Transfusão Sanguínea; SF – Suplementos de Ferro.

tratamento com agentes estimuladores da eritropoiese foi capaz de aumentar os níveis de Hb acima dos 11,00 g/dl o que não se verificou com nenhuma outra estratégia terapêutica. Assim, o tratamento da AIQ com agentes estimuladores da eritropoiese induziu maiores aumentos nos níveis de Hb (variações médias dos níveis de Hb antes e depois do tratamento da anemia (g/dl): $0,94 \pm 0,65$ g/dl) comparativamente às transfusões sanguíneas ($0,06 \pm 1,20$ g/dl) e à suplementação de ferro ($-0,15 \pm 0,35$ g/dl).

Os resultados do tratamento para a anemia nas pontuações da FACT-F foram analisados, tendo-se observado uma variação global positiva na pontuação do índice FACT-F (variação da pontuação mediana 1,81; n=15). Contudo, o impacto relativo do tratamento da anemia na qualidade de vida desses doentes foi bastante heterogêneo de acordo com a estratégia terapêutica utilizada, conforme pode ser observado na Figura 5. Em monoterapia, a variação mais positiva na qualidade de vida relacionada com a fadiga verificou-se no grupo de doentes tratados com agentes estimuladores da eritropoiese quer em monoterapia (variação positiva da pontuação média de 5,3; n=7). Por outro lado, os doentes tratados com transfusões sanguíneas, a segunda opção terapêutica mais frequente para a anemia induzida por quimioterapia, mostraram uma redução nas pontuações da FACT-F após a transfusão (variação negativa da pontuação média de -5,5; n=6).

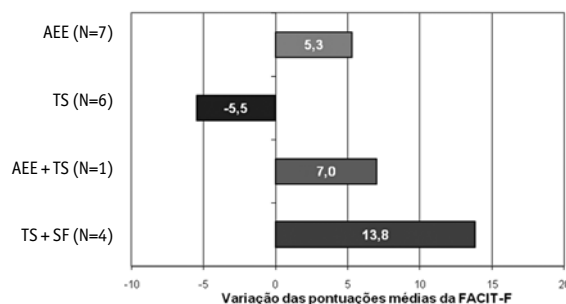


Figura 5: Variação das pontuações médias da FACT-F de acordo com a opção terapêutica para o tratamento da anemia. AEE – Agentes Estimuladores da Eritropoiese; TS – Transfusão Sanguínea; SF – Suplementos de Ferro.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi demonstrado que a anemia (Hb < 11 g/dl) é frequente entre doentes oncológicos adultos Portugueses, com 36% dos doentes a desenvolverem AIQ, um número relativamente elevado comparativamente aos resultados do grupo do *Australia Cancer Anaemia Study (ACAS)* (23%). A proporção de doentes tratados para anemia foi de 32%, semelhante ao dos estudos do *ACAS* e do *European Cancer Anaemia Survey (ECAS)*, para malignidades sólidas (33% e 39%, respectivamente) e hematológicas (45% e 47%, respectivamente).²⁸

O impacto do desenvolvimento de anemia e do seu tratamento na qualidade de vida dos doentes oncológicos foi avaliada e revelou que a anemia tem um impacto negativo na sua qualidade de vida, sendo que o seu tratamento pode geralmente melhorar a sua qualidade de vida, dependendo da opção terapêutica escolhida. Uma das principais conclusões deste estudo foi a de que os doentes apresentavam maiores aumentos nos níveis de Hb e da qualidade de vida relacionada com a fadiga quando eram tratados com agentes estimuladores da eritropoiese, nomeadamente com darbepoetina alfa, o que está exactamente de acordo com as recomendações das directivas recentes.²¹

Adicionalmente, a primeira opção nos doentes com os níveis mais baixos de Hb foram as transfusões sanguíneas que se verificou reduzirem ainda mais a qualidade de vida dos doentes. Estes dados são corroborados por um estudo anterior que mostrou que esta intervenção conservadora, com os seus riscos inerentes, tem impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.²⁹

Como poucos doentes foram tratados com outras opções terapêuticas para a AIQ, quer em monoterapia quer em associações, não foi possível tirar conclusões adicionais.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que somente uma pequena proporção de doentes oncológicos Portugueses que desenvolveram anemia induzida por quimioterapia foi tratada. A intervenção mais frequente no tratamento de doentes Portugueses com anemia induzida por quimioterapia foram os agentes estimuladores da eritropoiese que aumentaram os seus níveis de hemoglobina e melhoraram a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Sabbatini, P., 2000. The relationship between anemia and quality of life in cancer patients. *The Oncologist* 5, Suppl 2, 19-23.
2. Groopman, J.E., Itri, L.M., 1999. Chemotherapy-induced anemia in adults: Incidence and treatment. *J Natl Cancer Inst* 91, 1616-1634.
3. Wagner, L.I., Cella, D., 2004. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *Br J Cancer* 91, 822-828.
4. Luciani, A., Jacobsen, P.B., Extermann, M., et al, 2008. Fatigue and Functional dependence in older cancer patients. *Am J Clin Oncol* 31, 424-430.
5. Curt, G.A., 2000. The impact of fatigue on patients with cancer: overview of FATIGUE 1 and 2. *The Oncologist* 5, Suppl 2, 9-12.
6. Yeh, C.H., Chiang, Y.C., Lin, L., et al, 2008. Clinical factors associated with

fatigue over time in paediatric oncology patients receiving chemotherapy. *Br J Cancer* 8, 99(1), 23-9.

7. Portenoy, R.K., Itri, L.M., 1999. Cancer-related fatigue: Guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 4, 1-10.
8. Wang, X.S., Giral, S.A., Mendoza, T.R., et al, 2002. Clinical factors associated with cancer-related fatigue in patients being treated for leukemia and non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 20, 1319-1328.
9. Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., et al, 2000. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 5, 353-360.
10. Hamilton, H., Blum, D., Cella, D., et al, 2005. Communication regarding chemotherapy-induced anemia and related fatigue: Recommendations from an observational linguistic study. *J Clin Oncol* 23, Suppl 16, 740.
11. Cella, D., 2006. Quality of life and clinical decisions in chemotherapy-induced anemia. *Oncology* 20(8), 25-28.
12. Yellen, S.B., Cella, D.F., Webster, K., et al, 1997. Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. *J Pain Symptom Manage* 13, 63-74.
13. FACIT - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (Access on 10th October 2008: <http://www.facit.org>).
14. Mock, V., 2004. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* 32, 112-8.
15. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology-v.1.2002: Cancer and Treatment-Related Anemia.
16. Demetri, G.D., 2001. Anaemia and its functional consequences in cancer patients: current challenges in management and prospects for improving therapy. *Br J Cancer* 84, Suppl 1, 17-23.
17. Cella, D., 1998. Factors influencing quality of life in cancer patients: anemia and fatigue. *Semin Oncol* 25, 43-46.
18. Littlewood, T.J., 2002. Management options for cancer therapy-related anaemia. *Drug Safety* 25(7), 525-35.
19. Hurter, B., Bush, N.J., 2007. Cancer-related anemia: clinical review and management update. *Clin J Oncol Nurs* 11(3), 349-59.
20. Gillespie, T.W., 2005. Implementation of the NCCN practice guidelines: anemia and neutropenia. *Adv Stud Nurs* 3(9), 300-9.
21. Aapro, M.S., Link, H., 2008. September 2007 update on EORTC guidelines and anemia management with erythropoiesis-stimulating agents. *Oncologist* 13, Suppl 3, 33-6.
22. Estrin, J.T., Schocket, L., Kregenow, R., et al, 1999. A retrospective review of blood transfusions in cancer patients with anemia. *The Oncologist* 4, 318-324.
23. Smith, R.E., Tchekmedyan, S., 2002. Practitioners' Practical model for managing cancer-related anemia. *Oncology* 16, Suppl 10, 55-63.
24. Khorana, A.A., Francis, C.W., Blumberg, N., et al, 2008. Blood transfusions, thrombosis, and mortality in hospitalized patients with cancer. *Arch Intern Med* 168(21), 2377-2381.
25. Resumo das Características do Medicamento, Darbepoetina alfa, 2010.
26. Nogueira, F., Calais, F., Leal da Silva, J., et al, 2007. STARS - Surveillance on the Treatment of Anaemia: a Retrospective Survey. 14th European Cancer Conference, 23-27 November 2007, Barcelona.
27. Aapro, M., 2009. An Update on twenty years of anemia management with erythropoiesis-stimulating agents in nephrology and oncology/hematology. *The Oncologist* 14, Suppl 1, 1-5.
28. Ludwig, H., Barrett-Lee, P., Birgegard, G., et al, 2004. The European Cancer Anaemia Survey (ECAS): a large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anaemia in cancer patients. *Eur J Cancer* 40, 2293-2306.
29. Ludwig, H., Fritz, E., 1998. Anemia in cancer patients. *Semin Oncol* 25: 2-6.

RECONHECIMENTOS

Os autores deste estudo gostariam de reconhecer o apoio financeiro dado pela Amgen Biofarmacêutica, Lda referente ao Medical Writing efectuada pela Farmassist.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores revelam as relações financeiras e pessoais com outros indivíduos ou organizações que poderiam influenciar inapropriadamente o seu trabalho. Os autores não têm qualquer conflito de interesses a revelar.

4 reunião nacional da associação de enfermagem oncológica portuguesa

3 e 4
JUNHO 2011
HOTEL VILA GALÉ COIMBRA

CONFERÊNCIAS • SESSÕES PLENÁRIAS - SIMPÓSIOS

ABERTURA SUBMISSÃO ABSTRACTS
1 DE FEVEREIRO 2011

FECHO SUBMISSÃO ABSTRACTS
20 DE MAIO 2011

TEMAS

Cancro Urológico

Sarcomas

Cancro Mama

Educação e Humanização em Oncologia



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

ALIMTA[®] pemetrexedo



A quimioterapia baseada na histologia

No Carcinoma do Pulmão de Não-Pequenas Células, com histologia celular que não predominantemente escamosa.¹

- ✓ Primeira linha: **ALIMTA[®]+Cisplatina**
- ✓ Segunda linha: **ALIMTA[®]**

APROVADO
pelo INFARMED para
a utilização hospitalar
em 1ª linha no CPNPC*
*Adenocarcinoma e carcinoma
de grandes células

¹ RCM ALIMTA, Fevereiro 2010

PTALM0030

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

ALIMTA 500 mg pó para concentrado para solução para perfusão. Frasco para injetáveis com 500mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. **ALIMTA 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injetáveis com 100 mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. **Indicações terapêuticas:** ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de doentes em quimioterapia pela primeira vez, com mesotelioma pleural maligno não ressecável. ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de primeira linha de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. ALIMTA está indicado em monoterapia no tratamento de manutenção do cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa, em doentes cuja doença não progrediu imediatamente após quimioterapia à base de platina. O tratamento de primeira linha deve ser uma combinação de platina, com gemcitabina, paclitaxel ou docetaxel. ALIMTA está indicado em monoterapia de segunda linha, no tratamento de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. **Posologia e modo de administração:** Alimta em combinação com cisplatina: a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² da área da superfície corporal (ASC) e administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. A dose recomendada de cisplatina é de 75 mg/m² da ASC administrada durante duas horas, aproximadamente 30 minutos depois do final da perfusão de pemetrexedo no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Os doentes têm de receber tratamento anti-émético adequado e serem adequadamente hidratados antes e/ou depois da administração de cisplatina. Alimta como agente único: No tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células, após quimioterapia prévia, a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² (ASC) administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Regime de pré-medicação: Deve administrar-se ácido fólico diariamente, vitamina B12 intramuscular na semana anterior à primeira dose de pemetrexedo e subsequentemente a cada 3 ciclos e dexametasona no dia anterior, no dia e no dia após a administração de Alimta. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. A amamentação deverá ser interrompida durante a terapêutica com o pemetrexedo. Vacina da febre amarela concomitante. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) **Efeitos indesejáveis: Alimta-cisplatina: efeitos indesejáveis muito frequentes:** diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, plaquetas, diarreia, diarreia sem colostomia, vômitos, estomatite/faringite, náuseas, anorexia, obstipação, fadiga, neuropatia sensorial, aumento da creatinina, diminuição da depuração da creatinina, erupção cutânea e alopecia. **Efeitos indesejáveis frequentes:** conjuntivite, dispepsia, azia, desidratação e alterações do paladar, neuropatia sensorial, erupção cutânea/descamação. **Alimta em monoterapia: efeitos indesejáveis muito frequentes:** diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, diarreia, vômitos, estomatite/faringite, náusea, anorexia, fadiga, erupção cutânea/descamação. **Efeitos indesejáveis frequentes:** leucócitos, neutrófilos, diminuição das plaquetas, vômitos, mucosite/estomatite, diarreia, obstipação, febre, aumento da SGPT (ALT), aumento da SGOT (AST), prurido e alopecia, infecções, neuropatia sensorial. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). **Advertências e precauções:** A mielossupressão é normalmente a toxicidade limitante da dose. Os doentes devem ser monitorizados e reduções subsequentes das doses podem ser necessárias (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Foi notificado menos toxicidade hematológica e não-hematológica com a administração de ácido fólico, vitamina B12 e dexametasona (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Não se recomenda o uso de pemetrexedo em doentes com depuração da creatinina inferior a 45 ml/min. Doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina entre 45 e 79 ml/min) devem evitar tomar medicamentos AINEs, tais como ibuprofeno e aspirina (>1,3 g/dia) nos 2 dias anteriores à administração, no dia da administração e nos 2 dias após a administração do pemetrexedo e no caso de AINEs com tempo de semi-vida de eliminação prolongado pelo menos 5 dias antes da administração, no dia e pelo menos 2 dias após a administração de pemetrexedo (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Em doentes com retenção significativa de fluido no terceiro espaço, deve ser considerada a hipótese de realizar drenagem deste fluido antes da administração de pemetrexedo. Foi observada desidratação grave com pemetrexedo combinado com cisplatina, pelo que, os doentes devem receber um tratamento anti-émético adequado e hidratação apropriada antes e/ou após a terapêutica com pemetrexedo. Pemetrexedo pode ter efeitos geneticamente prejudiciais. Indivíduos do sexo masculino maduros, são aconselhados a não conceberem filhos durante e até 6 meses após o tratamento. Mulheres em idade fértil devem usar um método contraceptivo eficaz durante o tratamento com pemetrexedo. Foram notificados casos de pneumonite por radiação. Foram também notificados casos de dermatite pós-irradiação em doentes que fizeram radioterapia semanas ou anos antes (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Este medicamento contém aproximadamente 54 mg de sódio por frasco. Este facto deve ser levado em consideração por doentes com uma dieta de sódio controlada.

Interações medicamentosas: O pemetrexedo é eliminado primariamente na sua forma inalterada por via renal através de secreção tubular e em menor extensão através de filtração glomerular. A administração concomitante de medicamentos nefrotóxicos pode resultar num atraso da depuração do pemetrexedo. Utilização concomitante não recomendada: Vacinas activas atenuadas (excepto a da febre amarela, com a qual a utilização concomitante está contra-indicada); risco de doença sistémica, possivelmente fatal. O risco está aumentado em indivíduos que já estão imunodeprimidos pela sua doença subjacente. Utilizar uma vacina inactiva quando esta existir (poliomielite). (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) **Lista de Excipientes:** manitol, ácido clorídrico, hidróxido de sódio.

DATA DA REVISÃO DO TEXTO: Fevereiro 2010 **Medicamento de receita médica restrita.**
Para mais informações deverá contactar a Lilly Portugal, Produtos Farmacêuticos, Lda.

Lilly Portugal – Produtos Farmacêuticos, Lda
Rua Cesário Verde, 5 – piso 4 - Linda-a-Pastora, 2790-326 Queijas
Matriculada na Conservatória do registo Comercial de Cascais
sob o número único de matrícula e de pessoa colectiva 500165602
Sociedade por quotas com o capital social de €4.489.181,07 integralmente realizado.

Respostas que contam.

CIRURGIA ONCOLÓGICA DA MAMA: SEROMA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Sara Margarida Rodrigues Gomes

Consulta Externa de Cirurgia, IPO Coimbra

A formação de seroma é definida como uma colecção subcutânea de fluido seroso, e é um problema comum após a cirurgia oncológica do doente diagnosticado com cancro da mama. Em alguns casos, este efeito secundário predispõe à infecção da ferida cirúrgica, podendo mesmo protelar o início da terapia adjuvante. Existe uma multiplicidade de factores que condicionam a sua formação e embora a sua fisiologia permaneça controversa entre os autores, a realização de determinados procedimentos pelo Enfermeiro e pela Equipe Médica permitem minimizar as consequências do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia; oncologia; cancro; mama; gânglios linfáticos axilares; seroma; mastectomia.

The formation of seroma is defined as a collection of serous fluid and it is a common problem after an oncological surgery in a patient diagnosed with breast cancer. In some cases, this secondary effect leads to wound infection and may even delay the initiation of adjuvant therapy. There are several factors involved in their formation and although the physiology remains controversial among authors, there are different procedures realized by nurses and doctors to minimize the consequences of seroma.

KEYWORDS: surgery; oncology; cancer; breast; axillary lymph nodes; seroma; mastectomy.

INTRODUÇÃO

O cancro é o resultado final de um período longo de desregulações genéticas e dos mecanismos de controlo da proliferação das células, conduzindo ao crescimento desmedido, diferenciação aberrante, alterações das propriedades bioquímicas, instabilidade dos cromossomas e invasão metastática (União Internacional Contra o Cancro, 2006).

Em Portugal os tumores malignos mantêm-se como a segunda causa de morte na população, verificando-se em 2008 um total de 23.944 portugueses (homens e mulheres) vítimas de doença oncológica (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

O Registo Oncológico Nacional referente ao ano civil de 2005 identifica em Portugal 4972 mulheres e

73 homens diagnosticados com cancro de mama (carcinomas invasivos e carcinomas *in-situ*), verificando-se uma taxa de incidência padronizada de 40,51 por cem mil habitantes. A faixa etária feminina com maior número de casos por grupo reúne as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, enquanto que no género masculino a faixa etária localiza-se nas pessoas com idades entre os 70 e 74 anos, inclusive (Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, 2009).

De acordo com o Registo Oncológico Regional da Região Centro (engloba os distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu), no ano civil de 2008 a taxa de incidência padronizada de cancro de mama (carcinomas invasivos e carcinomas *in-situ*), em ambos os géneros (masculino e feminino),

foi de 37,91 por cem mil habitantes (Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, 2009).

DESENVOLVIMENTO DA GLÂNDULA MAMÁRIA

A mama sofre múltiplas variações durante o ciclo vital, contudo, é durante a puberdade que o seu desenvolvimento e diferenciação são mais evidentes, completando-se até ao final do primeiro trimestre de gravidez. Esta explicação permite-nos compreender o desenvolvimento de um cancro, uma vez que o risco de cancro da mama está manifestamente e inversamente relacionado com a idade em que a primeira gravidez ocorre (Sabel, 2009).

CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS DA MAMA

A mama é constituída por três estruturas major: a pele, o tecido celular subcutâneo e o tecido fibroglandular.

O músculo subclávio localiza-se na junção costal da primeira costela, formando um compartimento entre a parede torácica e o braço, denominado de axila (Sabel, 2009). No cancro da mama, o estadiamento é efectuado de acordo com o sistema de classificação TNM, método desenvolvido por Pierre Denoix em 1946, que avalia a dimensão do tumor (T), o atingimento dos gânglios regionais (N) e as metástases à distância (M) (Pego *et al.*, 2005).

Os gânglios linfáticos da axila encontram-se divididos por cinco grupos (Fig. 2), e estes estão agrupados em três níveis segundo a sua localização anatómica e relação com o pequeno peitoral.

A drenagem linfática da mama é realizada através de dois conjuntos de vasos linfáticos, os superficiais, denominados de sub-epitelial e subcutâneos, e os profundos. Os sub-epiteliais existem em toda a superfície

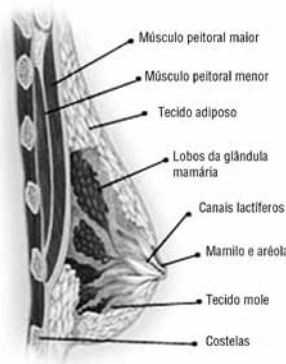


Figura 1: Anatomia da mama adulta

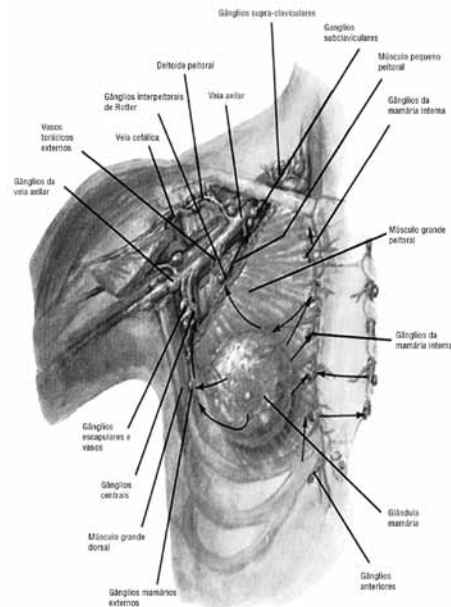


Figura 2: Drenagem linfática da mama: grupos ganglionares

do corpo e não possuem válvulas, permitindo que a linfa flua, lentamente, em qualquer direcção, ao contrário dos vasos subcutâneos, os quais possuem válvulas. Desta forma, a linfa flui unidirecionalmente dos plexos superficiais para os profundos. É devido a estas conexões que é possível a realização, durante o intra-operatório, do mapeamento linfático e da biopsia do nódulo sentinela (Sabel, 2009).

Apesar do esvaziamento ganglionar axilar ser uma técnica fundamental para controlo local da doença, prejudica o transporte da linfa, a qual se irá acumular nos espaços intersticiais próximos da ferida cirúrgica, afectando o braço, tronco e tecidos remanescentes da mama homolateral à cirurgia. Este facto causa evidente morbidade, além de favorecer a formação de seroma, infecção, dor, linfedema e alteração da força muscular (Gozzo, 2005).

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A selecção do tipo de cirurgia e do momento de realização da mesma depende de diversos factores, tais como a classificação clínica do tumor e sua localização na mama, o resultado histológico e dos receptores hormonais, características imagiológicas, a idade do doente (pré-menopáusia e pós-menopáusia, no caso

das mulheres) e o seu estado de saúde geral, o bom resultado estético (relação tamanho do tumor- tamanho da mama) e o desejo do doente em preservar ou não a mama (Grupo de Trabalho Cancro da Mama, 2009).

A abordagem cirúrgica pode ser realizada como primeiro tratamento ou após a realização de tratamentos neoadjuvantes, quimioterapia ou radioterapia. De acordo com a realidade do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, esta decisão é tomada após uma reunião médica onde estão presentes as especialidades de cirurgia, oncologia médica e radioterapia.

O tratamento cirúrgico da patologia maligna da mama pode agrupar-se em radical ou conservador. No primeiro caso, existem duas opções, a Mastectomia Total Simples, que consiste na extirpação total da mama, permanecendo os gânglios linfáticos intactos, ou, a Mastectomia Radical Modificada ou tipo *Madden*, havendo a remoção completa do tecido mamário e tecido subjacente à fascia do grande peitoral, bem como excisão de alguns dos gânglios linfáticos axilares (nível um e nível dois) (Sabel, 2009).

Em relação à abordagem conservadora, esta tem como objectivo proporcionar o máximo controlo local com o melhor resultado estético. Os tipos de técnica realizados são a Tumorectomia alargada, consistindo na excisão do tumor com margens de segurança e dos galactoforos centrais, e a Lumpectomia, definindo-se esta como a excisão do tumor com margens de segurança (entre 1 mm a 1 cm). As doentes que optem por este tipo de cirurgia devem ser informadas da obrigatoriedade de efectuar radioterapia pós-operatória, da necessidade de manter uma vigilância da mama operada e do maior risco de recidiva local a longo prazo (Grupo de Trabalho Cancro da Mama, 2009).

Habitualmente o estadiamento axilar é realizado com o esvaziamento axilar, contudo, a evolução da medicina permite, na actualidade, um estadiamento ganglionar mais preciso e com menor morbilidade, denominado de biopsia do gânglio sentinela. Esta técnica é recomendada no caso de as axilas serem clínica e ecograficamente negativas, podendo ser efectuada tanto nos casos de cirurgia conservadora como na mastectomia total simples. Deverá ser realizado esvaziamento axilar quando o gânglio sentinela se en-

contrar metastizado, ou seja, se for positivo, ou quando o mapeamento linfático não identificar nenhum gânglio sentinela (resultado falso-negativo) (Grupo de Trabalho Cancro da Mama, 2009; Saleiro 2008).

SEROMA: Conceitos

A cirurgia do doente com cancro da mama é assumida por Sabel (2009) como relativamente segura, com um baixo nível de complicações maior. Em 30% dos casos pode acontecer o desenvolvimento de infecções, a formação de hematomas e de seromas.

Cientificamente, a origem do seroma ainda é pouco clara, contudo este é definido pela maioria dos autores como uma colecção subcutânea de líquido seroso que se situa numa cavidade cirúrgica. No decorrer de uma cirurgia à mama, este pode localizar-se na axila, debaixo dos retalhos cutâneos da parede torácica e na mama, como consequência da dissecação dos gânglios linfáticos axilares (Cancer Nurses Society of Australia, 2008). É de salientar a sua presença nas cirurgias conservadoras (tumorectomia alargada) e nas cirurgias radicais (mastectomia modificada).

A maior parte do líquido acumulado após a cirurgia de cancro de mama é constituído bioquimicamente por imunoglobulinas, granulócitos e leucócitos, compostos semelhantes ao exsudado característico da fase inflamatória de um processo cicatricial. Tendo em conta que o líquido se acumula segundo um processo exsudativo, a manipulação dos tecidos durante a intervenção cirúrgica e o tamanho do espaço morto após encerramento da ferida cirúrgica são, conseqüentemente, factores que poderão promover o seroma (Gallatius, 2003).

A maior parte dos seromas é corrigida com sucessivas punções aspirativas percutâneas, realizadas na linha média axilar e/ou infra/supra ferida cirúrgica/cicatríz, com técnica asséptica, de acordo com as queixas da mulher/homem e avaliação do Enfermeiro (Gozzo, 2005). Estas punções são frequentemente bem toleradas, uma vez que existe diminuição da sensibilidade no local da mastectomia e da incisão axilar. Os sinais e sintomas mais frequentes são o aumento de volume da região da ferida cirúrgica, o desconforto manifestado pelo doente, a dor e a ansiedade associada à possível

formação de seroma (Cancer Nurses Society of Australia, 2008).

A técnica de punção para drenagem de seroma não é inócua, pelo que o profissional de saúde que a realiza deverá estar consciente dos seus benefícios, riscos e contra-indicações. Este procedimento é benéfico para o conforto físico do doente, promoção da cicatrização do local submetido a cirurgia e consequente progressão do doente nas terapêuticas que terá que ser submetido para aumentar a probabilidade de sobrevivência. Os riscos associados à aspiração evidenciam a probabilidade de desenvolvimento de um processo infeccioso, pneumotórax ou sangramento devido à punção de um vaso sanguíneo. É contra-indicada a sua realização no caso de existir um expansor da pele ou implante de silicone, sinais e/ou sintomas de infecção local, celulite e persistência do mesmo, não se conseguindo resolver a situação através das aspirações manuais (Cancer Nurses Society of Australia, 2008).

Factores de risco para a formação de seroma e suas consequências

Devido à frequência com que ocorre a formação de seroma, esta não é mais considerada uma complicação, mas sim um efeito secundário da cirurgia oncológica ao doente com cancro da mama. A sua incidência varia entre 2,5% a 51%, e embora não seja ameaçador da vida do doente, pode originar uma morbilidade significativa, causando necrose dos retalhos cutâneos, deiscência da ferida cirúrgica, sensação de picadas, predisposição a um processo de infecção da ferida, prolongamento do período de cicatrização e necessidade de acompanhamento por parte de profissionais de saúde como o Enfermeiro, protelando o início da terapêutica adjuvante (Hashemi *et al.*, 2004).

A literatura descreve a avaliação de factores relacionados com o doente para identificação da causa do seroma. Burak (1997) e Kumar (1995) citados por Kuroi *et al.*, (2006), encontraram nos seus estudos uma associação positiva entre a formação de seroma, o peso corporal do doente e a hipertensão, no entanto é inconclusiva a relação entre a formação de seroma e a idade do doente, índice de massa corporal, número de nódulos axilares positivos e tamanho do tumor (Kuroi

et al., 2006). Lumachi *et al.* (2004), em concordância com outros autores, afirmam não existir associação entre o seroma e a diabetes *mellitus*, ser fumador, dimensão da mama, localização do tumor, presença de anemia e tipo histológico de tumor.

Em relação às modalidades terapêuticas não cirúrgicas, os estudos efectuados por Say C.C. *et al.* (1974) e Forouhi P. *et al.* (1995) citados por Kuroi *et al.* (2006), esclarecem que a radioterapia e quimioterapia não influenciam a formação de seroma, porém é evidente que a capacidade cicatricial se encontra comprometida devido à depressão da resposta por parte do sistema imunitário.

Associados ao procedimento cirúrgico existe um conjunto de factores que se encontram descritos como favorecedores da formação de seroma, tais como o tipo de cirurgia realizado, sendo conhecida a associação positiva com a realização de mastectomia radical modificada em comparação com a mastectomia total simples. Durante o intra-operatório, a fixação dos retalhos cutâneos ao músculo subjacente com fio de sutura, é citada por diversos autores como redutora do espaço morto e previsivelmente promotora da cicatrização (Kuroi *et al.*, 2006).

Segundo Lumachi *et al.* (2004), o número de nódulos linfáticos removidos não influencia a formação de seroma, contudo Purushotham *et al.* (2005) citados por Kuroi *et al.* (2006) demonstram nos seus estudos que a realização de biopsia do gânglio sentinela se encontra associada com a diminuição do seroma, comparativamente à técnica convencional de esvaziamento axilar.

Woodworth (2000) citado por Galatius *et al.* (2003) afirma que a formação de seroma pode depender da técnica utilizada pelo cirurgião. A dissecação dos tecidos por ultra-som é uma técnica usual na cirurgia do fígado por via laparoscópica e na cirurgia cardiovascular, evidenciando na prática um menor número de lesões térmicas em comparação com o electrocautério tradicional. Desta forma, autores como Porter *et al.* (1998) e Lumachi *et al.* (2004) defendem que a redução do trauma cirúrgico pode ser susceptível de diminuir a formação de seroma, uma vez que este é resultante da resposta inflamatória aguda que ocorre

na primeira fase de cicatrização das feridas.

No que se refere à manutenção dos sistemas de drenagem, a utilização de sistemas fechados de pressão negativa na ferida cirúrgica foi estudada por Somers *et al.* (1992), confirmando-se a diminuição da quantidade de seroma e da incidência da infecção, face à não utilização dos mesmos. O local, tipo e número de sistemas de drenagem inseridos nos diferentes espaços da cavidade cirúrgica, bem como o tempo de pós-operatório em que estes são removidos, são indicadores alvo de estudo por diversos autores. Barwell *et al.* (1997), destacam-se nos seus estudos por identificarem que 74% do total de fluido drenado verifica-se nas primeiras quarenta e oito horas pós-esvaziamento axilar, concluindo ainda que a manutenção dos sistemas para além do quarto dia de pós-operatório deixa de ter influência na formação de seroma. Por outro lado, autores como McCaul *et al.* (2000) defendem a permanência dos drenos enquanto o volume drenado seja entre 30 a 50 ml por dia, pois estes favorecem a cicatrização da ferida, reduzem a probabilidade de infecção, de deiscência da sutura e necrose dos retalhos.

De acordo com Chen C.Y. *et al.* (1998) citado por Kuroi *et al.* (2006), com o objectivo de minimizar o espaço morto, promover a união dos retalhos cutâneos e minimizar a formação de seroma, alguns autores defendem a aplicação de uma pressão mecânica no local da ferida cirúrgica, através do enfaixamento do tórax com uma ligadura. Recomenda-se associada a esta técnica a necessidade de restrição dos movimentos com o membro superior homolateral à ferida cirúrgica. A evidência teórica permanece inconclusiva a este respeito, pelo que há a necessidade de ter em conta que, caso estas técnicas sejam executadas, outros autores alertam para o aumento do grau de disfunção na mobilização do ombro e consequente implicação na desejada recuperação da autonomia do doente (Hashemi *et al.*, 2004).

O acompanhamento do doente por parte do Enfermeiro da Sala de Tratamentos do Ambulatório no pós-operatório, permite que ambos, doente e profissional, estejam atentos ao tempo de recuperação da ferida cirúrgica. Em colaboração com a Equipe Médica o Enfermeiro realiza duas técnicas, a pesquisa de

seroma em curtos espaços de tempo ou em espaços de tempo superiores, sendo esta última associada ao enfaixamento do tórax com ligadura. No planeamento dos tratamentos que são realizados ao doente, o Enfermeiro deve ter em conta o nível de conhecimentos do doente e pessoa significativa para compreensão da informação transmitida e colaboração nos cuidados, a escolha da técnica a realizar mediante o grau de tolerância do doente, as capacidades financeiras para este poder aceder fisicamente ao serviço em relação à área geográfica onde habita, a possibilidade de pedir a colaboração dos cuidados de saúde primários para continuidade de cuidados, a disponibilidade económica do doente e vontade para adquirir a prótese de silicone, a necessidade de iniciar terapêutica adjuvante e a previsão cronológica deste acontecimento, entre outros factores. A prática diária demonstra que a necessidade de cuidados de Enfermagem por parte do doente que no pós-operatório mediato não apresenta seroma ou apresenta quantidades reduzidas (ex.: 10 ml) é inferior, traduzindo-se em menores deslocações à instituição de saúde, melhor adaptação ao processo de doença e consequente auto-imagem, e respeito pelo tempo considerado óptimo para a realização de tratamentos adjuvantes quando necessário.

Devido aos factores anteriormente mencionados, existem situações em que a quantidade de seroma impede a cicatrização no tempo considerado desejável, que segundo o documento realizado pelo Grupo de Trabalho Cancro da Mama (2009) é de quatro semanas, entre os vários meios de tratamento com objectivo curativo. Perante estas condições, há uma avaliação da Equipe Médica, sendo a possibilidade de aplicação de uma cola biológica uma técnica cirúrgica com um benefício/risco aceitável.

A cola biológica é composta por um componente fibrinogénico, solução de aprotinina, trombina e cloreto de cálcio, encontrando-se indicada no preenchimento e adesão dos retalhos cutâneos à parede torácica (Pogson, 2003). É de notar que a aplicação da mesma é realizada somente no Bloco Operatório, o que sujeita o doente a um segundo internamento, factor considerado pelos mesmos como gerador de ansiedade.

CONCLUSÃO

A tendência actual da abordagem cirúrgica é oferecer a mínima intervenção que garanta o controlo da doença, tendo em conta a maior limitação das morbididades e preservação da qualidade de vida.

Apesar da realização de alguns estudos com o objectivo de identificar possíveis factores que permitissem aos profissionais de saúde prever e controlar a formação de seroma, apenas o tipo de cirurgia realizada é consensual e transversal no decorrer do tempo, verificando-se que o risco de formação de seroma é três vezes maior em doentes submetidos a mastectomia radical em comparação com a cirurgia conservadora.

No caso de não existir regressão da quantidade de seroma através das sucessivas punções periféricas, uma nova cirurgia é a intervenção curativa adequada, o que determina uma necessidade de internamento na instituição e gastos económicos associados.

De acordo com a revisão bibliográfica e a experiência profissional, o doente submetido a biópsia do gânglio axilar sentinela apresenta menos co-morbilidades, tais como a formação de seroma e o edema do membro superior, entre outras, pelo que se justifica o investimento clínico nesta técnica recente.

BIBLIOGRAFIA

1. União Internacional Contra o Cancêr. (2006). UICC Manual de Oncologia Clínica. 8ª Edição, Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo.
2. Instituto Nacional de Estatística. (2009). Número de Óbitos por Sexo e Causa de Morte em Portugal, no Ano de 2008. Acedido em 25 de Março de 2010, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&ind0corrCod=0001675&contexto=bd&selTab=tab2.
3. Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil. (2009). Registo Oncológico Regional da Região Centro 2008. Coimbra.
4. Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil. (2009). Registo Nacional Oncológico 2005. Coimbra.
5. Sabel, M. (2009). Surgical foundations: essentials of breast surgery. 1st Edition, Mosby. Philadelphia.
6. Pego, J. M., Martins, I., Gonçalves, I., Madeira, H., Alves, F. C. e Semedo, L. Gânglios torácicos – revisão da classificação e correlação imagiológica. Revista Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão. 2005; 2: 21-40.
7. Gozzo, T. O. (2005). Movimentação precoce do braço no controlo do seroma pós-linfadenectomia axilar. Tese de Mestrado da Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo. 76 pp.
8. Grupo de Trabalho Cancro da Mama. (2009). Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama. Lisboa.
9. Saleiro, S., Rodrigues, A. C., Frutuoso, C., Guerra, C., Coimbra, C., Amaral, N., e Oliveira, C.F. . Avaliação dos resultados da biópsia do gânglio sentinela no carcinoma da mama. Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa. 2008; 2: 117-123.
10. Cancer Nurses Society of Australia. (2008). Principles for Nursing Practice in the Management of Post- Surgical Seroma for Breast Cancer. CNSA. Australia.
11. Galatius, H., Okholm, M. e Hoffmann, J. Mastectomy using ultrasonic dissection: effect on seroma formation. The Breast. 2003; 12: 338-341.
12. Hashemi, E., Kavian, A., Najafi, M., Ebrahimi, M., Hooshmand H. e Montazeri, A. Seroma formation after surgery for breast cancer. World Journal of Surgical Oncology. 2004; 2:44-48.
13. Kuroi, K., Shimozuma, K., Taguchi, T., Imai, H., Yamashiro, H., Ohsumi, S. e Saito S. Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2006; 36:197-206.
14. Lumachi, F., Brandes, A.A., Burelli, P., Basso, S.M., Jacobone, M. e Ermani, M. Seroma prevention following axillary dissection in patients with breast cancer by using ultrasound scissors: A prospective clinical study. European Journal of Surgical Oncology. 2004; 30: 526-530.
15. Porter, K.A., O'Connor, S., Rimm, E. e Lopez, M. Electrocautery as a factor in seroma formation following mastectomy. The American Journal of Surgery. 1998; 176: 8-11.
16. Somers, R.G., Jablon, L.K., Kaplan, M.J., Sandler, G.L. e Rosenblatt, N.K.. The use of closed suction drainage after lumpectomy and axillary node dissection for breast cancer: A prospective randomized trial. Annals of Surgery 1992; 215: 146-149.
17. Barwell, J., Campbell, L., Watkins, R.M. e Teasdale, C. How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection?. Annals of The Royal College of Surgeons of England. 1997; 79: 435-437.
18. McCaul, J.A., Aslaam, A., Spooner, R.J., Loudon, I., Cavanagh, T. e Purushotham, A.D. Aetiology of seroma formation in patients undergoing surgery for breast cancer. The Breast. 2000; 9: 144-148.
19. Pogson, C.J., Adwani, A. E Ebbs, S.R. Seroma following breast cancer surgery. European Journal of Surgical Oncology. 2003; 29: 711-717.
20. Seeley, R.R., Stephens, T.D. e Tate, P. (2001). Anatomia e Fisiologia. 3ª Edição, Lusodidacta. Lisboa.

4 reunião nacional
da associação de enfermagem
oncológica portuguesa

3 e 4
JUNHO 2011
HOTEL VILHA GALICIA

ABERTURA SUBMISSÃO ABSTRACTS
1 DE FEVEREIRO 2011

FECHO SUBMISSÃO ABSTRACTS
20 DE MAIO 2011



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

DOR IATROGÉNICA E SUA PREVENÇÃO EM ONCOLOGIA

Ana Catarina Sanches Infante

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria – Unidade de Queimados

Existe pouca informação sobre a dor associada aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Foram realizados numerosos progressos com o objectivo de avaliar e aliviar a dor dos doentes oncológicos e vários estudos reflectem sobre os efeitos iatrogénicos dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. No entanto, nem todas as dores são atribuíveis à doença ou tratamentos. Algumas relacionam-se com os cuidados e procedimentos invasivos, realizados pelos profissionais. É essencial investigar mais o impacto dos nossos cuidados sobre o doente.

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Iatrogenia, Oncologia, Qualidade de Vida.

There is little information available on the pain caused during care-giving by health care professionals. Much progress has been made in evaluating and relieving the pain suffered by oncology patients and several studies have been made of the iatrogenic effects of chemotherapy and radiotherapy treatments. However, not all pain can be attributed to the illness or to the treatments. Some pain is caused during care-giving and by invasive procedures performed by health care professionals. It is necessary to examine in greater depth the impact of care-giving on the patient.

KEYWORDS: Pain, Iatrogeny, Oncology, Quality of Life.

Dor iatrogénica

O adjectivo «iatrogénico» deriva do latim «iatro» que significa médico e «genesis» que significa origem. As dores iatrogénicas são aquelas provocadas pelos prestadores de cuidados de saúde, ou seja, correspondem às dores provocadas pelos cuidados, pelos gestos terapêuticos, de diagnóstico e tratamentos,¹ sendo frequentemente associadas à noção de patologia ou de complicação. Qualifica-se de iatrogénico as situações onde o fenómeno observado não é intencional, de frequência aleatória e cuja prevenção não é fácil de realizar, mas possível.²

Em 2003, foi publicado o resultado de um inquérito efectuado pelo Instituto Bergonié (Bordeaux), referindo que os doentes consideram a dor iatrogénica mais intensa que a dor associada a uma cirurgia³ (Figura 1).

Tipos de dor iatrogénica

A dor iatrogénica, como acima foi referido, pode ter diferentes origens.^{1,4}

Dor induzida pelos cuidados: São dores induzidas pelos cuidados básicos, como a mobilização do doente, transferências, cuidados de higiene corporal e dentária, entre outros. O grau de dor varia de acordo com a autonomia do doente e suas necessidades fundamentais.

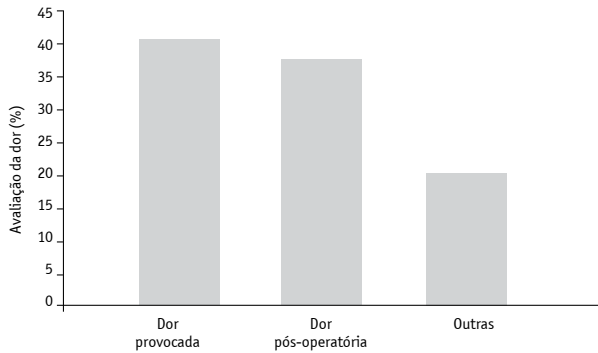


Figura 1: Avaliação da dor provocada pelos cuidados depois das primeiras 24 horas de pós-operatório: resultados do inquérito efectuado pelo Instituto Bergonié, 2003.

Adaptado de Duguey I, et al. Évaluation de la douleur induites par les soins infirmiers - Lors d'un séjour de 24h en soins intensifs. Département Anesthésie-Réanimation de L'Institut Bergonié, 2002. Acesso em 2009: <http://www.bergonie.org>.

Uma das principais causas das dores iatrogénicas, em instituições geriátricas, está relacionada com os cuidados de higiene prestados aos doentes.⁵

Dor provocada por gestos técnicos: São dores provocadas por diferentes técnicas de diagnóstico ou tratamento, como colheitas de sangue, punções venosas, arteriais, lombares, administração de medicação venosa, intramuscular, subcutânea, colocação de sonda naso-gástrica, sonda vesical, realização de pensos, entre outros.

Estas dores agudas podem ser evitadas através de programação dos exames que o doente tem a realizar e da administração de pré-medicação.⁶

Dor das punções: A pele tem a maior densidade de inervação de nociceptores, em média, 200 terminações livres por cm², na maioria fibras C do tipo polimodal.⁷

Este tipo de dor é referenciada como uma dor que não diferente de outros tipos de dor aguda. São exemplo os procedimentos que requerem a penetração da pele e outros tecidos por agulhas ou outros instrumentos com a finalidade de obter amostras ou facilitar a administração de medicação.⁸

A cateterização intravascular representa um dos procedimentos mais comuns a nível hospitalar, expondo, assim, os doentes a diversas complicações⁹, sendo estas a flebite, infecção local e da corrente sanguínea e estão relacionadas com a morbilidade, hospitalizações e aumento dos custos.¹⁰

Uma das armas mais eficazes no tratamento do cancro é a quimioterapia que implica o uso de drogas citotóxicas. A disponibilidade de um acesso venoso adequado é essencial. Em alguns doentes, a cateterização periférica é extremamente difícil, sendo um dos factores de stress físico e psicológico da quimioterapia, pelo que tem que se recorrer a outras técnicas como a cateterização venosa central.¹¹⁻¹³

Dor provocada pelos tratamentos e procedimentos de diagnóstico: Menos de 10% de doentes com cancro têm dores não relacionadas com a sua doença ou tratamentos.¹⁴ Miser *et al.*, demonstraram que a dor associada ao cancro diminuía, ao longo do tratamento do mesmo, mas era substituída pela dor provocada pelo tratamento.¹⁵

Muitos procedimentos de diagnóstico são efectuados frequentemente nos doentes com cancro, primeiramente para detectar a doença e mais tarde para avaliar a sua progressão e resposta à terapêutica. Muitos destes procedimentos são dolorosos, como é o caso das biopsias que se podem complicar com hemorragia, abcessos ou fistulas.¹⁶

Prevenção da dor iatrogénica

Existem vários meios que são acessíveis a todos os que prestam cuidados e que ajudam na prevenção e diminuição da dor (Quadro 1).¹⁷ Todos os pormenores são importantes e constituem meios de luta contra a dor provocada pelos cuidados. Deve-se estabelecer uma relação de cuidado onde a atenção e o humanismo com que se trata o outro podem atenuar a sintomatologia dolorosa.¹⁸

A informação pode funcionar como um efeito placebo no alívio da dor^{4,17} e diminui o stress, aumentando o clima de confiança entre o doente e os profissionais de saúde. Deve-se comunicar algum tempo antes do procedimento para que possa interiorizar essa informação, mas não muito tempo antes para que o doente não fique muito ansioso, nem muito próximo da hora, podendo este sentir-se traído e apanhado de surpresa. A linguagem, o local e a quantidade de informação também devem ser tidas em consideração.¹⁷

Num estudo realizado para avaliar a dor iatrogénica nos doentes oncológicos, verificou-se que os

profissionais de saúde declaram que informam os doentes, ao contrário do que os últimos referem. De igual forma, verificou-se que, no que diz respeito aos sentimentos percebidos pelos médicos e enfermeiros sobre a dor relacionada com a repetição dos procedimentos, para ambos os profissionais de saúde a apreensão é o sentimento expresso pelos doentes mais frequente e a indiferença e a recusa o menos frequente. A resignação é a principal justificação dos doentes para a aceitação da dor associada aos procedimentos invasivos, seguida das vantagens dos cateteres centrais. Esta conformação aos tratamentos deve incutir uma maior responsabilidade aos profissionais de saúde.¹⁹

Também a prescrição de analgésicos e ansiolíticos antes dos cuidados, exames ou tratamentos que irão ser prestados é fundamental e tem que se ter em conta o tempo de acção destes medicamentos. Estudos demonstram que a aplicação de um anestésico tópico minutos antes da punção diminui a dor da mesma bem como os efeitos vagais resultantes.²⁰

Outros aspectos são fundamentais para evitar a dor, como o reagrupamento dos cuidados, a organização e planificação dos mesmos e a escolha do material apropriado. É necessário testar os materiais e escolher aquele que é menos traumatizante.¹⁷

Deve ser dado relevo à avaliação da dor, antes, durante e depois do procedimento através da Escala Numérica ou Escala Visual Analógica (EVA).⁴

É importante, de igual forma, desenvolver competências técnicas, uma vez que a falta de destreza pode provocar dor. É importante aceitar que se falhou e desistir e pedir a colaboração do doente.¹⁷ Constatou-se no estudo acima referido, que tanto os doentes como enfermeiros referem que a repetição das picadas influencia a dor associada aos procedimentos invasivos. No entanto para os doentes este factor vem em segundo lugar, sendo o primeiro lugar atribuído a quem faz os procedimentos.¹⁹ (Figura 2)

As técnicas não invasivas no alívio da dor podem ser adjuvantes no seu controlo, como a massagem, técnicas de respiração, música, humor, hipnose, entre outras.²¹

Questionar as rotinas dos serviços também é oportuno. Não faz sentido, mas muitas vezes é feito,

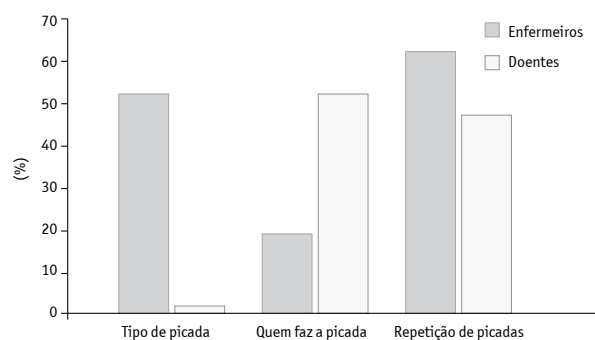


Figura 2: Factores que influenciam a dor dos procedimentos.

acordar um doente para lhe prestar cuidados que não são urgentes.¹⁷

Esta sensibilidade permitirá limitar ou suprimir a dor, utilizando, assim, meios profissionais e técnicos, embora frequentemente considerados apenas de «detalhes».¹⁸

Complicações da dor iatrogénica

As complicações das dores iatrogénicas são as mesmas que na dor em geral.

Quando há dor, são libertadas localmente substâncias endógenas, envolvidas na reacção inflamatória, como prostaglandinas, leucotrienos, ATP, citocinas, bradiquina, serotonina, histamina, substância P, entre outros.²² Se a dor é mantida e não aliviada, entram em acção as hormonas sistémicas do stress (nor-epinefrina, epinefrina, aldosterona, TSH, hormona do crescimento, glucagon) que determinam o aumento da glicemia e restrição à sua utilização pelos tecidos, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, aumento da ansiedade, aumento do consumo oxigénio, aumento da resistência vascular sistémica, diminuição do volume corrente, diminuição da capacidade vital, diminuição da ventilação alveolar, diminuição do fluxo renal, aumento da glicemia capilar, aumento das catecolaminas, atraso no esvaziamento gástrico, diminuição da motilidade intestinal, alteração das funções imunitárias, entre outros.²³

Desta forma, a dor não tratada pode impedir a cicatrização, favorecer a infecção e prolongar a hospitalização.

Quadro 1. Medidas para alívio da dor iatrogénica.

Dar atenção aos pormenores
• Informar o doente sobre o procedimento
• Prescrever ansiolíticos e analgésicos antes dos cuidados
• Organizar e planificar os cuidados
• Escolher o material apropriado
• Ter competências técnicas para a realização do cuidado
• Usar técnicas não invasivas como o toque, massagem, distração
• Avaliar a dor antes, durante e após os procedimentos
• Ter atenção ao ambiente
• Observar o doente durante a realização do procedimento (comunicação não verbal/expressões faciais)
• Satisfazer as necessidades humanas básicas antes do cuidado
• Escutar o que diz o doente sobre as suas experiências anteriores
• Quando o doente não puder falar, deve-se combinar com este uma forma gestual de comunicação

Questionar as rotinas do Serviço

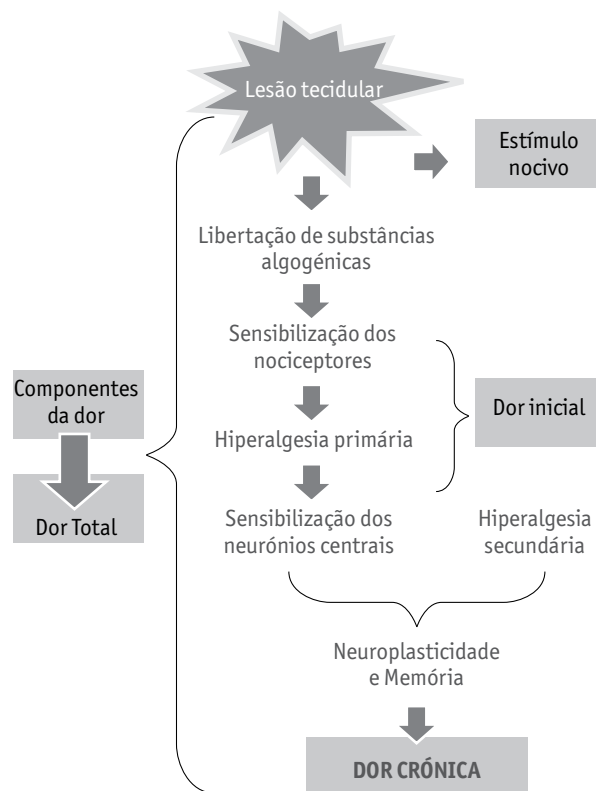


Figura 3: Mecanismo da dor iatrogénica

Adaptado de Muller A, Schwetta M. Fisiologia e fisiopatologia da dor. In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002: 5-28.

As dores iatrogénicas requerem todo a atenção de quem cuida. Quando repetidas geram uma relação desagradável que pode levar à hostilidade entre o doente e o profissional cuidador.⁵

A depressão e a ansiedade são factores de forte comorbilidade com os quadros dolorosos, ressaltando a importância da sua avaliação e tratamento.²⁴

Além das acima referidas, as dores iatrogénicas podem dar origem ao aparecimento da dor crónica.⁷

Estas diferentes complicações da dor provocada têm por origem os cuidados que protagonizamos e têm repercussões negativas sobre a saúde das pessoas que tratamos. Um paradoxo aparece então entre o objectivo do cuidado, que corresponde ao regresso da saúde de um indivíduo e a dor que pode ser provocada.

Fisiopatologia da dor iatrogénica

A fisiopatologia da dor iatrogénica não difere da fisiopatologia da dor em geral (Figura 3).

Desta forma, a via da sensibilidade dolorosa inicia-se com a activação de receptores periféricos, designados de nociceptores, com posterior transformação do estímulo nódico em potenciais de acção para o Sistema Nervoso Central. Neste processo, designado de transdução, ocorre a amplificação da dor pela libertação local de uma conjunto de diferentes substâncias químicas denominadas de algogénicas (serotonina, bradicininas, noradrenalina, histamina, citocinas, entre outras), que surgem em grandes quantidades nos tecidos no decurso de processos inflamatórios, traumáticos ou isquémicos.²² Muitas substâncias endógenas podem ser libertadas da região inflamada ou mesmo nela sintetizadas, tendo estas, propriedades que fomentam dor quando aplicadas aos tecidos normais.²⁵

As substâncias algogénicas podem ter uma acção excitatória directa, responsável pela sensação de dor aguda, e uma acção menos repentina e mais prolonga-

da sobre a excitabilidade dos nociceptores que resulta na sua sensibilização. Esta, por sua vez, resulta na hiperexcitabilidade celular, que leva ao aumento da resposta dos nociceptores a estímulos nódicos e redução do limiar de activação, facilitando o aparecimento de potenciais de acção, em resposta a estímulos de menor intensidade e resultando na ocorrência da hiperalgesia e alodinia.

A hiperalgesia é o aumento da percepção da dor provocada por um estímulo nódico e pode ser primária e secundária.²⁶ O processo de sensibilização local, que ocorre na zona da lesão e depende de mecanismos periféricos, denomina-se de hiperalgesia primária.^{22,26} Quando se estende progressivamente às regiões não envolvidas pelo estímulo nociceptivo inicial ocorre a hiperalgesia secundária.²² Esta depende de mecanismos de sensibilização que ocorrem no corno dorsal da medula espinhal, sendo assim, um mecanismo central.²⁶ Desta forma, os estímulos que normalmente não são, ou são pouco dolorosos podem desencadear dor generalizada, como por exemplo, os estímulos tácteis que podem originar uma dor patológica.²² Esta hiperalgesia secundária explica, por exemplo, a imensa sensibilidade de todo o pé, ao mínimo toque, que surge no dia seguinte a uma entorse do tornozelo.²⁷

A hiperalgesia secundária e a alodínia, podem ocorrer como resposta a dor aguda por lesão tecidual e não necessariamente apenas na dor crónica.²⁸

Quando um doente é continuamente submetido a diferentes técnicas/cuidados dolorosos, mesmo pouco, os estímulos nociceptivos intensos e prolongados, conduzidos pelas fibras nociceptivas A-delta e C, acarretam o que se conhece como sensibilização central e posterior neuroplasticidade.²² É importante referir que os fenómenos de sensibilização central que ocorrem logo após uma estimulação nódica, aguda, que termina pouco depois do fim da estimulação, não induzem a qualquer alteração da funcionalidade dos neurónios. No entanto, se a estimulação nódica é mais prolongada induz a alterações neuronais que perduram para além do período de estimulação e se tornam independentes da mesma.²⁶ Este processo de sensibilização provoca sensibilização do Sistema Nervoso Periférico e Sistema Nervoso Central, provocan-

do despolarização ao menor estímulo e amplificando os sinais ascendentes devido às descargas espontâneas que passam a surgir do próprio Sistema Nervoso. Desta forma, o Sistema Nervoso tem a capacidade de alterar os seus níveis de actividade em resposta ao trauma, não sendo apenas um condutor de estímulos, mas sim reagindo a eles quando persistentes, modificando-se anatómica e funcionalmente (neuroplasticidade) e também armazenando essa informação (memória).²⁹

Esta capacidade de transformação está na origem da passagem à cronicidade da dor.⁵⁵ Isto acontece na dor neuropática, como por exemplo a dor do membro fantasma que é um dos exemplos muito conhecidos, que devido à lesão das fibras C- nociceptivas e à redução das sinapses neste sistema, os terminais das fibras A beta-mecanoreceptoras, localizadas em lâminas mais profundas, surgem em direcção às lâminas superiores (substância gelatinosa), formando novas conexões sinápticas (reorganização anatómica), fazendo com que estímulos antes não dolorosos passem a ser percebidos como dor.²⁹

A dor aguda, inicialmente suportável, pode tornar-se um pesadelo. Além da dor do membro fantasma, outros exemplos muito frequentes são as neuropatias periféricas pós-quimioterapia e as flebites químicas. Menos assustadoras são as flebites pós-punção de acesso periférico, mas muito frequentes nos nossos hospitais. A experiência da prática profissional diária demonstra-nos que se realizam múltiplas técnicas que são dolorosas para o doente, como a punção de uma veia periférica, tanto para a colheita de sangue para análises como para a administração de terapêutica endovenosa. É também evidente, da prática hospitalar, que se concede pouca importância a este tipo de dor, considerada de menor intensidade, no entanto, ao colocar um corpo estranho numa veia produz-se uma lesão do endotélio, e, desta forma, existe um risco potencial de produzir reacção inflamatória.³⁰

É importante, de igual forma, considerar que a dor é mais do que a sua componente física, mas o resultado de um conjunto de factores que, em uníssono, trabalham para o fenómeno de “Dor Total”. Existem várias vias de transmissão da dor para os núcleos supraespinhais e que as estruturas cerebrais, como o

tálamo, o hipotálamo, a amígdala e o córtex têm uma importância fundamental para o fenómeno da dor. Desta forma, a componente sensorial e discriminativa da dor e a componente cognitiva e afectiva, ou seja, a relação entre dor e memória, racionalização, interpretação e a capacidade de tolerância à dor, são essenciais para o processamento da mesma. Estas vias estão interligadas de forma a interagirem e a dar origem à experiência da dor.³¹

A compreensão dos mecanismos da dor deve incitar a prevenir ou tratar rapidamente qualquer dor provocada a fim de evitar a amplificação dos processos, dando origem à passagem para a cronicidade.⁷

A dor provocada pelos cuidados é resultado de inúmeras pequenas agressões do corpo que, separadamente, não induzem a uma dor insuportável, mas a acumulação diária de todas essas sensações pode provocar uma dor que o doente já não pode suportar.¹⁷

BIBLIOGRAFIA

- Florence V. La prise en compte de la douleur provoquée iatrogène chez l'adulte. Institut de Formation en soins infirmiers. Toulouse. 2002-2005. Acesso em Maio de 2009: http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/memoire_Vo_Van.pdf
- Boureau F. Douleurs provoquées Iatrogènes ou induites ? Le choix des mots. In Annequin D, Aubrun F, Boureau F, Donnadiéu S, Eledjain J, Fonassier P, et al, Editores. Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur. Paris. 2005:9-10. Acesso em Maio de 2009: http://www.institut-ups-a-douleur.org/fr-FR/2_les_douleurs_induites.igwsh
- Duguey I, Minaro O, Zanetti R, Dixmérias F. Évaluation de la douleur induites par les soins infirmiers-Lors d'un séjour de 24H en soins intensifs. Département Anesthésie-Réanimation de L'Institut Bergonié. 2002. Acesso em 2009: <http://www.bergonie.org>
- Courtiol C. Douleur provoquée par les soins: prévention et optimisation de la prise en charge en oncologie adulte. La lettre. Institut UPSA de la douleur. 2003. N°5. Acesso em Maio de 2009: http://www.institut-ups-a-douleur.org/fr-FR/L_infirmi_re_et_la_douleur.igwsh
- Pradines B. La douleur incidente liée aux soins. Association Daniel Goutaine. 2005-2006. Acesso em Maio de 2009: <http://www.geocities.com/bpradines/Douleuriatro.htm>
- Muller A, Schwetta M. Grandes syndromes douloureux In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002:225-265.
- Guirimand F. Physiopathologie des douleurs induites et facteurs de passage à la chronicité. In Annequin D, Aubrun F, Boureau F, Donnadiéu S, Eledjain J, Fonassier P, et al, Editores. Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur. Paris. 2005:11-28.
- Madjar I. Giving comfort and inflicting pain. Canada. Qual Institute Press; 1998:I-XI.
- Ena J, Cercenado E, Martinez D, Bouza E. Cross-sectional epidemiology of phlebitis and catheter-related infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1992;13:15-20.
- Pearson ML. Guideline for prevention of intravascular-device-related infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996;17:438-473.
- Mota P, Gómez D, García L, Sánchez R, Macias C, Zamorano P. Acceso venoso subcutáneo implantado - razones que justifican su uso. Rev Rol Enf. 2002;25:58-64.
- Gyves J, Ensminger W, Niederhuber J, Liepman M, Cozzi E, Doan K, et al. Totally implanted system for intravenous chemotherapy in patients with cancer. Am J Med. 1982; 73:841-845.
- Strum S, McDermed J, Korn A, Joseph C. Improved methods for venous access: The Port-A-Cath, a totally implanted catheter system. J Clinical Onc. 1986;4:596-603.
- Breitbart W, Payne D. Pain. J Pain Symptom Manage. 2000;38:450-467.
- Miser A, McCalla J, Dothage J, Wesley M, Miser J. Pain as a presenting symptom in children and young adults with newly diagnosed malignancy. Pain. 1987;29: 85-90.
- Chapman C R. Pain related to cancer treatment. J Pain Symptom Manage. 1988;3:188-193.
- Metzger C, Schwetta M, Walter C. Cuidados de Enfermagem e dor. In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002:183-224.
- Gautier I, Geroffroy B, Pavan E, Simon L, Toque M. Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux. Soins Gérontologie. 2000;26:29-31.
- Infante A. Dor iatrogénica no doente oncológico. Tese de Mestrado em Ciências da dor. Universidade de Medicina de Lisboa; 2009.
- Vaghadia H, Ahdal O, Nevin K. EMLA® patch for intravenous cannulation in adult surgical outpatients. Can J Anaesth. 1997;44: 798-802.
- Swenson C. Gestão da dor. In: Otto S Editor. Enfermagem em Oncologia. 3ª Edição. Lusociência; 2000:815-863.
- Marquez J. Bases de anatomia e fisiopatologia. Dor diagnóstico e tratamento. 2004;1:3-10.
- Valença A. Neurofisiologia da dor e comportamento. In: Rico T, Barbosa A. Editores. Dor: Do neurónio à pessoa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer; 1995:39-51.
- Catana C. Dor crónica na perspectiva da psicologia clínica-Apontamentos do curso ciências da dor da Universidade de Medicina de Lisboa. 2006:1-11.
- Rico T. Mecanismos neurológicos e bioquímicos da dor. In: Rico T, Barbosa A. Editores. Dor: Do neurónio à pessoa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer; 1995:56-76.
- Lopes J. Nociceptores. In: Lopes J. Editor. Biblioteca da Dor - Fisiopatologia da dor. Permanyer; 2003:2-12.
- Muller A, Schwetta M. Fisiologia e fisiopatologia da dor. In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002:5-28.
- Pizzi J, Holden J. The challenge of chronic pain. Adv Drug Delivery Rev. 2003;55:935-948.
- Barros N. Manifestações clínicas da dor crónica e princípios do tratamento. Dor diagn tratamento. 2004; 1:3-10.
- Mora M, Moyano P, González F. Dolor en las canalizaciones vasculares. Rev Rol Enf. 2005;28:763-766.
- Besson J-M, Guilbaud G, Ollat H. Forebrain areas involved in pain processing. Paris. John Libbey Eurotext. 1995. Acesso em Maio de 2009: <http://books.google.com>

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO:

Vidaza 25 mg/ml pó para suspensão injectável apresenta-se em frasco para injectáveis contendo 100 mg de azacitidina. Após reconstituição, cada ml de suspensão contém 25 mg de azacitidina. Vidaza é indicado para o tratamento de doentes adultos que não são elegíveis para transplantação de células estaminais hematopoiéticas com síndromes mielodisplásicas de risco intermédio 2 e de alto risco de acordo com o IPSS; leucemia mielomonocítica crónica com 10-29% de blastos na medula óssea sem doença mieloproliferativa e leucemia mielóide aguda com 20-30% de blastos e displasia multi-série, de acordo com a classificação da OMS. Os doentes devem ser pré-medicados com antieméticos para as náuseas e vômitos. A dose inicial recomendada para o 1º ciclo de tratamento, para todos os doentes independentemente dos valores laboratoriais hematológicos iniciais, é de 75 mg/m² por via s.c. /dia durante 7 dias em ciclos de tratamento de 28 dias. As provas da função hepática e a creatinina sérica devem ser determinadas antes do início da terapêutica e antes de cada ciclo de tratamento. Devem ser efectuados hemogramas completos antes do início da terapêutica e sempre que necessário para monitorizar a resposta e a toxicidade ou, no mínimo, antes de cada ciclo de tratamento. Os doentes devem ser monitorizados para detecção de resposta/toxicidade hematológica e renal, podendo ser necessário adiar o início do ciclo seguinte ou diminuir a dose como se descreve na secção 4.2 do Resumo das Características do Medicamento (RCM). Não se recomenda uma modificação específica da dose inicial em doentes com compromisso renal (por exemplo, valores iniciais da creatinina sérica ou do azoto ureico sanguíneo [AUS] ≥ 2 vezes o limite superior do normal [LSN] ou bicarbonato sérico inferior a 20 mmol/l) antes do início do tratamento; as modificações subsequentes da dose devem ser efectuadas com base nos valores laboratoriais hematológicos e renais. Se ocorrerem diminuições inexplicadas dos níveis do bicarbonato sérico para menos de 20 mmol/l, a dose deve ser diminuída em 50% no ciclo seguinte. Se ocorrerem aumentos inexplicados da creatinina sérica ou do AUS para valores ≥ 2 vezes os valores iniciais e acima do LSN, o ciclo seguinte deve ser adiado até os valores normalizarem ou voltarem aos valores iniciais e a dose deve ser diminuída em 50% no ciclo de tratamento seguinte. Não se recomenda uma modificação específica da dose inicial em doentes com compromisso hepático antes do início do tratamento. Não se recomendam ajustes posológicos específicos para os idosos. Como os doentes idosos têm uma maior probabilidade de ter a função renal diminuída, pode ser útil monitorizar esta função. **Modo de administração:** Vidaza reconstituído deve ser administrado por via s.c. no braço, na coxa ou no abdómen. Deve efectuar-se a rotação dos locais de injeção, pelo menos a 2,5 cm do local anterior e nunca em zonas com dor, equimose, rubor ou endurecimento do local. As instruções pormenorizadas sobre o procedimento de reconstituição e administração de Vidaza são apresentadas na secção 6.6 do RCM. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade conhecida à substância activa ou a qualquer um dos excipientes; Tumores hepáticos malignos em estado avançado; Aleitamento. A azacitidina não deve ser utilizada durante a gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre, a menos que tal seja claramente necessário. Os benefícios do tratamento devem ser cuidadosamente ponderados em relação ao risco possível para o feto, considerando cada caso em particular. Os homens e as mulheres com potencial para engravidar deverão utilizar um método contraceptivo eficaz durante e até 3 meses após o tratamento. As reacções adversas (RA) notificadas com mais frequência com o tratamento com azacitidina foram reacções hematológicas (71,4%) incluindo trombocitopenia, neutropenia e leucopenia (geralmente de Grau 3-4), acontecimentos gastrointestinais (60,6%) incluindo náuseas e vômitos (geralmente de Grau 1-2) ou reacções no local de injeção (77,1%; geralmente de

Grau 1-2). As RA graves mais frequentes (> 2%) observadas nos estudos AZA PH GL 2003 CL 001, CALGB 9221 e CALGB 8921 incluíram neutropenia febril (8,0%) e anemia (2,3%). Outras RA notificadas menos frequentemente (< 2%) incluíram sépsis neutropénica, pneumonia, trombocitopenia e acontecimentos hemorrágicos (por exemplo, hemorragia cerebral). A tabela da secção 4.8 do RCM contém as RA para as quais se pode estabelecer, de forma plausível, uma relação causal com o tratamento com a azacitidina. As RA hematológicas notificadas com mais frequência associadas ao tratamento com azacitidina incluíram trombocitopenia, neutropenia e leucopenia, geralmente de Grau 3 ou 4. Verifica-se um maior risco de ocorrência destes acontecimentos durante os dois primeiros ciclos, após os quais ocorrem com menos frequência em doentes com restabelecimento da função hematológica. A maior parte das RA hematológicas foram controladas efectuando a monitorização de rotina de hemogramas completos e adiando a administração de azacitidina no ciclo seguinte, administrando antibióticos profiláticos e/ou tratamento de suporte com factores de crescimento (por exemplo, G-CSF) para a neutropenia e transfusões para a anemia ou trombocitopenia, conforme necessário. Foram notificadas RA graves como: sépsis neutropénica (0,8%) e pneumonia (2,5%) em doentes medicados com azacitidina (as infecções podem ser controladas utilizando anti-infecciosos e tratamento de suporte com factores de crescimento (por exemplo, G-CSF) para a neutropenia); hemorragia gastrointestinal (0,8%) e hemorragia intracraniana (0,5%) (os doentes devem ser monitorizados para detecção de sinais e sintomas de hemorragia, especialmente aqueles com trombocitopenia anterior ou com trombocitopenia relacionada com o tratamento); reacções de hipersensibilidade graves (0,25%) em doentes medicados com azacitidina (no caso de uma reacção de tipo anafilático, o tratamento com azacitidina deve ser imediatamente suspenso e iniciado o tratamento sintomático apropriado). A maioria das RA cutâneas e subcutâneas foram associadas com o local de injeção. Nenhuma destas RA levou à suspensão temporária ou permanente da azacitidina ou à diminuição da dose da azacitidina no estudo de referência. A maioria das RA ocorreu durante os dois primeiros ciclos e tenderam a diminuir com os ciclos subsequentes. As RA gastrointestinais notificadas com mais frequência associadas ao tratamento com azacitidina incluíram obstipação, diarreia, náuseas e vômitos. Estas RA foram tratadas sintomaticamente com antieméticos para as náuseas e vômitos, com antidiarreicos para a diarreia e com laxantes e/ou amolecedores das fezes para a obstipação. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Celgene Europe Ltd, Riverside House, Riverside Walk, Windsor, SL4 1NA Reino Unido, Tel: +44 1753 240600, Fax: +44 1753 240656. Informação pormenorizada sobre este medicamento no site da EMEA: <http://www.emea.europa.eu/>.

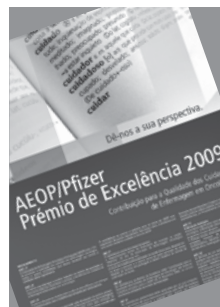
Vidaza é um medicamento sujeito a receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.



Celgene, Sociedade Unipessoal, Lda.
Lagoas Park, Edifício 11, 1º andar, 2740-270 Porto Salvo - Portugal
Tel.: + 351 210 044 300 - Fax: + 351 210 044 301
Capital Social: €10 000,00 - C.R.C. Cascais (Oeiras) nº 507 791 690
NIPC / NIF: 507 791 690
E-mail: celgene.portugal@celgene.com

PRÊMIO DE EXCELÊNCIA 2010 AEOP/PFIZER

Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia.



Este Prémio, apoiado pela Pfizer, visa distinguir o melhor trabalho de enfermagem oncológica no âmbito da qualidade de-

desenvolvido em Portugal, e tem como objectivo reconhecer e premiar a excelência nos cuidados de enfermagem relacionados com a oncologia.

Concorreram à edição de 2010 deste prémio 4 projectos, que estão em fase de análise e avaliação pelo Júri. Recordamos que o vencedor e a entrega do prémio decorrerá durante a 4.ª Reunião Nacional a realizar em Junho, em Coimbra.

“LINHAS DE CONSENSO PARA UMA MELHOR ESTRATÉGIA”

Apresentação de documento final sobre “Administração de Quimioterapia Oral no Cancro da Mama”.



O Grupo Mama publicou recentemente o documento final das Linhas de Consenso sobre “Administração de Quimioterapia Oral no Cancro da Mama”. Este documento é disponibilizado no site da AEOP em www.aeop.pt.

aeop.net, e é o resultado de duas discussões em Workshop feitas durante os Encontros da Primavera em Évora, onde vários enfermeiros participaram na discussão do documento final. Toda a informação está disponível no nosso site.

PARCERIA AEOP/ PULMONALE

(Associação Portuguesa de Luta
Contra o Cancro do Pulmão)



O cancro do pulmão é a quarta doença oncológica com maior taxa de incidência, depois do cancro da próstata, da mama e do cólon, sendo no entanto a mais mortal. Em Portugal, os dados apontam para uma taxa de incidência anual de 3500 novos casos de cancro do pulmão. Sem fins lucrativos, a PULMONALE nasce para prestar aconselhamento e apoio a pessoas que sofram de cancro pulmão e seus familiares, promover a melhoria e alargamento dos cuidados médicos, a difusão de informação sobre esta doença para o público, facilitar a cessação tabágica e promover a investigação sobre as causas e tratamento desta doença.

A AEOP estabeleceu parceria de actividades com esta recente organização direccionada especificamente para o doente com cancro pulmão. A sua apresentação pública será divulgada no nosso site. A sua apresentação pública realizou-se no dia 26 de Fevereiro.

ENCONTROS DA PRIMAVERA 2011

31 MARÇO A 3 ABRIL, ÉVORA.



No final do próximo mês de Março irão decorrer mais uns Encontros da Primavera em Évora. A AEOP estará presente com um programa científico paralelo às sessões médicas, cujas temáticas passam por três áreas distintas: doente com Cancro de Cabeça e Pescoço, Cancro da Mama e Cancro do Pulmão.

Toda a informação deste evento, considerado por muitos como a melhor reunião de oncologia nacional, com a presença de muitos especialistas de renome nacional e internacional, estará disponível no nosso site. Esperamos encontrar muitos colegas da área de oncologia para que as discussões científicas sejam da melhor qualidade.

PROJECTO EDUCAR E PREVENIR

Esgotado o prazo de candidaturas.



PROJECTO
EDUCAR E PREVENIR

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, através do grupo específico de trabalho "AEOP Educação", em parceria com a Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, organiza, em 2010, um Concurso Literário Infante-Juvenil destinado

a promover a prevenção do cancro através do conto infantil.

Terminou o parzo para entrega de trabalhos no passado dia 30 de Setembro e, neste momento, após uma selecção dos mesmos, o Júri está a organizar o material e as histórias para publicação. A AEOP está a desenvolver esforços para que a sua publicação tenha o maior impacto na comunidade infantil. Brevemente daremos notícias finais desta iniciativa.

4.ª REUNIÃO NACIONAL DA AEOP

Submissão de trabalhos



Na próxima Reunião Nacional da AEOP, a decorrer no início de Junho, em Coimbra, iremos aceitar a submissão de trabalhos em forma de Poster. Neste ano decidimos seleccionar e atribuir os prémios em duas categorias: aos melhores trabalhos em Investigação e em Práticas Clínicas em oncologia. Damos assim mais valor à investigação e melhor capacidade de avaliação ao júri.

Contamos com a vossa adesão. Para isso terá de submeter os abstracts nos prazos definidos no regulamento publicado no nosso site em www.aeop.net. Aguardamos a submissão dos seus trabalhos.

Programa Nacional



O sunitinib é utilizado no tratamento de doentes com os seguintes tipos de cancro:

1. Tumores do estroma gastrointestinal (GIST): trata-se de um tipo de cancro (sarcoma) do estômago e do intestino no qual se verifica um crescimento descontrolado das células dos tecidos de suporte destes órgãos. O Sunitinib é utilizado em doentes com GIST nos casos em que os tumores não podem ser removidos cirurgicamente ou quando estes se tenham propagado a outros órgãos, ou quando o tratamento com imatinib (outro medicamento anti-cancerígeno) tenha falhado ou não tenha sido tolerado pelo doente.

2. Carcinoma das células renais (RCC): trata-se de uma forma de cancro renal que afecta as células dos túbulos renais. O sunitinib é utilizado quando o cancro se encontra num estado avançado ou se tenha propagado a outros órgãos.

Tratamento do GIST e RCC com novas terapêuticas dirigidas (Sunitinib) e a sua interferência na qualidade de vida destes doentes.

O Estudo Pigart (*Patient Information about GIST And Renal Carcinoma Treatment*) é uma iniciativa da AEOP e conta com o apoio exclusivo da Pfizer.

Neste momento estamos a terminar a colheita de dados dos doentes finais recrutados e simultaneamente estamos a tratar dos



Vidaza[®]

azacitidina injectável

Resultados Comprovados. Sobrevida Prolongada.



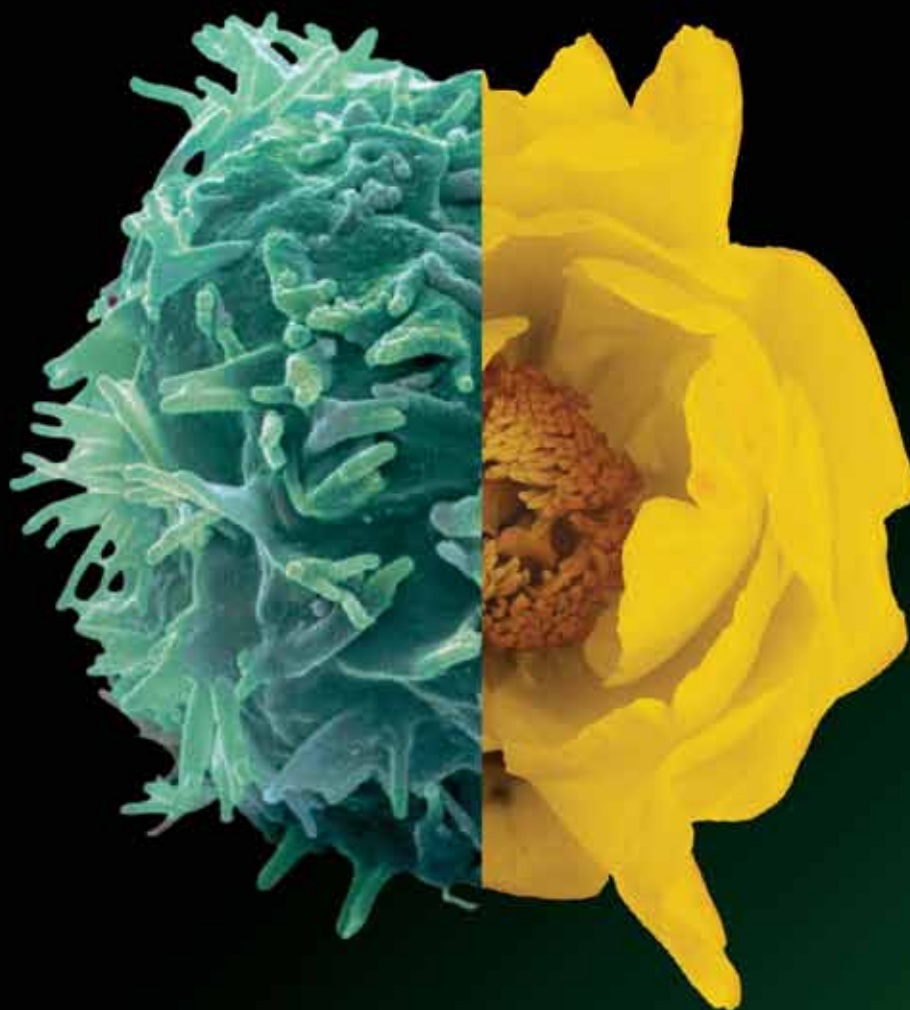
Maior Esperança de VIDA com VIDAZA.

Primeiro e único tratamento que demonstrou **duplicar a sobrevivência** após 2 anos em doentes com¹:

- SMD de risco int-2/alto
- LMA com 20%-30% de blastos e displasia multi-série

Indicado para o tratamento de doentes adultos que não são elegíveis para transplantação com²:

- Síndromes mielodisplásicas de risco intermédio 2/alto risco de acordo com o Sistema IPSS.
- Leucemia mielomonocítica crónica com 10-29% de blastos sem doença mieloproliferativa.
- Leucemia mielóide aguda com 20-30% de blastos e displasia multi-série, de acordo com a classificação da OMS.



Uma Nova Opção
na Terapêutica
de 1ª Linha
do Cancro da Mama
Metastático RH+/ErbB2+

Tyverb 250 mg comprimidos revestidos por película. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada comprimido revestido por película contém ditosilato de lapatinib monohidratado, equivalente a 250 mg de lapatinib. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos revestidos por película ovais, biconvexos, amarelos, revestidos por película, com gravação "GS XIG" numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tyverb é indicado para o tratamento de doentes com cancro da mama, cujos tumores sobre-expressam o HER2 (ErbB2); - em associação com capecitabina para os doentes com cancro da mama avançado ou metastizado com doença progressiva após terapêutica prévia, que deve ter incluído antraciclina e taxanos e terapêutica com trastuzumab, em contexto metastático; - em associação com um inibidor da aromatase para mulheres pós-menopáusicas com doença metastizada com receptores hormonais positivos, não elegíveis no presente para quimioterapia. Os doentes no estudo de registo não foram previamente tratados com trastuzumab ou com um inibidor da aromatase. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Tyverb só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos antineoplásicos. Os tumores que apresentem sobre-expressão do HER2 (ErbB2) são definidos por IHC3+, ou IHC2+ com amplificação do gene ou amplificação do gene isolado. O status HER2 deve ser determinado por métodos exactos e validados. A dose diária de Tyverb não deve ser dividida. Tyverb deve ser tomado pelo menos uma hora antes, ou pelo menos uma hora após a refeição. Para minimizar a variabilidade individual do doente, a administração de Tyverb deve ser padronizada em relação à ingestão de alimentos, por exemplo ser sempre tomado uma hora antes de uma refeição. As doses esquecidas não devem ser compensadas e a posologia deve ser retomada na próxima dose diária habitual. Consultar o RCM completo do medicamento administrado em associação para mais informações sobre a sua posologia, incluindo reduções de dose, contra-indicações e informação de segurança. **Posologia da associação Tyverb/ capecitabina:** A dose recomendada de Tyverb é 1250 mg (5 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m²/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em ciclos de 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. **Posologia da associação Tyverb/ inibidor da aromatase:** A dose recomendada de Tyverb é 1500 mg (6 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. Consultar o RCM do inibidor da aromatase administrado em associação para mais informações sobre a posologia. **Redução da dose ou atraso na sua administração. Acontecimentos cardíacos:** De acordo com os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE) o tratamento com Tyverb deve ser descontinuado em doentes com sintomas associados com diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda (LVEF) de grau 3 ou superior ou se a LVEF descer abaixo dos limites mínimos instituídos como normais. Tyverb pode ser reiniciado a uma dose reduzida (1000 mg/dia quando administrado com capecitabina ou 1250 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase) após um intervalo mínimo de 2 semanas e se a LVEF recuperar a normalidade e o doente estiver assintomático. **Doença pulmonar intersticial/pneumonite:** Tyverb deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo o NCI CTCAE. **Outras toxicidades:** A descontinuação ou interrupção da administração de Tyverb pode ser considerada quando um doente desenvolve toxicidade de grau 2 ou superior segundo os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE). Quando a toxicidade reduzir para grau 1 ou inferior, a terapêutica pode ser reiniciada com 1250 mg/dia quando administrado com capecitabina ou com 1500 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase. Se a toxicidade reaparecer, então Tyverb deve ser reiniciado numa dose ainda mais baixa (1000 mg/dia quando administrado com capecitabina ou 1250 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase). **Compromisso Renal:** Não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. É recomendada precaução em doentes com compromisso renal grave uma vez que não existe informação sobre o uso de Tyverb nesta população. **Compromisso hepático:** Tyverb deve ser descontinuado se as alterações à função hepática forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. A administração de Tyverb a doentes com compromisso hepático moderado a grave deve ser feita com precaução devido ao aumento na exposição ao medicamento. Os dados disponíveis em doentes com compromisso hepático são limitados para permitir recomendar um ajuste de dose. **População pediátrica:** Tyverb não é recomendado na população pediátrica devido a dados insuficientes de segurança e eficácia. **Idosos:** A informação existente sobre o uso de Tyverb e capecitabina em doentes de idade ≥65 anos é limitada. No ensaio clínico de fase III de Tyverb em associação com letrozol, do total de doentes com cancro da mama metastático com receptores hormonais positivos (população em intenção de tratar N=642), 44% tinham ≥65 anos de idade. Globalmente não foram observadas diferenças na eficácia e segurança da associação de Tyverb e letrozol entre estes indivíduos e os de <65 anos de idade. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** A segurança de lapatinib foi avaliada como monoterapia ou em associação com outras quimioterapias para vários tipos de cancro em mais de 11.000 doentes, incluindo 198 doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina e 654 doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As reacções adversas mais frequentes (>25%) durante o tratamento com

lapatinib foram acontecimentos gastrointestinais (tais como diarreia, náuseas e vómitos) e erupção cutânea. A Eritrodisestesia palmo-plantar [EPP] também foi frequente (>25%) quando o lapatinib foi administrado em associação com capecitabina. A incidência de EPP foi semelhante no braço de tratamento de lapatinib em associação com capecitabina e no braço de tratamento de capecitabina em monoterapia. A diarreia foi a reacção adversa mais frequente que resultou em descontinuação do tratamento quando o lapatinib foi administrado em associação com capecitabina ou com letrozol. A seguinte convenção foi utilizada para a classificação da frequência: Muito frequentes (≥1/10), Frequentes (≥1/100 e < 1/10), Pouco frequentes (≥1/1000 e < 1/100), Raros (≥1/10 000 e < 1/1000), Muito raros (< 1/10 000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. As seguintes reacções adversas foram notificadas como tendo uma associação causal à monoterapia com lapatinib ou à associação de lapatinib com capecitabina ou letrozol: **Doenças do sistema imunitário:** Raros: Reacções de hipersensibilidade incluindo anafilaxia. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequente: Anorexia. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Muito frequentes: Insónia*. **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequentes: Cefaleias*; Frequentes: Cefaleias*. **Cardiopatias:** Frequentes: Diminuição da fracção de ejeção ventricular. **Vasculopatias:** Muito frequentes: Afrontamentos*. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Muito frequentes: Epistaxe*, tosse*, dispneia*; Pouco frequentes: Doença intersticial pulmonar/pneumonite. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, que pode levar à desidratação, náuseas, vómitos, dispepsia*, estomatite*, obstipação*, dor abdominal*; Frequentes: Obstipação*. **Afeições hepatobiliares:** Frequentes: Hiperbilirrubinemia, hepatotoxicidade. **Afeições dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite acneiforme) (ver - redução da dose ou atraso na sua administração - outras toxicidades), pele seca**, eritrodisestesia palmo-plantar*, alopecia†, prurido†. **Frequentes:** Afeições das unhas incluindo paroníquia. **Afeições musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Muito frequentes: Dor nas extremidades*, dor nas costas*, artralgia†. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Fadiga, inflamação das mucosas*, astenia†. (* Estas reacções adversas foram observadas quando lapatinib foi administrado em associação com capecitabina; † Estas reacções adversas foram observadas quando lapatinib foi administrado em associação com letrozol.) **Diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda e prolongamento do intervalo QT:** Foi notificado diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda (LVEF) em aproximadamente 1% dos doentes a receber lapatinib e mais de 90% dos casos eram assintomáticos. Em mais de 70% dos casos a diminuição da LVEF resolveu-se ou melhorou, sendo que em 60% dos quais a melhoria ou resolução deu-se após descontinuação da terapêutica com lapatinib, e em 40% dos casos a terapêutica com lapatinib foi continuada. Foi observado em cerca de 0,2% dos doentes a receber lapatinib em monoterapia ou em associação com outros medicamentos antineoplásicos uma diminuição sintomática da LVEF. Os sintomas observados incluíram dispneia, insuficiência cardíaca e palpitações. No global, recuperaram 58% dos indivíduos sintomáticos. Foram notificadas diminuições na LVEF em 2,5% dos doentes a receber lapatinib em associação com capecitabina, comparativamente a 1,0% com capecitabina em monoterapia. Foram notificadas diminuições na LVEF em 3,1% dos doentes a receber lapatinib em associação com letrozol, comparativamente a 1,3% dos doentes a receber letrozol mais placebo. Num ensaio de fase I não-controlado, observou-se um pequeno aumento dependente da dose do intervalo QTc. O potencial do lapatinib prolongar o intervalo QTc não foi excluído. **Diarreia:** Ocorreu diarreia em aproximadamente 65% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 64% dos doentes que receberam o lapatinib em associação com letrozol. A maioria dos casos de diarreia foi de grau 1 ou 2 e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. A diarreia responde bem ao tratamento pró-activo. **Erupções cutâneas:** Ocorreram erupções cutâneas em aproximadamente 28% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 45% dos doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As erupções cutâneas foram de uma maneira geral de baixo grau e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. Os médicos prescritores são aconselhados a examinar a pele antes do tratamento com lapatinib e depois regularmente durante o tratamento. Os doentes que apresentem reacções cutâneas devem ser encorajados a evitar a exposição solar e aplicar um protector solar de largo espectro com Factor de Protecção Solar (SPF) ≥30. Se ocorrer uma reacção cutânea deverá examinar-se todo o corpo em cada consulta médica, até um mês após a resolução. Os doentes com reacções cutâneas extensas ou persistentes devem ser referenciados a um dermatologista. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Glaxo Group Limited Berkeley Avenue Greenford Middlesex UB6 0NN Reino Unido. DATA DA AIM: 10/06/2008 Data da última renovação: 12/06/2009 DATA DA REVISÃO DO TEXTO: 06/2010 Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível na Internet no site da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.

resultados estatísticos com a finalidade de os apresentar durante a Reunião Nacional da AEOP em Junho próximo.



Projectos em Fase de Implementação

O Curso Target é uma iniciativa educacional da EONS para enfermeiros que trabalham em oncologia, especificamente com terapêutica dirigida anti-EGFR (Receptor do Factor de Crescimento Epidérmico).

As novas terapêuticas dirigidas (anticorpos monoclonais) são dos mais importantes desenvolvimentos actuais no tratamento do cancro – muitas destas novas terapêuticas estão em fase de desenvolvimento e em início de aplicação junto dos nossos doentes. Conhecer estas terapêuticas e saber abordar as complicações apresentadas pelos nossos doentes é um desafio novo para os enfermeiros que trabalham na área da oncologia.

Com o apoio exclusivo da Amgen, estamos a planear a formação Target em Setembro de 2010. O curso consta de um módulo de revisão prévio para todos os participantes, e o programa consta dos seguintes tópicos:

- Revisão da Biologia Molecular do cancro;
- Como apoiar as pessoas que sofrem de cancro avançado;
- Princípios científicos relacionados com as terapias dirigidas ao EGFR;
- Papel dos inibidores EGFR no tratamento do cancro;
- Como tratar os doentes que recebem os inibidores EGFR;
- Execução de planos de intervenção na prática clínica com estes doentes específicos.

No passado dia 10 de Setembro de 2010 decorreu em Lisboa a formação Target, de 8 horas, onde estiveram presentes 40 enfermeiros provenientes de várias unidades de oncologia nacionais, de Vila Real a Faro. Foram apresentados e aprovados 10 projectos de disseminação locais, dos quais 5 são dirigidos à Educação do doente/família e 5 dirigidos à formação dos profissionais que trabalham com estas terapêuticas. Estes estão a ser implementados até final do mês de Março sendo posteriormente submetidos os respectivos relatórios. Os centros envolventes são:

Oncologia Médica IPO Porto; Clínica Mama IPO Porto; Hospital Dia IPO Porto; Hospital Dia Oncologia Vila Real; Hospital Dia Setúbal; Clisa; Serviço de Oncologia Garcia Orta; Hospital Dia do Hosp. Militar Porto. É mais uma iniciativa da AEOP com o apoio da Amgen.

Estudo POSER

POSER

Portuguese Observational Study on Emetic Risk

Náuseas e vômitos podem resultar em sérios distúrbios metabólicos, desnutrição e anorexia, alteração do estado físico e mental dos pacientes, úlceras esofágicas, deiscência de feridas e, eventualmente, suspensão de tratamentos antineoplásicos potencialmente úteis e curativos. Felizmente, o progresso nesta área foi impressionante nas últimas décadas, muito disso graças ao melhor entendimento da fisiopatologia da náusea e vômito. Náusea ocorre com maior frequência do que vômitos, mas é mais difícil tratar. O sucesso no manejo de um é fortemente correlacionado ao do outro. Estima-se que aproximadamente 70% dos pacientes que serão submetidos à quimioterapia (QT) apresentarão náuseas e vômitos (CINV).

Por outro lado, a incidência das náuseas e vômitos em doentes a realizar quimioterapia está relacionada com o potencial emético das drogas administradas.





O conhecimento do potencial emético das drogas e das características desse efeito, relativamente ao seu pico e intervalo de ocorrência, é importante para os cuidados de enfermagem. O controlo das náuseas e vômitos é imprevisível para cada indivíduo, daí a necessidade de os tratamentos serem individualizados e adaptados a cada doente.

Num estudo desenvolvido recentemente, obtiveram-se respostas que indicam não haver diferença entre a presença de náusea aguda e tardia. Existem, no entanto, mais respostas positivas para vômitos tardios do que agudos.

Torna-se, assim, fundamental uma avaliação objectiva para identificar as causas e factores desencadeantes do fenómeno emético.

O estudo observacional prospectivo nacional de avaliação da náusea e vômito, denominado POSER (Portuguese Observational Study of Emetic Risk) assenta nos seguintes objectivos:

- Avaliação da intensidade da náusea e vômito imediato e tardio nos doentes submetidos a QT de moderado e alto potencial emético;

- Avaliação da Qualidade de Vida do doente com a experiência de emese.

Este estudo teve como objectivo amostral o recrutamento competitivo de 200 doentes a nível nacional, entre Janeiro e Dezembro de 2010.

O recrutamento e a colheita de dados estão encerrados. Neste momento estamos na fase da análise estatística. Posteriormente daremos notícias dos resultados finais.

Estudo CTE:

CTE *Capecitabina
Toxicity
Evaluation*

Na maioria dos doentes, a quimioterapia com capecitabina pode causar efeitos secundários, alguns comuns a toda a terapêutica com agentes citostáticos. Um dos efeitos mais significativos é a reacção na pele das mãos e pés (formigueiro, adormecimento, dor) chamado “síndrome de mão-pé”. Este consiste em “ressecamento” da pele das mãos e pés, algumas vezes causando rubor, corrosão da pele e descamação e esfoliação das unhas.

A síndrome mão-pé deixa a pele muito susceptível a agressões externas, fungos e bactérias e, por isso, é necessário manter essas regiões bem higienizadas e hidratadas. Estes efeitos provocam alterações na imagem corporal do doente, com implicações na sua qualidade de vida.

O Estudo observacional **CTE** sobre “avaliação da toxicidade der-

matológica (síndrome de mão-pé) dos doentes com cancro da Mama a fazerem quimioterapia oral com capecitabina” tem um período de recrutamento de 12 meses, e está a ser aplicado pela equipa de enfermagem na Clínica de Mama do IPO-P. Tratando-se de um estudo de características exploratórias, a amostra foi definida tendo em consideração o número provável de doentes que cumprirão os critérios de inclusão, estimando-se que sejam 40. Foram definidos os seguintes objectivos:

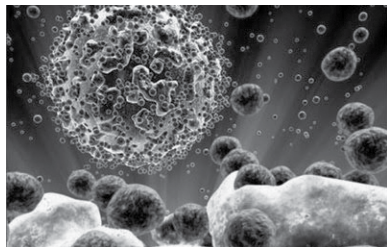
- Avaliar a prática clínica utilizada na prevenção da síndrome de mão-pé nos doentes com cancro da mama a fazerem capecitabina oral;
- Avaliar a prática clínica utilizada no tratamento da síndrome de mão-pé nos doentes com cancro da mama a fazerem capecitabina oral;
- Avaliar o impacto da síndrome de mão-pé na Qualidade de Vida dos doentes (IQV-D);
- Avaliar o impacto da síndrome de mão-pé na Qualidade de Vida família (FDLQI).

Validamos a Escala do Índice de Qualidade de Vida da Família – Dermatologia (The Family Dermatology Life Quality Index). O recrutamento terminou em Dezembro e neste momento estamos na análise dos resultados para apresentação durante a próxima reunião da AEOP a decorrer em Junho em 2011.

Este é um espaço dedicado à divulgação de notícias recentes de interesse científico. As mesmas podem ser encontradas também na página web da Associação, em <http://www.aeop.net>

TUMORES HEMATOPOIÉTICOS

Infarmed aprova uso hospitalar do Vidaza® na leucemia e na mielodisplasia



O Infarmed acaba de aprovar a inclusão do fármaco Vidaza® (azacitidina), da Celgene, no Formulário Hospitalar. O relatório produzido por este Instituto reconhece o valor terapêutico acrescentado deste medicamento, na medida em que prolonga a sobrevida global até cerca de 10 meses em relação às terapêuticas convencionais, avança um comunicado de imprensa.

O estudo referido neste relatório demonstrou que as taxas de sobrevida ao fim de dois anos foram de 50,8% em doentes medicados com azacitidina versus 26,2% em doentes submetidos aos tratamentos convencionais. O benefício de sobrevivência foi semelhante em todos os grupos etários (< 65 anos, ≥ 65 anos e ≥ 75 anos).

Numa área onde existe escassez de alternativas terapêuticas, o Vidaza® é um medicamento órfão que surge como opção terapêutica com uma relação benefício/risco favorável para o tratamento de Síndromes Mielodisplásicas (SMD) de maior risco e Leucemia Mielóide Aguda

(LMA) com 20-30% de blastos, doenças rapidamente fatais.

Para além do benefício de sobrevivência, o tratamento com Vidaza® foi também associado a uma diminuição de citopenias e das complicações com elas relacionados. O tratamento com Vidaza® diminuiu significativamente a necessidade de transfusões de eritrócitos. Segundo o relatório, 45% dos doentes que no início dependiam de transfusões de eritrócitos passaram a não depender deste método de tratamento.

Sobre o Vidaza®

O Vidaza® é indicado para o tratamento de doentes adultos que não são elegíveis para transplantação de células estaminais hematopoiéticas com síndromes mielodisplásicas de risco intermédio 2 e de alto risco de acordo com o IPSS; leucemia mielomonocítica crónica com 10-29% de blastos na medula óssea sem doença mieloproliferativa e leucemia mielóide aguda com 20-30% de blastos e displasia multi-série, de acordo com a classificação da OMS.

POP, 29 OUTUBRO 2010

Linfoma: Roche e Biogen anunciam dados positivos de fase final do Rituxan®

A Roche e a Biogen Idec anunciaram dados positivos de um estudo de fase avançada, que demonstraram que a administração imediata do Rituxan® (rituximab), seguida pelo seu uso continuado, em pacientes com linfoma folicular assintomático atrasou a necessidade de quimioterapia ou radioterapia e reduziu o risco de

agravamento da doença, comparando com uma abordagem de vigilância activa, avança o site FirstWord.

No estudo, apresentado na reunião anual da Sociedade Americana de Hematologia, 462 pacientes aleatórios com linfoma folicular assintomático de estadios II a IV, não tratados previamente, receberam o Rituxan® por apenas quatro ciclos, ou durante quatro ciclos, seguidos de manutenção através da administração do fármaco uma vez a cada dois meses durante dois anos, ou uma abordagem de vigilância.

Os dados mostram que o uso imediato do Rituxan® como monoterapia, seguido de terapia de manutenção, reduz o risco de necessidade de terapia adicional em 80% e o risco de agravamento da doença em 79%, comparando com a vigilância activa. Os investigadores observaram que o tempo médio para o início de quimioterapia ou radioterapia dos pacientes tratados através de vigilância foi de 34 meses e a mediana de sobrevida livre de progressão foi de 23 meses. Entre os pacientes que receberam o Rituxan®, seguido de terapia de manutenção, a mediana destes parâmetros foi significativamente maior e não foi alcançada após quatro anos.

Comentando estes resultados, os autores observam “que o tratamento inicial com o rituximab retarda significativamente a necessidade de uma nova terapia. Esta descoberta pode mudar o tratamento dos pacientes recentemente diagnosticados com linfoma folicular assintomático.”

Hal Barron, director de marketing da Genentech, acrescentou que “estes são os primeiros dados de fase III que mostram que a utilização inicial do Rituxan® enquanto monoterapia, seguida de manutenção, tem um impacto em pacientes com linfoma folicular assintomático, uma

doença que é comumente tratada somente depois de os sintomas aparecerem.”

POP, 9 DEZEMBRO 2010

Zometa® da Novartis aumenta a sobrevida no mieloma múltiplo

Dados de um estudo de fase III, publicados na revista científica Lancet, sugerem que um regime de tratamento de primeira linha com o Zometa (ácido zoledrónico) da Novartis melhorou significativamente a sobrevida global e a sobrevida livre de progressão em pacientes recentemente diagnosticados com mieloma múltiplo, comparando com um regime que incluía clodronato oral, noticia o site FirstWord.

No estudo, que foi apresentado na reunião anual da ASCO, em Junho, 1960 doentes tomaram o Zometa® ou ácido clodrónico, ambos em combinação com quimioterapia.

Após um acompanhamento médio de 3,7 anos, o Zometa® reduziu significativamente o risco de morte em 16% e o risco relativo de eventos associados à sobrevida livre de progressão em 12%, quando comparado com o clodronato oral.

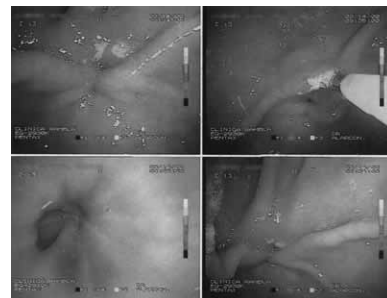
Além disso, o tratamento com o Zometa® foi associado a uma redução de 24% do risco de complicações ósseas, em comparação com o clodronato. No entanto, os cientistas observaram que os doentes que receberam o Zometa® tiveram um risco 3% maior de osteonecrose dos maxilares, comparando com o clodronato.

Comentando estes dados, o líder do estudo Gareth Morgan disse que “sugerem que o Zometa® tem o potencial de ajudar os pacientes recém-diagnosticados com mieloma múltiplo a viverem mais tempo, e trazem fortes evidências de que o fármaco deve fazer parte do novo padrão de cuidados.”

POP, 9 DEZEMBRO 2010

TUMORES DIGESTIVOS

Cancro do pâncreas começa pelo menos dez anos antes de ser detectado



O cancro do pâncreas, um dos mais letais, mata não porque comece a espalhar-se pelo organismo rapidamente, mas sim porque só causa sintomas quando já está muito avançado. A primeira mutação genética que dá origem ao cancro pode ter surgido até 11,7 anos antes – seria muito tempo para agir, se os cientistas conseguissem descobrir as lesões cedo, noticia o Público.

A equipa de Bert Vogelstein, da Universidade of Johns Hopkins, em Baltimore (EUA) dizia quarta-feira em dois artigos na revista científica Nature que, quando surgem as primeiras lesões, o tumor poderia ser removido – como se faz com os pólipos do cólon. Mas, para isso, seria preciso detectar o cancro numa fase inicial.

A equipa, que inclui investigadores britânicos, do Instituto Wellcome Trust Sanger e da Universidade de Cambridge, usou amostras de tecidos de tumores para, aplicando as modernas técnicas da genómica, descobrir quais as taxas de mutação dos genes das células cancerosas. Segundo os cientistas, são precisos, em média, sete anos para se formar um tumor do tamanho de uma ameixa.

Nessa altura, bastará uma célula espalhar-se na corrente sanguínea para dar origem a metástases. A mor-

te do doente ocorre, em média, dois anos e meio após se espalhar a outros órgãos – mais ou menos uma década depois da doença se ter iniciado.

No entanto, hoje, 95% das pessoas a quem é diagnosticado cancro do pâncreas morre passados cinco anos. A dificuldade está em desenvolver um exame para diagnosticar o cancro neste órgão.

Há tentativas: a equipa de Vogelstein, por exemplo, está a tentar criar uma análise ao sangue para detectar mutações de ADN pré-cancerosas. Outras equipas tentam encontrar células do tumor no sangue. Mas, por agora, não é possível detectar o cancro do pâncreas antes de causar sintomas.

POP, 29 OUTUBRO 2010

Novo exame ao cancro do cólon dispensa colonoscopia

Um novo exame que detecta sinais de cancro do intestino grosso através das fezes pode também detectar tecidos pré-cancerosos, e pode servir no futuro como alternativa à colonoscopia, disseram cientistas na quinta-feira, avança O Globo.

O novo teste do laboratório Exact Sciences detectou 87% dos tumores de cólon nos estádios 1, 2 e 3, que podem ser cirurgicamente removidos, e 64% dos maiores crescimentos de tecidos pré-cancerosos (superiores a 1 centímetro), segundo o relato apresentado na reunião da Associação Americana para a Investigação do Cancro. O estudo envolveu 1100 pacientes. O exame detecta alterações do ADN que podem tornar uma célula cancerosa, ou podem iniciar mudanças que levam ao cancro.

Teste simples

“O teste de fezes não-invasivo que desenvolvemos é simples para os pacientes, não envolve restrição de dieta ou medicamentos, não tem

preparações desagradáveis dos intestinos e não exige a perda de tempo de trabalho, pois pode ser feito a partir de casa”, disse o médico David Ahlquist, da Clínica Mayo, de Rochester, Minnesota, que desenvolveu o teste. “Resultados positivos (de cancro) nos exames seriam acompanhados de colonoscopia”, acrescentou.

A Clínica Mayo licenciou o exame para a Exact Sciences, que vê nele um potencial de facturação de 1 bilião de dólares só nos EUA. O preço unitário deve ser de 300 a 400 dólares, e o laboratório pretende submeter o procedimento à aprovação da FDA (Food & Drug Administration) em 2012. O teste avalia três genes alterados num processo chamado metilação. Nos tumores colo-rectais, a matéria fecal acaba por carregar algumas células doentes, que o exame é capaz de identificar.

Deteção precoce

O cancro colo-rectal é tratável se a deteção for precoce, mas mesmo assim é o segundo tipo de cancro que mais mata nos EUA e em outros países desenvolvidos. A Sociedade Americana do Cancro estima que surjam 122 mil novos casos da doença em 2010, com mais de 51 mil mortes. A entidade recomenda que todos os norte-americanos comecem a fazer exames específicos a partir dos 50 anos. Mas só metade das pessoas atingidas pela recomendação realmente faz exames de colonoscopia, que consistem na inserção de uma pequena câmara pelo recto – um procedimento constrangedor, desconfortável e que eventualmente causa lesões. Neste exame, pinças acopladas ao equipamento retiram pólipos que podem desenvolver tumores.

Os laboratórios Exiqon (Dinamarca), OncoMethylome (Bélgica) e Epigenomics (Alemanha) estão a desenvolver testes sanguíneos para detectar o cancro colo-rectal.

POP, 3 NOVEMBRO 2010



Cancro colo-rectal: primeiro teste não invasivo para deteção disponível em Portugal

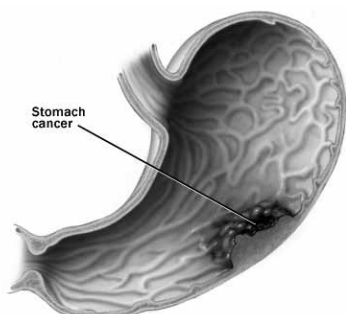
O primeiro teste não invasivo para deteção do cancro do cólon e do recto na Península Ibérica foi desenvolvido em Portugal. Trata-se de uma simples análise ao sangue que permite detectar o bloqueio de um gene que ocorre em mais de 90% dos doentes com esta patologia, avança um comunicado de imprensa.

Criada pelo laboratório português CGC Genetics – Centro de Genética Clínica, esta técnica não invasiva e indolor permite a deteção precoce de um cancro com uma incidência anual de 7 mil novos casos, sendo um dos que mais matam em Portugal. A análise pode ser efectuada a qualquer pessoa, mesmo sem sintomas da doença. Se o resultado da mesma for positivo, é aconselhada a realização de uma colonoscopia, de forma a obter um diagnóstico assertivo e a começar a terapêutica o mais cedo possível. Estima-se que mais de metade das cerca de 100 mil mortes por ano na União Europeia por cancro do cólon e recto poderia ser evitada se a doença tivesse sido detectada atempadamente.

POP, 2 DEZEMBRO 2010

NICE aprova Herceptin® da Roche para o tratamento do cancro gástrico

A orientação final, publicada pelo Instituto Nacional de Saúde e



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Excelência Clínica (NICE) do Reino Unido, recomendou o Herceptin® da Roche como tratamento para o cancro gástrico no Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra e no País de Gales, avança o site Top News United States. Conforme indicam as diretrizes finais, a combinação do Herceptin® com cisplatina e capecitabina ou 5-fluorouracilo pode ser benéfica para os pacientes com adenocarcinoma do estômago metastático e com junção gastro-esofágica.

O NICE restringiu o tratamento para pacientes com níveis elevados do receptor do factor de crescimento epidérmico humano 2, com uma pontuação imunoistoquímica positiva de 3 (IHC3) e para aqueles que não ainda realizaram tratamento para a doença metastática.

A entidade baseou esta recomendação nos resultados de um ensaio clínico de fase III, que mostrou que o fármaco, em combinação com quimioterapia, pode ajudar a aumentar a taxa de sobrevivência de 11,8 meses para 16 meses em pacientes com tumores gástricos HER2-positivos, em comparação com aqueles que apenas receberam quimioterapia.

Os dados iniciais, apresentados anteriormente pela Roche, foram rejeitados pelo NICE. A aprovação do Herceptin® como tratamento para o cancro gástrico foi dada após a companhia apresentar uma nova análise.

Além disso, a relação de custo-eficácia do medicamento para os doentes com IHC3 positiva ficou

entre 53.500 e 59.450 euros, e para aqueles que ainda não realizaram tratamento baixou, ficando entre 75.000 e 85.000 euros aproximadamente.

POP, 26 NOVEMBRO 2010

Pfizer: Sutent® aprovado na Europa contra o cancro pancreático raro

A Pfizer anunciou quinta-feira que o Sutent® (sunitinib) foi aprovado na Europa para o tratamento de pacientes com tumores neuroendócrinos do pâncreas (TNP). A empresa salientou que o fármaco é o primeiro tratamento a ser aprovado para esta indicação em 25 anos, notícia o site FirstWord.

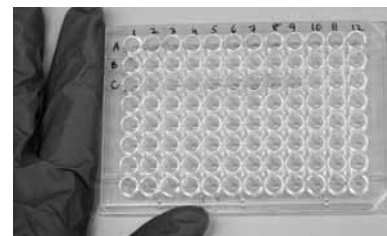
A Comissão Europeia autorizou o medicamento para o tratamento do TNP inoperável ou metastático bem diferenciado, em adultos com progressão da doença. A decisão foi baseada em resultados de fase III apresentados em Janeiro, que mostraram que os pacientes com TNP que receberam o Sutent® tiveram uma sobrevida livre de progressão de 11,4 meses, comparando com 5,5 meses com o placebo.

A Pfizer notou que os pedidos de aprovação para esta indicação estão em análise em vários outros países. O Sutent® também tem aprovação para o tratamento do carcinoma de células renais avançado e como terapia de segunda linha para tumores do estroma gastrointestinal.

POP, 6 DEZEMBRO 2010

Investigadores do IPATIMUP dão mais um passo no combate ao cancro do estômago

Um grupo de investigadores do IPATIMUP, no Porto, descobriu um novo alvo terapêutico para interromper o desenvolvimento de cancro no estômago, avança a agência Lusa. A descoberta permitiu a identificação de uma proteína que, associada à propagação de uma metaplasia intestinal



no estômago (lesão pré-cancerosa em que algumas células do estômago são substituídas por células do intestino) comporta um risco significativo de evolução para cancro gástrico.

Na presença desta lesão, as tentativas de controlo da progressão do cancro gástrico não se têm revelado eficazes, razão pela qual o grupo considera necessária “uma compreensão mais fundamental do processo”.

Num artigo a ser publicado na revista Gut, é descrita a descoberta de um dos motivos pelos quais as lesões de metaplasia intestinal no estômago são irreversíveis, sendo demonstrado que a proteína (CDX2) regula a própria lesão, perpetuando-a. A descoberta torna-se então num alvo com interesse terapêutico para reverter o processo de desenvolvimento de cancro do estômago.

Os investigadores acreditam que “se for possível parar este processo, será uma forma de fazer uma prevenção primária do cancro do estômago”.

POP, 23 DEZEMBRO 2010

CANCRO DA MAMA

Combinação de Tykerb® e Herceptin® eficaz contra o cancro da mama

Dados de dois estudos de fase final, apresentados no San Antonio Breast Cancer Symposium, sugerem que o Tykerb® (lapatinib), da GlaxoSmithKline (GSK), é menos eficaz do que o Herceptin® (trastuzumabe), da Roche, em pacientes com cancro da mama HER2-positivo, e que os fármacos foram mais eficazes quan-

do usados em combinação, avança o site FirstWord.

“Embora [o Tykerb] não esteja actualmente aprovado nesta indicação, estamos empenhados em continuar a investigar o potencial desta combinação nesta forma agressiva de cancro da mama”, comentou Paolo Paoletti, director de Oncologia da GSK. No ensaio NeoALTTO, 455 pacientes com cancro da mama HER2-positivo foram seleccionadas aleatoriamente para um dos três braços do tratamento, durante 18 semanas antes da cirurgia.

Terapia combinada

Os resultados preliminares mostraram que a resposta patológica completa (RPC), definida como a ausência de células cancerosas invasivas na mama no momento da cirurgia, ou cancro na mama in-situ não invasivo, foi observada em 51,3% das pacientes que receberam o Tykerb® e o Herceptin® mais combinação de quimioterapia, comparando com 24,7% entre aquelas que receberam o Tykerb®, e 29,5% entre as que receberam Herceptin®, ambos em combinação com quimioterapia. A diferença de RPC entre os braços Tykerb® e Herceptin® não foi considerada significativa.

Num segundo ensaio, 620 pacientes com cancro da mama HER2-positivo receberam aleatoriamente um tratamento neo-adjuvante com o Herceptin® ou o Tykerb®, ambos em combinação com a quimioterapia padrão. Os dados mostraram que a taxa de RPC em doentes tratadas com o fármaco da GSK foi de 21,7%, comparando com 31,3% daquelas submetidas à terapia da Roche. “Temos a possibilidade de aumentar o número de pacientes que estão curadas” e de evitar outros tratamentos que podem custar mais, observou o investigador José Baselga da NeoALTTO.

A GlaxoSmithKline disse que o primeiro ensaio vai continuar a ava-

liar a sobrevida global, sobrevida livre de progressão, segurança e outros objectivos secundários.

POP, 16 DEZEMBRO 2010

EMA revê utilização do Avastin® da Roche no cancro da mama

O Comité de Avaliação de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia do Medicamento (EMA) recomenda que a utilização do medicamento Avastin® (bevacizumab), da Roche, no tratamento de doentes com cancro da mama metastático seja feita em associação apenas com paclitaxel. O Comité concluiu ainda que o Avastin® não deve ser usado em associação com o docetaxel e emitiu um parecer negativo sobre a proposta de associação do Avastin® com capecitabina nestes doentes, avança o Infarmed, em comunicado.

O Avastin® (bevacizumab) é utilizado no tratamento de vários tipos de cancro, nomeadamente, do cólon, do recto, da mama, do pulmão, e do rim, em associação com outros medicamentos antineoplásicos. No cancro da mama, este medicamento tem sido utilizado em associação com o paclitaxel ou com o docetaxel (taxanos) quando o cancro é metastático.

No âmbito de uma solicitação para uma nova indicação de utilização do medicamento Avastin® em associação com a capecitabina no tratamento do cancro da mama metastático, foram apresentados resultados de um estudo que comparavam esta associação com a associação com taxanos. Os dados deste estudo sugeriam que a combinação de Avastin® com docetaxel podia ter um impacto negativo na sobrevida global destes doentes (tempo de vida dos doentes após início do tratamento), o que desencadeou uma revisão aprofundada da utilização deste medicamento nas várias associações no cancro da mama.

Assim, o CHMP concluiu o seguinte:

- Associação com a capecitabina – apesar dos dados mostrarem um ligeiro aumento na sobrevida livre de progressão da doença, essa melhoria não se verificou noutros parâmetros igualmente importantes tais como a sobrevida global ou a qualidade de vida. Estes benefícios foram considerados insuficientes face à elevada toxicidade desta associação, pelo que o Comité concluiu que esta nova indicação não deveria ser autorizada.

- Associação com docetaxel – esta combinação pode ter um impacto negativo na sobrevida global, pelo que a relação benefício/risco desta utilização é negativa. Assim, esta associação não deve utilizada no tratamento do cancro da mama.

- Associação com paclitaxel – o benefício do Avastin® em combinação com o paclitaxel é superior ao risco, visto que os dados disponíveis mostram claramente que a mesma prolonga a sobrevida livre de progressão da doença e sem prejuízo da sobrevida global. Esta associação continua, por isso, a ser uma opção terapêutica válida.

Face ao exposto, a EMA e o Infarmed informam:

- Podem continuar a utilizar Avastin® em associação com paclitaxel no tratamento do cancro da mama metastático;

- A associação do Avastin® com docetaxel não é recomendada no tratamento do cancro da mama metastático.

Doentes em tratamento com Avastin®:

- Se o tratamento for feito em associação com o docetaxel devem falar com o seu médico para reavaliação;
- Se o tratamento for feito em associação com o paclitaxel devem continuar a terapêutica instituída;
- Se o tratamento for para outros tipos de cancro devem continuar a terapêutica instituída.

Inicie terapia do cancro... inicie Caphosol[®]

Caphosol é única solução supersaturada de lões de Fosfato de Cálcio que demonstrou reduzir o numero de doentes que experimentou episódios de mucosite oral¹

Num estudo prospetivo, randomizado realizado em dupla ocultação de 95 doentes submetidos a Transplantes de Células Estaminais Hematopoiéticas :

- Mais do dobro dos doentes evitaram mucosite oral usando Caphosol¹
- Caphosol reduziu a duração dos episódios de mucosite oral¹
- Os doentes do grupo Caphosol tiveram uma redução de 72% no uso de morfina e cerca de 75% dos doentes não tiveram de recorrer ao uso de qualquer morfina¹

Caphosol pode ser facilmente integrado no esquema terapêutico da Radioterapia e Quimioterapia para prevenir e tratar a mucosite oral nos seus doentes.

- Fácil de usar e sem sabor desagradável.



Para mais informações por favor contacte o nosso departamento de Informação Médica, telefone 21 721 74 00 ou escreva-nos para o email informed@eusapharma.com

Referências:

1. Papas AS, Clark RE, Martuscelli G, et al. A prospective, randomized trial for the prevention of mucositis in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant. 2003;31:705-712.



EUSA Pharma

Eusa Pharma SAS, Delegação Portuguesa.
Praça Nuno Rodrigues dos Santos n.º7
1600-171 Lisboa

Code: CAP/PT/003.0210.01

Descubra como tratar e prevenir mucosite oral em www.mouthsmadegood.com

mouthsmadegood



Data preparação Maio de 2010

gelclair®

Alívio da Mucosite Oral



“ Antes de GELCLAIR, deixei de poder comer tudo o que mais apreciava. Só de pensar em comida ficava arrepiada. Felizmente chegou a solução, e agora posso saborear tudo o que a vida tem de bom ”

Saborear a Vida!



LUSOMEDICAMENTA – SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÊUTICA, S.A.
Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B | QUELUZ DE BAIXO | 2730-055, Barcarena
Sociedade anónima. Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais
sob o nº 17248. Capital social €1.600.000,00. N.º de contribuinte 507 150 473



De notar que esta Circular não prejudica as restrições à utilização do medicamento Avastin® nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, decorrentes da sua avaliação prévia ao abrigo do Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de Outubro, na sua redacção actual, alerta o Infarmed.

POP, 17 DEZEMBRO 2010

CANCRO PULMÃO

Estudo mostra benefícios do afatinib no cancro do pulmão

Uma nova análise do estudo LUX-Lung 1 mostra os benefícios positivos do afatinib (BIBW 2992), da Boehringer Ingelheim, em pacientes com cancro do pulmão, avança o site PMFARMA.

Os novos dados revelam que o afatinib quadruplica (4,4 meses versus um mês com placebo) a sobrevida livre de progressão, em pacientes com cancro do pulmão e prováveis portadores de uma mutação no receptor do factor de crescimento epidérmico (EGFR). Além disso, também se concluiu que estes doentes têm tendência para uma maior sobrevida global.

Estas descobertas sobre o composto oncológico em investigação foram apresentadas no Simpósio Multidisciplinar de Oncologia Torácica, em Chicagu (EUA) e são uma actualização dos dados iniciais do ensaio LUX-Lung 1, apresentados no congresso da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO), em Milão.

Referindo-se aos dados obtidos, o principal investigador e médico oncologista Vincent A. Miller, do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, dos EUA, afirma que “os resultados deste estudo são encorajadores, apoiam a tendência dos tratamentos personalizados e demonstram a actividade do afatinib, ao mesmo tempo que sugerem que

os pacientes mais propensos a sofrerem de mutações EGFR podem ter uma resposta mais positiva a este fármaco.”

Os resultados do ensaio indicam que os doentes tratados com o afatinib tiveram uma melhoria significativa da taxa de controlo ou uma diminuição do tumor, em comparação com aqueles que receberam placebo, e que o medicamento melhorou significativamente os sintomas relacionados com o cancro do pulmão, como tosse, dispneia (dificuldade respiratória) e dor, ao mesmo tempo que retardou o tempo de deterioração desses sintomas.

POP, 30 DEZEMBRO 2011

Publicados dados do crizotinib da Pfizer no cancro do pulmão

A Pfizer anunciou que os dados já apresentados na ASCO, que demonstraram que a sua terapia-alvo experimental crizotinib encolheu significativamente os tumores em 57% dos pacientes com cancro do pulmão avançado de células não-pequenas (CPNPC), foram publicados no New English Journal of Medicine, avança o site FirstWord.

Mace Rothenberg, vice-presidente sénior da unidade de Oncologia da Pfizer, observou que embora os dados sejam de um estudo em fase inicial, as “altas taxas de resposta... sugerem que podemos estar a um passo para o desenvolvimento de tratamentos oncológicos personalizados e direccionados a factores genéticos específicos que impulsionam certos tumores.”

Na fase I do estudo, 82 pacientes com CPNPC, que tinham uma mutação no gene ALK, foram tratados duas vezes por dia com o fármaco da companhia. Os resultados mostraram que, além da resposta tumoral observada após oito semanas de tratamento, 33% dos pacientes tiveram a doença estabilizada, o que conduziu

a uma taxa de controlo da doença de 87%.

O autor do estudo, Geoffrey Shapiro, disse que os resultados eram “muito positivos... em pacientes com cancro do pulmão que tinham recebido outros tratamentos que não funcionaram ou apenas por pouco tempo.” O investigador acrescentou que, segundo dados do estudo, “havia uma probabilidade de 72% do tumor diminuir ou permanecer estável por pelo menos seis meses.”

A empresa observou que os resultados actualizados apresentados na ESMO indicaram uma sobrevida mediana livre de progressão de 9,2 meses entre os 113 pacientes que participaram no estudo.

A Pfizer está a realizar um ensaio de fase final com o crizotinib em pacientes com CPNPC avançado ALK-positivos, previamente tratados, que vai comparar o fármaco com a terapia padrão. A companhia disse que planeia apresentar os dados à FDA (Food & Drug Administration) para revisão, no primeiro semestre do próximo ano.

POP, 3 NOVEMBRO 2010

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA PRECOCE

Vaccinex inicia testes de anticorpo em pacientes com tumores sólidos



A Vaccinex anunciou terça-feira que recebeu autorização da FDA (Food & Drug Administration) e que vai iniciar um teste clínico de fase I para avaliar a segurança, nível

de tolerância, farmacocinética e farmacodinâmica do anticorpo terapêutico VX15/2503, em pacientes com cancro com tumores sólidos avançados, avança a Yahoo! Notícias.

O VX15/2503 é um novo anticorpo humanizado que bloqueia a actividade da semaforina 4D (SEMA4D). É o primeiro de dois anticorpos terapêuticos da companhia, cujos testes clínicos deverão ser iniciados este ano. A semaforina é uma molécula que orienta a activação e o movimento de variados tipos de células em formas diferentes. A SEMA4D promove, por exemplo, a migração de células do tumor com metástases para novos locais, assim como o crescimento de células que formam novos vasos sanguíneos necessários para fornecer nutrientes e energia para os tumores. A previsão é que, ao bloquear este sinal, o anticorpo anti-SEMA4D iniba o crescimento dos tumores primários e restrinja as metástases para novos locais.

“A Vaccinex está muito satisfeita por levar o VX15 para a fase clínica de desenvolvimento, o que também mostra a experiência e as capacidades extraordinárias das nossas equipas de investigação e desenvolvimento”, disse Ray Watkins, vice-presidente sénior e director de operações da companhia.

“A SEMA4D é um alvo terapêutico muito interessante que possui propriedades biológicas notáveis e relevantes para várias doenças”, disse o Dr. Maurice Zauderer, presidente e director executivo da Vaccinex.

POP, 5 JANEIRO 2011

Biomarcador genético detecta tumor mesmo em fases precoces

Foi identificado um novo biomarcador genético presente em, pelo menos, 11 tipos de tumores cancerosos, o que pode dar origem a novos exames e tratamentos para a doença, aponta um estudo publicado no New

England Journal of Medicine, avança o Portal da Saúde da ALERT Life Sciences Computing.

Investigadores da Mount Sinai School of Medicine, EUA, e do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (Inserm), França, verificaram a presença do receptor da hormona folículo-estimulante (FSH) em mais de 1.336 pacientes com cancro.

A hormona folículo-estimulante está presente nos órgãos reprodutivos. Na mulher, estimula a maturação dos folículos e a produção de estrogénio, enquanto nos homens, estimula a produção de espermatozoides.

As amostras analisadas provinham de tecido de 11 tipos de tumores (com diferentes graus de evolução): próstata, mama, cólon, pâncreas, bexiga, rins, pulmões, fígado, estômago, testículos e ovários. Os cientistas verificaram que o receptor FSH estava presente nas células dos vasos sanguíneos de todos os tumores analisados, independentemente do tipo ou da fase de crescimento. Em contrapartida, esse receptor estava totalmente ausente noutros tecidos normais do organismo, incluindo o tecido normal do órgão que tinha o tumor.

Para os cientistas esta descoberta tem duas implicações: uma é a de poder ser usada para melhorar o diagnóstico do cancro, mesmo numa fase inicial da doença, injectando substâncias que reajam à presença do receptor FSH e tornem visíveis os tumores; outra é a de poder ser usada em fármacos antitumorais que bloqueiem a progressão dos tumores.

POP, 27 OUTUBRO 2010

Descoberta proteína capaz de impedir a metastização do cancro

Uma equipa de investigadores internacionais, liderados por cientistas da University of Texas MD Anderson Cancer Center, nos EUA, revela que uma proteína conhecida

por CDK1 é capaz de bloquear uma enzima envolvida no agravamento e progressão do cancro, dá conta um estudo publicado na Nature Cell Biology, citado pelo portal Saúde na Internet.

De acordo com o líder do estudo, Mien-Chie Hung, a enzima denominada por EZH2 “é sobreexpressa nos tumores sólidos agressivos e está associada à progressão do cancro e à sua metastização”.

Através da realização de várias experiências, os investigadores conseguiram demonstrar de que modo a CDK1 interferia com a EZH2. Esta enzima é capaz de silenciar a expressão de genes, através da ligação de um grupo metilo a locais específicos das proteínas que se encontram associadas ao ADN e a outras proteínas que constituem os cromossomas. Entre os genes silenciados encontram-se os genes supressores de tumores, que de outra forma poderiam evitar o desenvolvimento do cancro e da sua disseminação.

Os investigadores mostraram que a CDK1 impede esta metilação através da ligação de uma molécula à EZH2, um processo conhecido por fosforilação.

O estudo revelou que nas células que apresentam a EZH2 mutada, este processo de fosforilação é impedido, verificando-se o dobro da migração celular e invasão das células cancerígenas, do que nas células em que a enzima não está mutada.

Estas descobertas poderão ajudar no desenvolvimento de um inibidor da EZH2 ou de um fármaco capaz de mimetizar a acção da CDK1. De acordo com Mien-Chie Hung, é necessário perceber primeiro “os detalhes moleculares da formação e progressão do cancro para desenvolver novas terapias que melhorem o tratamento e prevenção”.

POP, 10 JANEIRO 2010