

CASOS DA CLÍNICA: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA COMUNICAÇÃO SOBRE ADESÃO E PERSISTÊNCIA NO CÂNCER DE MAMA PRECOCE RECEPTOR HORMONAL POSITIVO E HER2 NEGATIVO

www.medscape.org/roundtable/ebc-nurse-role-portuguese

Sarah Donahue:

Olá a todos. Bem-vindos ao Casos da clínica, um evento ao vivo do Medscape. Hoje falaremos sobre o papel da enfermagem na comunicação sobre adesão e persistência no câncer de mama precoce HR positivo, HER2 negativo. Meu nome é Sarah Donahue, sou enfermeira da Universidade da Califórnia em São Francisco. Junto comigo hoje, tenho Maria Noblet, ela é enfermeira consultora do Hospital Portsmouth do National Health System Trust em Portsmouth, Inglaterra. Temos Allie Hershey, enfermeira oncológica no Dana-Farber Cancer Institute em Boston, Massachusetts, EUA. Sejam ambas bem-vindas, e obrigada por virem.

Allie Hershey:

Obrigada pelo convite.

Maria Noblet:

Obrigada

Sarah Donahue:

Bem, vou pedir para a Allie começar hoje.

Allie Hershey:

Ótimo. Vamos começar com um caso para falar sobre algumas de nossas terapias adjuvantes mais recentes. Esta é a paciente BH, em 2021, ela era uma mulher de 75 anos com um grande câncer de mama grande, localmente avançado no lado direito, positivo para receptor de estrogênio e negativo para HER2 (human epidermal growth factor receptor 2, [receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano]). No seu histórico, ela realmente apalpou uma massa no autoexame em fevereiro de 2021, o que levou a uma avaliação diagnóstica mostrando uma massa em sua mama direita, bem como gânglios linfáticos axilares direitos aumentados e alterados. E as biópsias da mama e dos gânglios linfáticos confirmaram câncer de mama invasivo com características ductais e lobulares moderadamente diferenciadas e com um Ki67 de cerca de 35%.

Ela fez exames de estadiamento que deram negativo para doença metastática, seguidos por uma ressonância magnética de mama mostrando uma área geral de doença de 4,7 por 4,0 cm e vários linfonodos axilares que eram motivo de preocupação. Assim, foi indicada nova quimioterapia adjuvante com dose densa de doxorrubicina e ciclofosfamida seguida de paclitaxel. O segundo ciclo de paclitaxel ou sexto ciclo de quimioterapia geral teve dose reduzida para neuropatia e, depois, a quimioterapia foi interrompida após esse ciclo devido a efeitos colaterais contínuos. Ela foi para a sala de cirurgia no final de julho do ano passado para uma lumpectomia e dissecação de linfonodos axilares e o patológico revelou cinco centímetros de carcinoma lobular invasivo residual, grau dois e 12 de 22 linfonodos acometidos com o maior depósito, 2,2 centímetros.

Era compatível com doença T2N3 ou carga residual de câncer igual a três. Ela começou a terapia adjuvante em setembro do ano passado e, embora, no Dana-Farber, nossa prática seja geralmente separar o início da terapia endócrina adjuvante da radiação, devido a algum mal-entendido, ela na verdade começou o letrozol simultaneamente à radiação. Ela desenvolveu forte dor no quadril ao fazê-lo, foi orientada a manter sua terapia endócrina, terminar a radiação e então ela fez a transição do exemestano em novembro do ano passado após terminar a radiação.

Começaremos com o estudo monarchE que levou à aprovação do abemaciclibe no câncer de mama precoce positivo para receptor hormonal, aprovado pela FDA em outubro de 2021. E este é o desenho do estudo, que você pode ver aqui. Neste estudo, pacientes com câncer de mama precoce positivo para receptor hormonal, negativo para HER2, positivo para nódulo e de alto risco foram randomizados um a um com terapia endócrina padrão com ou sem abemaciclibe por dois anos. Acho que a forma como o alto risco foi definido é realmente o ponto crucial deste estudo em particular. Baseou-se em características clínico-patológicas como no grupo um ou em Ki67 como no grupo dois.

No primeiro grupo de pacientes, eles tinham quatro linfonodos positivos ou um a três linfonodos positivos e pelo menos um grau histológico três ou um tumor T3. No segundo grupo, a inclusão foi baseada em Ki67 e você poderia, novamente, ter doença N1, mas ter um Ki67 maior que 20% sem um tumor de alto grau e sem doença T3. Como vocês podem ver, ou como tenho certeza que muitos de vocês já sabem, um número bem grande de pacientes, mais de 5.600 pacientes, foram randomizados neste estudo, novamente, com abemaciclibe 150 miligramas duas vezes ao dia continuamente, mais terapia endócrina, ou apenas terapia endócrina.

E aqui você pode ver que com uma mediana de pouco mais de dois anos de acompanhamento, houve uma separação das curvas e houve uma melhora absoluta nas taxas de sobrevida livre de doença invasiva após três anos de 5,4% em todo grupo com intenção de tratar. Acho que não incluímos os slides aqui, mas, se você separar por grupo, na população com intenção de tratar com alto Ki67, eles apresentaram uma redução de 33,7% no risco de desenvolver um evento invasivo livre de doença quando foram tratados com abemaciclibe, e a diferença absoluta nas taxas entre os dois grupos foi de 6%.

E para os pacientes tratados com abemaciclibe no grupo um que também tinha Ki67 alto, eles apresentaram uma redução de 37,4% no risco de um evento livre de doença invasiva, e a diferença absoluta na sobrevida livre de doença invasiva em três anos entre os grupos foi de 7,1%. Então, basicamente, quanto maior o risco do paciente, maior o impacto do abemaciclibe. E o mais importante, Ki67 alto é prognóstico de um desfecho pior, mas não é preditivo de benefício do abemaciclibe. Portanto, os pacientes podem se beneficiar desse tratamento, independentemente do escore de Ki67. E esse é o risco de sobrevida livre de recidiva à distância, que foi reduzido em 31,3% no grupo de abemaciclibe com uma diferença absoluta de 4,2% entre as taxas de três anos.

E bem rapidamente, há dados preliminares de sobrevida global que estão imaturos neste momento, e os dados de desfecho de sobrevivência estão em andamento. Mas, preliminarmente, há um número comparável de mortes em ambos os grupos e acho que todos esperamos ver um benefício de sobrevida apenas devido à redução substancial no risco de desenvolver eventos livres de doença invasiva e recidiva à distância. Acho que todos estamos prevendo que esse tratamento, esse benefício robusto do tratamento, se traduzirá em sobrevivência, mas ainda a ser determinado.

A paciente sobre a qual acabamos de falar, e se ela tivesse uma mutação germinativa BRCA1 ou BRCA2? Acho que se há risco alto o suficiente para você considerar o abemaciclibe, também devemos pensar no teste de BRCA germinativo e no tratamento com olaparibe. Claro, acho que isso levanta a questão de quem testamos e como incorporamos isso em nossa prática clínica e, com sorte, podemos conversar um pouco sobre isso mais tarde. Tenho a sorte de, como Sarah disse, trabalhar no Dana-Farber em Boston, um centro de alto volume onde é muito fácil fazer testes germinativos de BRCA para pacientes, mas, obviamente, esse não é o caso de todo mundo.

Mas se essa paciente tivesse uma mutação germinativa, certamente gostaríamos de pensar no uso de olaparibe. E falaremos um pouco sobre os dados do olaparibe aqui. O estudo OlympiA, este foi o primeiro a avaliar o uso de um inibidor de PARP no contexto terapêutico em um estudo controlado randomizado e, em última análise, foi o que levou à aprovação deste agente na doença em estágio inicial no início deste ano. E este estudo foi projetado para pacientes com câncer de mama receptor hormonal positivo ou de alto risco triplo negativo que tinham BRCA1 ou duas mutações confirmadas ou tinham câncer de mama em estágio dois ou estágio três ou ausência de resposta patológica completa à quimioterapia neoadjuvante, e eles foram randomizados para receber olaparibe ou placebo por um ano com uma dose de olaparibe de 300 miligramas duas vezes ao dia.

Para pacientes triplo negativos que receberam quimioterapia neoadjuvante, eles tinham que ter uma resposta não patológica completa para se enquadrar no estudo. E para pacientes receptor hormonal positivo, eles deveriam ter uma resposta não patológica e um escore de prognóstico

clínico com um escore EG de pelo menos três e também ter recebido pelo menos seis ciclos de quimioterapia neoadjuvante e cirurgia com ou sem radiação. E então, no grupo adjuvante, os pacientes triplo negativos tinham que ter tumores maiores, T2 ou linfonodos positivos e, para receptor de hormônio positivo, tinham que ter pelo menos quatro linfonodos envolvidos.

Esses são os dados sobre a sobrevida livre de doença invasiva, e você pode ver uma boa separação e bem precoce das curvas em favor do olaparibe. E se você olhar para o período de 36 meses, cerca de 86% dos pacientes estão livres de recidiva invasiva no grupo de olaparibe em comparação com 77% dos pacientes. Acho que é uma diferença muito boa, que faz você se sentir muito bem em usar esse medicamento por um ano. E estes são os dados de sobrevida livre de doença à distância. À esquerda você pode ver que há um desenho hierárquico onde você primeiro tem que provar a significância estatística da sobrevida livre de doença invasiva, o que eles fizeram, e então mostrou significância para a sobrevida livre de doença distante ao atingir seu valor P. E como vocês podem ver, há uma taxa de risco de 0,57, portanto uma boa separação da curva com 7% em três anos em favor do olaparibe.

E o mais importante, o OlympiA mostrou um benefício na sobrevida global. Em três anos no geral, a sobrevida foi de 92% no grupo do olaparibe e de 89% no grupo placebo. Acho ótimo podermos ver alguns dados de sobrevida nesse cenário, nem sempre vemos isso no estágio inicial da doença, então isso é maravilhoso. Digamos que temos uma paciente de alto risco, uma mulher como a que apresentei anteriormente, 12 linfonodos positivos que fez quimioterapia neoadjuvante, mas digamos que ela também tem uma mutação BRCA. Agora temos uma alternativa para esta paciente. Podemos usar olaparibe ou abemaciclibe, talvez ambos, e aqui estão os dados apenas comparando olaparibe com o abemaciclibe, o grupo teste versus placebo ou grupos controle com suas boas taxas de risco.

Pessoalmente, ainda não me deparei com esse cenário clínico, mas, nessa situação, prefiro pessoalmente, e Sarah, também gostaria da sua opinião, eu seria a favor do uso de olaparibe, pois temos alguns dados de sobrevida nesse cenário ou pelo menos eu priorizaria o olaparibe e depois consideraria a administração sequencial de abemaciclibe. Mas com a ressalva de que isso não foi estudado em um ensaio clínico, e eu certamente não usaria os dois medicamentos simultaneamente.

Sarah Donahue:

Sim, concordo completamente. Usaríamos olaparibe por causa dos dados de sobrevida global.

Allie Hershey:

Sim. E, novamente, acho ótimo podermos ver alguns desses dados. Nem sempre vemos isso ainda e esperamos ter isso para o abemaciclibe também, mas, agora, concordo, vamos favorecer o olaparibe. Apenas alguns desafios que encontrei em particular com esta paciente. A idade dela, como eu disse, quando ela foi diagnosticada, ela tinha 75 anos, não tinha muitos outros problemas médicos, mas apenas seu estado geral de saúde estava piorando. Conforme observei e certamente poderia falar mais, em termos de sua terapia em andamento, houve algum mal-entendido nas instruções da medicação, é possível que ela tenha algum comprometimento cognitivo não diagnosticado para o qual ela realmente não estava disposta a

nos deixar avançar com qualquer investigação adicional. Ela não se comunicava muito bem conosco, um desafio que enfrentamos foram com os efeitos colaterais que ela estava sentindo. Tivemos que fazer muitos contatos diretamente com ela para ver como ela estava indo com a terapia.

Prescrevemos abemaciclibe para ela, tivemos alguns problemas inicialmente com a cobertura do seguro, e ela é uma paciente que mora em Cabo Cod. Um pouco distante da nossa clínica e isso também foi um desafio que enfrentamos com ela. E então, algumas coisas que utilizamos para ajudar a superar alguns desses desafios. Uma discussão inicial sobre terapia endócrina e o uso do inibidor de CDK4/6, abemaciclibe, então começamos a falar sobre isso bem precocemente. Adotamos uma abordagem gradual, portanto a radiação, depois o inibidor de aromatase. Uma vez que ela estava acostumada por alguns meses, introduzimos o abemaciclibe. Oferecemos verificações regulares com nossa equipe multidisciplinar, oferecemos instruções escritas e verbais, a oportunidade de fazer parte dos exames laboratoriais de monitoramento localmente, mais perto de casa e a incentivamos a trazer familiares para as consultas. E também temos muita sorte de termos uma equipe de farmácia que nos ajudou a conseguir parte da cobertura dos medicamentos.

Então, vou voltar agora com a Sarah sobre o manejo de alguns eventos adversos que vemos com algumas dessas terapias.

Sarah Donahue:

Tudo bem. Obrigada, Allie. Foi maravilhoso. Ótima revisão. Vamos falar de uma paciente que está recebendo olaparibe. É uma mulher de 35 anos, esta mais jovem, tem uma mutação BRCA1, ela apalpa uma massa na mama esquerda, ela vai fazer essa avaliação completa, tem um tumor de 3,8 centímetros na mamografia, o ultrassom mostra nódulo axilar aumentado. Ela faz uma biópsia da mama, e os gânglios e a mama são hormônio positivo, HER2 negativo. Eles verificam Ki67, é 25%, o FNA do nódulo é positivo. Ela faz quimioterapia, damos a ela paclitaxel semanalmente, seguido de AC em dose densa, depois ela faz uma lumpectomia e uma biópsia do linfonodo sentinela. Após a cirurgia, ela volta para nós, o patológico mostra 2,8 centímetros de doença residual na mama, um dos três linfonodos extraídos na biópsia do linfonodo sentinela mostra micrometástase de dois milímetros.

Você pode usar uma calculadora on-line e descobrir qual é o escore CPS dela, e é um escore de três. E lembre-se, esse é o ponto de corte para receber olaparibe. Você discute a terapia hormonal com ela, ela está na pré-menopausa, ela tem uma doença residual significativa na mama e no nódulo, então você recomenda a supressão ovariana e um inibidor de aromatase. Ela vai começar a radioterapia em breve, mas ela tem risco alto o suficiente, então ela deve começar a terapia hormonal imediatamente. Ela está recebendo goserrelina, ela tomou durante a quimioterapia para preservação da fertilidade, então você continua isso, é para supressão ovariana e então você introduz um inibidor de aromatase e ela inicia letrozol uma vez ao dia.

E então conversamos sobre os possíveis efeitos colaterais que todos conhecemos sobre terapia hormonal. São ondas de calor, secura vaginal, rigidez e dor nas articulações e diminuição da densidade óssea. Então, para meus colegas aqui, essa paciente teria indicação para qual tratamento? Eu dei uma dica.

Allie Hershey:

Sim. Ela tem uma mutação germinativa BRCA, e nós temos alguns dados de sobrevida nesse cenário. Como acabamos de falar, acho que eu favoreceria o uso de olaparibe nesse cenário.

Sarah Donahue:

Eu concordo. Maria, é isso que você vê acontecer por aí?

Maria Noblet:

Não. Acho que depende muito do médico, mas os dados que acabaram de ser apresentados são bastante persuasivos, e acho que levarei isso comigo hoje. Mas, claramente, a paciente qualifica-se para ambos, e acho que apenas os dados de sobrevida favorecem mais o uso de olaparibe. Mas sim, vou levar isso comigo hoje.

Sarah Donahue:

Sim.

Maria Noblet:

Obrigada.

Sarah Donahue:

É uma escolha, e não acho que haja uma resposta errada, eu acho-

Allie Hershey:

Não.

Sarah Donahue:

... apenas uma escolha que poderia ser feita e, quem sabe, talvez, assim que obtivermos os dados gerais de sobrevida do abemaciclibe, ficaremos realmente confusos. Só para entender como esse olaparibe é administrado, duas vezes ao dia, 300 miligramas. Cada comprimido tem 150 ou 100 miligramas, dependendo da dose que você está dando, porque você pode reduzir a dose, então seriam dois comprimidos duas vezes ao dia como dose inicial. Ele interage com os inibidores e indutores do CYP3A4, você deve pensar nos outros medicamentos que eles estão tomando. Temos um farmacêutico com quem a gente trabalha então, quando o paciente começa, ele verifica tudo isso.

Mas se você adicionar medicamentos mais tarde, é bom verificar isso, sim. Laranja-azedada e produtos com toranja também interagem com olaparibe. Além disso, recomendo que tomem junto das refeições, pois ajuda a diminuir as náuseas. Vamos analisar um hemograma. Falaremos um pouco mais sobre as toxicidades daqui a pouco, mas recomendamos acompanhar o hemograma a cada mês. E também tem alguns eventos adversos sobre os quais falaremos em breve.

Quanto às toxicidades hematológicas, a anemia é o evento adverso de grau três mais comum que ocorre com o olaparibe, está presente em cerca de 20% dos pacientes que o utilizam e pode estar associada à fadiga, claro. Não tenho visto muita neutropenia, tenho visto trombocitopenia ocasional nesses pacientes. LMA e SMD secundárias podem ocorrer. As taxas são muito, muito baixas, mas é importante monitorar. Vou mostrar daqui a pouco, não há diferença entre pacientes com olaparibe e placebo quanto ao desenvolvimento de LMA e SMD, então pode ou não estar relacionado ao inibidor de PARP, mas é algo que você pode precisar monitorar nesses pacientes. Qualquer pessoa com toxicidade hematológica prolongada após interromper o inibidor de PARP, você deve encaminhá-la para a hematologia.

O principal efeito colateral gastrointestinal é náusea, considerada de emetogenicidade moderada. Recomendamos os inibidores de 5-HT₃, como ondansetron, ou qualquer um dos antieméticos que você usa podem ser usados com este medicamento. E se o paciente estiver perdendo peso, você deve considerar reduções de dose. De novo, mostrando aqui que a SMD e a LMA, não houve diferença entre olaparibe e o placebo. Pneumonite ocorreu, mas foi semelhante entre os grupos, novamente, taxas muito baixas. E nova malignidade primária foi um pouco maior no grupo placebo, estranhamente. Não sei se foi realmente estatisticamente significativo.

A paciente conclui um ciclo de radiação de cinco semanas e faz exames laboratoriais duas semanas depois para servir como basal antes de iniciar o olaparibe. Geralmente não iniciamos o olaparibe durante a rádio por causa da anemia e coisas assim. Ela faz um hemograma basal e um painel metabólico amplo e os resultados dão normal. Você inicia olaparibe, 300 miligramas duas vezes ao dia e analisa os possíveis efeitos colaterais que acabamos de discutir com ela.

Ela volta em quatro semanas, ela repete o exame, a hemoglobina está um pouco reduzida, caiu para 10. Ela está tolerando bem o tratamento, com um pouco de náusea que vem em ondas, e ela não sabe dizer se está relacionado a comer ou não. Ela toma olaparibe com as refeições, café da manhã e jantar. Ela nunca vomita com essa náusea, mas diminuiu a ingestão de alimentos e perdeu três quilos. Ela tem um cansaço muito leve, consegue trabalhar, tem filhos pequenos, faz caminhada três vezes por semana. Ela consegue fazer tudo, apenas relata estar cansada. Ela tem certa rigidez nas articulações, mas melhora quando faz exercício e tem algumas ondas de calor, mas isso começou com a quimioterapia e ela está tomando gabapentina toda noite antes de dormir.

Você recomenda que ela tente algum omeprazol ou um inibidor da bomba de prótons, você também recomenda que, junto com o ondansetron conforme necessário, ela experimente algo como a olanzapina. Só mais um antiemético, ela pode tomar à noite, evita náuseas no dia seguinte. Você mantém a mesma dose do olaparibe, continua com a gabapentina e incentiva ela a se exercitar. Ela retorna quatro semanas depois, os exames mostram uma hemoglobina de 8,5, a náusea está muito melhor controlada com olanzapina e, se necessário, ondansetrona,

mas a fadiga está pior, claro. Ela está conseguindo trabalhar e cuidar dos filhos, está dormindo bem, só está muito cansada.

Ela está acima do limiar para a instituição fazer uma transfusão de sangue, mas, se continuarmos com a mesma dose, a hemoglobina vai continuar a diminuir e ela pode ter falta de ar e mais fadiga que eventualmente a enquadrariam em uma transfusão de sangue. Então, você reduz a dose dela de olaparibe de 300 duas vezes ao dia para 250 duas vezes ao dia. E ela retorna para você quatro semanas depois e o hemograma está muito melhor, a hemoglobina está em 11,2 e a fadiga melhorou muito. Agora vamos passar para a Maria, ela vai falar sobre o abemaciclibe.

Maria Noblet:

Olá a todos. Tenho um caso aqui. Temos uma senhora de 58 anos que identificou um caroço na mama direita em setembro de 2021. Após a cirurgia, foi identificado câncer ductal infiltrante de grau três, ER oito, PR seis, HER2-negativo, seis dos 15 linfonodos positivos. Tomografia, o estadiamento não mostra doença fora da mama e dos nódulos. Dezembro de 2021, ela faz quimioterapia adjuvante e radioterapia na mama esquerda e linfonodos regionais. Em maio de 2022, ela começa o tratamento com letrozol e seis meses com bisfosfonatos e começa o abema adjuvante a 150 miligramas duas vezes ao dia.

Portanto, no Reino Unido, mandamos nossos pacientes para casa com uma receita de loperamida para que, se houver diarreia, possam começar a loperamida rapidamente. Essa senhora, infelizmente, teve diarreia significativa depois de tomar loperamida e abemaciclibe por duas semanas e, por isso, suspendemos a dose por uma semana para ver como ficaria. No ciclo dois, começamos com uma dose reduzida de 100 miligramas por dia, a diarreia estava muito menos frequente e muito melhor até o ponto de ter intestino solto uma vez por semana. Ciclo três, ela continuou com 100 miligramas duas vezes ao dia e sem mais problemas, e ela continua com essa terapia.

No monarchE, dos pacientes que apresentaram diarreia, aproximadamente 20% reduziram a dose e aproximadamente o mesmo número suspenderam uma dose. A taxa de descontinuação foi muito baixa, e o tempo médio para o início da diarreia foi de oito dias e diminuiu com o tempo. E a incidência de diarreia, em todos os graus, foi de 73 a 90%. Para diarreia de grau dois com duração superior a 24 horas, a coisa certa a fazer seria segurar até que a diarreia reduza para grau um. Obviamente, otimizando a terapia antidiarreica e aumentando a ingestão de líquidos, dê orientações nutricionais. Como Sarah disse, com pacientes com problemas gastrintestinais, reduzir a ingestão de alimentos condimentados, aumentar os líquidos, diminuir a gordura pode realmente ajudar, e reduzir a dose se a diarreia de grau dois persistir ou se ocorrer novamente.

Para pacientes com diarreia de grau três ou quatro, aguarde até que se estabilize no grau um e depois reinicie, igual ao paciente que acabamos de falar, a próxima dose mais baixa. Pessoalmente, nunca vi ninguém que precisasse de internação por diarreia, mas a orientação seria otimizar a terapia antidiarreica e aumentar a ingestão de líquidos por via oral. Os achados de dados de segurança maduros do monarchE foram consistentes com a análise de dados anterior. Quando os pacientes receberam abemaciclibe por um período médio de 23,7 meses, os efeitos adversos mais comuns observados incluíram diarreia em 84% dos pacientes versus

9% no grupo controle, fadiga 41% no grupo teste versus 18% no grupo controle, artralgia 27% no grupo teste e 38% no grupo controle, e neutropenia 46% versus 6% no grupo controle.

Assim, o efeito adverso observado com mais frequência com o abemaciclibe é diarreia de grau muito baixo. A duração média da diarreia foi de nove a 12 dias, e isso é para todos os eventos de grau dois, e depois variou de seis a oito dias para todos os eventos de grau três. Então, considerações para prescrever inibidores de CDK quatro e seis, particularmente abemaciclibe. A dose seria de 150 miligramas por via oral duas vezes ao dia continuamente, com ou sem alimentos, a critério do paciente, preferencialmente com cerca de 12 horas de intervalo. Oriente o paciente a engolir os comprimidos inteiros, sem esmagar nem partir. Se o paciente vomitar enquanto estiver tomando este medicamento, não recomende tomar outra dose, apenas continue com a dosagem regular e fale com o médico. Aconselhamos fortemente a não comer toranja nem beber suco de toranja ou laranja-azedada, pois podem aumentar os efeitos do medicamento e aumentar os efeitos adversos do medicamento.

Novamente, teríamos que fazer um histórico completo de quais outros medicamentos a paciente estava tomando e fazemos isso antes de prescrever. Os efeitos adversos mais comuns, tenho certeza que vocês sabem, diarreia e neutropenia, e os menos comuns são eventos trombóticos venosos e a toxicidade hepatobiliar. Outra coisa que faríamos é orientar qualquer paciente que esteja tomando este medicamento a considerar métodos contraceptivos, porque não se recomenda engravidar depois de tomar esse medicamento.

Sarah Donahue:

Muito obrigada. Obrigada a todos. Nosso tempo está acabando, então vou passar os próximos slides muito, rapidamente. A diferença nos papéis da enfermagem ou do especialista em enfermagem clínica ou da enfermeira consultora como Maria versus enfermeira oncológica, como eu e Allie nos EUA versus Reino Unido. Nos EUA, o que temos é, uma vez que o paciente termina o tratamento, digamos, quimioterapia neoadjuvante, o caso vai para uma equipe de onco, pelo menos na minha instituição, e é brevemente discutido e garantido que o paciente esteja vinculado com a oncologia médica e tenha iniciado ou agendado todas as suas rádios. E talvez seja brevemente discutido naquele momento se o abemaciclibe ou olaparibe pode ser considerado, mas na verdade fica para o oncologista nos EUA.

E então a enfermeira e o farmacêutico desempenham um papel em que a paciente vem para a consulta pós-operatória, eles conversam com seu oncologista sobre a adição da terapia adjuvante e então eles passam com a enfermeira, talvez, mais tarde naquela visita ou uma consulta de acompanhamento e a gente reforça as informações, reforça os efeitos colaterais para que eles entendam o que foi orientado. E isso acontece, conforme a paciente evolui, ela volta com as mesmas perguntas, por que estou tomando esse medicamento e o que faço em relação aos efeitos colaterais. O farmacêutico pode enviar o medicamento para a paciente, eles podem ligar para o paciente para falar sobre interações e efeitos colaterais.

No Reino Unido é um pouco diferente. Maria, se você não se importa, vou pedir para você mencionar rapidamente algumas coisas.

Maria Noblet:

Sim, tudo bem.

Sarah Donahue:

Tem uma equipe multidisciplinar um pouco mais formal.

Maria Noblet:

Sim, é um pouco mais formal. Acho que é seguro dizer que o Royal College of Nursing fez uma pesquisa recentemente de diferentes cargos e, para as pessoas que se dizem especialistas em enfermagem oncológica, havia algo como 700 nomes de cargos. Então, é bem complexo no Reino Unido e estou sendo muito, muito reducionista porque não é o que parece no total. Mas uma enfermeira consultora teria certo papel acadêmico no trabalho que cobriria a enfermagem e a especialização em enfermagem clínica. A especialização em enfermagem clínica no Reino Unido é muito focada nas necessidades psicossociais e espirituais do paciente. Não é uma função educativa, é muito mais uma função centrada no paciente. No Reino Unido, uma equipe multi é cancelada se não houver um especialista em enfermagem clínica presente, um que defenderia o paciente.

Existem muitos estudos, e as três principais funções da enfermagem clínica e da equipe multi são estimular a discussão, influenciar os planos de tratamento e facilitar o trabalho em equipe. Por exemplo, eles vão trazer o paciente para o quarto, se um paciente teve recentemente... eu tive uma paciente na clínica há não muito tempo, cujo marido havia morrido recentemente durante a quimioterapia, ela era muito avessa à química. É algo que eu poderia levar para a equipe multi e dizer: "Olha, talvez devamos fazer assim com esta senhora", facilitando o trabalho em equipe.

Os enfermeiros sempre têm senso de humor, sempre conseguimos unir a equipe. Há muitas ilustrações disso. Trazer discussões valiosas sobre preconceito ético, imagem corporal, corrigir mal-entendidos sobre os pacientes. E não vou me estender, Sarah, mas nossos papéis são bem diferentes. Acho que no Reino Unido, da maneira como é delineada, o especialista em enfermagem clínica deve estar presente na equipe multi, e já se provou ser valiosa no cuidado holístico de pacientes com câncer de todos os tipos, sim.

Sarah Donahue:

É um papel bem diferente. Adoro ouvir sobre as diferenças.

Maria Noblet:

Sim, adoro ouvir sobre suas funções também. Desculpe.

Sarah Donahue:

Obrigada a todos. Muito obrigada pela presença de vocês. Agradecemos de verdade. Obrigada, Maria. Obrigada, Allie. Foi excelente.

Allie Hershey:

inaudível

Maria Noblet:

Obrigada, Sarah. Obrigada a todos.

Aviso legal

Este documento destina-se exclusivamente a fins educacionais. Não serão dados créditos de educação médica continuada (CME) pela leitura do conteúdo desse documento. Para participar desta atividade, acesse www.medscape.org/viewarticle/985597

Para perguntas relacionadas com o conteúdo desta atividade, entre em contato com o seu responsável no endereço: CME@webmd.net.

Para assistência técnica, entre em contato com CME@medscape.net

A atividade didática apresentada acima pode conter quadros clínicos simulados baseados em casos reais. As pacientes apresentadas nestes contextos são fictícias e não há, nem deve haver, intenção de fazer nenhuma associação com alguma paciente real.

O material apresentado aqui não necessariamente reflete as opiniões do Medscape, LLC, ou das empresas que apoiam o programa educativo no site medscape.org. Estes materiais podem versar sobre produtos terapêuticos que não foram aprovados pela Food and Drug Administration dos Estados Unidos e sobre utilizações que não constam nas bulas dos medicamentos de produtos aprovados. Um profissional de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar qualquer produto terapêutico mencionado. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar as pacientes ou usar qualquer tratamento descrito nesta atividade educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC