

1- TIPO DE EMESIS

NÁUSEAS Y VÓMITOS ANTICIPADOS. Preceden a la administración de quimioterápicos en pacientes que habían presentado vómitos en ciclos anteriores. La mejor forma de impedir la emesis anticipatoria es la prevención desde el primer ciclo de la emesis postquimioterapia con un tratamiento antiemético adecuado. No obstante, en los pacientes que desarrollan este tipo de condicionamiento pauloviano el control se centra en reducir la ansiedad del paciente, para lo que se pueden utilizar fármacos ansiolíticos desde 24-48 horas antes de la quimioterapia o bien tratamientos conductistas (relajación, hipnosis, desensibilización sistemática, etc.).

NÁUSEAS Y VÓMITOS INMEDIATOS O EN FASE AGUDA. Ocurren dentro de las primeras 24 horas tras la administración de los fármacos citostáticos.

NÁUSEAS Y VÓMITOS RETARDADOS O TARDÍOS. Son aquellos que se producen después de 24 horas tras la administración de la quimioterapia. La sintomatología aparece con más intensidad a los 2-3 días tras el ciclo, persiste durante 6-7 días y ocasionalmente puede continuar hasta el siguiente ciclo.

2-CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS POR CAPACIDAD EMETÓGENA.

FÁRMACOS ALTAMENTE EMETÓGENOS. Actinomicina D, altretamina, carboplatino, carmustina, ciclofosfamida, cisplatino, citarabina, dacarbazina, daunorubicina, doxorubicina, epirubicina, estreptozotocina, idarubicina, ifosfamida, lomustina, oxaliplatino, pentostatina, procarbazona.

FÁRMACOS MODERADAMENTE EMETÓGENOS. Docetaxel, etopósido, gemcitabina, irinotecán, mitomicina, mitotano, mitoxantrona, paclitaxel, raltitrexed, tenipósido, tiotepa, topotecán.

FÁRMACOS POCO EMETÓGENOS. Alcaloides de la vinca, asparraginas, bleomicina, busulfán, cladribina, clorambucilo, fludarabina, fluorouracilo, hidroxiurea, melfalán, mercaptopurina, metotrexato, temozolomida, tioguanina, tretinoína.

3-QUIMIOTERAPIA ALTAMENTE EMETÓGENA; TRATAMIENTO DE LA EMESIS:

FASE AGUDA: ANTAGONISTA 5-HT₃ + CORTICOSTEROIDE

FASE TARDÍA: CORTICOSTEROIDES. Los resultados mejoran al asociar metoclopramida.

En pacientes con mal control de la fase aguda, o vómitos persistentes debidos a fármacos diferentes al Cisplatino, la combinación de antagonistas 5-HT₃ y dexametasona puede tener una respuesta superior al tratamiento estándar.

4-QUIMIOTERAPIA MODERADAMENTE EMETÓGENA; TRATAMIENTO DE LA EMESIS:

FASE AGUDA: ANTAGONISTA 5-HT₃ + CORTICOSTEROIDE

FASE TARDÍA: CORTICOSTEROIDES

El valor de los antagonistas 5-HT₃ en fase tardía no está bien establecido. Se ha postulado que no es necesario tratamiento preventivo en la fase tardía para aquellos pacientes que han obtenido respuesta completa en la fase aguda, pues en el 90% de los casos la respuesta se mantiene hasta la fase tardía.

5- DOSIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS

EMESIS AGUDA;

QUIMIOTERAPIA ALTA Y MODERADAMENTE EMETÓGENA:

ANTAGONISTAS 5-HT₃:

- Ondansetrón: 8-32 mg iv en dosis única antes de la quimioterapia (QT), o bien, 8 mg iv antes de la QT seguidos de dos dosis más de 8 mg iv espaciadas 4 horas tras la QT.

- Granisetron: 3 mg iv antes de la QT. En algunos casos puede ser necesario administrar hasta dos dosis adicionales de 3 mg.

- Tropisetron: 5 mg iv en una sola dosis.

CORTICOSTEROIDES:

-Dexametasona: 10 - 20 mg iv antes de la QT o metilprednisolona: 125 - 250 mg iv antes de la QT.

EMESIS RETARDADA;

QUIMIOTERAPIA ALTAMENTE EMETÓGENA:

METOCLOPRAMIDA: 20 mg/6h vo x 2-5 días ó 0,5 mg/Kg/6h vo x 2-3d.

DEXAMETASONA: 8 mg/12 h vo los días 2º y 3º tras QT y 4 mg/12 h los días 4º y 5º.

QUIMIOTERAPIA MODERADAMENTE EMETÓGENA:

DEXAMETASONA: 8 mg/12 h vo x 2-3 d.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANTIEMÉTICOS SEGÚN ASCO**EMESIS INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA.**

FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS AMPLIAMENTE UTILIZADOS

-ANTAGONISTAS 5-HT₃

* A las dosis equivalentes los antagonistas 5-HT₃ tienen igual seguridad y eficacia, pudiéndolos intercambiar en la práctica.

* Las dosis únicas son preferidas por conveniencia y coste, así como los agentes orales son recomendados sobre los intravenosos, ya que su coste es menor.

-CORTICOSTEROIDES

* A las dosis equivalentes, los corticosteroides son seguros y eficaces pudiéndose intercambiar. Se aconseja utilizarlos en dosis única.

FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS DE BAJO USO

* Antagonistas dopaminérgicos (Butirofenonas, Fenotiazinas...) son fármacos reservados para pacientes que poseen intolerancia o son refractarios al tratamiento asociado con antagonistas 5-HT₃ y corticosteroides.

L: TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

FÁRMACOS ADYUVANTES

* Los Antihistamínicos y las Benzodiazepinas se utilizan como fármacos adyuvantes en el tratamiento de la emesis, por ello nunca se deben administrar como único fármaco.

EMESIS AGUDA

GUÍA DE ACTUACIÓN

- **Alto riesgo**: Utilizar antagonistas 5-HT3 + corticosteroides antes de la quimioterapia.
- **Riesgo intermedio**: Utilizar un corticosteroide.
- **Bajo riesgo**: No utilizar ningún tratamiento.
- **Combinación de quimioterápicos** será necesario el uso de antieméticos atendiendo al riesgo de cada uno de los fármacos. Si la quimioterapia se realiza varios días consecutivos, se tratará al paciente de la posible emesis diariamente.

EMESIS RETARDADA

GUÍA DE ACTUACIÓN

- **Alto riesgo: Cisplatino**: Corticosteroide + Metoclopramida o Corticosteroide + antagonista 5-HT3 como prevención.
- **Alto riesgo: no Cisplatino**: Corticosteroide como agente único o Corticosteroide + Metoclopramida o corticosteroide + antagonista 5-HT3.
- **Riesgo intermedio y bajo**: No es necesario tratamiento.

EMESIS ANTICIPATORIA

Evitar que el paciente tenga emesis aguda o retardada inicialmente, con los tratamientos ya descritos anteriormente. En caso de que los vómitos anticipatorios tuviesen lugar, se sugiere una terapia conductista de desensibilización.

EMESIS INDUCIDA POR RADIOTERAPIA.

GUÍA DE ACTUACIÓN

- **Alto riesgo**: Irradiación total del cuerpo.
- Antagonista 5-HT3 con o sin corticosteroide antes de cada fracción y al menos durante 24 horas después.
- **Riesgo intermedio**: Irradiación de medio cuerpo, abdomen alto y abdomen pélvico, radiocirugía craneal y craneoespinal.
- Antagonista 5-HT3 o antagonista dopaminérgico antes de cada fracción.
- **Bajo riesgo**: Irradiación del cráneo sólo, mama, cabeza y cuello, extremidades, pelvis y tórax.
- Antagonistas dopaminérgicos o 5-HT3. Utilizar cada día de radiación de forma profiláctica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Gallego J.V. Tratamiento antiemético. EN: Guía de Prescripción, Oncología Médica. Díaz Rubio E. Y Guillem Porta (Eds). 2ª Edición 1998. Pag 447-458.
- Chacon J., Martínez B., López L. Antiemesis en la terapia antineoplásica. EN: Oncología Clínica. Fundamentos y patología general. González Barón M. 2ª Edición. McGraw-Hill (Ed). 1998 Madrid. Pag: 627-636.
- American Society of Clinical Oncology "ASCO". Recommendations for the Use of Antiemetics: Evidence-Based, Clinical Practice Guidelines. J Clin Oncol, 1999;17, (9):2971-2994.
- Hernández Gago y cols. "Tratamiento de soporte II: control de náuseas y vómitos, nutrición artificial en el paciente oncológico y tratamiento de la caquexia". Módulos de actualización multidisciplinar: El paciente oncohematológico y su tratamiento. Capítulo nº5. SEFH (Eds).
- Estudio multicéntrico descriptivo de la efectividad antiemética frente a quimioterapia altamente emetógena. Vol.2. Grupo de trabajo en farmacia oncológica (Eds). Barcelona, 2000.
- Estudio multicéntrico descriptivo de la efectividad antiemética frente a quimioterapia moderadamente emetógena. Vol 3. Grupo de trabajo en farmacia oncológica (Eds). Barcelona, 2000.
- Medimecum. Guía de terapia farmacológica 2000. Adis (Ed). Madrid 2000.
- Martín M., Esteban C. y Oruezabal M. Toxicidad digestiva. EN: Oncología Médica. Tomo II. Cortes-Funes (Eds). 1999 Madrid. Pag: 1588-1595.
- Martín M., López J.A. Prevención y tratamiento de la emesis inducida por citotóxicos. EN: Protocolos en oncología. Abad A., Lluch A. Martín M. Y Mendiola C. 2ª Edición. Glaxo Wellcome(Ed.)1998. Pag: 513-524.