

Materia:
Medicina Paliativa.

Nombre del trabajo:
“Resumen”

Alumna:
Keyla Samayoa Pérez.

Grupo: “A” Grado: “6”

Docente:
Dr. Agenor Abarca Espinosa.

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024.

Antieméticos en oncología

Los efectos adversos de la quimioterapia en los pacientes oncológicos representaron un problema grave, ya que los efectos adversos típicos de ésta, como náusea, vómito, alopecia, pancitopenia, dolor y fatiga, pueden resultar, en no pocas ocasiones, en falta de apego terapéutico y hasta abandono del tratamiento.

Las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (NVIQ), son para el personal médico una de las dificultades más grandes por el hecho de evaluar a los pacientes en este escenario, ya que son numerosas las causas para su presentación.

El propósito de la terapia antiemética moderna es evitar la náusea y el vómito. El desarrollo de antagonistas del receptor de serotonina (5HT RAs) al inicio de los años ochenta fue sin duda un logro significativo, al igual que el desarrollo de los antagonistas del receptor de neurocinina-1 (NK RA), ya incorporados al arsenal terapéutico contra CINV.

- **Clasificación de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia.**

Tres categorías: se le considera **aguda** cuando los síntomas se presentan dentro de las 24 horas posteriores a la administración inicial de la quimioterapia; se le considera como de **inicio retardado** cuando se presenta 24 horas después de la administración de la quimioterapia o en días subsecuentes; y por último se le considera como **anticipatoria** cuando los episodios eméticos se registran o disparan con el solo sabor, olor o ante la ansiedad registrada ante pasados fracasos con el tratamiento antiemético en un ciclo previo de quimioterapia.

- **Antagonistas del receptor de 5HT**

Los antagonistas que inhiben a la serotonina han sido los antieméticos más empleados en el manejo de CINV. Cinco antagonistas del receptor de serotonina o 5HT₃ RAs se encuentran disponibles en nuestro país (ondansetrón, granisetrón, tropisetrón, dolasetrón y, más recientemente, palonosetrón). Al administrarles en dosis equivalentes para esta indicación (emesis aguda), muestran equivalencia tanto en términos de eficacia como de seguridad, independientemente de las vías en que sean administrados. Siendo palonosetrón inyectable, en combinación con dexametasona, quien demostró una eficacia mayor en emesis tardía.

- **Corticoides**

Los corticoides, corticoesteroides o esteroides forman parte importante en el combate de la náusea y el vómito (CINV), aunque no se les ha aprobado como

antieméticos. Cuando se les usa en combinación con otros agentes, los esteroides cumplen con un papel potenciador del efecto terapéutico, elevando el umbral emético. La dexametasona es el esteroide más comúnmente usado, la administración de 20 mg (sólo 12 mg cuando se usa aprepitant) en pacientes con riesgo alto, y sólo una dosis de 8 mg de dexametasona cuando el paciente es de riesgo medio o mínimo. Los esteroides son fármacos subutilizados debido a su perfil de efectos colaterales; sin embargo, cuando se usan por un plazo corto dentro de un esquema de manejo antiemético, no suelen presentarse reacciones adversas importantes.

➤ *Benzodiazepinas*

Las benzodiazepinas pueden ser útiles al adicionarse a regímenes eméticos en ciertas circunstancias. Se les ha usado frecuentemente como ansiolíticos para reducir la incidencia de CINV anticipatoria, así como en pacientes con emesis refractaria y de aparición súbita.

➤ *Antagonistas del receptor de neurocinina 1.*

El primer antagonista del receptor de neurocinina 1 (NK1 RA) aprobado en 2003, con el nombre de aprepitant. El aprepitant ejerce su acción antiemética por medio de la inhibición de la sustancia P en los sistemas nerviosos central y periférico. El aprepitant se administra oralmente y como el fosaprepitant por vía intravenosa. Se ha probado su administración combinada con un antagonista del receptor de serotonina cinco (5HT3 RAs) de reciente desarrollo (palonosetrón) más dexametasona, o únicamente combinado con dexametasona, permitiendo usar sólo la mitad de la dosis de ésta, ya que el aprepitant duplica el ABC de la dexametasona. Los regímenes que incluyen aprepitant han demostrado reducir significativamente la emesis aguda y tardía en pacientes que reciben quimioterapias alta y moderadamente eméticas, en comparación con la combinación de 5HT3 RAs+ dexametasona. Cuando el aprepitant se combina con dexametasona y palonosetrón ha mostrado alcanzar niveles importantes de control emético.

➤ *Nuevas tendencias y desarrollos recientes*

El palonosetrón como un 5HT3 RAs con afinidad para unirse con el receptor de 5HT3 cien veces mayor que el resto de los agentes de su tipo, incluyendo a ondansetrón, granisetrón y dolasetrón. Posee una significativa vida media de 40 horas. Los estudios clínicos han demostrado que, como monoterapia, el palonosetrón ofrece un mejor control de CINV en comparación con otros 5HT3 RAs, y se ha demostrado una tendencia a un mejor efecto en CINV que el alcanzado con ondansetrón o granisetrón, al combinarse con dexametasona.

Por otro lado, al agregarse aprepitant y dexametasona al palonosetrón, se ha encontrado una combinación que parece ser más que promisoriosa, ya que se han alcanzado respuestas completas generales (ausencia de vómito y de necesidad de medicamentos de rescate) en un 51% de los pacientes, con un 76% de éstos con problema agudo, y un 66% de pacientes con CINV de inicio retardado.

En la terapia moderadamente emetogénica, se utiliza la siguiente combinación: antagonistas de serotonina (5HT₃) antagonistas de neurocinina, y esteroide.

Prevención de la emesis en quimioterapia IV de alto riesgo hemetogénico

Iniciar antes de quimioterapia^{a,c}
 Antagonistas de serotonina (5HT₃):^d

- Dolasetrón 100 mg VO o 1.8 mg/kg o 100 mg IV día 1
-
- Granisetrón 1 mg VO BID o 0.01 mg/kg (máx. 1 mg) IV / día 1
-
- Ondansetrón 16-24 mg VO u 8-24 mg (máx. 32 mg/día) IV / día 1
-
- Palonosetrón 0.25 mg IV sólo en el día 1

MÁS

Esteroides

- Dexametasona 12 mg VO o IV en día 1, más 8 mg VO días 2-4 (excepto en pacientes cuyo esquema de tratamiento antineoplásico incluye esteroides)*

MÁS

Antagonista de neurocinina 1

- Aprepitant 125 mg PO/día 1, más 80 mg VO días 2-3
- ± lorazepam 0.5- 2 mg VO o IV o sublingual cada 4-6 horas en días 1-4
- ± bloqueador H₂ o inhibidor de la bomba de protones

Comenzar antes de quimioterapia^{a,c}
 Antagonistas de serotonina (5HT₃):^d

- Dolasetrón 100 mg VO o 1.8 mg/kg o 100 mg IV día 1
-
- Granisetrón 2 mg VO o 1 mg PO BID, o 0.01 mg/kg (máx. 1 mg) IV / día 1
-
- Ondansetrón 16-24 mg PO u 8-24 mg (máx. 32 mg/día) IV / día 1
-
- Palonosetrón 0.25 mg IV sólo en el día 1

MÁS

Esteroides

- Dexametasona 12 mg VO o IV en día 1, más 8 mg VO (Decorex 8 mg), días 2-4 (excepto en pacientes cuyo esquema de tratamiento antineoplásico incluye esteroides)
-
- Prednisona VO 25 mg a juicio del médico

MÁS

Antagonista de neurocinina 1

- Aprepitant 125 mg VO/día 1, más 80 mg VO días 2-3
- ± lorazepam 1 mg a criterio del médico VO la noche anterior a quimioterapia
- ± bloqueador H₂ o inhibidor de la bomba de protones

Prevención emética: riesgo emético moderado para quimioterapia IV

<p>Día 1 Iniciar antes de la quimioterapia^{a,c} Antagonistas de serotonina (5HT₃):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolasetrón 100 mg PO o 1.8 mg/kg, o 100 mg IV (categoría 1) ○ • Granisetrón 2 mg PO, o 1 mg PO BID, o 0.01 mg/kg (máx. 1 mg) IV/día ○ • Ondansetrón 16-24 mg PO u 8-12 mg (máx. 32 mg/día) IV ○ • Palonosetrón 0.25 mg, IV sólo en el día 1 <p>Y</p> <p>Esteroides^d</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 12 mg PO o IV en día 1, más 1.8 mg PO/día en días 2-4 <p>Con o sin</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aprepitant 125 mg PO/día 1, o ○ Lorazepam (o equivalente) en caso de gran ansiedad o vómito anticipatorio <p>± bloqueador H₂ o inhibidor de la bomba de protones</p>	→	<p>Días 2-3 Monoterapia con antagonistas de serotonina (5HT₃):^d</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolasetrón 100 mg PO, o 1.8 mg/kg, o 100 mg IV ○ • Granisetrón 1-2 mg PO, o 1 mg PO BID, o 0.01 mg/kg (máx. 1 mg) IV/día ○ • Ondansetrón 8 mg PO o 16 mg PO/día u 8 mg (máx. 32 mg/día) IV • Ondansetrón 8 mg PO o IV/día ○ • Monoterapia con esteroides (dexametasona 8 mg PO o IV/día • Aprepitant 80 mg PO + dexametasona 8 mg PO o IV/día^{e,f} <p>± bloqueador H₂ o inhibidor de la bomba de protones</p>
---	---	--

Prevención emética para quimioterapia IV de riesgo bajo y mínimo

Bajo^g→

Inicie antes de la quimioterapia^{a,c}
 Repítase diariamente para quimioterapia fraccionada

- Dexametasona 12 mg PO o IV/día
- Metoclopramida 10-40 mg PO o IV, y eventualmente cada 4-6 horas PRN^c

± bloqueador H₂ o inhibidor de la bomba de protones

Conclusión:

Como se mencionó al inicio de este resumen los efectos adversos de la quimioterapia en los pacientes oncológicos representaron un problema grave dentro de estos los mas importantes o con mayor relevancia se encuentran las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (NVIQ), y estos mismos representan y son para el personal médico una de las dificultades más grandes por el hecho de evaluar a los pacientes en este escenario, ya que son numerosas las causas para su presentación.

Los vómitos resultan de la estimulación de un arco reflejo que se origina en el cerebro. Es activado por impulsos aferentes hacia el centro del vómito, localizado en la médula desde el centro quimiorreceptor, la faringe y el tubo digestivo y la corteza cerebral. Ocurre cuando se envían señales eferentes desde el centro del vómito hacia el centro de salivación, los músculos abdominales, el centro respiratorio y los nervios craneales.

Estos pueden afectar grandemente la calidad de vida esta puede verse gravemente deteriorada por el efecto emetogénico de la quimioterapia y radioterapia.

Entre los antieméticos disponibles en la actualidad, 5HT3 RAs, NK1-RA y los corticoesteroides son los agentes más importantes. La mayoría de los pacientes tratados logran una protección completa a partir de estas terapias.

BIBLIOGRAFÍAS.

(s.f.).

Villela, G. M. (4 de Noviembre de 2021). *Guías de Manejo de Antieméticos en Oncología*. (O. P. Integral, Ed.) Recuperado el Mayo de 2024, de Haematology and Radiotherapy: <https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2011/vol10/supl4/1.pdf>