

Guía de práctica clínica para
enfermeros

Náuseas y vómitos inducidos por el tratamiento antineoplásico en adultos



La elaboración de este folleto se ha
financiado con subvenciones educativas
de Helsinn y Tesaro



A GSK company

Índice

1. Introducción	4
2. Clasificación y fisiopatología	5
3. Factores de riesgo	8
4. Tratamiento	11
5. Las guías ayudan	16
6. Los enfermeros marcan la diferencia	20
7. Bibliografía y lecturas complementarias	24

© Copyright 2019 Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS)

Anita Margulies, Patrick Jahn – copresidentes

Anki Delin Eriksson, Sara Torcato, Cheryl Vidall – Grupo de trabajo

Karin Jordan – Asesora médica

Iveta Nohavová – Gestora de proyectos

La asistencia para la redacción médica y el diseño ha sido proporcionada por TMC Strategic Communications.

La finalidad de la información facilitada en el folleto es únicamente orientativa. Aunque se ha puesto todo el cuidado razonable en la preparación, producción y presentación, se recomienda a los participantes que busquen asesoramiento adicional en relación con aspectos específicos. La EONS no se hace responsable en ningún sentido de los posibles errores u omisiones que pueda haber en los materiales de interés, y se recomienda a todos los participantes que busquen asesoramiento independiente antes de emprender ninguna acción en relación con la información publicada en los materiales.

Se remite a la ficha técnica completa de los productos mencionados en el material de interés para obtener una lista completa de sus indicaciones, contraindicaciones, advertencias, precauciones, reacciones adversas, posología e instrucciones de administración.

La elaboración de este folleto se ha financiado con subvenciones educativas de Helsinn y Tesaro.

Helsinn y Tesaro no han participado en la elaboración del folleto. Se ofreció una revisión final de cortesía y los comentarios recibidos fueron aceptados o rechazados de manera independiente por el grupo de trabajo y la asesora médica.



1. Introducción

La finalidad de este folleto es poner en común conocimientos, así como respaldar y empoderar a los enfermeros en el tratamiento óptimo de las náuseas y los vómitos asociados al tratamiento antineoplásico en adultos (abreviado a lo largo del folleto como N+V).

Las N+V son unos síntomas frecuentes del tratamiento antineoplásico, sobre todo de la quimioterapia, aunque también pueden deberse a otras causas, como la propia enfermedad. Los pacientes con náuseas pueden presentar otros síntomas, como sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y mareo. Además de los vómitos, los pacientes también pueden experimentar arcadas.

Aunque se han logrado grandes avances en el control de las N+V, siguen siendo dos de los síntomas más frecuentes y angustiosos del tratamiento antineoplásico. En una encuesta realizada entre 212 enfermeros oncológicos de Europa, solo el 19 % refirieron un control óptimo de las N+V en la mayoría de sus pacientes.¹ Si no se controlan debidamente, las N+V pueden poner en peligro la salud y la calidad de vida del paciente, así como motivar la interrupción del tratamiento antineoplásico.

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la evaluación, prevención y tratamiento de las N+V. Mediante un conocimiento en profundidad de la fisiopatología de las N+V, las guías de tratamiento internacionales y los fármacos disponibles a nivel local, los enfermeros pueden ofrecer un importante apoyo a los pacientes y cuidadores, controlar de manera eficaz las N+V e influir en el resultado del tratamiento y en la calidad de vida del paciente.



Aspectos clave

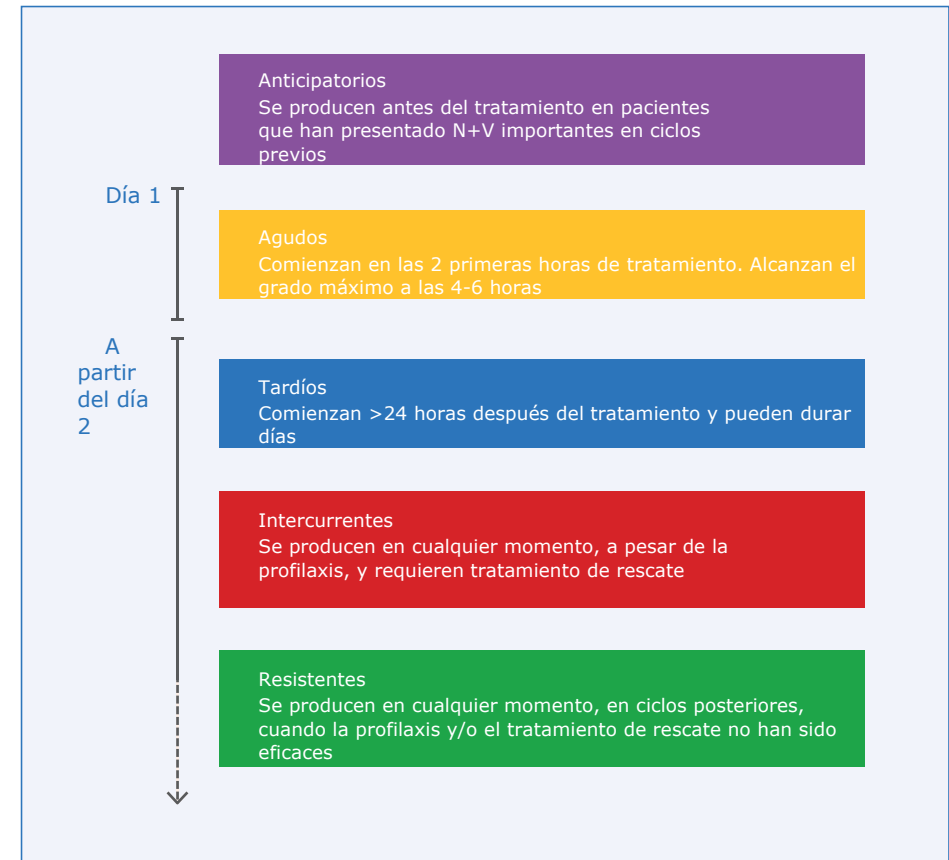
1. Solo el 19 % de los enfermeros creen que la mayoría de sus pacientes que reciben tratamiento antineoplásico presentan un control óptimo de las N+V.
2. Las N+V pueden poner en peligro la salud y la calidad de vida del paciente, así como el tratamiento antineoplásico.

2. Clasificación y fisiopatología

Clasificaciones

Existen cinco clasificaciones principales de las N+V en pacientes que reciben tratamiento antineoplásico (figura 1).^{2,3}

Figura 1. Principales clasificaciones de las N+V.^{2,3}



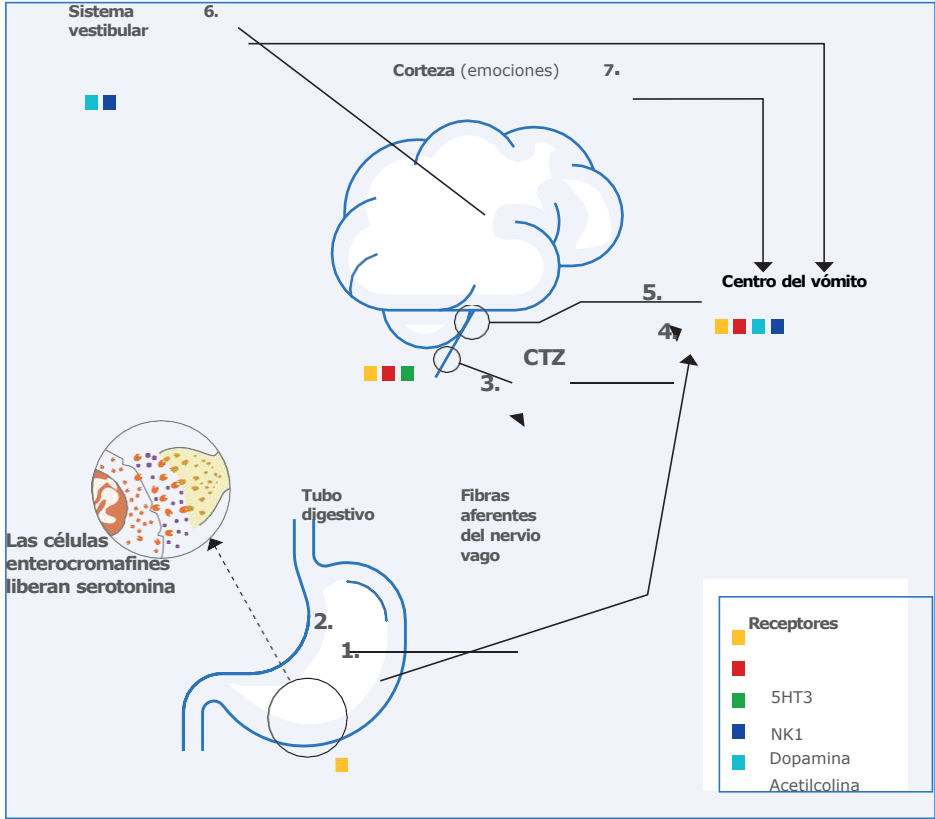
Según los enfermeros, los síntomas tardíos son especialmente difíciles de tratar.^{1,4} Los síntomas anticipatorios suelen aparecer antes de iniciar un nuevo ciclo de quimioterapia en pacientes que no han recibido un tratamiento antiemético eficaz en un ciclo previo de tratamiento antineoplásico, y pueden ser muy difíciles de controlar.

Fisiopatología

Las N+V son un proceso fisiológico normal y las vías que intervienen en los síntomas asociados al tratamiento antineoplásico son las mismas vías que intervienen en cualquier tipo de N+V, como las que se producen en el contexto de una intoxicación alimentaria o la cinetosis. Lo único que es distinto es el desencadenante, en este caso el tratamiento antineoplásico. El proceso conlleva la liberación de neurotransmisores que se unen a receptores específicos en diferentes zonas del intestino y el cerebro.^{3,5-7}

En la figura 2 se muestran las vías que intervienen en las N+V asociadas a la quimioterapia y los lugares de actividad de distintas señales de neurotransmisión. Se cree que se produce un proceso similar en los pacientes que reciben radioterapia para el tratamiento del cáncer.⁸ Para obtener más información sobre los antieméticos utilizados en el tratamiento de las N+V, véase el capítulo 4.

Figura 2. Fisiopatología de las N+V y sitio de actividad de los antieméticos



Las células enterocromafines de las paredes intestinales liberan mediadores químicos, principalmente serotonina (1). La serotonina se une a los receptores 5HT3 de las fibras aferentes del nervio vago, (2) con la consiguiente emisión de impulsos nerviosos a la zona emetógena de quimiorreceptores (CTZ, chemoreceptor trigger zone) (3) y directamente al centro del vómito (generador de patrones centrales) (4), ambos situados en el tronco del encéfalo. La CTZ y el centro del vómito contienen receptores para diversos neurotransmisores, entre ellos serotonina (receptores 5HT3), sustancia P (receptores NK1) y dopamina (receptores dopaminérgicos D2). La CTZ transmite las señales al centro del vómito (5), que también se activa por los impulsos procedentes del sistema vestibular (6) y de la corteza cerebral (7). El centro del vómito envía señales a otras zonas del cerebro, como los centros de la salivación y respiratorio, y estimula a las fibras eferentes para que activen los órganos que intervienen en el vómito.

Las N+V de tipo agudo se producen principalmente a través de una vía periférica con predominio de receptores 5HT3, mientras que las N+V de tipo tardío se producen principalmente a través de una vía mediada por receptores NK1.^{6,9}



Aspectos clave

1. La vía de las N+V es una vía fisiológica normal.
2. El tratamiento antineoplásico es uno de los principales desencadenantes de N+V.
3. Los principales neurotransmisores que intervienen en la vía de las N+V son la serotonina, la sustancia P y la dopamina.

Optimice su práctica clínica

1. Planifique un intercambio regular de información actualizada sobre fisiopatología. Coordine sesiones informativas con el oncólogo o el enfermero especialista.

3 Factores de riesgo

El riesgo de que un paciente presente N+V guarda relación con el tratamiento antineoplásico (tabla 1).^{2,3,6,7,9,10}

También se relaciona con características de cada paciente, y los factores habitualmente asociados con un mayor riesgo de experimentar N+V son: sexo femenino, edad <60 años, antecedentes de N+V durante el embarazo o cinetosis, ansiedad, consumo bajo de alcohol, mayores expectativas de experimentar N+V antes del tratamiento y <7 horas de sueño la noche previa a la sesión de quimioterapia. Al evaluar con exactitud la probabilidad de que un paciente presente N+V y al modificar la profilaxis antiemética en consecuencia, los enfermeros pueden aumentar las probabilidades de que el tratamiento antiemético sea eficaz. Para ello existe una amplia variedad de herramientas de evaluación del riesgo. También es importante descartar otras causas de N+V, como metástasis hepáticas, íleo, metástasis cerebrales, edema cerebral o complicaciones metabólicas. Dado que las características variarán dependiendo de cada paciente, es fundamental adaptar la profilaxis antiemética a las características y necesidades de cada individuo.

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con el tratamiento antineoplásico sistémico^{2,3,6,7,9,10}

Tipo de N+V	Factores de riesgo
Agudos	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial emético del tratamiento antineoplásico • Uso de antieméticos no prescritos en casa • Ciclos iniciales de quimioterapia • Dosis de quimioterapia • Vía de administración • N+V de tipo anticipatorio • N+V en un ciclo previo de quimioterapia
Tardíos	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial emético del tratamiento antineoplásico • Profilaxis incoherente respecto a las guías • Omisión de antieméticos secundarios • Náuseas anticipatorias • N+V de tipo agudo
Intercurrentes	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis antiemética inadecuada
Anticipatorios	<ul style="list-style-type: none"> • N+V en el ciclo 1 de quimioterapia

Factores de riesgo relacionados con el tratamiento antineoplásico sistémico

Los principales factores de riesgo relacionados con el tratamiento son el tipo y la dosis del tratamiento, su probabilidad de causar N+V (emetogenicidad) y el tipo de profilaxis antiemética utilizada. La combinación de diferentes fármacos o la combinación de quimioterapia con radioterapia puede aumentar la emetogenicidad del tratamiento.

Quimioterapia

El cisplatino es el fármaco parenteral más emetógeno (tabla 2).^{2,3,10} En general, se puede considerar que la mayoría de las inmunoterapias y de los tratamientos con anticuerpos monoclonales tienen un riesgo bajo o mínimo de causar N+V. Los enfermeros pueden comprobar el riesgo emetógeno con la tabla de riesgo emetógeno. La mayoría de las pautas asociadas a vómitos tardíos tienen una emetogenicidad elevada, aunque en esta categoría también hay algunos fármacos moderadamente emetógenos.² No obstante, es preciso recordar que los pacientes pueden experimentar N+V con independencia de la clasificación.

Tabla 2. Riesgo de vómitos agudos con distintos fármacos antineoplásicos^{2,3,10}

Grado de emetogenicidad	Riesgo de N+V, %	Ejemplos*	
		Parenterales	Orales
Alto	>90	Cisplatino Antraciclina/ciclofosfamida Ciclofosfamida ≥1500 mg/m ² Dacarbazina	Procarbazona
Moderado	>30-90	Bendamustina Carboplatino Ciclofosfamida <1500 mg/m ² Doxorubicina Oxaliplatino	Bosutinib Crizotinib Ciclofosfamida Temozolomida Vinorelbina
Bajo	10-30	Aflibercept Cetuximab Docetaxel 5-fluorouracilo Gemcitabina Metotrexato Pemetrexed Topotecán	Afatinib Capecitabina Etopósido Everólimus Lapatinib Regorafenib Tegafur-uracilo Vandetanib
Mínimo	<10	Bleomicina Fludarabina Nivolumab Trastuzumab Vincristina Vinorelbina	Clorambucilo Erlotinib Gefitinib Melfalán Metotrexato Sorafenib

*Estos solo son algunos ejemplos de uso habitual. Para consultar una lista más exhaustiva, véase NCCN 2019³ y Roila et al. 2016.¹⁰ Adaptado de Hesketh et al. 2018,² NCCN 2019³ y Roila et al. 2016.¹⁰

Radioterapia

La radioterapia puede inducir N+V en el 50-80 % de los pacientes que se someten a este tratamiento.⁸ El riesgo no solo depende de la zona tratada y del volumen de tejido irradiado (figura 3),¹¹ sino también de las características del paciente, como se ha descrito anteriormente en este capítulo.

Figura 3. Riesgo de N+V con la radioterapia. Adaptado de Ruhlmann *et al.* 2017¹¹

Alto	Irradiación corporal
Moderado	Parte superior del
Bajo	Cráneo, cabeza y cuello, tórax, pelvis
Mínimo	Extremidades, mamas
Quimiorradioterapia concomitante	El riesgo se basa en la quimioterapia utilizada, a menos que el riesgo emetógeno de la

4. Tratamiento

Se han logrado unos avances considerables en el tratamiento de las N+V. Hubo una época en la que se podía esperar que casi todos los pacientes que recibían tratamiento antineoplásico experimentarían N+V. En la actualidad se sabe mucho más sobre cómo controlar las N+V y se dispone de muchos más fármacos eficaces. Los enfermeros deben tranquilizar a los pacientes explicándoles que no es una consecuencia inevitable del tratamiento antineoplásico.

La finalidad del control de estos síntomas es conseguir una **respuesta completa** al tratamiento, sin que se produzcan vómitos y sin que sea necesario administrar una medicación de rescate para las náuseas o los vómitos. La clave de un tratamiento eficaz es la prevención,⁶ por lo que es fundamental usar la profilaxis más eficaz desde el primer ciclo de tratamiento. No se ha demostrado ningún beneficio de la estrategia de actitud expectante, que en realidad podría dificultar el control de episodios posteriores de N+V.

Un tratamiento deficiente de los síntomas de N+V puede tener consecuencias desastrosas, como deshidratación, anorexia, disminución de la calidad de vida, del autocuidado y de la participación en las actividades cotidianas y, lo que es más importante, interrupciones del tratamiento antineoplásico que podrían comprometer su resultado.^{3,6,9,12}

Tratamiento farmacológico

Los principales fármacos empleados para controlar las N+V actúan bloqueando (antagonizando) la unión de los mediadores químicos, liberados en respuesta al tratamiento antineoplásico, a los receptores que intervienen en la transmisión de los impulsos nerviosos a lo largo de las vías de señalización de las N+V (tablas 3-5)^{2,10,13} (véase en el capítulo 2 la fisiopatología de las N+V).

Puede haber diferencias en la disponibilidad de los fármacos y las formulaciones aquí comentadas, dependiendo de la región.



Aspectos clave

1. El factor de riesgo principal de las N+V es la clasificación y la dosis de los fármacos utilizados en el tratamiento antineoplásico.
2. La profilaxis antiemética y el control de los síntomas deben adaptarse a las características y necesidades de cada paciente.

Optimice su práctica clínica

1. Elabore una lista de clasificación con el potencial emetógeno de los fármacos. Dado que se utilizan muchos fármacos, concéntrese en aquellos que se emplean en su ámbito clínico, incluidas las combinaciones de alto nivel. Podría ser útil realizar la lista en formato de bolsillo.
2. Capture la información importante para evaluar el riesgo en una ficha.

Tabla 3. Antagonistas de los receptores 5HT₃^{2,10}

Fármaco	Posología recomendada*	Acontecimientos adversos
1.ª generación:		
Ondansetrón	i.v.: 8 mg o 0,15 mg/kg Oral: 16 mg También disponible como formulación de disgregación oral	<ul style="list-style-type: none"> • Bien tolerado en general • Principales efectos secundarios: cefalea leve, malestar general, estreñimiento • Los fármacos de primera generación pueden asociarse con efectos secundarios cardiacos; estos no se observan con el palonosetrón
Granisetrón	i.v.: 1 mg o 0,01 mg/kg Oral: 2 mg (o 1 mg) También disponible en parche	
opisetrón	i.v.: 5 mg Oral: 5 mg	
Dolasetrón	Oral: 100 mg	
2.ª generación:		
Palonosetrón	i.v.: 0,25 mg Oral: 0,5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Bien tolerado en general • Principales efectos secundarios: cefalea leve, malestar general, estreñimiento

*Tomado de Roila et al. 2016.¹⁰ Consulte las guías prácticas de tratamiento para conocer todos los detalles de la posología recomendada.

Los antagonistas de los receptores 5HT₃ se han usado para el tratamiento de las N+V desde la década de 1990.⁶ En comparación con otros antagonistas de los receptores de 5HT₃, el palonosetrón es mejor para prevenir las N+V de tipo agudo y tardío,^{2,6} así como para fomentar la adhesión a la quimioterapia y evitar retrasos del tratamiento.⁶

Tabla 4. Antagonistas de los receptores NK₁^{2,10,13}

Fármaco	Posología recomendada*	Acontecimientos adversos/comentarios
Aprepitant	Oral: 125 mg (agudo) + 80 mg (tardío)	<ul style="list-style-type: none"> • Con todos los antagonistas de los receptores NK₁, excepto el rolapitant, es preciso ajustar la dosis de dexametasona
Fosaprepitant	i.v.: 150 mg	
Rolapitant	Oral: 180 mg	
EPA (netupitant + palonosetrón): combinación de antagonistas de los receptores 5HT ₃ /NK ₁	Oral: 300 mg de netupitant/ 0,5 mg de palonosetrón	

*Tomado de Roila et al. 2016.¹⁰ Consulte las guías prácticas de tratamiento para conocer todos los detalles de la posología recomendada.

La introducción de los antagonistas de los receptores NK₁ a comienzos de la década de 2000 constituyó un importante avance para la profilaxis de las N+V, en especial de los síntomas tardíos.⁶

El NEPA, que combina netupitant con el antagonista de los receptores 5HT₃ palonosetrón en una sola cápsula para administración oral, es el primer antiemético en combinación fija para la prevención de las N+V de tipo agudo y tardío asociadas con las quimioterapias que contienen cisplatino y que presentan un potencial emetógeno alto o moderado. Todas las pautas posológicas con tres fármacos que incluyen un antagonista de los receptores NK₁ han demostrado ser superiores a las pautas con dos fármacos.^{6,14}

Tabla 5. Otros fármacos^{2,10,13}

Clase de fármaco	Nombre	Posología recomendada*	Acontecimientos adversos/comentarios
Corticosteroides	Dexametasona Metilprednisolona	i.v., oral	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliamente utilizados, por lo general en combinación con otros fármacos
Antagonistas de los receptores dopaminérgicos	Metoclopramida	Oral: 10 mg (hasta tres veces al día)	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta dosis más altas de metoclopramida de acuerdo con las recomendaciones de la EMA. Se ha descrito un aumento de la incidencia de neuropatía como efecto secundario grave.
Benzodiacepinas y derivados	Lorazepam	Oral: 1 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser un complemento útil (no debe utilizarse en monoterapia)
Otros	Olanzapina	Oral: 5-10 mg	<ul style="list-style-type: none"> • La sedación supone un problema con la dosis de 10 mg/día, especialmente en pacientes de edad avanzada.

*Consulte las guías prácticas de tratamiento para conocer todos los detalles de la posología recomendada. EMA: Agencia Europea del Medicamento

Los **corticosteroides**, en particular la dexametasona, se utilizan ampliamente, por lo general en combinación con otros fármacos. El mecanismo de acción de los corticosteroides no se conoce del todo, pero se cree que conlleva un efecto de bloqueo de los receptores.

Los **antagonistas de los receptores dopaminérgicos**, como la metoclopramida, pueden resultar útiles con tratamientos que tienen un potencial emetógeno bajo. También son valiosos como tratamiento de rescate con fármacos que tienen un potencial emetógeno moderado o bajo.

Las **benzodiacepinas**, como el lorazepam, pueden ser útiles en el tratamiento de los vómitos anticipatorios o en pacientes con mucho miedo.^{2,10}

La **olanzapina** bloquea diversos receptores, entre ellos los de 5HT y los dopaminérgicos, y es especialmente útil para controlar los síntomas tardíos e intercurrentes.^{13,15}

Los **cannabinoides sintéticos**, como la nabilona y el dronabinol, podrían ser útiles en algunas situaciones, como en pacientes incapaces de tolerar o resistentes a los fármacos de primera línea.² Los cannabinoides no están disponibles en muchos países, aunque se están llevando a cabo varios ensayos clínicos.

Tratamientos no farmacológicos y terapia conductual

Aunque los fármacos constituyen el pilar principal del tratamiento de las N+V, se pueden plantear intervenciones no farmacológicas y conductuales en algunos pacientes, en especial aquellos con síntomas anticipatorios.^{2,7,10} Deben considerarse como un complemento de los fármacos antieméticos, no como un sustituto. Algunos ejemplos basados en la evidencia son la acupuntura/digitopresión, la distracción cognitiva (p. ej., videojuegos, música), el entrenamiento de la relajación muscular, el ejercicio y la hipnosis. Si un paciente está utilizando medicamentos de venta sin receta, es preciso consultar al equipo médico.



Aspectos clave

1. Los enfermeros deben tranquilizar a los pacientes explicándoles que no es una consecuencia inevitable del tratamiento antineoplásico.
2. La finalidad del control de estos síntomas es conseguir una respuesta completa al tratamiento (sin que se produzcan vómitos y sin que sea necesario administrar una medicación de rescate para las náuseas o los vómitos).
3. La clave para un tratamiento eficaz es la prevención, y se debe utilizar la profilaxis más eficaz desde el primer ciclo de tratamiento antineoplásico.
4. No se ha demostrado ningún beneficio de la estrategia de actitud expectante.
5. El primer tratamiento de elección para las N+V es el farmacológico; se debe consultar al equipo médico en caso de que un paciente esté utilizando medicamentos de venta sin receta.

Optimice su práctica clínica

1. Consulte al equipo interprofesional o a un oncólogo por la estrategia del centro para abordar las N+V. ¿Se utiliza una de las guías? ¿Cuál de ellas? Documente todo esto para consultarlo en el futuro.
2. Desarrolle un plan para comunicar cambios en la estrategia de tratamiento. Se puede informar al equipo mediante notas breves o sesiones formativas.
3. Desarrolle un plan básico para educar a los pacientes y educarlos acerca de las N+V inducidos por el tratamiento y proporcionarles consejos al respecto.
4. Elabore e imprima un esquema sencillo para los pacientes en el que se recoja la pauta de antieméticos prescrita, que incluya imágenes de los fármacos. Facilite a los pacientes los datos de contacto del personal sanitario que puedan utilizar por las tardes y los fines de semana.

5. Las guías ayudan

Las guías de práctica clínica de gran calidad elaboradas por distintas sociedades y asociaciones (Multinational Association of Supportive Care in Cancer/European Society for Medical Oncology [MASCC/ESMO], American Society of Clinical Oncology [ASCO], National Comprehensive Cancer Network [NCCN]) proporcionan recomendaciones de tratamiento basadas en la evidencia de los ensayos clínicos más recientes con el fin de mejorar los resultados de los pacientes (tabla 6).^{3,10,16} Las recomendaciones de estas guías son similares a grandes rasgos.

Tabla 6. Resumen de las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el control de las N+V.^{3,10,16}

N+V agudos asociados a la quimioterapia

Grupo de riesgo	ESMO	ASCO	NCCN (tratamiento antineoplásico parenteral)		
Alto, sin AC	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Alto, con AC	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Palonosetrón	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Moderado, con carboplatino	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Palonosetrón	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Moderado, sin carboplatino	+	+	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Palonosetrón	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Bajo	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Intercurrentes	Adición de un fármaco con un mecanismo distinto del usado como profilaxis				
Anticipatorios	La mejor estrategia es el control óptimo de las N+V de tipo tardío				

Leyenda

- Antagonista de los receptores 5HT₃
- Dexametasona
- Olanzapina
- Antagonista de los receptores dopaminérgicos
- Benzodiacepinas
- Terapia conductual
- Antagonista de los receptores NK1

AC, doxorubicina + ciclofosfamida.

N+V tardíos asociados a la quimioterapia

Grupo de riesgo	ESMO	ASCO	NCCN (tratamiento antineoplásico parenteral)		
Alto, sin AC	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Alto, con AC	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina
Moderado, con carboplatino	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	No especificado	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina	Antagonista de los receptores 5HT ₃ + Dexametasona + Olanzapina

Leyenda

- Antagonista de los receptores 5HT₃
- Dexametasona
- Antagonista de los receptores NK₁ (aprepitant)
- Antagonista de los receptores NK₁ (aprepitant)
- Olanzapina

N+V asociados a la radioterapia

Grupo de riesgo	ESMO/ASCO
Alto	+
Moderado	±
Bajo	Cerebro Otros o o
Rescate	o o
Quimiorradioterapia	Basar el tratamiento en el fármaco/modalidad terapéutica (quimioterapia o radioterapia) con el mayor riesgo de vómitos

Leyenda

- Antagonista de los receptores 5HT₃
- Dexametasona
- Antagonista de los receptores dopaminérgicos

El tratamiento de las N+V de tipo tardío está guiado por los fármacos elegidos para las N+V de tipo agudo. Para la NCCN, el orden de las opciones de tratamiento de las N+V de tipo agudo y tardío no implica preferencia. Consulte cada guía para conocer todos los detalles de las recomendaciones y la posología.

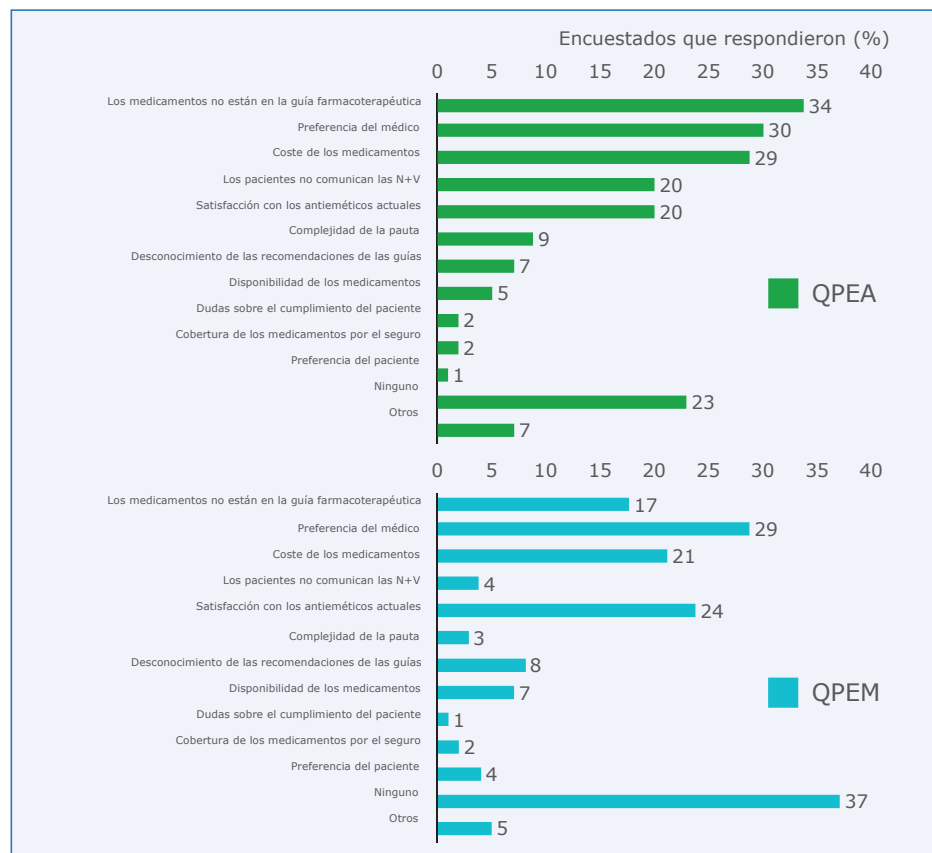
N+V resistentes

Si a pesar de utilizar todas las pautas óptimas de tratamiento sigue habiendo N+V, se deben revisar los aspectos siguientes:

- ¿Se ha evaluado correctamente el potencial emetógeno?
- ¿Se utilizó la posología óptima en la profilaxis antiemética (dosis/intervalo)?
- ¿Hay otros factores que intervengan, aparte del fármaco o la radioterapia?
- ¿Se tomó el paciente los antieméticos y la medicación de rescate tal y como se prescribieron?

A pesar de la disponibilidad de antieméticos eficaces y guías basadas en la evidencia, las N+V siguen siendo un problema importante para los pacientes, debido en gran medida a unas estrategias de tratamiento subóptimas. Uno de los principales motivos es que a menudo no se siguen las guías internacionales de tratamiento. Algunos obstáculos al cumplimiento de las guías son la falta de inclusión de algunos medicamentos en las guías farmacoterapéuticas, el coste de la medicación y la preferencia de los médicos por tratamientos no recomendados en las guías (figura 4).^{1,4} En una encuesta realizada entre enfermeros oncológicos de Europa, el 40 % de los que respondieron indicaron que la preferencia de los médicos era el obstáculo más importante al uso de las guías.

Figura 4. Obstáculos que impiden el uso sistemático de las guías¹



N+V, náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia; QPEA, quimioterapia con un potencial emetógeno alto; QPEM, quimioterapia con un potencial emetógeno medio

Un cometido importante del enfermero es fomentar la adopción de las guías internacionales de tratamiento por parte del equipo multidisciplinario, siempre que sea posible.



Aspectos clave

1. Las guías internacionales de tratamiento aportan recomendaciones de tratamiento basadas en la evidencia con el objetivo de mejorar los resultados de los pacientes, pero a menudo no se utilizan.
2. En una encuesta realizada entre enfermeros de Europa, el 40 % comunicaron que las preferencias de los médicos eran el principal obstáculo al uso de las guías internacionales de tratamiento.
3. Los enfermeros deben fomentar la adopción de las guías internacionales de tratamiento por parte del equipo multidisciplinario, siempre que sea posible.

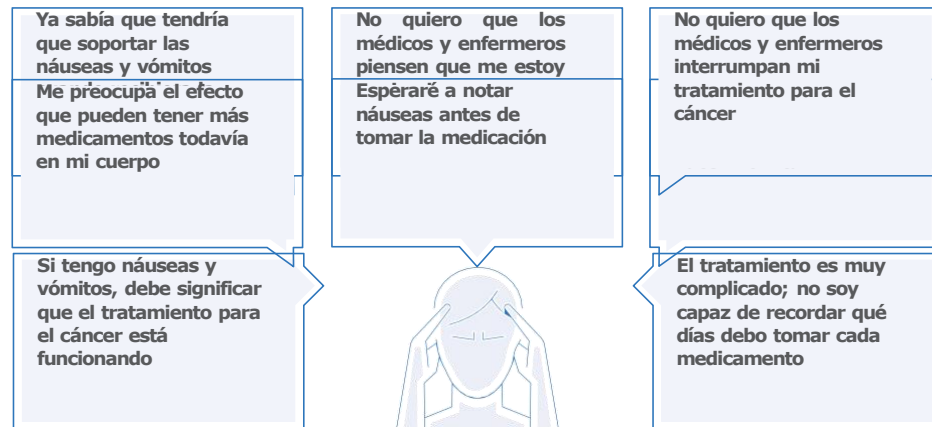
Optimice su práctica clínica

1. En colaboración con los oncólogos, prepare un resumen de las guías actualmente utilizadas en su centro de trabajo y póngalo a disposición de todos para que puedan consultarlo. Podría ser útil realizar el resumen en formato de bolsillo.
2. Facilite enlaces o hipervínculos para dirigir a los profesionales sanitarios a las guías de mejores prácticas actuales y a información relacionada.

6. Los enfermeros marcan la diferencia

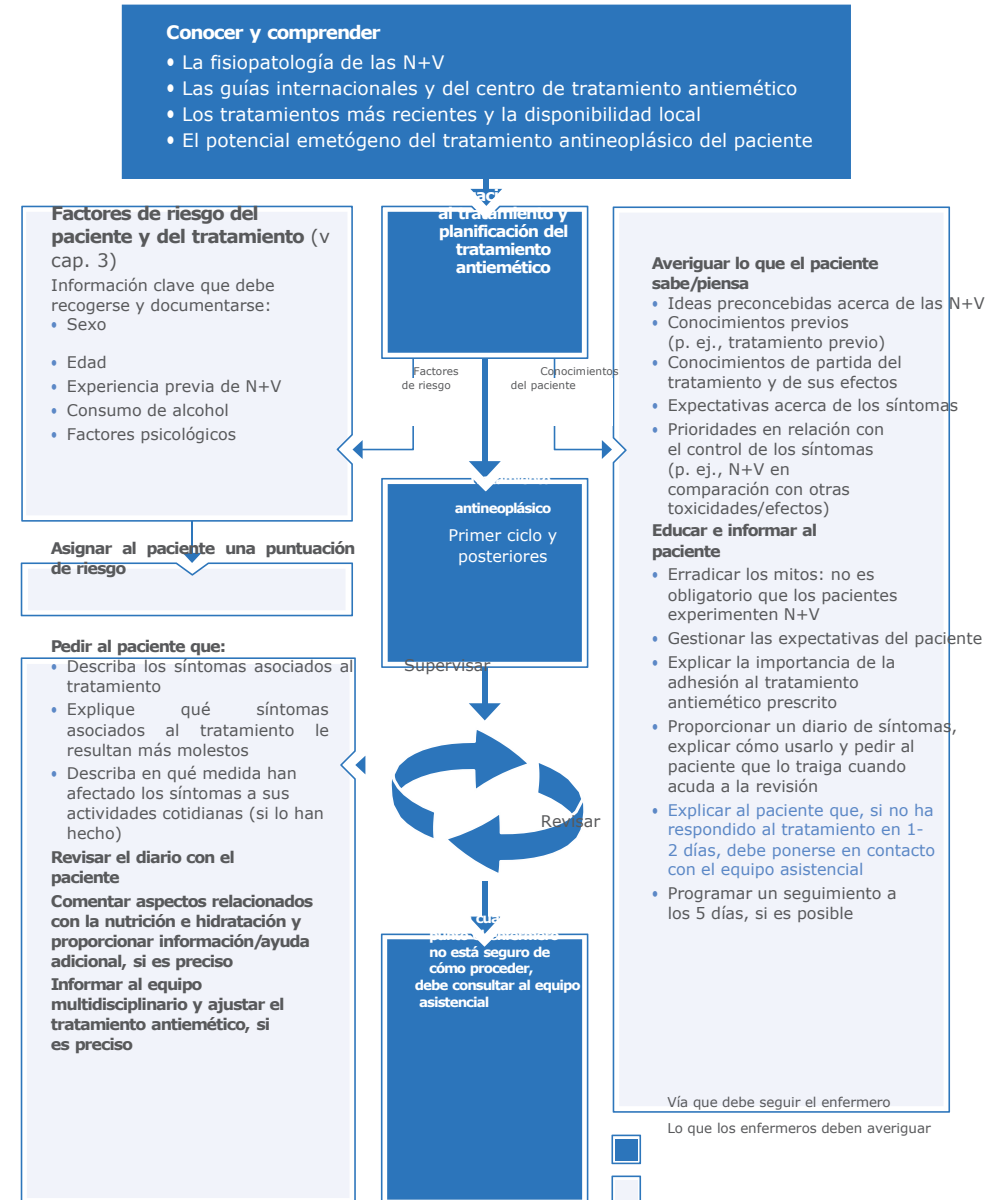
El tratamiento de las N+V debe centrarse en el paciente. Los pacientes pueden tener muchos temores e ideas preconcebidas acerca de las N+V, pero pueden mostrarse reacios a expresarlos al profesional sanitario (figura 5).^{6,17} Además, los profesionales sanitarios perciben las N+V de distintas maneras^{12,17} y podrían subestimar el impacto de los síntomas, en especial de las N+V de tipo tardío.

Figura 5. Percepciones y temores de los pacientes acerca de las N+V y de los antieméticos^{6,17}



Los enfermeros se encuentran en una posición ideal para reducir las probabilidades de que un paciente presente N+V. Deben escuchar, apoyar y educar a los pacientes y cuidadores en relación con las N+V y su tratamiento. Si utilizan sus conocimientos de las guías internacionales, los enfermeros ayudarán a planificar programas de tratamiento antiemético y podrán prescribir y/o administrar los medicamentos adecuados. Son fundamentales para evaluar el riesgo de un paciente de presentar N+V y posteriormente revisar y supervisar la eficacia del tratamiento antiemético (figura 6).

Figura 6. El papel del enfermero en la evaluación del riesgo, la planificación del tratamiento y la supervisión del paciente



Hoy en día, la mayoría de los pacientes reciben el tratamiento en un medio ambulatorio y lo más probable es que el enfermero disponga de muy poco tiempo para hablar sobre las N+V del paciente. Hacer al paciente preguntas abiertas de la manera correcta (p. ej., «¿Puede describir los síntomas que tiene?» en vez de «¿Siente náuseas?») es crucial para obtener la información necesaria. No existe una estrategia «universal» que se pueda adoptar, sino que las preguntas deben adaptarse al paciente y tener en cuenta sus antecedentes médicos, su edad, su formación y su capacidad cognitiva. Los enfermeros deben ser conscientes de que las respuestas pueden variar en función de la cultura. A veces, el uso de una escala de 1 a 10 ayuda al paciente a evaluar la intensidad o el impacto de los síntomas, y se puede usar todos los días o varias veces al día si es preciso. Se ha descrito que este tipo de baremo (escala de tipo Likert) proporciona unas puntuaciones exactas y constantes con el tiempo. La MASCC Antiemesis Tool® (MAT) (www.mascc.org/mat), que está disponible de forma gratuita en 16 idiomas y en versión *app* para móviles, se puede usar para vigilar las N+V y resulta especialmente útil como diario en ámbitos de tratamiento ambulatorio.

Nutrición durante las N+V

Durante los episodios de N+V son frecuentes los problemas para comer y beber, lo que supone un importante problema para la calidad de vida, no solo del paciente, sino también del cuidador. Si el paciente no es capaz de comer o tiene miedo de hacerlo pueden surgir resentimientos, frustraciones y diferencias de opiniones. Los pacientes también evitan comer antes del tratamiento. Además de las numerosas recomendaciones publicadas, siempre hay amigos y vecinos que ofrecen sugerencias con la mejor intención; hay que comentar las ventajas e inconvenientes de todas ellas con el paciente. Es muy recomendable la incorporación de un especialista en dietética, y también es preciso tener en cuenta e integrar los hábitos culturales e individuales.

Los pacientes a menudo tienen una enorme cantidad de información que manejar, por lo que los enfermeros deben recordarles los detalles importantes en *cada visita*. Los enfermeros también deben proporcionar información por escrito fácil de entender sobre las N+V y, si es posible, un nombre y un teléfono de contacto para los pacientes que precisen controlar los síntomas cuando estén en su casa.

Los enfermeros se encuentran en una posición privilegiada para actuar como punto de contacto con el paciente durante gran parte del tratamiento antineoplásico. Al trabajar con el paciente para que comprenda los síntomas de N+V, para conseguir el tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades y así ayudarles a llevar una vida normal en la medida de lo posible a pesar del cáncer, los enfermeros verdaderamente pueden mejorar el bienestar físico y emocional de los pacientes.



Aspectos clave

1. Al evaluar correctamente el riesgo, planificar el tratamiento antiemético y supervisar la respuesta de manera eficaz, los enfermeros pueden reducir las probabilidades de que un paciente experimente N+V.
2. Los pacientes tienen muchas cosas que recordar. Los enfermeros deben recordarles los detalles importantes en *cada visita*.
3. Hay que explicar al paciente que, si las N+V no responden al tratamiento en 1-2 días, debe ponerse en contacto con el equipo asistencial.

Optimice su práctica clínica

1. Elabore una breve presentación interprofesional utilizando la información de los «Aspectos clave» del folleto. Esta presentación se puede usar como repaso o como introducción a los nuevos miembros del servicio de oncología.
2. Como proyecto en equipo, elabore una guía de evaluación de riesgos que incorpore los diferentes pasos y proporcione consejos para fomentar la adhesión del paciente. Se deben incluir orientaciones sobre la documentación y la evaluación de seguimiento.
3. Prepare una lista de fuentes recomendadas de información para el paciente con el fin de garantizar la coordinación de la información entre el personal y los pacientes/cuidadores. Para obtener ideas e información, revise las páginas web sobre N+V recomendadas a nivel local e internacional.
4. Algunos síntomas aparecen cuando el paciente ya ha vuelto a su casa; planifique una estrategia de coordinación con el equipo hospitalario acerca de la información que el paciente necesita al recibir el alta.

7 Bibliografía y lecturas complementarias

Bibliografía

1. **Dielenseger P, et al.** Evaluation of antiemetic practices for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): results of a European oncology nurse survey. *Support Care Cancer* 2019 Feb 19.[Epub ahead of print].
2. **Hesketh PJ, et al.** <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting-in-adults>. Accessed December 2018.
3. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** National Comprehensive Cancer Network. Antiemesis. Version 1.2019 — February 28, 2019. <http://www.nccn.org>. Accessed March 2019.
4. **Clark-Snow R, et al.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) and adherence to antiemetic guidelines: results of a survey of oncology nurses. *Support Care Cancer* 2018;26:557–64.
5. **Hesketh PJ.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2008;358:2482–94.
6. **Clark-Snow RA, et al.** Fixed combination antiemetic: a literature review on prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting using netupitant/ palonosetron. *Clin J Oncol Nurs* 2018;22:E52–63.
7. **Aapro M.** CINV: still troubling patients after all these years. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):5–9.
8. **Feyer P, et al.** Prophylactic management of radiation-induced nausea and vomiting. *Biomed Res Int* 2015;2015:893013.
9. **Rapoport BL.** Delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: pathogenesis, incidence and current management. *Front Pharmacol* 2017;8:19.
10. **Roila F, et al.** 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Ann Oncol* 2016;27(Suppl 5):v119–33.
11. **Ruhmann CH, et al.** 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of radiotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer* 2017;25:309–16.
12. **McCullough SW.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting: roles of pharmacists and formulary decision makers. *Am J Manag Care* 2017;23(14 Suppl):S266–71.
13. **Schwartzberg L.** Getting it right the first time: recent progress in optimizing antiemetic usage. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl

1):19–27.

14. **Navari RM, et al.** Rolapitant for the prevention of nausea in patients receiving highly or moderately emetogenic chemotherapy. *Cancer Med* 2018;7:2943–50.
15. **Nakagaki M, et al.** A randomized trial of olanzapine versus palonosetron versus infused ondansetron for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Support Care Cancer* 2017;25:607–13.
16. **Hesketh PJ, et al.** Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017;35:3240–61.
17. **Vidall C, et al.** Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. *Support Care Cancer* 2015;23:3297–305.

Lecturas complementarias

Aapro M. Searching for perfection: further progress in management of chemotherapy-induced nausea and vomiting-introduction. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):1-37.

CINV Risk Assessment. Available from: <http://www.riskcinv.org>.

Dranitsaris G, et al. The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Ann Oncol* 2017;28:1260–7.

Hesketh PJ, et al. Preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with lung cancer: efficacy of NEPA (netupitant-palonosetron), the first combination antiemetic. *Support Care Cancer* 2018;26:1151–9.

Zhang L, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy of single-dose NEPA, a fixed antiemetic combination of netupitant and palonosetron, versus an aprepitant regimen for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC). *Ann Oncol* 2018;29:452–8.

MASCC – Multinational Association of Supportive Care in Cancer – www.mascc.org

ESMO – European Society for Medical Oncology – www.esmo.org **NCCN** – National Comprehensive Cancer Network – www.nccn.com **EONS** – European Oncology Nursing Society – www.cancernurse.eu

