

Manejo adecuado de la emesis: una necesidad constante

Proper emesis management; a constant need

El manejo preventivo y curativo de la emesis ha sido un obstáculo importante en el tratamiento del paciente oncológico hasta nuestros días, ya que se ha privilegiado el efecto de quimioterapia y radioterapia, mientras los pacientes cursan con alopecia, emesis y otros efectos adversos que afectan de manera significativa su calidad de vida, pueden provocar falta de apego y la eventual interrupción del tratamiento.

En su artículo *Actualización y nuevas tendencias en terapia antiemética*, Feyer y Jordan¹ ratifican lo anterior al advertir que la emesis o *náusea y vómito inducidos por quimioterapia* (CINV)² representa uno de los efectos colaterales más temidos por los clínicos, debido a que su control inadecuado se traduce, efectivamente, en una pérdida de calidad de vida y en un compromiso del tratamiento. Estos autores también señalan que la falta de control de la emesis suele ser subestimada.

La emesis no puede ser controlada sin una evaluación objetiva. Es por ello que contar con una clasificación estándar ha significado un avance importante desde hace una década, ya que permite al médico ubicar a cada paciente dentro de un nivel de manejo específico.³

Los autores consideran la clasificación *aguda* cuando los síntomas se presentan dentro de las 24 horas posteriores a la administración inicial de quimioterapia; *de inicio retardado o tardío* cuando se presenta varios días después de las 24 horas de la primera administración de quimioterapia; y *anticipatoria* cuando los episodios eméticos se disparan con sólo percibir el olor o sabor del medicamento, o bien, ante la ansiedad registrada por pasados fracasos con el tratamiento antiemético en un ciclo previo de quimioterapia.

En la primera década del siglo XXI, gracias a un mejor entendimiento de la emesis y de los factores de riesgo que presenta cada intervención terapéutica, se logró avanzar sustancialmente en el manejo del cuadro clínico emético con uno o más de los recursos farmacológicos con que se cuenta actualmente para su control y prevención.

Hoy en día son varios los agentes utilizados para esta indicación. Entre ellos, los agonistas del receptor de serotonina (5HT₃ RAs), los agonistas del receptor de neurocinina 1 (NK₁ RA), los agonistas del receptor de dopamina, los corticoides, las benzodiazepinas, los neurolepticos y los cannabinoides. Esta variedad permite establecer esquemas personalizados para el control adecuado de pacientes con un régimen de quimioterapia y/o radioterapia.

En el año de 1998, la Asociación Multinacional de Cuidados Paliativos en Cáncer (MASCC) publicó lineamientos basados, en buena medida, en lo analizado en la conferencia del Consenso de Perugia, Italia, de ese mismo año.⁴ Meses después, ya en 1999 se publicaron los lineamientos de la Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO); 10 años más tarde (2009) ambos lineamientos fueron actualizados, así como los de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) de los Estados Unidos de Norteamérica en 2011.⁵ Todo esto responde, lógicamente, a la necesidad de contar con nuevos criterios y conceptos en la selección y desarrollo del tratamiento antiemético.

Ahora bien, dado que lo más importante es saber usar estos recursos de una manera adecuada, resulta — más que necesario e impostergable — contar con criterios

universales entre los clínicos para el uso de dichos fármacos. Ello sólo puede lograrse con la publicación de guías para el manejo antiemético que deberán ser adaptadas a las necesidades de nuestro país, considerando aspectos tales como la disponibilidad y asequibilidad de los fármacos en los centros de atención, el poder adquisitivo de los pacientes y los cuadros básicos manejados.

Por lo tanto, contar con un documento donde se presente a los clínicos un sustento racional actualizado y los lineamientos que deben aplicarse tanto en el manejo médico como en la prevención de la emesis, habrá de traducirse en una integración de los clínicos en la lucha contra la emesis, así como en la consolidación de los esquemas que sean más acertados.

La *European Society of Medical Oncology* (ESMO) realizó recientemente una revisión de los datos publicados desde 1998 derivados de los estudios clínicos de Fases II y III aleatorizados y controlados, donde se evaluó a los distintos fármacos para el manejo clínico de los pacientes con emesis asociada al tratamiento oncológico, a la que se designa también como CINV para *Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting*.² En ese artículo de 2010, se informó que los antagonistas del receptor de serotonina son los antieméticos más empleados en el manejo de CINV en las dos últimas décadas.⁶

En México se encuentran disponibles cinco antagonistas del receptor de serotonina o 5HT₃ RAs: ondansetrón, granisetron, tropisetron, dolasetron y palonosetrón. Al administrarlos en dosis equivalentes para la indicación de emesis aguda muestran equipotencia en eficacia y en seguridad, independientemente de las vías en que sean administrados.³

Quizás el mecanismo de acción que despierta más interés, hoy por hoy, es el del antagonismo del receptor de neurocinina (NK₁ RA) que caracteriza a aprepitant (casopitant, netupitant y rolapitant se encuentran en investigación).

Aprepitant inhibe la sustancia P, se puede administrar por vía oral o intravenosa y tiene un buen perfil para administrarse, en combinación con inhibidores del receptor de serotonina y esteroides. De hecho, aprepitant duplica la potencia (el área bajo la curva o ABC de concentración) de los esteroides, por lo que es posible usar sólo 50% de la dexametasona que se administra normalmente en la indicación. Los regímenes que incluyen a aprepitant han mostrado reducir notablemente la emesis aguda y retardada (tardía) en pacientes que reciben quimioterapia de alto riesgo emético. Combinar al antagonista o inhibidor de serotonina, palonosetrón con aprepitant y dexametasona ha alcanzado resultados sorprendentes en algunos trabajos recientes.⁶

En las dos últimas décadas se ha avanzado sustancialmente en el manejo y prevención de la emesis o CINV, particularmente con la administración de 5HT₃ RAs, NK₁ RA y los corticoides, los antieméticos más usados y disponibles. La mayoría de los pacientes tratados logran una respuesta completa a partir de estas terapias, pero un número considerable sigue cursando con CINV, por lo que se estima que deben desarrollarse más fármacos, conceptos y criterios para su uso.¹

Por ende, la publicación de guías y lineamientos es aún más necesaria porque alentará el uso adecuado de los recursos existentes, especialmente en el manejo de la náusea. Asimismo, el concepto de profilaxis antiemética de un día debe ser examinado más a fondo.

Al dedicar mayor tiempo a la investigación se puede evaluar la eficacia de las combinaciones antieméticas como las de aprepitant, palonosetrón y olanzapina en regímenes de quimioterapia con administración sostenida y riesgo alto, así como las de oxaliplatino, carboplatino e irinotecan.⁶

Ante este escenario, la Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO) nuevamente asumió el compromiso de desarrollar guías de práctica clínica basadas en evidencia y convocó a un grupo de distinguidos facultativos en diferentes áreas, todos ellos con amplia experiencia en el manejo de los antieméticos, con el propósito de elaborar el presente documento, referente útil en la práctica clínica.

REFERENCIAS

1. Feyer, P; Jordan, K. Update and new trends in antiemetic therapy: the continuing need for novel therapies. *Ann Oncol* 2011; 22: 30–38.
2. Lohr L. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Cancer J* 2008; 14 (2): 85–93.
3. Herrstedt J. Nausea and emesis: Still an unsolved problem in cancer patients? *Support Care Cancer* 2002; 10: 85–87.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™). *Antiemesis*, Version 1, 2011.
5. Roila F, Del Favero A, Gralla RJ, Tonato M. Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced emesis: Results of the Perugia Consensus Conference. *Ann Oncol* 1998; 9 (8): 811–819.
6. Roila F, Herrstedt J, Aapro M, Gralla RJ, Einhorn LH, Ballatori E, et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of Perugia Consensus Conference. *Ann Oncol* 2010; 21 (Suppl5): v 232–v243.

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

Cirujano Oncólogo

Instituto Nacional de Cancerología de México

Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI

Delegación Tlalpan. México, D.F. 14080

Teléfonos: (52-55) 55 68 5013

(52-55) 5652 9395

Correo electrónico: ochoacarrillo@prodigy.net.mx