PROFILAXIS ANTIEMÉTICA EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

María del Pilar Conejo Álvarez – R2 Pediatría

Roberto Carlos Raynero Mellado – FEA Oncohematología Pediátrica

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO Y ALCANCE
3. CLASIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA SEGÚN SU EMETOGENICIDAD
4. POSOLOGÍA DE FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS
5. ESTRATEGIAS DE PROFILAXIS ANTIEMÉTICA SEGÚN SI EMETOGENICIDAD
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

- Las náuseas y vómitos inducidas por la quimioterapia (NVIQ) es un efecto adverso frecuente en niños en tratamiento quimioterápico.
- Puede producir consecuencias físicas y psicológicas.
- La selección de un régimen antiemético apropiado y efectivo tiene el potencial de repercutir positivamente en la calidad de vida de los pacientes oncológicos al erradicar o reducir estos síntomas y problemas clínicos asociados.

1. INTRODUCCIÓN

POGO 40th
PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP OF ONTARIO
FOR KIDS WITH CANCER
FOR NOW, FOR LIFE.

NIH INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

1. INTRODUCCIÓN

- TIPOS DE ÉMESIS SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN

Náuseas y vómitos agudos

Náuseas y vómitos diferidos (o tardíos)

Náuseas y vómitos anticipatorios

2. OBJETIVO Y ALCANCE

- Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia sobre el potencial emético agudo de la quimioterapia en pacientes oncológicos pediátricos de 1 mes a 18 años de vida.
- Facilitar la selección de profilaxis de NVIQ adecuada para estos pacientes según la capacidad emetógena de los fármacos quimioterápicos administrados.
- Realizar una revisión de las últimas guías actualizadas de la profilaxis de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia. Este protocolo se basa principalmente en la última revisión de la *Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)* de 2021.

3. CLASIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA SEGÚN SU EMETOGENICIDAD

QT alto potencial emetizante	QT moderado potencial emetizante	QT bajo potencial emetizante	
		Oral	**Parenteral**
- Cisplatino - Citarabina 3gr/m2 - Dacarbacina - Metotrexato ≥ 12gr/m2 **Combinaciones** (administradas el mismo día) - Doxorrubicina + CFM/IFO - Epirrubicina + CFM	**Oral** - Procarbacina **Parenteral** - Carboplatino - CFM ≥ 1.5gr/m2 - Citarabina 1- 3g/m2 - Clofarabina - Ifosfamida - Irinotecan - Lomustina **Combinaciones** - Citarabina 300mg/m2 + Etopósido - Citarabina 200mg/m2 + Daunorrubicina - Doxorrubicina + Metrotrexato 5mg/m2	- Temozolamida - CFM - Etopósido - Imatinib *]	- Mitoxantrone - Ciclofosfamida < 1.5g/m2 - Citarabina ≤ 200mg/m2 - Daunorubicina - Doxorrubicina - Dactinomicina - Idarrubicina - Epirrubicina - Etopósido - 5-Fluorouracilo - Docetaxel - Gemcitabina - Metotrexato 250 mg- 12gr/m2 - Topotecan - Placlitaxel /placlitaxel albúmina - Terapia intratecal (MTX + hidrocortisona+ citarabina)

QT mínimo potencial emetizante		
Via oral	**Via parenteral**	
- Metotrexate ≤50 mg/m2 - Tioguanina - Mercaptopurina - Temsirolimus	- Alfa-interferon - Asparraginasa - Bevacizumab - Bleomicina - Bortezomib - Cladribina - Dasatinib - Erlotinib - Fludarabina	- Gemtuzumab - Hidroxiurea - Rituximab - Sorafenib - Sunitinib - Talidomida - Vindesina - Vincristina - Vinorrelbina - Vinblastina

CFM: Ciclofosfamida, IFO: Ifosfamida

* CFM , etóposido e imatinib: QT con regímenes de administración diaria y prolongado en el tiempo→ valorar profilaxis según características del paciente

4. POSOLOGÍA DE FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS

MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO	INDICACIONES	POSOLOGÍA	RAM/CI
Antagonista 5-HT3	VO: Ondansentron sublingual (4 mg)	VO: Profilaxis QT oral/tto émesis tardía	- Profilaxis: según peso (15-60 min previo a QT): 8-16 kg 2 mg; 16-30 kg 4 mg; > 30 kg 8 mg. - Émesis tardía o rescate: cada 8-12 horas - Dosis máxima: 8 mg/dosis	- Alargamiento segmento QT - Cefalea - Estreñimiento - Elevación GOT/GPT
	IV: Ondansentron (ampollas 4 mg/2ml y 8 mg/4ml)	IV: Profilaxis NV agudos. Rescate si no pautado	- Profilaxis: 5 mg/m² (15-60 min previo a QT). Máximo 8 mg.* - Émesis tardía o rescate se puede administra cada 8-12 horas - Dosis máxima: 8 mg	

4. POSOLOGÍA DE FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS

MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO	INDICACIONES	POSOLOGÍA	RAM/CI
Corticoides	Dexametasona VO o IV. (Fortecortin amp 4 mg/ml o 40 mg/5ml, Fortecortin cp 1, 4, 10, 20 y 40 mg, suspensión oral 2 mg/ml o 1 mg/ml)	Profilaxis naúseas y vómitos agudos Profilaxis émesis tardía Tratamiento de rescate	- QT alta emetogenicidad: 6 mg/m2 dosis c/6h; 6 mg/m2 c/12 horas si uso concomitante con Apripetant**	- Hiperglucemia - Osteonecrosis - HTA - Contraindicado en tumor cerebral Si corticoides en QT ajustar la dosis según dosis previas en el tratamiento
			- QT moderadamente ematogénica: s.c. < 0’6 m2: 2 mg/12h s.c. > 0’6 m2: 4 mg/12h	

4. POSOLOGÍA DE FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS

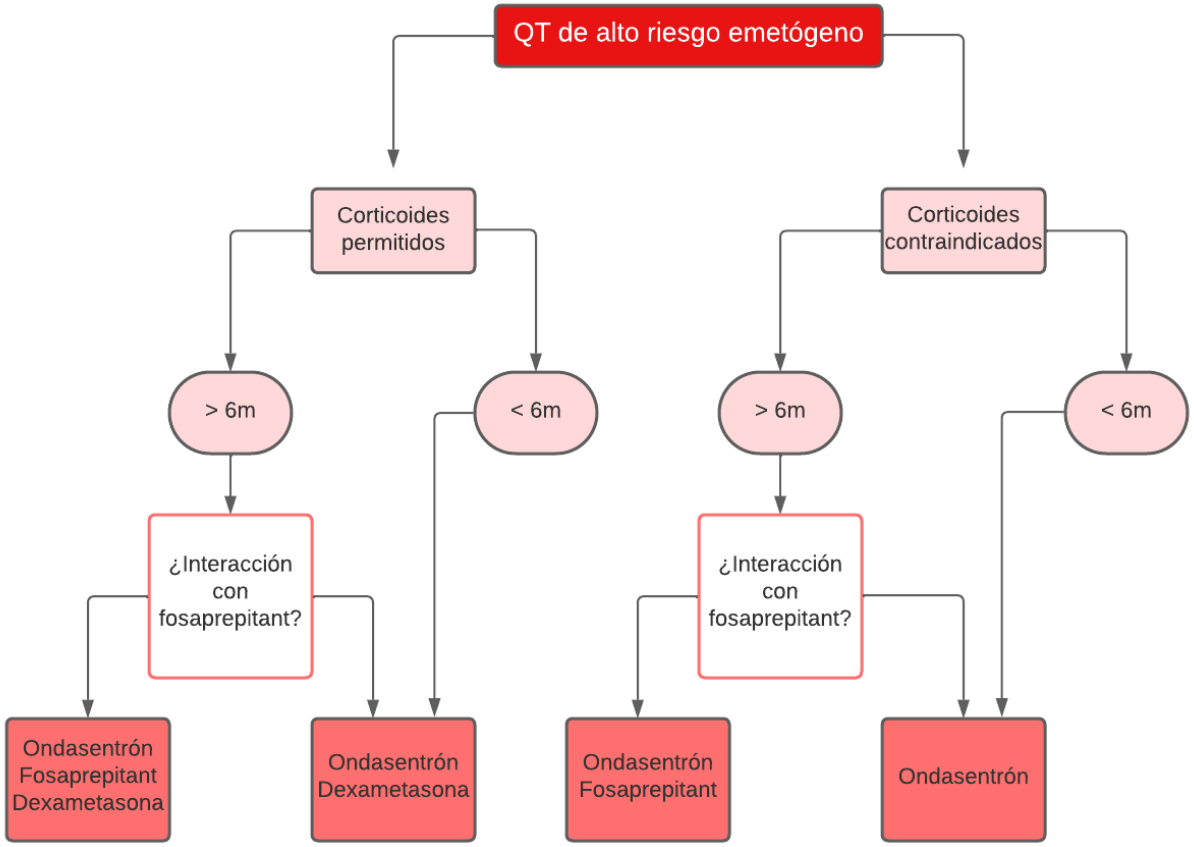
MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO	INDICACIONES	POSOLOGÍA	RAM/CI
Agonista R DOPA	Metoclopramida VO o IV (Primperan cp 10 mg, amp 10 mg/2ml y suspensión 1 mg/ml)	Segunda línea Rescate/emesis tardía	0’15 mg/kg cada 6 horas Dosis máxima: 0’5 mg/kg, 10 mg/día. Máximo 5 días.	- Alteraciones extrapiramidales - Contraindicado en feocromocitoma (aumenta TA)
Benzodiacepinas	Lorazepam oral (Orfidal cp 1 y 5 mg, suspensión 0’5mg/1ml)	- Vómitos y/o náuseas anticipatorias	Tratamiento: 0’025-0’05 mg/kg/dosis Dosis máxima: 2 mg/dosis Dosis única nocturna en anticipatorio: 0,04-0’08 mg/kg/dosis	- Somnolencia - Depresión respiratoria

4. POSOLOGÍA DE FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS

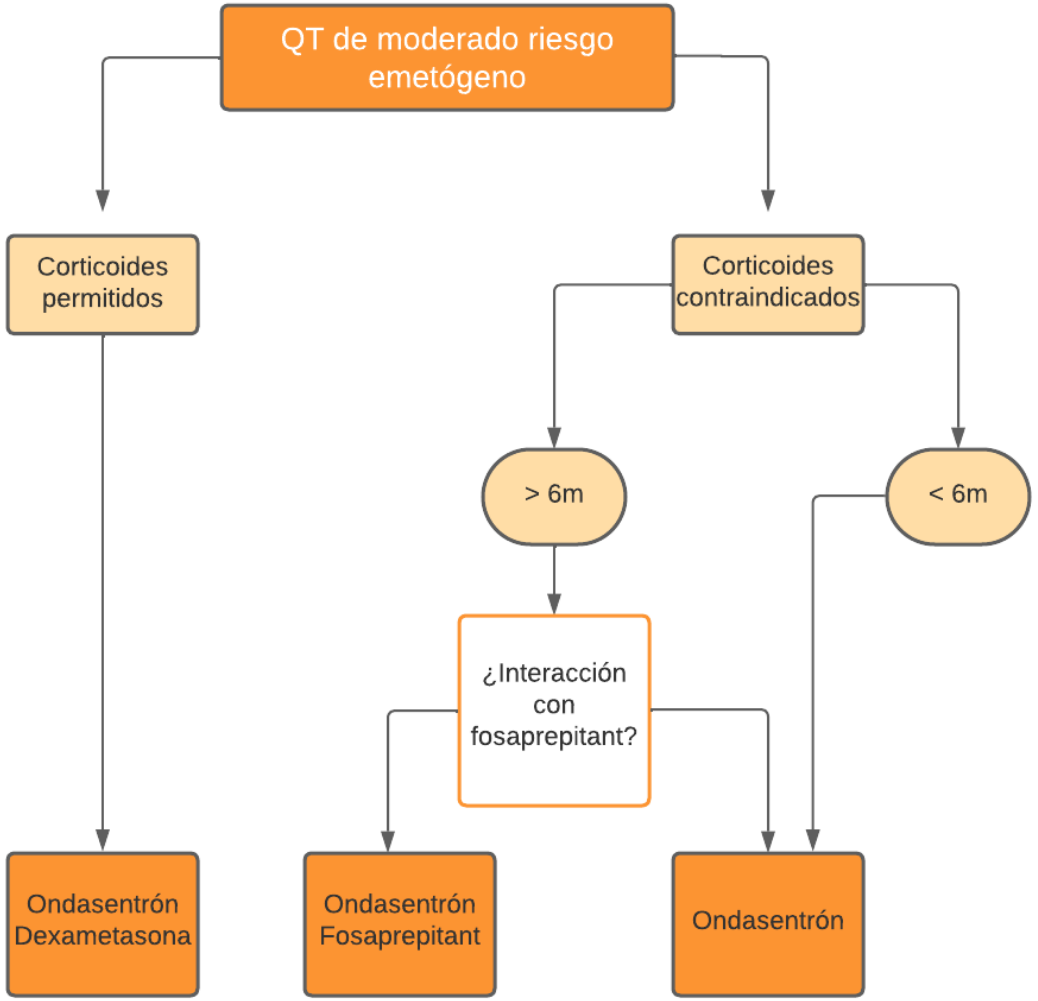
MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO	INDICACIONES	POSOLOGÍA	RAM/CI
Agonista receptor NK1	Fosaprepitant	Profilaxis náuseas y vómitos agudos. Profilaxis émesis tardía	Mayores de 6 meses o 6 kg de peso a) Posología de QT varios días. - 6m – 12 años*** 1º día: 3 mg/kg IV (máx 115 mg) 2º día: 2 mg/kg IV/VO (máx 80 mg) 3º día: 2 mg/kg IV/VO (máx 80 mg) - > 12 años*** 1º día: 115 mg IV 2º día: 80 mg IV / VO 3º día: 80 mg IV / VO b) Posología quimioterapia día único - 6m – 2 años: 5 mg/kg IV (Máx 50 mg) - 2-12 años: 4 mg/kg IV máx 150 mg) - > 12 años: 150 mg IV	+ F: astenia y neutropenia. Contraindicado si tratamiento con pimozida, terfenadina, astemizol y cisaprida. Si corticoides, disminuir la dosis habitual dexametasona o metilprednisolona al 50%

5. ESTRATEGIAS DE PROFILAXIS ANTIEMÉTICA SEGÚN SU EMETOGENICIDAD

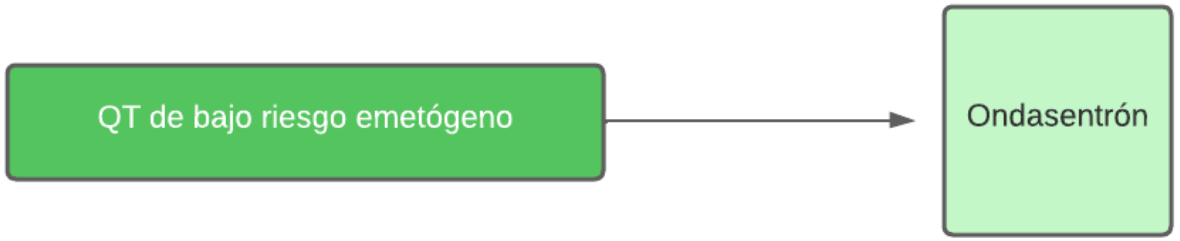
Estrategias de profilaxis para esquemas altamente emetógenos



Estrategias de profilaxis para esquemas moderadamente emetógenos



Estrategias de profilaxis para esquemas escasamente emetógenos



Profilaxis secundaria de la émesis refractaria

- Revisar que el esquema antiemético sea correcto.
- Descartar otras causas de émesis.
- Uso de tratamiento coadyuvante.
  - Olanzapina: 2’5 mg dosis única en niños / 5 mg dosis única en adolescentes
  - Polaramine: 0’16-2 mg/kg/día c/6-8 horas. Máximo 12 mg/día
- Prevención vómitos anticipatorios
  - Lorazepam: 0’5-2 mg cada 4 horas

Profilaxis secundaria de la émesis refractaria

- Medidas no farmacológicas
  - Comer despacio. Realizar comidas frecuentes.
  - Evitar comidas especiadas o con olor fuertes, además de alimentos muy grasos o salados.
  - Tomar antieméticos previos a las comidas. Intentar evitar que coincida la comida con quimioterapia.
  - Medidas que en otros episodios fueron eficaces.
  - Otras: acupuntura, técnicas de relajación…

6. BIBLIOGRAFÍA

- Dipuis LL, Bodhan S, Holdsworth M, Robinson P, Hain R, Portwine C, et al. Guideline for the Prevention of Acute Nausea and Vomiting due to Antineoplastic Medication in Pediatriz Cancer Patients. Pediatric Oncology Group of Ontario. 2021.
- Patel P, Robinson PD, Devine KA, Positano K, Cohen M, Gibson P, Holdsworth M, Phillips R, Spinelli D, Thackray J, van de Wetering M, Woods D, Cabral S, Sung L, Dupuis LL. Prevention and treatment of anticipatory chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric cancer patients and hematopoietic stem cell recipients: Clinical practice guideline update. Pediatr Blood Cancer. 2021 May;68(5):e28947. doi: 10.1002/pbc.28947. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33686754.
- Patel P, Robinson PD, Phillips R, Baggott C, Devine K, Gibson P, Guilcher GMT, Holdsworth MT, Neumann E, Orsey AD, Spinelli D, Thackray J, van de Wetering M, Cabral S, Sung L, Dupuis LL. Treatment of breakthrough and prevention of refractory chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric cancer patients: Clinical practice guideline update. Pediatr Blood Cancer. 2023 Aug;70(8):e30395. doi: 10.1002/pbc.30395. Epub 2023 May 13. PMID: 37178438.
- Paw Cho Sing E, Robinson PD, Flank J, Holdsworth M, Thackray J, Freedman J, Gibson P, Orsey AD, Patel P, Phillips R, Portwine C, Raybin JL, Cabral S, Sung L, Dupuis LL. Classification of the acute emetogenicity of chemotherapy in pediatric patients: A clinical practice guideline. Pediatr Blood Cancer. 2019 May;66(5):e27646. doi: 10.1002/pbc.27646. Epub 2019 Feb 7. Erratum in: Pediatr Blood Cancer. 2021 May;68(5):e28990. PMID: 30729654.

Gracias por vuestra atención