

“Abre bien los ojos, mira”:
diferentes percepciones sobre el
grado de control de las náuseas y
vómitos asociados a la quimioterapia

**5º CONGRESO DE ONCOLOGÍA
MÉDICA Y FARMACIA ONCOLÓGICA**

Toledo, 23-25 de noviembre de 2017

© Copyright 2018 de Ambos Marketing Services. S.L.



C/ Rosselló, 335, bajos. 08037 Barcelona
Telf.: 93 208 05 52 • Correo electrónico: info@ambosmarketing.com
Depósito legal: B 1480-2018

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de producción, sin la autorización por escrito de los titulares del *copyright*.

“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia

Toledo, 23-25 de noviembre de 2017

El **5º Congreso de Oncología Médica y Farmacia Oncológica**, celebrado en Toledo del 23 al 25 de noviembre, eligió para esta edición un hilo conductor que tiene que ver con los sueños, con las expectativas, con el futuro, en definitiva, con la innovación y la tecnología en el tratamiento del cáncer, y todo lo que eso implica. Los organizadores utilizaron algunos de los títulos de las obras de J Verne (1828-1905) y George Orwell (1903-1950), precursores de la literatura fantástica, para etiquetar algunas de las sesiones del congreso.

En este foro, inspirado por un espíritu de cambio y renovación, tuvo lugar un taller que, bajo el título **“Abre bien los ojos, mira: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia”**, se centró en algo sobre lo que se suele pasar de puntillas: la percepción y las expectativas sobre el control de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia (NaVIQ) que tienen los distintos colectivos implicados en su manejo.

Se trataba, como ya apuntaba su título, de abrir los ojos y mirar, pero no mirar como siempre, sino distinto, desde varias perspectivas diferentes y con un espíritu crítico y constructivo a la vez, que es al fin y al cabo el único modo de percibir lo que se hace mal y corregirlo y lo que se hace bien y reforzarlo.

Fue un taller multidisciplinar, moderado por la Dra. Beatriz Bernárdez Ferrán, farmacéutica oncológica del Complejo Universitario de Santiago de Compostela, y la Dra. Yolanda Escobar Álvarez, oncóloga médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid. En él se presentaron las visiones de cuatro colectivos: oncología médica, por el Dr. Javier de Castro Carpeño, del Hospital La Paz, de Madrid; farmacia oncológica, por la Dra. Estela Moreno Martínez, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona; Enfermería Oncológica, por Paz Fernández Ortega, del Institut Català d'Oncologia de Barcelona; y paciente por Begoña Barragán, presidenta del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Cuatro miradas diferentes de una misma realidad.

Los objetivos del taller eran responder entre todos a una serie de preguntas importantes sobre la emesis postquimioterapia:

- ¿Existe un control adecuado de las NaVIQ en España? ¿Hay diferencias con el resto de la Unión Europea?
- ¿Existen diferentes percepciones acerca del grado de control de las NaVIQ entre los distintos actores implicados? ¿Qué factores pueden explicar estas diferencias de percepción?
- ¿Podemos identificar y priorizar qué factores/intervenciones podrían mejorar el control de las NaVIQ en España?
- ¿El control de la emesis mejora la calidad de vida de los pacientes tratados con quimioterapia? ¿Y facilita el cumplimiento terapéutico?
- ¿Cómo podría mejorarse la comunicación respecto a la emesis con los distintos perfiles de pacientes? ¿Estamos preparados para responder a las necesidades de los pacientes 3.0?
- ¿Nos atrevemos a hacer recomendaciones desde cada colectivo de la mesa para mejorar el control de las NaVIQ en España?



Visión de Oncología

Dr. Javier de Castro

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Existe una gran variabilidad en la percepción del grado de control de las NaVIQ y en la percepción del margen de mejora.

Grunberg et al¹ ya demostraron en 2004 que la percepción del médico, la enfermera y el paciente sobre las NaVIQ eran completamente diferentes, alcanzado esta diferencia hasta un 30-40%. No se ha repetido desde entonces un estudio de estas características, pero con toda probabilidad si se repitiera, seguirían existiendo las mismas diferencias.

Las NaVIQ continúan siendo un problema clínico. La llegada de los setrones a principios de la década de los noventa supuso un punto de inflexión en el control de las NaVIQ en pacientes tratados con platinos, que solo recibían por entonces metoclopramida como tratamiento antiemético. A pesar de estos avances, sin embargo, hasta un 33% de los pacientes siguen sufriendo hoy día vómitos tardíos y hasta el 62% de los pacientes náuseas tardías².

Así pues, existe una infraestimación del problema por parte de los médicos, pero además, existe una infra-notificación por parte de los pacientes, lo que conduce a un manejo subóptimo de las NaVIQ.

La solución pasa inevitablemente por la formación: si no se conoce el problema, el modo de afrontar las NaVIQ y los distintos tratamientos, difícilmente se podrá mejorar.

En este sentido, probablemente es más difícil corregir la actitud de un oncólogo de mediana edad, que vivió los cambios de los años noventa y ya ha renunciado al cuidado continuo, que actuar sobre los profesionales jóvenes, más abiertos y sensibles al cuidado continuo del paciente oncológico más allá de la quimioterapia.

Las fases de la emesis

Existen cuatro tipos de náuseas y vómitos asociados al tratamiento oncológico (Fig.1). Conocerlos es importante porque los setrones supusieron un gran cambio para controlar las NaVIQ agudas, pero no son eficaces para controlar las tardías.

Se ha visto que si un paciente tolera bien el primer ciclo de quimioterapia, la tendencia será bastante positiva en los ciclos subsiguientes; sin embargo, sufrir NaVIQ durante el primer ciclo es un factor determinante para sufrirlas también en los siguientes ciclos aumentando las probabilidades por 6,5 veces en el segundo ciclo y hasta 14 veces en el tercer ciclo de quimioterapia³. Los pacientes con alto riesgo de Na-

Figura 1. Tipos de vómitos asociados al tratamiento oncológico

TIPO	INICIO, DURACIÓN
Emesis aguda	En las primeras 24 horas de la quimioterapia
Emesis retardada	Al menos 24 horas después de la quimioterapia. Puede durar hasta 7 días
Emesis incidental	Aparece a partir de los 5-7 días
Emesis anticipada	Antes del segundo o sucesivos ciclos de quimioterapia, aunque puede empezar durante o después de la quimioterapia en cualquier ciclo de tratamiento

Tomado de Berger AM, Clark-Snow RA. En *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004: 2515-2513; Antiemetic Subcommittee *Ann Oncol* 1998 ;9:811-819.

“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia

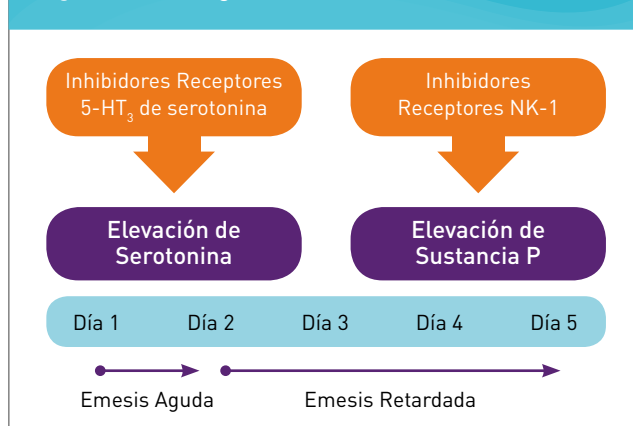
VIQ precisan una prevención óptima desde el inicio del tratamiento antitumoral, ya que rescatarlos posteriormente es mucho más difícil.

Cada citostático tiene un perfil emetógeno diferente, pero todos responden más o menos a un mismo patrón: la intensidad emética máxima se observa en las 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia (fase aguda) y una segunda fase diferenciada, en los días 2-5 después de la administración de la quimioterapia (fase tardía).

Desde un punto de vista fisiopatológico, esto se explica, porque la serotonina es la principal responsable de la fase aguda de las NaVIQ, mientras que la sustancia P es la responsable de la fase tardía. Por esta razón, los setrones, que son antagonistas de los receptores 5-HT³, son muy efectivos en la fase aguda, ya que impiden la estimulación de los receptores serotoninérgicos a través de la serotonina, pero no son efectivos en la fase tardía porque no tienen efecto sobre la sustancia P, que en cambio sí que queda mediada por los antagonistas de los receptores NK1 (Fig.2).

Este es un concepto fundamental, ya que pone de evidencia que seguir administrando setrones después de la fase aguda, no tiene sentido, puesto que la liberación de serotonina ya ha finalizado, y su eficacia será en este sentido relativa, pudiendo comportar en cambio, un posible aumento de efectos secundarios, tales como la cefalea y el estreñimiento.

Figura 2. Estrategias de tratamiento antiemético



Tratamiento personalizado

Las NaVIQ tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes, pero además pueden reducir la supervivencia, ya que pueden hacer fracasar un tratamiento adyuvante y causar daños (como por ejemplo insuficiencia renal) que pueden condicionar tratamientos posteriores.

La profilaxis antiemética debe diseñarse de forma personalizada, y para ello hay que conocer la etiopatogenia de la emesis inducida por la quimioterapia, en función de los factores de riesgo individual del paciente; es decir, por un lado, los factores propios del tratamiento como por ejemplo el potencial emetógeno de la quimioterapia a administrar, las combinaciones de quimioterapia a utilizar y por otro, las condiciones individuales del paciente (edad, género, antecedentes de emesis), y el objetivo del plan de tratamiento (curativo/paliativo).

Ahora sabemos que si se tratan a los pacientes con quimioterapias altamente emetógenas, deben utilizarse combinaciones triples que incluyen antagonistas del receptor NK¹, antagonistas del receptor 5-HT³, y corticoesteroides. En este sentido, en el estudio pivotal de Aapro et al⁴ se demostró que netupitant + palonosetrón (NEPA) combinado con dexametasona muestra una mejor respuesta completa (no emesis y no medicación de rescate) respecto al comparador (palonosetrón combinado con dexametasona) en todas las fases, pero especialmente en la tardía, y no solo en el primer ciclo sino a través de múltiples ciclos de quimioterapia⁴.

En conclusión, es fundamental conocer el potencial emetógeno de la quimioterapia y utilizar adecuadamente los antieméticos. Un control adecuado del tratamiento antiemético permite cumplir correctamente el tratamiento citostático, mientras que un mal control antiemético puede incluso comprometer la supervivencia del paciente oncológico. La profilaxis antiemética con antagonistas del receptor 5-HT³, antagonistas del receptor NK¹ y dexametasona es el tratamiento de elección de la quimioterapia altamente emetógena y también en quimioterapia moderadamente emetógena en la que existan factores de riesgo asociados.



Visión de Farmacia oncológica

Estela Moreno Martínez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Existe una brecha importante entre la teoría y la práctica, entre el conocimiento médico y su traslación a la clínica diaria. Para cerrar esta brecha -o por lo menos hacerla más pequeña- es imprescindible tomar conciencia de ella y hacer un esfuerzo colectivo por reducir esta brecha.

Factores de riesgo

En teoría, todos los profesionales conocen los factores de riesgo de emesis tanto dependientes del tratamiento como del propio paciente. Sin embargo, a la pregunta ¿conocemos y sabemos valorar los factores de riesgo que influyen en las NaVIQ?, solo el 52% de la audiencia respondió afirmativamente.

Parece pues, que el conocimiento entre los profesionales sanitarios es menor del deseable, a lo que hay que añadir la dificultad de aplicar ese conocimiento a la práctica clínica diaria.

El riesgo emético de los tratamientos oncológicos está bien establecido y se clasifica como alto, moderado, bajo y mínimo. Pero entre estos tratamientos, se incluyen también fármacos utilizados para pacientes con cánceres hematológicos, que desde el punto de vista de la prevención y tratamiento de la emesis, son los grandes olvidados. Los estudios con antieméticos se hacen, por lo general, en pacientes oncológicos no hematológicos, por lo que el uso de un antiemético tras su aprobación es mucho más rápido en estos pacientes que en los que tienen cánceres hematológicos, que tienen que esperar a veces años a que el fármaco se incluya en su tratamiento.

Además, la clasificación del riesgo del potencial emetógeno de la quimioterapia sin una profilaxis antiemética efectiva es también discutible. Por ejemplo, se considera a los antineoplásicos de riesgo emetógeno moderado provocan emesis en el 30-90% de los pacientes no tratados con antieméticos, pero no parece que sea lo mismo utilizar una profilaxis de NaVIQ para una quimioterapia con un 40% de riesgo de emesis que para otra, con un riesgo de un 80%. Por esta razón, tal vez deberíamos remitirnos a la primera clasificación existente sobre el riesgo emetógeno, según la cual si se combinan dos fármacos con riesgo moderado, la combinación pasa a ser de alto riesgo⁵.

Por otro lado, a la hora de valorar el riesgo emetógeno hay que tener en cuenta otros aspectos: a) los fármacos orales pueden tener riesgo emetógeno igual que los intravenosos, aunque muchas veces no se hace profilaxis cuando se prescribe una quimioterapia oral; b) el riesgo emetógeno puede variar en los esquemas multidía; c) los esquemas de acondicionamiento para trasplantes hematológicos son de riesgo emetógeno alto o moderado, y d) la mayoría de pacientes reciben otras medicaciones concomitantes que pueden tener por sí mismas también un riesgo emetógeno. En estos subgrupos de pacientes, las guías no proporcionan recomendaciones claras, a pesar de que los factores de riesgo que concurren en un paciente pueden hacer que un tratamiento moderadamente emetógeno pase a ser considerado de alto riesgo.

“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia

El valor de las guías clínicas

La percepción general es que las guías no ayudan a adaptar la profilaxis antiemética para todos los pacientes.

En 2007, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, se desarrolló un protocolo en el que el riesgo emetógeno se clasificaba en cuatro categorías pero a su vez, el riesgo emetógeno alto se dividía en 2 categorías adicionales en función de que el esquema de quimioterapia contuviera o no, cisplatino (Fig.3). Coincidiendo con el cambio de protocolo, se estudiaron todos los esquemas que se hacían antes del cambio y los que se realizaban tras él, y se comprobó que se había pasado de 21 a 8 esquemas para la prevención de NaVIQ, tanto en la fase aguda como en la tardía. Cabe destacar que en la fase tardía se pasó de más de un 50% de pacientes sin profilaxis, a menos de un 10% de pacientes sin profilaxis, al alta⁶.

En este estudio se incluyeron 118 pacientes en la primera fase y 104 en la segunda fase, y se vio que se lograba un mejor control de las NaVIQ con el nuevo protocolo, alcanzándose hasta un 85% de control de las náuseas tardías (Fig.4)⁶.

Infraestimación de las NaVIQ

La percepción es que mayoritariamente los profesionales sanitarios tienden a infraestimar la incidencia de NaVIQ entre los pacientes oncológicos, y así lo corroboran los datos publicados de estudios internacionales y nacionales.

A partir de los resultados del estudio del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, se pasó una encuesta entre los oncólogos y las enfermeras del hospital sobre su percepción del grado de control de NaVIQ, antes y después del cambio del protocolo, y los resultados se compararon con la realidad experimentada por los pacientes. Se constató que en esquemas altamente emetógenos con cisplatino, los pacientes presentaban un mejor control de las NaVIQ agudas y tardías, que lo que los médicos y enfermeras percibían, mientras que en los esquemas altamente emetógenos sin cisplatino, los médicos y enfermeras sobrestimaban el grado de control de las náuseas agudas y tardías y los vómitos tardíos, igual que en el grupo con esquemas moderadamente emetógenos⁷.

Figura 3. Protocolo HSCSP 2007

RIESGO EMETÓGENO	Profilaxis emesis aguda día 1	Profilaxis emesis tardía
ALTO RIESGO Con Cisplatino	- Granisetron 1mg iv + - Dexametasona 12 mg iv + - Aprepitant 125 mg oral 1h antes de la QT	- Dexametasona 8 mg oral días 2-4. - Aprepitant 80 mg oral días 2-3 por la mañana. - Rescate: Granisetron 1 mg/12 h oral días 2-3. - o Primperan 20 mg/6 h oral.
ALTO RIESGO Sin Cisplatino	- Granisetron 1 mg iv + - Dexametasona 20 mg iv - Rescate ciclo 2 si NVIQ: Aprepitant.	- Granisetron 1 mg/12 h oral días 2-3. - Dexametasona 8 mg oral días 2-3. - Rescate: Metoclopramida 20 mg/6 h oral días 2-4
RIESGO MODERADO	- Granisetron 1 mg iv + - Dexametasona 12 mg iv - Rescate: Dexametasona 20 mg iv. Si insuficiente Aprepitant.	- Dexametasona 8 mg oral días 2-3. +/- - Metoclopramida 20 mg/6 h oral días 2-3 (monoterapia si contraindicación dexametasona) - Rescate: Granisetron 1 mg/12 h oral días 2-3
BAJO RIESGO	- Dexametasona 8 mg iv - Rescate: Metoclopramida 20 mg iv. Si insuficiente Granisetron 1 mg iv.	- Metoclopramida 10 mg/8 h oral si precisa días 2-3 - Rescate: Metoclopramida 20 mg/6 h oral días 2-3
MÍNIMO RIESGO	No requiere profilaxis	No requiere profilaxis

Valoración y control de las NaVIQ en el paciente hematológico ingresado

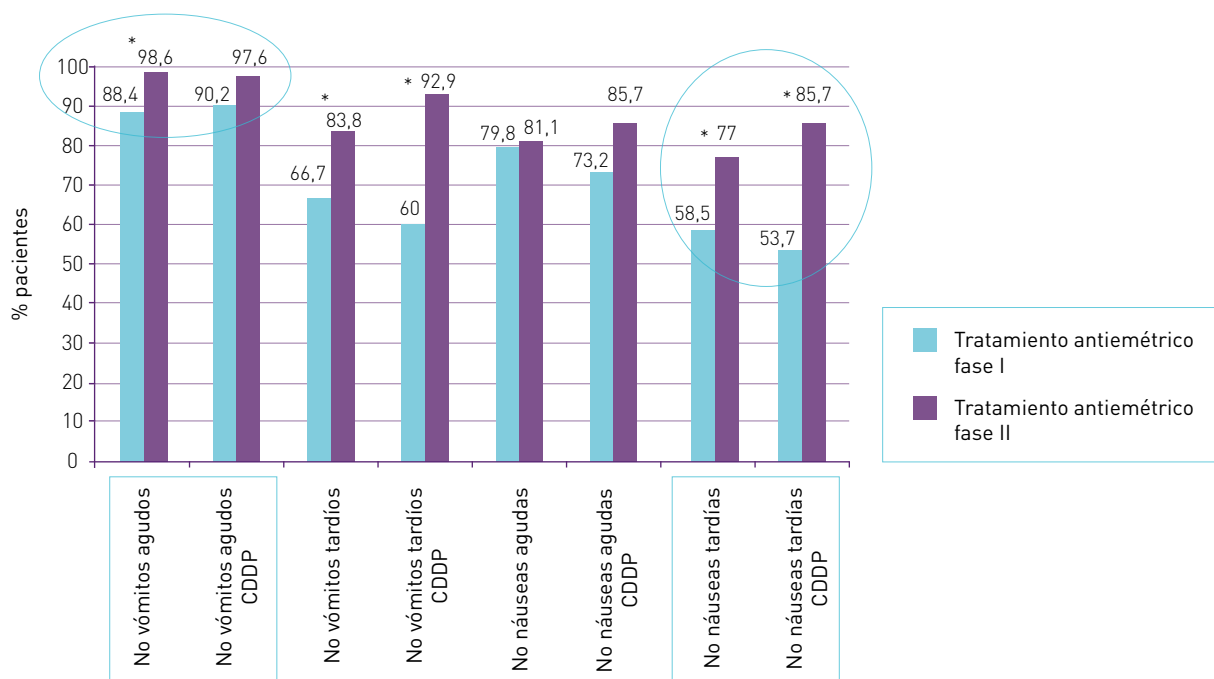
Preguntada la audiencia, un 38% consideraba que efectivamente se valoraban y controlaban mejor las NaVIQ en el paciente hematológico ingresado. En este sentido, un estudio de 2006, en el que participó el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, valoró el control de las NaVIQ en pacientes hematológicos y la percepción de los médicos respecto a dicho control. Según el protocolo previo el 100% de los pacientes fue considerado como pacientes con un riesgo emético alto. Casi el 60% de los pacientes tenían historia previa de NaVIQ, y la gran mayoría de ellos solo eran tratados con uno o dos fármacos antieméticos, mayoritariamente metoclopramida y un setrón. Ninguno utilizaba corticoides⁸.

Las mujeres, especialmente las menores de 40 años, tenían más riesgo de presentar vómitos. Más de la mitad habían tenido NaVIQ previas y el 60% eran pacientes de trasplante. El 47% de los pacientes con leucemia habían tenido un control correcto de las NaVIQ, pero sólo el 20% de los pacientes trasplantados, no presentaron emesis al quinto día de haber recibido quimioterapia. El 31% de estos pacientes necesitó rescate y en el 85% de estos casos se utilizó metoclopramida.

Entre los que habían tenido NaVIQ, la puntuación del FLIE (Functional Living Index-Emesis) había disminuido a menos de 108, es decir, su calidad de vida se había visto afectada por las NaVIQ.

Los médicos y enfermeras infraestimaban las NaVIQ observadas también en el paciente hematológico (65% estimadas vs. 87% observadas en náuseas tardías y 44% vs. 78% en vómitos tardíos).

Figura 4. Control Vómitos y Náuseas



“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia



Visión de enfermería

Paz Fernández Ortega

Institut Català d'Oncologia, Barcelona

Por su posición de mayor proximidad en el proceso de los cuidados al paciente oncológico, enfermería puede aportar una visión complementaria valiosa sobre el impacto de la quimioterapia en la calidad de vida del paciente.

Valoración de las necesidades del paciente por enfermería oncológica

Preguntada la audiencia, un 73% afirmó que las enfermeras suelen valorar adecuadamente las necesidades de los pacientes oncológicos. Esto es así porque la enfermera es parte esencial del equipo que atiende al paciente, y acoge, valora, aboga, revisa, pacta y coordina con los médicos y con el paciente, ejerciendo un papel importante en el buen manejo de las NaVIQ.

La valoración en las consultas oncológicas no se hace de forma sistemática, por lo que depende en buena medida, de la particular sensibilidad de cada profesional frente a estos problemas. Además, la organización del sistema de atención al paciente con cáncer, no facilita una valoración sistemática a través del tiempo, ya que el proceso oncológico es largo y complejo y en él intervienen numerosos profesionales, lo que dificulta mantener al paciente en el centro de este sistema y que su valoración se entienda como un proceso que debe ser continuo en el tiempo. Actualmente en muchos servicios existen enfermeras referentes, que ayudan al paciente a transitar por este sistema.

Priorización de las NaVIQ

Un 75% de los participantes considera que no se priorizan las NaVIQ en el paciente oncológico. Sin embargo, los primeros en no priorizar son los propios pacientes, ya que asumen que las NaVIQ forman parte de los inevitables efectos secundarios del tratamiento.

A lo largo de los años, la valoración de la gravedad de los efectos secundarios ha ido cambiando, al mismo tiempo que han cambiado los tratamientos, especialmente con el lanzamiento de los antagonistas de los receptores NK1. Hasta la fecha los síntomas se han valorado por separado, pero hay que tener en cuenta que existen clusters de síntomas, es decir, síntomas diferentes que suelen presentarse juntos e interaccionan entre ellos (Fig.5).

Figura 5. Valoración de los síntomas por parte del paciente

	1996	1997	1999	2004
1	Náuseas	Náuseas	Náuseas	Fatiga
2	Cansancio permanente	Caída del cabello	Caída del cabello	Náuseas
3	Caída del cabello	Vómitos	Cansancio permanente	Trastornos del sueño
4	Efecto sobre la familia	Cansancio permanente	Vómitos	Caída del cabello
5	Vómitos	Inyecciones	Cambios en el gusto	Caída del cabello

Young A, et al. *ecancer* 2013, 7:296.

Por ejemplo, si un paciente experimenta fatiga y duerme mal, es más probable que tenga náuseas o que sufra más de ellas⁹.

Médicos (61%) y enfermeras oncológicas (66%), piensan que solo 2/3 de los pacientes se adhieren al tratamiento prescrito.

Implementación de las guías de práctica clínica

Aunque se ha demostrado que existe una correlación entre el seguimiento de las guías y el control de las NaVIQ, la gran mayoría de las enfermeras oncológicas no conocen ni implementan las guías de práctica clínica sobre emesis. Sin embargo, no se trata solo de conocer las guías, sino de actualizarlas y adaptarlas a las necesidades de pacientes concretos.

En un foro europeo de enfermeras oncológicas, se exploró el grado de conocimiento que tenían de las guías internacionales de control de la emesis, el uso de guías locales para el control de las NaVIQ, el rol de la enfermería en los diversos países, y las valoraciones de los factores de riesgo de los pacientes. Se concluyó que no existía un buen control de las NaVIQ y se desarrollaron unas recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo óptimo de las mismas¹⁰. A este respecto existen también

guías desarrolladas en Reino Unido y las Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)/ European Society of Medical Oncology (ESMO)- MASCC-ESMO Antiemetic Guidelines publicadas en 2016.

Calidad de vida

Las enfermeras oncológicas contribuyen a disminuir las barreras y mejorar la calidad de vida en el manejo de las NaVIQ.

Utilizando la escala FLIE, distintos estudios han demostrado que las NaVIQ tienen un impacto sobre la calidad de vida; que en general, existe un mayor impacto de la náusea que de la emesis; y que la falta de control en el primer ciclo implica un peor resultado para los ciclos posteriores¹¹.

Enfermería desempeña un papel importante en la educación del paciente oncológico. Sin embargo, al ser tratado en diferentes niveles asistenciales, las enfermeras carecen de la información completa del seguimiento del paciente, lo que impide educarlo adecuadamente y cubrir sus necesidades¹².

Datos recientes sugieren que últimamente se controlan mejor las NaVIQ, pero se sigue infravalorando su impacto en la calidad de vida de los pacientes¹³.

“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia



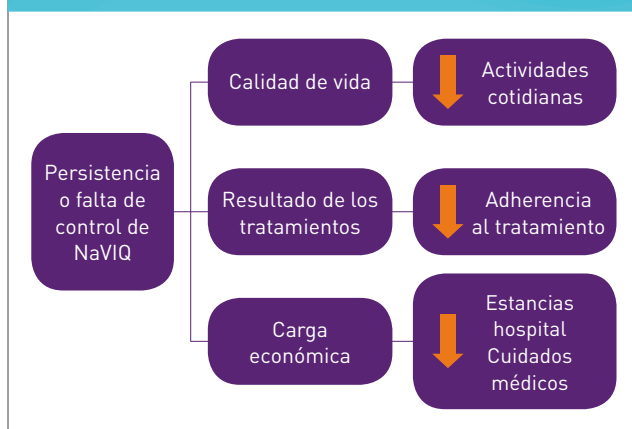
Visión del paciente

Begoña Barragán

Presidenta del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)

Las NaVIQ son uno de los efectos secundarios más importantes que sufre el paciente oncológico, junto con la caída del cabello. Sin embargo, muchas veces el paciente no las refiere al médico, a pesar de que afectan negativamente a su calidad de vida. Un control inadecuado de las NaVIQ puede influir en la adherencia al tratamiento y puede suponer una carga económica adicional (Fig.6).

Figura 6. Impacto de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (NaVIQ)



Eficacia de los tratamientos

Los tratamientos antieméticos administrados en la actualidad son más efectivos para evitar los vómitos que las náuseas. Las náuseas han sido menos estudiadas a nivel neuroquímico que los vómitos por lo que los efectos directos de los tratamientos antieméticos sobre ellas han sido menos divulgados.

Las náuseas son síntomas más subjetivos y menos cuantificables que los vómitos, y se han hecho menos ensayos clínicos sobre ellas que sobre los vómitos.

Según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), existen intervenciones no farmacológicas que puedan prevenir los vómitos anticipatorios: terapia conductual, relajación, imágenes hipnóticas, musicoterapia, acupuntura y agentes contra la ansiedad como alprazolam o lorazepam.

Algo más de la mitad de la audiencia afirmó que existen protocolos estandarizados para el uso de antieméticos, vinculados a regímenes de tratamientos oncológicos específicos, pero también estuvo de acuerdo en que no se dispone de indicadores de calidad que evalúen el uso apropiado de los antieméticos.

Según las recomendaciones de antiemesis de las guías NCCN (National Comprehensive Cancer Network), el objetivo principal del tratamiento antiemético debe ser la prevención de las NaVIQ. El antiemético debe elegirse según la emetogenicidad de la terapia, sin olvidar valorar otros posibles factores, como obstrucción intestinal, desequilibrio electrolítico o metástasis cerebrales.

Las guías NCCN también recomiendan proporcionar formación y materiales informativos a los pacientes, un aspecto que solo una cuarta parte de la audiencia considera que se hace apropiadamente, a pesar de que reconocen que sería preciso contar con estos materiales para dar soporte a los pacientes.

DEBATE

Después de las intervenciones de los cuatro ponentes, que ofrecieron los puntos de vista de los colectivos que representaban sobre la percepción de las NaVIQ en el paciente oncológico, se abrió un turno de debate para que los participantes pudieran hacer preguntas o expresar sus opiniones sobre este tema.

Se resumen a continuación los principales puntos de interés.

Individualización de la pauta antiemética

En el cuidado del paciente oncológico, hay aún un importante margen de mejora. La pauta antiemética debe prescribirse en función no solo del potencial emetógeno del esquema de quimioterapia sino también del perfil del paciente.

Las escalas de valoración de riesgos son inaplicables en la práctica clínica diaria, por una cuestión de tiempo y de funcionamiento del sistema. Hay que luchar por cambiar el sistema y conseguir consultas con mayor tiempo destinado a la valoración del paciente. La falta de tiempo del oncólogo queda a veces complementada

por la percepción de la enfermería en el hospital de día.

Algunos factores como la edad y el género se consideran factores de riesgo para desarrollar NaVIQ pero resultan especialmente relevantes los antecedentes de NaVIQ y la expectativa del paciente acerca de si sufrirá o no NaVIQ (si cree que va a tener NaVIQ, casi con seguridad tendrá).

Mención aparte merece el paciente hematológico, tradicionalmente el gran olvidado en la profilaxis de las NaVIQ. El oncólogo está muy centrado en el paciente hospitalizado, y el control de los síntomas a nivel ambulatorio es mucho peor. Esto es así porque el paciente hematológico pasa casi todo el proceso hospitalizado.

Protocolos y guías clínicas

Existe acuerdo en que la optimización del tratamiento antiemético se basa en el conocimiento, la protocolización y en una aproximación multidisciplinar a la patología. Los hospitales suelen tener unos protocolos estandarizados, que después se modifican en función de las características de cada paciente. Se puede protocolizar por el nivel



“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia

emetógeno del esquema de quimioterapia, pero sin olvidar a la hora de prescribir una pauta, el resto de factores que entran en juego.

En general, los hospitales disponen de tres protocolos según el potencial emetógeno de la quimioterapia, y los pacientes se van a casa con la medicación antiemética prescrita.

Para los farmacéuticos, con frecuencia es complicado trasladar las recomendaciones de las guías a la práctica, especialmente en aquellos casos en los que existen combinaciones, medicación oral o esquemas multidía.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el paciente oncológico es siempre un paciente polimedicado, y que puede estar recibiendo otros tratamientos como protectores gástricos, antibióticos o analgésicos, que pueden interaccionar con el tratamiento de quimioterapia. No hay que olvidar, además, las plantas medicinales o la medicina alternativa, que el paciente suele tomar por iniciativa propia y que con frecuencia pueden comprometer la eficacia de los tratamientos oncológicos.

Un aspecto del tratamiento oncológico que parece generar dificultades en algunos centros son los esquemas en los que está prevista la administración de dexametasona en el día previo a la quimioterapia, ya que es difícil que el paciente recuerde que debe tomarse la dexametasona entre un ciclo y el siguiente. Por lo general, se le suele entregar al paciente un calendario en el que aparecen marcados los días en los que debe tomarse la medicación. En algunos centros, como el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, el oncólogo visita al paciente el día previo a la quimioterapia, lo que evita el olvido de la dexametasona. Esto supone que el paciente deba acudir dos días al hospital en lugar de uno, aunque parece que no suele representar un problema para los pacientes.

Una opción controvertida es el uso de olanzapina como antiemético. Según los participantes en el taller, en primera línea no se prescribe, y solo puntualmente se utiliza a rescate.

Setrones versus antagonistas del receptor NK₁

Todos los hospitales utilizan los setrones en fase tardía. Esta es una rutina que está muy generalizada en la práctica clínica habitual y que vino determinada por la aparición de ondansetrón que supuso una revolución en el manejo de la emesis. Hoy en día se dispone de otros fármacos más eficaces en el control de la emesis tardía (los antagonistas de los receptores NK₁) y sin embargo, no se actúa en consecuencia, manteniéndose por inercia el uso casi exclusivo de setrones en la fase tardía. Cambiar actitudes es difícil, especialmente en profesionales de más edad, por lo que es fundamental trabajar con los profesionales jóvenes, más abiertos, y sin hábitos adquiridos a nivel de la práctica clínica diaria.

Los participantes en el taller afirman que en sus centros siempre se utilizan antagonistas de los receptores NK₁ en esquemas altamente emetógenos, algo que no coincide del todo con los datos generales disponibles de consumo de antieméticos en España.

Es posible que la falta de generalización del uso de antagonistas del receptor NK₁ esté relacionada también con una restricción de su uso relacionada con el precio, ya que los medicamentos que pasan a genéricos como los setrones son más baratos y por lo tanto resultan más fáciles de prescribir. No obstante, estas posibles restricciones, no restan importancia al factor que la mayoría de los asistentes considera clave y que es la inercia a la prescripción casi exclusiva de setrones, que se deriva de su probado buen funcionamiento en la fase aguda y que evita que para la fase tardía, se consideren otras alternativas, como los NK₁, que por otro lado han demostrado un mejor control de las NaVIQ para dicha fase.

Además, el profesional sanitario tiende a minimizar en ocasiones el beneficio clínico que puede suponer la prescripción de antagonistas del receptor NK₁ comparándolo con el precio extra que cuesta su prescripción.

Un aspecto del empleo de antagonistas del receptor NK₁ que pareció preocupar a los asistentes fueron las posibles interacciones con algunos regímenes quimioterápicos. Un ejemplo podrían ser los pacientes tratados con antraciclina e ifosfamida, un régimen que suele administrarse a gente joven, por ejemplo con sarcoma, grandes vomitadores y que lleva esquema quimioterapéutico multidía.

Ifosfamida y ciclofosfamida son profármacos que se activan a nivel hepático por el CYP3A4, que también es el citocromo responsable de la metabolización de los antagonistas del receptor NK₁, por lo que su administración conjunta puede conducir a una inhibición de la activación del tratamiento citostático. Parece claro que la administración de ambos tratamientos no debería inducir una mayor toxicidad, pero la audiencia expuso sus dudas acerca de si la eficacia del tratamiento oncológico podría verse afectada. Finalmente se alcanzó un consenso en confirmar que los estudios publicados en la actualidad al respecto no han detectado una afectación de la eficacia del tratamiento citostático, aunque también se reconoció que dichos estudios se han realizado con un número pequeño de pacientes.

La información como un proceso continuado

Por encima de la sensibilidad individual respecto a la profilaxis de las NaVIQ, es necesario que exista una organización que lo sustente y un refuerzo de la información como proceso. Así pues, si el paciente sale del hospital con una pauta antiemética clara y con una información detallada sobre el manejo de las NaVIQ proporcionada por el hospital, en general, su evolución será mejor.

Se apunta la idea de hacer un planteamiento multidisciplinar de manejo del paciente oncológico. En pocos centros se hacen sesiones conjuntas entre todos los profesionales implicados, pero sin

duda parece efectiva una aproximación conjunta de cara al paciente. Cuando no es posible realizar sesiones conjuntas, se hace imprescindible una buena coordinación entre los distintos profesionales involucrados en el cuidado del paciente.

Existe acuerdo en considerar fundamental la comunicación e información al paciente. Y que esto debe hacerse de forma continuada, como refuerzo, repitiendo las explicaciones a los pacientes tantas veces como sea necesario para que las vayan entendiendo e interiorizando.

Educar en aspectos de alimentación es crucial. Reforzar el control dietético permite controlar mejor las náuseas, así como insistir al paciente en que tiene que comer algo a pesar de las NaVIQ, pero sin que se sienta muy presionado. Igual de importante es en este sentido, educar a la familia.

Lo que cuenta el paciente

Los pacientes no siempre cuentan lo que les pasa. Ellos mismos filtran lo que quieren contarle a los profesionales sanitarios, y tienden a referir más a la enfermera aspectos de cuidados y de síntomas, mientras que al farmacéutico le preguntan sobre terapias alternativas o los síntomas asociados al tratamiento.

Para los vómitos es más exigente el paciente en adyuvancia que el paciente avanzado. El paciente en adyuvancia tiene mejores expectativas y tolera peor los vómitos, mientras que el paciente más avanzado asume su peor estado y se muestra más tolerante con los efectos secundarios.

Para mejorar la comunicación entre el paciente y los profesionales sanitarios, debe ofrecerse al paciente un clima de confianza que le invite a expresarse con mayor libertad.

“Abre bien los ojos, mira”: diferentes percepciones sobre el grado de control de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia

CONCLUSIONES

- **Existe un margen de mejora amplio en el cuidado del paciente oncológico, que pasa por pautar en función no solo del potencial emetógeno sino también del perfil del paciente. Para mejorar, es necesario que los profesionales sanitarios tengan la formación adecuada y la sensibilidad para hacerlo.**
- **Para los farmacéuticos es complicado llevar las recomendaciones de las guías a la práctica clínica, especialmente en casos donde hay combinaciones, medicación oral o esquemas multidía. No hay que olvidar, además, las medicaciones domiciliarias y los factores de riesgo del paciente.**
- **Debe corregirse la ralentización –o incluso ausencia– de la incorporación de los nuevos antieméticos al tratamiento de los pacientes hematológicos.**
- **Por encima de la sensibilidad individual respecto a la prevención de las NaVIQ, es necesario que haya una organización que lo sustente y un refuerzo de la información como un proceso continuado.**
- **Los pacientes no siempre cuentan lo que les pasa. Hay que ofrecer al paciente un clima de confianza para que lo haga.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Grunberg SM, Deuson RR, Mavros P, et al. Incidence of chemotherapy-induced nausea and emesis after modern antiemetics. *Cancer*. 2004; 100:2261-8.
2. Cohen L, de Moor CA, Eisenberg P, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: incidence and impact on patient quality of life at community oncology settings. *Support Care Cancer*. 2007; 15(5):497-503.
3. Molassiotis A, Lee PH2, Burke TA, et al. Anticipatory Nausea, Risk Factors, and Its Impact on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Results From the Pan European Emesis Registry Study. *J Pain Symptom Manage*. 2016; 51(6): 987-93.
4. Aapro M, Rugo H, Rossi G, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy and safety of NEPA, a fixed- dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemo- therapy. *Ann Oncol*. 2014; 25:1328-33.
5. Wiser W, Berger AM. Practical Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *Oncology (Williston Park)*. 2005;19(5):637-45.
6. Moreno E, Majem M, Gonzalez X, et al. Adapting ASCO and NCCN guidelines in institutional antiemetic guidelines benefits patients receiving chemotherapy. *J Clin Oncol* 2008; 26 (15 suppl): abstr 20508).
7. Majem M, Moreno ME, Calvo N, et al. Perception of healthcare providers versus patient reported incidence of chemotherapy-induced nausea and vomiting after the addition of NK-1 receptor antagonists. *Support Care Cancer* 2011; 19(12): 1983-90.
8. López-Jiménez J, Martín-Ballesteros E, Sureda A, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in acute leukemia and stem cell transplant patients: results of a multicenter, observational study. *Hematologica* 2006; 91:84-91.
9. Young A, Dielenseger P, Fernandez Ortega P, et al. Helping patients discuss CINV management: development of a Patient Charter. *ecancer* 2013, 7:296.
10. Vidall C, Dielenseger P, Farrell C, et al. Evidence-based management of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a position statement from a European cancer nursing forum. *ecancer* 2011; 5 211.
11. Fernández-Ortega P, Caloto MT, Chirveches E, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. *Support Care Cancer*. 2012; 20(12): 3141-8.
12. Kav S, Johnson J, Rittenberg C, et al. Role of the nurse in patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an international survey. *Support Care Cancer*. 2008; 16(9): 1075-83.
13. Vidall C, Fernández-Ortega P, Cortinovis D, 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(11): 3297-305.