

28 de noviembre de 2014

Sesión 2014-45  
CCF 5132-11-14

Doctora  
Angélica Vargas Camacho, Jefe  
**ÁREA DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA CLÍNICA**

Doctores  
Jefes de Departamento de Hemato Oncología  
Jefes de Servicio de Oncología  
Jefes de Servicio de Hematología  
**HOSPITALES NACIONALES (HCG, HSJD Y HM) y  
HOSPITAL DR. MAX PERALTA**

Estimados doctores:

**Asunto: Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia  
Artículo II. Actualización de los lineamientos para abordaje de las náuseas y vómitos asociados a quimioterapia en la institución y propuesta de inclusión a la LOM de Aprepitant.**

Para lo procedente, la Secretaría Técnica le comunica lo siguiente:

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2014-45 celebrada el 19 de noviembre de 2014, conoció caso visto en la sesión 2014-41 (22-10-14). Actualmente se conoce propuesta de actualización de los lineamientos para el abordaje de las náuseas y vómitos asociados a quimioterapia, y se comunica lo siguiente:




**Acuerdo:** El Comité Central de Farmacoterapia como Ente Asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, en referencia a la propuesta de actualización de los lineamientos para abordaje de las náuseas y vómitos asociados a quimioterapia en la institución, **acuerda** comunicar al Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica, a los Jefes de Departamento de Hemato Oncología, a los Jefes de Servicio de Oncología y a los Jefes de Servicio de Hematología de los Hospitales Nacionales y del Hospital Dr. Max Peralta, lo siguiente: Se avala el *Protocolo para el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por Quimioterapia* (que se adjunta).  
Le saluda atentamente,

**COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA**



Dr. Hugo Marín Piva  
**Secretario Técnico**

HMP/mhg

-  Comités Locales de Farmacoterapia, Hospitales Nacionales y HMP
-  Farmacia, Hospitales Nacionales y HMP
-  Archivo

*Oficio tramitado por correo electrónico con Firma Digital el 28/11/2014*

# PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS INDUCIDOS POR QUIMIOTERAPIA

Tabla I. Clasificación de fármacos citotóxicos y otros medicamentos antineoplásicos utilizados en pacientes oncológicos según su potencial emetógeno al utilizarlos vía intravenosa

Potencial emético			
Alto	Moderado	Bajo	Mínimo
Carmustina >250 mg/m Cisplatino >50 mg/m Ciclofosfamida >1500mg/m Combinación Ciclofosfamida +Epirubicina o Doxorubicina (convencional)* Dacarbazina	Azacitidina Bendamustina Carboplatino** Ciclofosfamida <1500mg/m Citarabina >200mg/m Dactinomicina ** Doxorubicina (convencional) Epirubicina Idarubicina Ifosfamida** Irinotecán** Melfalán Metotrexato >250 mg/m Oxaliplatino Trióxido de arsénico	Citarabina 100-200mg/m Docetaxel Doxorubicina liposomal Etopósido 5-Fluoruracilo Gemcitabina Metotrexato >50>250 mg/m Mitomicina Paclitaxel Pemetrexed Topotecán	L-asparaginasa Bevacizumab Bleomicina Bortezomib Cetuximab Cladribine Citarabina <100mg/m2 Fludarabina Metotrexato <50mg/m2 Rituximab Trastuzumab Vinblastina Vincristina Vinorelbina

\* En mujeres con factores de riesgo asociados, según indicación del médico tratante.  
 \*\* Puede comportarse como altamente emetógeno en algunos pacientes.

## Quimioterapia altamente emetógena, protocolos de un día de tratamiento

a) Pacientes en los que se pueda utilizar antagonista de receptor de neurocinina 1 vía oral. Ejemplo: Aprepitant

Medicamento	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
Antagonista de receptor de neurocinina 1. Ejemplo: Aprepitant	125 mg VO	80 mg VO	80 mg VO	
Antagonista de receptores de serotonina. Ejemplo granisetron	1 mg IV			
Dexametasona	12 mg IV	8 mg VO	8 mg VO	8 mg VO

**Notas:**

1. Si falla la profilaxis, se recomienda prescribir como rescate: metoclopramida 10-40 mg cada 8 horas, días 1 al 5, según se considere necesario. Algunas fuentes sugieren que puede utilizarse también cada 4 – 6 horas en caso necesario. También puede considerarse el uso de clorpromazina vía oral.
2. Valorar la utilización de lorazepam 0.5-2 mg VO los días 1 al 4, según necesidad del paciente.
3. Valorar la utilización de un inhibidor de la bomba de protones o de un antagonista de receptores de histamina tipo 2 para controlar la dispepsia.
4. En pacientes con vía oral no disponible se puede valorar el uso de un antagonista del receptor de neurocinina 1 vía intravenosa, ejemplo fosaprepitant 150 mg.

5. Si no hay dexametasona disponible, la literatura recomienda que puede sustituirse por prednisolona a dosis 7 veces mayores que las indicadas para la dexametasona. (Presentación vía oral).

6. En este momento en la institución se dispone de Granisetron 3mg para administración parenteral, como antagonista de receptores de Serotonina, con una buena experiencia de efectividad y seguridad con su uso en la práctica médica habitual.

### Quimioterapia moderadamente emetógena, protocolos de un día de tratamiento.

Medicamento	Día 1	Día 2	Día 3
Antagonista de receptores de serotonina. Ejemplo granisetron	1 mg IV		
Dexametasona	12 mg IV	8 mg VO	8 mg VO

1. Si falla la profilaxis, se recomienda prescribir como rescate metoclopramida 10 -40 mg cada 8 horas, días 1 al 4, según se considere necesario. Algunas fuentes sugieren que puede utilizarse también cada 4 – 6 horas en caso necesario. También puede considerarse el uso de clorpromazina vía oral.

2. Algunas guías recomiendan aumentar la dexametasona día 1 a 20 mg IV cuando el paciente no tiene una respuesta adecuada al esquema anterior. También se puede brindar las pautas de días 2 y 3 en dosis de 4 mg VO BID.

3. Valorar la utilización de lorazepam 0.5-2 mg VO los días 1 al 4, según necesidad del paciente.

4. Valorar la utilización de un inhibidor de la bomba de protones o de un antagonista de receptores de histamina tipo 2 para controlar la dispepsia.

5. Si no hay dexametasona disponible, la literatura recomienda que puede sustituirse por prednisolona a dosis 7 veces mayores que las indicadas para la dexametasona. (Presentación vía oral)

## Quimioterapia con bajo potencial emetógeno, protocolos de un día de tratamiento

- a) **Dexametasona:** 4-8 mg IV 30 previo a la quimioterapia o **Metoclopramida:** 10 mg IV previo a la quimioterapia.
- b) Considerar uso de **granisetron 1mg IV** previo a la quimioterapia en pacientes con mal control de las náuseas y vómitos, a pesar de medicamentos anteriores.
- c) Si falla la profilaxis, se recomienda prescribir como rescate: metoclopramida 10 – 40 mg cada 8 horas, días 1 al 3, según se considere necesario. Algunas fuentes sugieren que puede utilizarse también cada 4 – 6 horas en caso necesario. También puede considerarse el uso de clorpromazina vía oral.