

PERLAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA PARA LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: MEJORA DE LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO CON ASPARAGINASA

www.medscape.org/spotlight/nurse-acute-lymphoblastic-leukemia-spanish

Dr. Michael J. Burke: Hola y bienvenidos a este programa. Soy el Dr. Michael Burke, y seré el moderador de esta sesión. Soy profesor de pediatría en el Children's Hospital of Wisconsin en Milwaukee, Wisconsin. Dirijo las actividades para tratar la leucemia en el programa de leucemia y linfoma en nuestro hospital. Hoy nos acompañarán otras dos profesoras, una de ellas es Sandy Kurtin, que doctora y profesora clínica adjunta de medicina, profesora clínica adjunta de enfermería y directora de práctica avanzada en integración clínica en el Centro Oncológico de la Universidad de Arizona en Tucson, Arizona, y la otra es Elise Janssen-Koning, que tiene un doctorado y es enfermera practicante en el Centro Princess Máxima de Oncología Pediátrica en Utrecht, Países Bajos. Así que bienvenidas las dos.

Bien, hoy revisaremos algunos estudios de casos de pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) que experimentan toxicidad asociada a la asparaginasa. Y antes de hacerlo, repasemos brevemente el papel del tratamiento con asparaginasa en la atención a los pacientes con LLA, en los que nos referimos a las toxicidades asociadas a la asparaginasa.

Así, pues, la asparaginasa tiene una función esencial en todo el tratamiento de la LLA. La asparagina es un aminoácido esencial que es fundamental para la síntesis de proteínas. Las células de la leucemia linfoblástica no pueden sintetizar este aminoácido, debido a que carecen de una enzima, la aminotransferasa sintetasa, que todos tenemos dentro de nuestras células. Por lo tanto, los medicamentos que contienen asparaginasa actúan sobre la LLA mediante la hidrólisis de la asparaginasa para formar ácido aspártico y amoníaco, por lo que agotan las células tumorales de su suministro de asparagina. Además, esta degradación da lugar a un repunte de amoníaco, por lo que es muy frecuente, además de lo esperado, ver niveles elevados de amoníaco cuando se utiliza asparaginasa.

Sabemos que la reducción continua y prolongada de la asparagina bloquea la proliferación de las células tumorales e induce la muerte de las células tumorales, lo que, en última instancia, mejora los resultados en la LLA. Y los pacientes pediátricos con LLA que completan al menos 26 semanas de tratamiento con asparaginasa, como se describe en los estudios del Consorcio del Instituto Oncológico Dana-Farber, en los que utilizaron el agotamiento de la asparagina por semanas consecutivas, tendrán resultados superiores si alcanzan ese punto temporal de 26 semanas, en comparación con aquellos que reciben tratamiento por menos semanas.

Así que, como pueden ver en esta tabla, hay una serie de productos de asparaginasa diferentes que van desde los de acción corta a los de acción prolongada, siendo estos últimos pegilados. Y la siguiente tabla muestra la farmacocinética, que la asparaginasa tiene una semivida de horas en comparación con las formulaciones pegiladas, que tienen una semivida de días, y hasta de 16 días para el Cal-PEG intravenoso (i.v.).

Entonces, la asparaginasa conlleva diversas toxicidades. En la presentación de hoy destacaremos en particular un par de ellas. Algunas de estas toxicidades tienen una incidencia más alta, como la hipersensibilidad, que según la formulación y el número de dosis que recibe el paciente puede ser de hasta el 20 % al 30 % de las tasas de hipersensibilidad. Mientras que las toxicidades como hemorragia o tromboembolia o pancreatitis, pueden ser mucho menos frecuentes, del orden de menos del 10 %. Pero como puede ver, pancreatitis e hipersensibilidad y tromboembolia, hiperamonemia que puede llevar a encefalopatía, hepatotoxicidad.

No solo las elevaciones de la aspartato aminotransferasa (AST) y la alanina aminotransferasa (ALT), sino también de la bilirrubina, pueden ser considerables, en especial en adolescentes adultos jóvenes, en adultos o en personas obesas, lo que da lugar a hiperbilirrubinemia al grado de que otros fármacos para quimioterapia como la vincristina y las antraciclinas ya no se pueden administrar dado el metabolismo hepático y el riesgo de aumento de la toxicidad de esos agentes. La hiperglucemia y la hiperlipidemia también son un poco más frecuentes en adultos adolescentes y adultos que en niños, pero hay varias toxicidades que se observan con todas las formulaciones de asparaginasa, tanto las de acción corta como las de acción prolongada, y analizaremos con más detalle algunas de ellas a medida que avancemos.

Las guías para los efectos adversos asociados a la asparaginasa dependen de la toxicidad particular. Ha habido una serie de recomendaciones consensuadas de expertos para la identificación y el tratamiento de la hipersensibilidad a la asparaginasa y la inactivación silenciosa en particular. En el manejo de las toxicidades mediante el tratamiento espaciado con asparaginasa en la LLA en adultos, hay disponible un resumen de una mesa redonda de Open Cancer Horizons de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), así como las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) en el marco de la LLA, que proporciona directrices para abordar estas toxicidades. Sin embargo, de todas estas guías disponibles sobre el manejo de estos efectos adversos de la asparaginasa, muy pocas se dirigen específicamente al personal de enfermería. Por lo tanto, vamos a revisar un par de viñetas de casos y a destacar cómo se puede abordar el papel de la enfermería y el manejo clínico de estas toxicidades.

Así que con eso, voy a cederle la palabra a Elise, quien nos guiará a través del caso de Amanda, una niña de 11 años que experimentó hipersensibilidad a consecuencia del tratamiento con asparaginasa. Así que gracias, Elise.

Elise Janssen-Koning, MSc, BN: Gracias. A Amanda se le diagnostica LLA pre-B desde hace casi 2 meses, y ya recibió 3 dosis de asparaginasa pegilada, que se comenzó como inducción sin ningún problema, y hasta ahora la asparaginasa tenía una actividad terapéutica adecuada. Y al administrar la cuarta dosis, se queja de algunos síntomas. Lo que vemos con ella es que, en los primeros minutos de la administración, no se siente bien. Sus vías respiratorias están despejadas, su frecuencia respiratoria es de 50 por minuto, tiene ruidos respiratorios normales y no hay signos de disnea. Ella recibe oxígeno a través de una mascarilla que no es de reinhalación. Su frecuencia cardíaca es de 104 latidos por minuto, con un rellenado capilar normal. Sus manos se sienten frías, sus pies están ligeramente fríos y tiene una presión arterial de 104/91 mmHg. Está respondiendo al tratamiento, pero su estado no es normal. Tiene una temperatura más alta, de 38,2. En la piel no hay urticaria ni erupción, y en este momento comienza a vomitar.

Así que cuando escuchamos el caso, podemos imaginar, tal vez haya hipersensibilidad. Y al analizar la definición, el Instituto Nacional del Cáncer dice que es una respuesta exagerada del sistema inmunitario a un fármaco o a otra sustancia, y las reacciones pueden variar. Y cuando observamos específicamente la hipersensibilidad a la asparaginasa, podemos definir 3 tipos de hipersensibilidad. La primera es una reacción alérgica, la segunda es una hipersensibilidad asintomática (“inactivación silenciosa”) y la tercera es una reacción similar a la alérgica. Y cuando examinamos las tres, mencionaré que la primera, la reacción alérgica, es una respuesta adversa local o general de la exposición a la asparaginasa, y que se caracteriza por erupción con eritema, urticaria, fiebre medicamentosa, disnea, broncoespasmo sintomático, edema, hipotensión o anafilaxia. Y va acompañada de la inactivación de la actividad de la asparaginasa. Por lo tanto, puede decirse que incluso una reacción alérgica de grado uno también puede ir acompañada de inactivación. Eso es muy importante.

La segunda es la inactivación silenciosa o hipersensibilidad asintomática. En este caso los pacientes que no tienen alergia clínica, pero cuando se observan los niveles mínimos de asparaginasa, que se miden preferentemente en 2 muestras independientes, en general se puede decir que su nivel mínimo es inferior al límite inferior de cuantificación. Por consiguiente, no hay actividad de la asparaginasa .

Y la tercera es una reacción similar a la alérgica. Entonces, hay una intolerancia con síntomas como vómitos, dolor de estómago o erupción cutánea, y estos pacientes tienen niveles normales de actividad de la asparaginasa si continuamos con la infusión. Cuando se observan alergias reales, a menudo ocurren con las primeras gotas, mientras que la reacción similar a la alérgica ocurre más tarde durante la infusión. Así que está la cuestión de cómo podemos distinguir entre esas dos.

Y cuando observamos la reacción similar a la alérgica en comparación con la verdadera reacción alérgica, ya mencioné que el momento en que comienza el problema es relativamente tarde después del inicio de la infusión, mientras que muchas veces hay una reacción directa después del inicio de la infusión cuando se trata de una reacción alérgica real. En todos los casos, encontramos anticuerpos antiasparaginasa , cuando hay una reacción alérgica real, pero no podríamos diferenciar entre la gravedad. Todas son de gravedad media de grado 2 y los síntomas son prácticamente los mismos. Por supuesto se pueden distinguir, pero es difícil distinguir solo mirando los síntomas. Así que lo que realmente necesitamos para distinguir es la monitorización terapéutica de fármacos (TDM). Es necesario ver la actividad de la asparaginasa, debido a que en una reacción similar a la alérgica podemos continuar con la asparaginasa si el paciente tolera clínicamente la administración, pero cuando hay una reacción alérgica real, es necesario cambiar la formulación o detener el tratamiento con asparaginasa .

Por lo tanto, cuando echamos un vistazo al caso de Amanda, necesitamos averiguar si ya podemos confirmar qué tipo de hipersensibilidad vemos en su caso. Y, como ya mencioné, necesitamos ver la actividad de la asparaginasa. Así que esa es la información que hemos de determinar, qué tipo de hipersensibilidad vemos, porque la monitorización terapéutica de fármacos es útil para distinguir entre esas dos, pues también el paciente con una alergia de bajo grado puede tener anticuerpos neutralizantes y, por tanto, un nivel de actividad de cero. Y la TDM también es útil para garantizar un nivel terapéutico de asparaginasa .

Y si se resume la reacción de hipersensibilidad y las guías para el cambio, puede decirse que cuando hay alergia, ve los síntomas en un paciente y encuentra inactividad, entonces hay un motivo para cambiar. Y ese es también el caso cuando hay signos de inactivación, porque no vemos ningún síntoma en el paciente, pero sí sabemos que hay inactividad. Por lo tanto, cuando se administra asparaginasa, no tendrá efecto en el paciente, por lo que hay un motivo para cambiar. Y cuando se compara con una reacción alérgica, y vemos síntomas en el paciente, pero no lo vemos en la activación, por lo que no hay razón para cambiar a otra marca o pauta posológica.

Y al echar un vistazo al caso de Amanda, vemos que después de interrumpir la infusión y proporcionar antihistamínicos, hidrocortisona y epinefrina, realmente se siente mejor. Debe ser ingresada en el hospital debido a fiebre y neutropenia, pero si miramos en retrospectiva el nivel inicial mínimo de asparaginasa a la cuarta dosis, encontramos que hay un nivel de cero. Así que, de esta manera, creo que podemos decir que no hay una reacción similar a la alérgica, sino que es una reacción alérgica real.

Y luego necesitamos saber, ¿por qué es tan importante cambiar a los pacientes a un tratamiento alternativo con asparaginasa? Y, como ya ha mencionado el Dr. Burke, los pacientes que no están recibiendo sus dosis planificadas de asparaginasa podrían tener peores resultados, como pueden ver en este gráfico, que el resultado para los pacientes que reciben todas las dosis de asparaginasa es mejor que el de los que omitieron dosis. Además, en otras investigaciones, encontramos que los pacientes con un tratamiento no óptimo con asparaginasa tenían más riesgo de recaída. Así que es realmente importante distinguir entre una alergia real y una reacción similar a la alérgica, y cambiar a los pacientes para que continúen los tratamientos con asparaginasa.

Muy bien, eso lleva a la premedicación o a una velocidad de infusión más larga, o ambas cosas, porque ¿ayuda la premedicación a prevenir una reacción alérgica? Y me pregunto qué piensa sobre esta cuestión, Dr. Burke.

Dr. Burke: Por supuesto. Esta es una pregunta muy buena. Varios protocolos están empezando a incluir la premedicación como un medio para disminuir las reacciones adversas a los productos de asparaginasa .

Creo que antes de la época de la TDM, al menos dentro de los estudios del grupo de oncología pediátrica, se habló de que se desaconsejaba rotundamente utilizar cualquier premedicación, porque no teníamos una manera de monitorear la actividad. Sin embargo, con la llegada de la TDM y la medición de los niveles de actividad de asparaginasa, la premedicación se ha vuelto más frecuente.

Pero creo que respecto a su comentario, la premedicación no eliminará una reacción alérgica o el desarrollo de anticuerpos, pero sí puede minimizar los síntomas que un paciente pueda experimentar con la asparaginasa , ya sea una reacción similar a una alergia o una reacción alérgica. Y, entonces, creo que, si alguien utiliza la premedicación, es fundamental que use la TDM para asegurarse de que no está completamente, supongo, encubriendo el desarrollo de anticuerpos y convirtiéndolo en una inactivación silenciosa.

Lo mismo se puede decir sobre las velocidades de infusión más prolongadas. Esto se puede hacer especialmente en el caso de reacciones a la infusión para ayudar a minimizarlas, de

manera muy similar a otras proteínas terapéuticas que se administran a los pacientes, que pueden tener una reacción si se detiene la infusión y luego se desacelera la velocidad y se administra durante un largo período, lo que a menudo es más tolerable. Así pues, se ha demostrado lo mismo con asparaginasa, administrarla durante 2 horas es más tolerable que durante 1 hora, incluso se ha demostrado en algunas prácticas hospitalarias que diluirla con solución salina isotónica ayuda a minimizar las reacciones adversas. Pero solo para recordar que nada de esto impedirá la formación de anticuerpos, y la inactivación de anticuerpos es lo que realmente nos preocupa. Y, por lo tanto, si se realiza la premedicación, creo que debería hacerse la TDM con eso.

Así que, tengo curiosidad, Sandy, cuál es su práctica o qué piensa sobre la premedicación o las velocidades de infusión más prolongadas, o ambas cosas.

Sandra Kurtin, PhD, ANP-BC, AOCN, FAPO: Por supuesto. Diría que todo lo que dijo se aplica absolutamente. Desde una perspectiva de enfermería pura, y también la necesidad crítica de continuar la dosificación, y no atiendo a pacientes pediátricos, sino adultos jóvenes y adultos, es la experiencia de una reacción a la infusión, independientemente de si es alérgica o solo una reacción relacionada con la infusión, la que a menudo puede disuadir a los pacientes de querer recibir dosis posteriores, porque es atemorizante para ellos. Creo que, desde una perspectiva de enfermería, la idea de administrar un fármaco con una alta probabilidad de hipersensibilidad sin medicamentos previos también es muy incómoda.

Pero en relación con su planteamiento, y también creo que es muy importante, no hay otros tratamientos que les demos cuando la TDM es tan fundamental para detectar la eficacia. Por lo tanto, hay algunos conceptos realmente importantes, desde una perspectiva de enfermería, que los enfermeros que en la práctica están administrando los fármacos comprendan la justificación. Creo que en Estados Unidos, al menos en los entornos de adultos jóvenes y adultos, se ha dado un movimiento, incluso en las guías de la NCCN y otras guías, para incorporar la premedicación, pero enfatizando la necesidad de la TDM cuando se hace eso, porque de lo contrario, es posible que se encubra la inactivación silenciosa.

Janssen-Koning (MSc): Sí. Gracias. Realmente puedo ver sus planteamientos, y también lo vemos en los niños. Ahora utilizamos la premedicación y la velocidad de infusión más larga después del truncamiento en combinación con la TDM. Y mi siguiente pregunta para usted es qué hace con sus pacientes cuando comienzan a vomitar durante la infusión, porque también hay síntomas como la hiperamonemia por la que también los pacientes vomitan. ¿De qué manera distingue entre una reacción alérgica real y la hiperamonemia, y por qué y cómo continúa o detiene la infusión?

Dr. Burke: Sí. Estas son muy buenas preguntas, porque un paciente puede tener una reacción adversa durante la infusión de asparaginasa, y realmente no se sabe necesariamente qué es. Podría ser una alergia, podría ser una reacción a la infusión, podría ser una hiperamonemia que contribuye a esto.

Por lo tanto, detener la infusión es probablemente lo mejor para empezar, solo para tener una mejor idea de lo que está pasando. Si el paciente no había sido premedicado, es una oportunidad para administrar medicamentos, debo decir, medicamentos antialérgicos, si los

síntomas del paciente lo justifican. Pero obtener un nivel de amoníaco sérico sería bastante útil; la rapidez con la que se ejecute en su laboratorio determinará lo beneficioso que sean los resultados.

No obstante, la hiperamonemia puede enmascarse como alergia o reacción a la infusión, porque puede causar náuseas y vómitos, que son muy frecuentes con niveles altos de amoníaco, así como dolor de cabeza e irritabilidad, ansiedad y erupción, aunque la erupción no es del tipo de la urticaria. Así que esa es una buena descripción o una buena manera de diferenciar entre los dos es que la erupción urticarial es realmente compatible con alergia o indicativa de alergia. Otras erupciones que se pueden ver con reacción a la infusión o hiperamonemia tienden a no ser urticariales o urticaria. Pero la hiperamonemia es algo que se puede mitigar con tratamientos que reducen los niveles de amoníaco en los pacientes, tanto los medicamentos orales como los intravenosos, así como la ralentización de la velocidad de infusión permitirán que el hígado metabolice los niveles altos de amoníaco con un poco más de facilidad que cuando se administra la infusión durante un período más corto.

Sandy, ¿tiene algo más que agregar a eso?

Dra. Kurtin: No, no mucho. Creo que esto no es muy común, pero es muy importante evaluarlo. En la población de adultos jóvenes y adultos, hemos tenido pacientes en los que esto sucede después de que se van a casa o a la mañana siguiente, y es posible que piensen que es lo que todos presentan cuando reciben quimioterapia, es decir, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, y no siempre llaman para decirnos esto. Por lo tanto, le diré que no podemos ayudarlo si no nos lo dice. Así que es muy importante instruir a los pacientes para que se pongan en contacto con su equipo clínico ante cualquiera de estos síntomas, para que podamos intervenir, y en esos casos, deben ingresar y se les debe determinar el nivel de amoníaco, si esto no está ocurriendo en el centro, en realidad durante su infusión. Hacemos la mayor parte de esto en el entorno ambulatorio, por lo que no están en el hospital y no son accesibles. Están en la clínica y se irán a casa.

Janssen-Koning (MsC): Muy bien. Gracias a todos por revisar mi caso y ayudarme a hablar sobre los puntos que quería mencionar.

Dr. Burke: Muy bien. Gracias, Allie. Ahora vamos a pasar a un segundo caso. Este es el caso de James. Es un poco mayor, un hombre de 26 años, que experimentó tromboembolia debido a el tratamiento con asparaginasa , y Sandy nos guiará por este caso.

Dra. Kurtin: Por supuesto. Así que este es James. Tiene 26 años. Se presenta ante el servicio de urgencias con adenopatía cervical, hematomas, dolores de cabeza, dolor óseo y presión en el pecho. Así que, obviamente, hay muchas causas posibles para eso. Siguen y hacen exploraciones y ven una adenopatía difusa. Tiene una biopsia del ganglio cervical, que es positiva para desoxinucleotidil transferasa terminal (TdT), también tiene una biopsia de médula ósea que muestra linfoblastos de 6,9 %. Y, por lo tanto, en realidad tiene un diagnóstico de linfoma linfoblástico de células T, que tratamos de la misma manera que tratamos la LLA, y también usamos regímenes inspirados en la pediatría en lo que... Se le considera AYA, adolescente y adulto joven, hasta los 35 años de edad. Y, por lo tanto, utilizamos pautas basadas en pediatría para tratar a estos pacientes.

Por lo tanto, ha recibido tratamiento con un régimen medicamentoso regular, un régimen basado en pediatría, que incluye los fármacos típicos, daunorrubicina, pegaspargasa, vincristina y prednisona, y acude al seguimiento después de recibir tratamiento en el entorno hospitalario. Ha recibido el alta y acude con dolor y edema en el brazo derecho. Resulta que esto ocurre en el mismo brazo donde tiene un catéter central de inserción periférica (PICC) que se colocó para la administración de la quimioterapia.

Así que lo enviamos a una ecografía Doppler, que revela una trombosis venosa profunda relacionada con el catéter. En este caso, consideramos que... hay una causa identificada para el coágulo, por lo que es provocado, básicamente, provocado. Tiene linfoma, leucemia linfoblástica y tiene un catéter insertado.

Lo vamos a tratar, y en este caso lo hacemos como paciente ambulatorio. Para estos pacientes, heparina de bajo peso molecular y luego transición a anticoagulantes orales directos. Puede comenzar con anticoagulantes orales directos según la gravedad. Este es un trombo bastante grande, por lo que queremos que se estabilice. Vamos a asegurarnos de que no tenga coágulos adicionales. Así que vamos a hacer una tomografía computarizada (TC) de tórax para evaluar si hay una embolia pulmonar (EP), y eso es desfavorable para James.

Creo que en este caso es importante comprender que los pacientes que reciben compuestos de asparaginasa tienen un mayor riesgo de tromboembolia. Esto ocurre con mayor frecuencia en las fases tempranas del tratamiento en las que tienen enfermedad activa, están recibiendo quimioterapia, en algunos casos están en el hospital, que por sí solo es otro factor de riesgo. Es importante evaluar otros factores de riesgo. ¿Tienen antecedentes de un coágulo? ¿Son diabéticos? En el caso de pacientes mayores, arteriopatía coronaria, todas factores que normalmente pensamos que son riesgos para la coagulación.

El otro problema, y realmente no nos centramos en esto, pero algunos de estos pacientes pueden desarrollar hipofibrinogenemia, niveles de fibrinógeno muy bajos, y si es grave lo tratamos con crioprecipitado. Por lo tanto, en el contexto de un coágulo, vamos a evaluar realmente los riesgos y beneficios de la administración de crioprecipitado para corregir ese nivel de fibrinógeno, porque esencialmente se va a administrar factores de coagulación. consiguiente, es necesario tener en cuenta que también se pueden disminuir los recuentos de plaquetas debido a los otros componentes del tratamiento y administrar anticoagulantes concomitantes. Así que esto puede ser un poco difícil de gestionar, pero es algo que vemos en estos pacientes.

La otra cosa muy importante que hay que distinguir en términos de lo que se va a hacer con la asparaginasa es si se trata de un coágulo del sistema nervioso central (SNC) o de un coágulo no relacionado con el SNC. Y, en consecuencia, normalmente continuamos el tratamiento, tratamos el coágulo, pero no es por sí mismo un motivo para interrumpir la asparaginasa a menos que se trate de una trombosis del SNC y sea más grave en su grado.

Así que tenemos a James, que ahora ha recibido anticoagulación, su edema y dolor han mejorado. Por lo tanto, una vez que los síntomas se hayan resuelto, vamos a comenzar de nuevo el tratamiento con su asparaginasa, pero monitoreando muy de cerca todos los aspectos que acabo de describir, y continuar monitoreando muy de cerca sus recuentos básicamente para incluir el fibrinógeno. Si se están utilizando ciertos anticoagulantes orales directos, se considerará la posibilidad de cuantificar los niveles de antitrombina III, solo para asegurarse de que está en un rango terapéutico. No usamos warfarina en estos pacientes, simplemente

porque es muy difícil de regular y, por lo general, nos apegamos a los anticoagulantes orales directos.

Y ahora le cederé la palabra, Dr. Burke, para ver cuáles son sus pensamientos sobre la tromboembolia. ¿Y son tan comunes en niños, supongo que diría, en pediatría?

Dr. Burke: Gracias, Sarah. Es una toxicidad muy importante que debemos tener en cuenta. La incidencia en los pacientes pediátricos es menor que en los adultos. Solo quiero secundar su punto sobre la importancia del tratamiento continuo con asparaginasa a pesar de los antecedentes de trombosis.

Creo que una de las ventajas de la programación de la asparaginasa pegilada es que a menudo, cuando el paciente debe recibir la siguiente dosis de asparaginasa el coágulo puede haberse reducido significativamente. Por lo tanto, normalmente no es el caso de que tenga un coágulo considerable cuando necesita administrar otra dosis de asparaginasa. Eso puede suceder, pero la mayoría de las veces en mi práctica clínica, han tenido un coágulo antes, han sido tratados con anticoagulación, el coágulo se está resolviendo y, para el momento en que se debe volver a usar la asparaginasa, o el coágulo ya no está presente o es muy, muy pequeño.

Sin embargo, en casos en los que, como mencionó, hay un coágulo en el SNC, en los que es potencialmente mortal, entonces sabe que es posible que deba retener y omitir esa dosis de asparaginasa, y luego considerar si se debe compensarla o no.

Dra. Kurtin: Excelente. Lo único que añadiré sobre los anticoagulantes orales directos es que son compuestos orales y son muy implacables. Así que si se omite una dosis, se volverán a formar coágulos. Y, por lo tanto, creo que, desde una perspectiva de enfermería, es muy importante informar, de nuevo, a los pacientes y a sus familias acerca de la importancia crítica de no omitir dosis de sus anticoagulantes.

Elise, ¿Tiene algo que le gustaría agregar en relación con la tromboembolia o la hiperfibrinogenemia?

Janssen-Koning (MSc): No tengo nada que agregar, solo confirmar que lo vemos también en pacientes pediátricos, y que continuamos con asparaginasa combinada con el tratamiento anticoagulante, y es realmente necesario hacerlo, y a todos los niños les va bien, incluso con las inyecciones subcutáneas.

Dra. Kurtin: Excelente. Así que, Dr. Burke, le cedo la palabra para concluir nuestra conversación.

Dr. Burke: Gracias a ambas, Sandy y Elise. Eso fue estupendo, y en particular presentar esos dos casos y destacar algunas de las toxicidades más frecuentes. Así que creo que, en resumen, hay una gran cantidad de toxicidades asociadas con los productos de asparaginasa. Hablamos de hipersensibilidad y tromboembolia también. Pero recordándole a todos que también vemos pancreatitis y hepatotoxicidad, hiperglucemia e hiperlipidemia.

Así que, en última instancia, estas toxicidades pueden ser importantes y algo frecuentes, según la edad y el lugar en el que se encuentren en tratamiento. Sin embargo, con el tratamiento y los pasos adecuados, estos pacientes pueden continuar con su tratamiento con asparaginasa y,

con suerte, recibir los grandes resultados que preveríamos con el tratamiento de los pacientes en la actualidad.

Así que, con eso, me gustaría agradecer a Sandy y a Elise por acompañarme y a todos ustedes por acompañarnos en esta sesión, para aprender más acerca de cómo las enfermeras pueden manejar estas toxicidades agudas del tratamiento con asparaginasa . Y gracias.

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/991333

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de Medscape, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional de atención médica calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC