

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN NAUSEAS Y VÓMITOS

INTRODUCCIÓN

Podemos definir las náuseas como una sensación desagradable que se presenta en la parte posterior de la garganta o el estómago que se manifiesta a intervalos y que puede o no resultar en vómitos. Los centros nerviosos superiores participan en el desarrollo de las náuseas. Generalmente las náuseas se acompañan de alteraciones de la función del sistema parasimpático, como palidez, taquicardia, disminución del peristaltismo, incremento de la presión en el duodeno, reflujo del contenido duodenal hacia el estómago e hipersalivación.

El vómito o la emesis es la salida del contenido gástrico a través de la boca, después de la contracción del diafragma, de los músculos abdominales y la apertura del cardias.

Las náuseas y los vómitos constituyen un motivo muy frecuente de consulta en el ámbito de la atención primaria de salud, en los servicios de urgencias y en las consultas de gastroenterología.

Los tres objetivos básicos del ante un paciente con náuseas y vómitos deben ser:

1. Identificar y tratar las complicaciones asociadas.
2. Discernir la causa que originó el cuadro sintomático.
3. Corregir los síntomas y el trastorno que los ha originado.

FISIOPATOLOGÍA

El reflejo del vómito es un mecanismo protector frente a la ingesta de toxinas. A pesar de los numerosos estudios realizados, en algunos casos, como por ejemplo en los tratamientos quimioterapéuticos, la fisiología de las náuseas y vómitos no se conoce bien, aunque en los últimos años se han hecho grandes avances en su conocimiento que han

ayudado a mejorar el tratamiento. Tanto las náuseas como los vómitos pueden desencadenarse por estímulos sobre el tubo digestivo, el tronco cerebral o el sistema nervioso central. Este último juega un papel fundamental al recibir y procesar los estímulos antieméticos y generar las señales eferentes que van a dar lugar a los vómitos.

Desde los años 60 se ha propuesto que los vómitos se producen por la activación de un reflejo complejo coordinado por el centro del vómito, localizado en la formación reticular dorsolateral de la médula espinal. Sin embargo, ahora la idea de que exista un centro como tal se ha descartado y se baraja la opción de que existen áreas neuronales dentro de la médula que coordinan el reflejo del vómito y que se denomina "generador central de patrones". La activación por impulsos aferentes proceden, principalmente, de la zona gatillo quimiorreceptora, faringe, tracto gastrointestinal y cortex cerebral. El vómito ocurre cuando los impulsos eferentes son enviados al centro de la saliva, músculos abdominales, centro respiratorio y nervios craneales.

A nivel gastrointestinal, el vómito aparece por una estimulación de la liberación de mediadores como la serotonina o sustancia P que activan los receptores de serotonina, neurokinina 1 y colecistoquinina de la mucosa gastrointestinal y activan el impulso aferente.

El conocimiento de los neurotransmisores implicados en los impulsos, como serotonina, dopamina y sustancia P y el bloqueo de los receptores de la zona gatillo quimiorreceptora ha constituido la estrategia más importante para desarrollar fármacos antieméticos eficaces, como los fármacos antidopaminérgicos (D2) y los antiserotoninérgicos (5-HT3) para el control de la emesis aguda y los antineurokinina (NK-1) para la emesis retardada. Así mismo, el conocimiento de los endocannabinoides como neurotransmisores que inducen un efecto antiemético ha permitido el uso de fármacos cannabinoides como antieméticos.

FACTORES IMPLICADOS EN LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS

Entre los factores que pueden inducir náuseas y vómitos se incluyen un amplio espectro de condiciones clínicas, pero la mayoría de ellas pueden ser clasificadas en cualquiera de estas categorías:

1. Toxinas y fármacos, incluyendo la quimioterapia anti-neoplásica.
2. Causas viscerales que engloban afecciones gastrointestinales, cardiovasculares y nefrourológicas.
3. Enfermedades del sistema nervioso central (SNC) causantes de hipertensión endocraneal y/o trastornos vestibulares.
4. Trastornos hormonales o endocrino-metabólicos, incluyendo el embarazo.
5. Miscelánea de causas que incluyen las náuseas y vómitos que aparecen en el postoperatorio, el síndrome de los vómitos cíclicos, y las causas psicógenicas.

Se han identificado factores de riesgo asociados a las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia, pudiendo clasificarlos según sean dependientes del paciente o de la propia quimioterapia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Signos de alarma

Ciertos síntomas y características son motivo de preocupación. Entre estos síntomas se incluyen los siguientes:

- Signos de deshidratación (por ejemplo, sed, boca seca, poca o ninguna producción de orina, y sensación de debilidad y cansancio).
- Dolor de cabeza, rigidez en el cuello, confusión o disminución de la alerta.
- Dolor abdominal constante.
- Dolor a la palpación abdominal.
- Distensión (hinchazón) abdominal.

Las personas con signos de alarma deben ser derivadas al médico de inmediato, así como las que han vomitado sangre o las que han sufrido recientemente un traumatismo craneal.

Las personas con náuseas y vómitos, pero sin signos de alarma, deben ver a un médico si los vómitos persisten

durante más de 24 a 48 horas, o si no son capaces de tolerar más de unos pocos sorbos de líquido. Las personas que tienen algún que otro episodio de vómitos (con o sin diarrea), pero son capaces de tolerar una pequeña cantidad de líquido, según la edad y la presencia de otros síntomas y enfermedades conocidas (como el cáncer o la diabetes), deben también ser derivadas al médico.

TRATAMIENTO ANTIEMÉTICO

El tratamiento antiemético se basa en el control neuroquímico de los vómitos, bloqueando los receptores de dopamina, serotonina y neurocinina a nivel periférico y central. Los fármacos antieméticos con alto índice terapéutico para la prevención de la emesis incluyen los antagonistas del receptor de la serotonina (5-HT₃), los corticoides y los antagonistas de los receptores NK1. Así mismo, se siguen utilizando otros fármacos con bajo índice terapéutico, fenotiazinas, butirofenonas, benzodiazepinas o cannabinoides. La característica general de ellos es que son menos eficaces y con más efectos adversos que los de alto índice terapéutico. Estos fármacos se emplean sobre todo en el control de las náuseas refractarias. A continuación detallaremos las principales características de estos grupos de fármacos.

ANTAGONISTAS DE SEROTONINA (5HT₃) – SETRONES

Los setrones actúan uniéndose selectivamente a los receptores de la serotonina y antagonizando directamente su acción. Se consideran antieméticos de elevado índice terapéutico y son de elección en la profilaxis de las náuseas y vómitos de las quimioterapias.

Los efectos adversos más frecuentes son cefalea, alteraciones transitorias del ECG, somnolencia, estreñimiento y elevación de las transaminasas.

Diferentes estudios clínicos y metaanálisis han demostrado que los antagonistas del receptor 5-HT₃, ondansetrón, granisetron, tropisetron y dolasetron, administrados a dosis equipotentes, tienen similar eficacia y seguridad y son más efectivos que las altas dosis de metoclopramida, sobretudo si se asocian a corticoides. La eficacia en el control de las náuseas y vómitos retardados es menor que el control de las náuseas agudas. También se ha observado que la administración oral y endovenosa de los setrones

es equivalente y que las pautas una vez al día son igual de eficaces que múltiples tomas al día.

Palonosetron, con una semivida de eliminación superior al resto de setrones, 40 horas y una mayor afinidad por el receptor serotoninérgico, está indicado en prevención de náuseas y vómitos asociados a quimioterapia alta o moderadamente emética y presenta la ventaja de tener una posología más cómoda para el paciente con una única administración endovenosa de 0,25 mg 30 minutos antes de iniciar el tratamiento con quimioterapia.

CORTICOIDES

Los corticoides, principalmente la dexametasona, son considerados antieméticos con un elevado índice terapéutico. El mecanismo de acción por el que actúan no se conoce exactamente. En combinación con otros antieméticos son eficaces en el control de las náuseas y vómitos en pacientes tratados con quimioterapia alta y moderadamente emetógena.

La dosis de dexametasona varía en función del poder emetógeno de la quimioterapia y la asociación o no de aprepitant, pudiendo variar de 8 a 20mg. Los efectos adversos más frecuentes son euforia, ansiedad, insomnio, aumento del apetito, hiperglicemia y retención de líquidos.

ANTAGONISTAS NEUROKININA NK1

Los antagonistas del receptor neurokinina-1 (NK-1) han demostrado su utilidad en la prevención de la emesis aguda al impedir la unión de la sustancia P a sus receptores NK. Aprepitant es el primer fármaco de este grupo aprobado para el control de las náuseas y vómitos en quimioterapia altamente emetógena basada en cisplatino y en los esquemas AC (clorhidrato de doxorubicina (Adriamycin) y ciclofosfamida).

Aprepitant es bien tolerado, siendo las reacciones adversas más comunes el hipo, la astenia y anorexia, el aumento de las transaminasas, estreñimiento y dispepsia. Aprepitant interfiere con el CYP3A4 y CYP2C9 por lo que debe usarse con precaución en pacientes que reciban fármacos metabolizados principalmente por estas vías. Hay citostáticos que se metabolizan por el CYP3A4, como docetaxel, paclitaxel, vinorelbina, ciclofosfamida, ifosfamida o irinotecán y, aunque en los

ensayos clínicos que se han llevado a cabo sin ajustar la dosis de estos fármacos no se han observado diferencias en los efectos adversos, se recomienda precaución al combinarlos.

El riesgo de interacción existe también con otros fármacos, como los anticonceptivos orales, que pueden ver disminuida su eficacia, por lo que se recomienda utilizar un segundo método anticonceptivo. También puede haber interacción con los anticoagulantes orales y se recomienda un control del INR a los 7-10 días del tratamiento porque aprepitant puede disminuir el INR. En el caso de los corticoides, se ha visto un aumento del área bajo la curva, por lo que se recomienda reducir la dosis de estos. Los inhibidores del CYP3A4, como itraconazol o eritromicina pueden aumentar el área bajo la curva de aprepitant, y los inductores como carbamazepina o fenitoína pueden disminuir los niveles de aprepitant y por lo tanto su eficacia.

FÁRMACOS ANTIDOPAMINÉRGICOS

Los principales fármacos antidopaminérgicos utilizados son las ortopramidas, entre las que se encuentra la metoclopramida y cleboprida, las fenotiazinas como tietilperazina, clorpromazina, perfenazina y triflupromazina y las butirofenonas como el haloperidol, droperidol y domperidona.

La metoclopramida es un antagonista del receptor dopaminérgico D2 procinético, clasificado dentro de los antieméticos de bajo índice terapéutico. Administrado a altas dosis, 1-3 mg/kg, bloquea también los receptores 5-HT₃, aunque su empleo está limitado por sus efectos adversos en forma de reacciones distónicas y extrapiramidales, diarrea y sedación. Sin embargo, a dosis bajas (10-20 mg) se utiliza en la prevención de la emesis leve.

La clorpromazina actúa bloqueando los receptores dopaminérgicos a nivel central. Los efectos adversos más frecuentes son las reacciones extrapiramidales, debilidad, hipotensión y sedación.

El haloperidol es una butirofenona que bloquea los receptores dopaminérgicos. Se utiliza principalmente en náuseas refractarias. Los efectos adversos más frecuentes son reacciones extrapiramidales, insomnio, ansiedad, somnolencia y confusión.

OTROS TRATAMIENTOS

Los cannabinoides son antieméticos con un bajo índice terapéutico. Nabilone y dronabinol han demostrado su eficacia en pacientes que siguen tratamientos con bajo poder ematógeno. El mecanismo antiemético exacto del cannabis y sus derivados no se conoce. Sus efectos secundarios, como vértigo, sedación, hipotensión y disforia, especialmente en ancianos, limitan su uso.

En ocasiones, es útil añadir al régimen antiemético fármacos adyuvantes, como benzodiacepinas para el control de las náuseas anticipatorias y antihistamínicos como difenhidramina para el control de las reacciones extrapiramidales por metoclopramida.

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO

Entre las recomendaciones generales a pacientes que padecen náuseas y vómitos estaría el beber cantidades pequeñas de líquido, esperando entre toma y toma 10-15 minutos, evitar comidas calientes, comer poca cantidad e ir introduciendo alimentos poco a poco. Es importante asegurar la correcta hidratación del paciente.

En cuanto a las recomendaciones dietéticas, se deben consumir alimentos ligeros, no grasos y de fácil ingestión y digestión, como caldos, purés, batidos, infusiones digestivas con plantas relajantes y demulcentes/antiinflamatorias de la mucosa digestiva como el jengibre. El consumo de carne

y/o pescado debe reservarse mientras dura el episodio y se debe recomendar reposo después de las comidas.

El objetivo del tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia oncológica o por otros tratamientos farmacológicos que inducen emesis es la prevención para evitar su aparición y mantener la calidad de vida del paciente. Por ello, en estos casos se debe comenzar con el uso de antieméticos antes del inicio del tratamiento y mantenerse durante el tiempo que este dure, ya que una vez aparece el vómito, resulta más difícil de controlar. Una prevención y tratamiento eficaz reduce la morbilidad, las posibles complicaciones médicas que se puedan derivar y evita un abandono prematuro del tratamiento por parte del paciente.

Las vías de administración oral, endovenosa, rectal, intramuscular y subcutánea se consideran igual de eficaces, aunque en el paciente que no es capaz de tragar por las náuseas la vía de elección es la endovenosa. La vía oral, en los pacientes que no tienen problemas para tragar, es la de elección, al ser segura, más cómoda y menos costosa que el resto de vías de administración.

La pauta antiemética recomendada deberá basarse en el potencial emetógeno del tratamiento y en la valoración del riesgo individualizado de cada paciente. En los tratamientos prolongados será más difícil la valoración por el efecto acumulativo de la toxicidad.

TRATAMIENTOS PARA LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA, Y NÁUSEAS Y VÓMITOS DURANTE EL EMBARAZO

JAMA 2016; 316 (13): 1392-1401

Una revisión pone de manifiesto la baja calidad en general de la evidencia disponible sobre las terapias para el tratamiento de las náuseas y los vómitos en el embarazo y de la hiperemesis gravídica.

No se sabe exactamente por qué se producen las náuseas y vómitos, presentes en el 85% de las mujeres embarazadas, pero sin duda se trata de una sintomatología muy común. En su forma más grave, la hiperemesis gravídica, el nivel de incidencia se sitúa en el 0,3% del total de embarazos y se caracteriza por vómitos intratables,

deshidratación, desequilibrio electrolítico, cetosis, deficiencias nutricionales y pérdida de peso; en los casos graves, las mujeres pueden requerir hospitalización prolongada y el apoyo de la nutrición enteral o parenteral. Los síntomas suelen comenzar sobre las 6-8 semanas de gestación y desaparecer antes de las 20 semanas, pero pueden llegar a persistir durante todo el embarazo. Ante el desconocimiento de una causa clara responsable de este tipo de situaciones, el tratamiento se centra en tratar de aliviar los síntomas y prevenir morbilidades graves como la encefalopatía de Wernicke, la insuficiencia renal, o la pérdida de peso extrema.

Una revisión resume la evidencia actual sobre los tratamientos disponibles y su nivel de eficacia. Los autores del trabajo identificaron 13.075 títulos, de los cuales 222 fueron sometidos a una revisión completa, y se seleccionaron 78 en base a los criterios de inclusión definidos. Dentro del análisis de sesgo, 11 estudios controlados aleatorizados (ECA) fueron clasificados como de alto riesgo; 21 fueron clasificados como de riesgo de sesgo incierto; la calidad de las series de casos y de los estudios no aleatorizados se consideró débil ($n = 9$) o moderada ($n = 2$); y sólo los 35 ECA restantes fueron clasificados como de bajo riesgo de sesgo y considerados para la enumeración de los tratamientos que han demostrado tener algún tipo de beneficio.

La primera aproximación para enfrentar el problema de vómitos y náuseas durante el embarazo incluye una serie de medidas simples de estilo de vida como el establecimiento de las comidas de forma poco abundante y con mayor frecuencia, preferir los alimentos poco fuertes (de sabor u olor) con bajo contenido en sal y grasas, y los ricos en hidratos de carbono o proteínas; y cuando no se obtiene buen resultado de esta manera, puede ser una primera opción el uso de medicamentos de venta libre, como la vitamina B6 (piridoxina), el jengibre, pulsera de acupresión (que estimula el punto de acupresión P6 pericardio), o aplicación de técnicas de acupuntura o de estimulación nerviosa. Según la revisión el uso del jengibre (*Zingiber officinale*) con propiedades descritas por primera vez en la medicina tradicional china y disponible en varias formas de preparación (raíz fresca en polvo, tabletas, cápsulas y jarabes), se ha asociado, igual que el uso de la vitamina B6 y la acupresión, con una mejoría en los síntomas leves (en todos los casos con nivel de evidencia A, clase IIa). El uso de acupuntura indicó un beneficio poco claro (nivel A, clase IIb) y la estimulación nerviosa, aunque puede ser considerada, también presenta un beneficio poco claro (nivel B, clase IIb).

A la segunda línea de tratamientos para los síntomas de moderados a graves, se suele recurrir cuando la mujer solicita mayor atención médica después de probar las opciones iniciales y comprende una amplia gama de fármacos antieméticos, así como el suministro de líquidos por vía intravenosa y la reposición de electrolitos para las mujeres que experimentan deshidratación y/o cetosis. Se encuentran en esta gama de actuación farmacológica, asociada con una mejoría de los síntomas, la combinación vitamina B6 (piridoxina)/doxilamina, (nivel A, clase IIa), la combinación vitamina B6 más psicoterapia (nivel B, clase IIa), los antagonistas de los receptores de dopamina (nivel A, Clase IIa), los antagonistas de la serotonina, principalmente ondansetrón (nivel A, clase IIa), aunque con poca información sobre su seguridad, y el uso intravenoso de solución salina con dextrosa (nivel B, IIa clase), con evidencia que indica, para este último punto, comparabilidad entre su aplicación ambulatoria u hospitalaria.

Los tratamientos de tercera línea se reservan para las mujeres con síntomas graves y persistentes, se inician siempre en un entorno hospitalario, e incluyen los corticosteroides que pueden ser considerados en los casos graves, aunque la evidencia (nivel A, IIb clase) indica que su beneficio no está claro; y clonidina transdérmica, con pruebas limitadas (nivel B, Clase IIb) que indican mejora de síntomas aunque en la actualidad no se trate de un tratamiento establecido en la práctica clínica.

En la valoración global de la revisión se pone de manifiesto la baja calidad en general de la evidencia de las terapias para el tratamiento de las náuseas y los vómitos y de la hiperémesis gravídica en el embarazo.

CAUSAS DE SINTOMAS DE NAUSEAS Y VOMITOS DE MUY DIVERSA ETIOLOGIA, ALERTA FARMACÉUTICA Y PRINCIPIOS ACTIVOS

CAUSAS	SINTOMAS	PRINCIPIO ACTIVO Y POSOLOGIA		PRECAUCIONES	CONTRAINDICACIONES
EMBARAZO	Limitado a los 3 primeros meses del embarazo y de muy diferente entidad, será valorada por su médico	DOXILAMINA: 20mg/noche, si las náuseas son matutinas, si las náuseas son durante el día: 1/0/1/0. D. Máxima 40mg/Día Prevención de la progresión de hiperémesis gravídica		Insuficiencia Hepática y/o I. Renal. Pacientes sensibles a efectos anticolinérgicos Alteraciones hidroelectrolíticas	Hipersensibilidad. Asociado a IMAO se alargan los efectos del antihistamínico sobre el SNC. Glaucoma, crisis asmáticas, Úlcera, obstrucción intestinal
CINETOSIS	Mareo por el movimiento, modulado por receptores vestibulares histaminérgicos y muscarínicos	DIMENHIDRINATO Adultos y > 12 años: 50-100mg. Si es necesario repetir dosis 4-6h. D. Máxima 400mg/Día Niños 7-12: 25-50mg. D. Máxima: 150mg/Día Niños 2-6 años: 25mg En> 65 años, más sensibles a los efectos anticolinérgicos ¡OJO ¡carga anticolinérgica		Insuficiencia Hepática y/o renal Pacientes sensibles a la actividad anticolinérgica: Epilépticos, asmáticos, Hipertrofia prostática, retención urinaria, Asma, EPOC..., obstrucciones gastrointestinales. SOLO EN NAUSEAS POR CINETOSIS, NO COMO ANTIEMETICO	No en niños< 2 años Pacientes con crisis asmáticas Pacientes con Porfiria, puede provocar ataques agudos de porfiria
QUIMIOTERAPIA	Se utilizan antagonistas selectivos de los receptores 5HT3	Ondansetron Granisetron	Indicados en náuseas y vómitos por quimioterapia o en postoperatorios. Desde niños> 6 meses. La dosis dependerá de los medicamentos citostáticos utilizados, la I. Hepática afecta a su metabolismo. Precaución en arritmias preexistentes y trastornos de la conducción cardiaca. Si existe hipocalcemia o hipomagnesemia debe ser corregida antes de su administración. Precaución en tránsito intestinal lento. CONTRAINDICADO EN EMBARAZO, Precaución Granisetron		
INTOLERANCIA A ALIMENTOS	En Adultos las más comunes Lactosa y Fructosa y la reciente sensibilidad al gluten “no celiaca”. Los síntomas son dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y digestiones pesadas. El tratamiento consiste en identificar el alimento y reducirlo a la mínima expresión en la alimentación, Los test de intolerancia alimentaria a muchos alimentos no tienen hoy suficiente evidencia científica				
ALERGIA ALIMENTOS	No solo síntomas digestivos, también sistémicos (Elevación Ig E): urticaria, eczema, habanos, labios inflamados y el más grave shock anafiláctico. El tratamiento consiste en no consumir los alimentos con resultado positivo al test de alergia				
GASTROENTERITIS VIRICA	Agentes: Rotavirus y Norwalk, contagio fecal/oral, más frecuente en otoño e invierno. Síntomas: diarrea acuosa, dolor abdominal, náuseas, vómitos. Autolimitada en el tiempo. El tratamiento es la rehidratación. Suele presentarse el vómito antes que la diarrea por la gastroparesia que producen los virus				
INFECCIONES	TOXINFECCIONES ALIMENTARIAS Agentes más comunes: Clostridium Perfringens, Bacillus Cereus, Estafilococo aureus. Se acompañan con Fiebre. HEPATITIS. INFECCIONES NO GASTROINTESTINALES: Otitis media, Meningitis, Pielonefritis, neumonía				
MEDICAMENTOS	Quimioterapia, Analgésicos (AAS, AINE, Opiáceos), Antigotosos, Digoxina, amiodarona Bloqueantes, diuréticos y calcio antagonistas, Antibióticos (Eritromicina, Tetraciclina, Sulfonamidas, Isoniacida), Aciclovir, Metformina, Antiepilépticos (Carbamazepina, Fenitoína), Anti parkinsonianos (Levodopa, Bromocriptina), Hipervitaminosis...				
SNC	MIGRAÑA, TUMORES, ENFERMEDAD DE MENIERE, TRAUMATISMOS CEREBRALES, ALTERACIONES PSIQUIATRICAS (vómitos psicógenos)				
ALTERACIONES METABOLICAS	Uremia, Diabetes, Hiper/hipo paratiroidismo, Hiper/hipo Tiroidismo, Porfiria, hipercalcemia, cetoacidosis diabética, enfermedad de Addison				
ESTRUCTURAS VISCERALES	Cólico nefrítico, pielonefritis, síndrome coronario agudo, Insuficiencia Cardíaca congestiva. Vómitos postoperatorios				
ESTRUCTURAS GASTROINTESTINALES	Úlcera gástrica o duodenal, cólico biliar, colecistitis, Pancreatitis, Apendicitis, Diverticulosis, Enfermedad inflamatoria intestinal, gastroparesia, íleo o pseudo obstrucción. Dispepsia funcional, Hernias, Colitis (PROKINETICOS, PRESCRIPCIÓN MEDICA, VISTOS EN CEFALIAS)				

CONSEJOS PACIENTE CON VOMITOS: Beber cantidades pequeñas de líquido y esperar entre toma y toma (10-15 minutos), comidas no calientes, poca cantidad, ir introduciendo alimentos poco a poco: caldos, pures, batidos, infusiones digestivas (con plantas relajantes y demulcentes/antiinflamatoria de la mucosa digestiva) y por último introducir carne o pescado, reposar después de las comidas sentado, comer alimentos ligeros no grasos y poca cantidad, separar la toma de líquidos de las comidas. El paciente no debe utilizar antieméticos sin prescripción, es un sistema defensivo del organismo, es autolimitado o es debido a una causa que hay que diagnosticar, no indicar procinéticos/antieméticos sin prescripción médica, si explicar lo necesario para que el paciente entienda que debe reposar y seguir estos consejos o si se sospecha una causa “no menor” aconsejar visitar al médico. La rehidratación con soluciones de rehidratación está más indicada en Diarrea.

VOMITO AGUDO	VOMITO CRONICO O RECIDIVANTE
• Siempre descartar EMBARAZO. • Si es común a varias personas que han comido lo mismo: Toxiinfección. • Gastroenteritis viral, suele ir acompañada a fiebre. • Descartar que se haya iniciado un tratamiento farmacológico nuevo. • El paciente es Diabético. • Trastornos vestibulares: Vertigo. • Migraña o cefalea tensional. • Posible patología extraintestinal: cardiovascular, renal. • Causa gastrointestinal: Obstrucción intestinal (vómitos repetidos, bilio fecaloides), ERGE, problemas de vesícula.	• Excluido Embarazo, medicamentos de nueva instauración, Diabetes... • RELACIONADOS CON VESICULA BILIAR, PANCREATITIS • ALTERACIONES HEPATICAS • ORIGEN PSICOGENO: ESTRÉS, ANGUSTIA
NAUSEAS Y VOMITOS EN RELACIÓN CON LA COMIDA	CARACTERISTICAS DEL VOMITO:
• Vómito matutino, incluso antes del desayuno, muy característico en embarazo. • Vómito matutino: Alcohólicos, Aumento de presión intracraneal. • INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA COMIDA: Posible origen psicógeno, Úlcera cercana al píloro. • VÓMITO PASADA MÁS DE 1 HORA DE LA COMIDA: Suele estar asociado a dolor abdominal y puede ir asociado a colecistitis o pancreatitis. • VÓMITO PASADAS MÁS DE 12 HORAS DE LA COMIDA: Suelen ir asociado a disfunción de motilidad.	• Comida sin digerir: diverticulosis, estenosis de la mucosa esofágica. • Vómito pestilente fecal debe sospecharse obstrucción intestinal, I. Delgado o Colon. • Presencia o no de sangre roja.
COMPLICACIONES DEL VOMITO:	
• Desequilibrios hidroelectrolíticos (Pulso Tensión Arterial), se pierden hidrogeniones, Na, Cl, K y depleción de volumen hídrico. Alcalosis hipoclorémica, hipopotasemia, deshidratación. ALERTA: Ancianos y Niños. • Daños estructurales, mucosa del esófago por su exposición al contenido gástrico de CLH y Pepsina. • Aspiración del vómito, su contenido ácido puede irritar gravemente el tejido pulmonar. • Pérdida de peso.	

“Las náuseas y vómitos son síntomas que pueden tener detrás una muy variada patología y el CONSEJO Y ALERTA FARMACÉUTICA basada en este conocimiento debe centrarse en el vómito ocasional, sin fiebre, en un paciente sano, adulto, SOLICITANDO LA INFORMACIÓN PRECISA PARA DERIVAR AL MEDICO ANTE CUALQUIER DUDA, EN POLIMEDICADOS, > 65 AÑOS Y NIÑOS, con todos los consejos y recomendaciones para acompañar al paciente en el proceso y siempre que los vómitos duren más de 24 horas, haya antecedentes de patología digestiva, renal, cardiovascular, diabetes, vértigo..., el paciente no consigue retener líquidos y los vomita y no ha orinado en las últimas 8 horas”

Bibliografía:

1. Goodin S and Cunningham R. 5-HT₃-Receptor Antagonists for the Treatment of Nausea and Vomiting: A Reappraisal of Their Side-Effect Profile. *Oncologist* 2002;7:424-436.
2. Ficha técnica Palonosetron. Centro de información de Medicamentos del Ministerio de Sanidad. Consultado en 2020. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/80893/80893_ft.pdf
3. Hamadani M, Chaudhary L, Awan FT, et al. Management of platinum-based chemotherapy induced acute nausea and vomiting: is there a superior serotonin receptor antagonist? *J Oncol Pharm Practice* 2007;13:69-75
4. Náuseas y vómitos. *The Pharmaceutical Letter* 2008; 10 (8): 53-60.
5. Aapro MS. Palonosetron as an anti-emetic and anti-nausea agent in oncology. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2007;3(6):1-12
6. Grote T, Hajdenberg J, Cartmell A, et al. A Phase II, Open-Label Study Combination Therapy for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Patients Receiving Moderately Emetogenic Chemotherapy: Palonosetron, Dexamethasone, and Aprepitant. *J Support Oncol* 2006;4:403-408
7. Lasseeter Kc, Gambale J, Jin B, Bergman A, Constanzer M, et al. Tolerability of Fosaprepitant and Bioequivalency to Aprepitant in Healthy Subjects. *J. Clin. Pharmacol* 2007; 47: 834 - 840.
8. Plantas para trastornos digestivos. Antiflatulentas. Antieméticas. Antiulcerosas. Colagogas y protectoras hepáticas. Laxantes. Astringentes. Antiespasmódicas. Productos comercializados. *The Pharmaceutical Letter* 2011; 13 (4): 29-40.

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es