

**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**CUADRO**

Materia:  
Medicina Paliativa.

Docente:  
Dra. Ana Laura Dominguez Silva .

Semestre:  
6° "B".

Alumnos:  
Andrés Alonso Cancino García  
Karen Paola Morales Morales  
Nymssi Michell Gonzalez Requena  
Michelle Junuem Maldonado Hernández.

	NAUSEAS	VÓMITO
DEFINICIÓN	Sensación penosa referida al tracto gastrointestinal que se acompaña de deseos de vomitar y que a menudo viene acompañada por síntomas vegetativos.	Se produce por un movimiento acompasado del diafragma y la musculatura abdominal
CAUSAS	Se deben a trastornos que ocurren dentro y fuera del tubo digestivo, así como a fármacos y toxinas circulantes.	
EPIDEMIOLOGÍA	Su prevalencia alcanza el 70-90% de los pacientes con cáncer a lo largo de su historia natural. Hasta el 40% de los enfermos padecen náuseas. Constituyen un síntoma debilitante cuando persisten.	
ETIOLOGÍA	<p><b>Relacionadas con el cáncer:</b> irritación gástrica tumoral, Sangrado digestivo alto, Obstrucción intestinal tumoral, Toxicidad general, Hipertensión intracraneal, Hipercalcemia, Uremia, Tos, Compresión gástrica, Irritación biliar.</p> <p><b>Relacionadas con los tratamientos:</b> RT, QT, Cirugía previa</p> <p><b>Fármacos:</b> Opioides, AINES, Corticoides, Hierro, Digital Y Antibióticos.</p> <p>Otras causas: Dolor, Ansiedad, Constipación, Tos, Alcohol Y Vértigo</p>	
EVALUACIÓN	<p><b>Anamnesis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar intensidad (escala 0-10) tanto de las nauseas, arcadas y vómitos.</li> <li>- Inicio, duración y frecuencia de síntomas. Evaluar agravantes y atenuantes.</li> <li>- Presencia de vómitos y caracterización de éstos</li> <li>- Caracterizar hábito intestinal y posibles cambios</li> <li>- Revisar historia del paciente y medicamentos en uso (opioides, corticoides, AINES, OH, antibióticos, etc.)</li> </ul> <p><b>Examen físico:</b> Hidratación, estado nutricional. Descartar obstrucción intestinal, compromiso del SNC u otra posible causa.</p> <p><b>Exámenes complementarios:</b> Según sospecha diagnóstica. Electrolitos, calcemia, función renal y/o hepática. Radiografía de abdomen simple (en obstrucción intestinal). TAC de cerebro (en metástasis cerebrales).</p>	
MANEJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones para el paciente.</li> <li>- Explicar el origen del síntoma, y determinar con él enfermo el tratamiento a realizar. Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia</li> <li>- Corregir factores involucrados:</li> <li>- Constipación: Mejorar tránsito intestinal</li> <li>- Opioides: Rotación, suspensión o cambio de vía de administración del fármaco</li> <li>- Trastornos electrolíticos: Corrección</li> <li>- Hipertensión intracraneana: Corticoides</li> <li>- Ansiedad: Terapias de relajación, información, etc.</li> </ul>	

<p>MEDIDAS</p>	<p><b>Medidas generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Físicas:</i> Mantener en buen estado la cavidad oral. Dar volúmenes pequeños y frecuentes. Determinar la consistencia, presentación y temperatura de los alimentos más apropiados a su gusto y preferencias. No permitir restos de alimentos cerca del paciente.</li> <li>- <i>Psicológicas:</i> Escuchar al paciente, indagando en los factores que influyen en el síntoma. Tratar la ansiedad del paciente y su familia en relación a síntoma</li> <li>- <i>Sociales:</i> Cultivar redes de apoyo (familia, amigos, voluntarios).</li> </ul> <p><b>Medidas nutricionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desnutrición, deshidratación y estados carenciales.</li> <li>- Lesiones esofágicas: síndrome de Mallory-Weiss, síndrome de Boerhaave.</li> <li>- Neumonía aspirativa: broncoaspiración.</li> <li>- Enfermedad dental: erosiones y caries dental en vómitos crónicos.</li> <li>- Púrpura: cara y parte superior del cuello en relación con el aumento de la presión intratorácica.</li> </ul> <p><b>Medidas farmacológicas:</b> Identificado el mecanismo involucrado en la génesis del síntoma, es conveniente enfrentarlo con medicamentos que bloqueen los mediadores participantes.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p><b>Debe cumplir tres objetivos esenciales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corregir los disturbios hidroelectrolíticos y el estado de malnutrición resultantes del síndrome.</li> <li>2. Identificar y tratar la causa subyacente, cuando ello es posible.</li> <li>3. Conseguir el alivio de los síntomas.</li> </ol> <p><b>Estimulación vagal:</b> Procinético: Metoclopramida (VO) Domperidon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera línea: Metoclopramida parental (SC o ICSC) + Dexametasona</li> <li>- Segunda línea: Considerar: Añadir hioscina o sustituir por ondansetrón* + dexametasona</li> </ul> <p><b>Estimulación centro quimiorreceptor de la emesis:</b> Haloperidol (VO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera línea: Haloperidol parental (SC o ICSC) + Dexametasona</li> <li>- Segunda línea: Considerar: Ondansetrón* + Dexametasona</li> </ul> <p><b>Estimulación directa SNC / centro del vomito:</b> dexametasona</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera línea: Haloperidol parental (SC o ICSC) + Dexametasona</li> <li>- Segunda línea: considerar: Asociación de benzodiazepinas (lorazepam) o cannabinoides</li> </ul>

**Bibliografía:**

-Manual de medicina paliativa. Nauseas y vomitos. Facultad de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. pp 58-61.

-López, R. MANUAL DE MEDICINA PALIATIVA. ESCUELA DE MEDICINA.