

## TRATAMIENTO DE LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS EN EL ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Rosa Madrdejós**

Farmacéutica de atención primaria  
Mútua de Terrassa

### Resumen

*Las náuseas y los vómitos son un motivo frecuente de consulta en la atención primaria. Se trata de un síntoma que puede ser desencadenado por múltiples situaciones clínicas o fármacos, por lo cual antes de iniciar un tratamiento antiemético específico es recomendable reconocer la causa para evitar un retraso en el diagnóstico.*

*En la mayoría de casos las náuseas y los vómitos suelen mejorar y desaparecer en 12-48 horas sin necesidad de tratamiento y no está claro el beneficio de utilizar antieméticos siempre que se mantenga una buena hidratación.*

*Los antieméticos disponibles en nuestro país se pueden clasificar en antihistamínicos, fenotiazinas, ortopramidas y antiserotoninérgicos. Los antihistamínicos son útiles en la cinetosis y otras náuseas causadas por alteraciones vestibulares; las fenotiazinas (prometazina) son especialmente útiles en la prevención de las náuseas y vómitos relacionados con procesos neoplásicos y en la emesis por medicamentos; las ortopramidas (metoclopramida y domperidona) son los antieméticos más útiles en las patologías gastrointestinales, y los antiserotoninérgicos (ondansetrón y granisetron) están indicados en la prevención de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia moderada y altamente emética*

### Introducció

La náusea se define como la sensación desagradable e inminente de vomitar. El vómito es la eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca, mediante contracciones involuntarias de la musculatura de la pared torácica y abdominal.<sup>1</sup> Este fenómeno emético es un acto reflejo complejo desencadenado por una gran variedad de estímulos como los que se observan en la tabla 1 y en la tabla 2.<sup>2-5</sup>

Las náuseas y los vómitos son un motivo frecuente de consulta en atención primaria. **En la mayoría de casos las náuseas y los vómitos suelen mejorar y desaparecer en 12-48 horas sin necesidad de tratamiento y no está claro el beneficio de utilizar antieméticos siempre que se mantenga una buena hidratación.**<sup>3,4</sup> Las medidas generales van dirigidas a evitar los

estímulos que pueden generar más vómitos como los olores desagradables. Se recomienda no forzar la ingesta de alimentos y administrarlos en pequeñas cantidades, y los líquidos fríos en pequeños tragos.<sup>1,6</sup>

**Antes de iniciar un tratamiento antiemético específico es recomendable reconocer la causa para evitar un retraso en el diagnóstico.**

En mujeres en edad reproductiva, por ejemplo, siempre hay que tener presente un posible embarazo, por otro lado, las náuseas y los vómitos agudos que se acompañan de fiebre, deshidratación y dolor abdominal pueden indicar procesos graves como peritonitis, pielonefritis aguda, obstrucción intestinal, etc., y los pacientes tienen que ser derivados para su tratamiento al hospital. Las formas crónicas (más de 1 mes de evolución) pueden tener causas metabólicas o gástricas como cáncer, hipercalce-

**Tabla 1. Situaciones clínicas que pueden generar náuseas y vómitos**

|   |
|---|
| Situaciones clínicas  |
| Alergias alimentarias e intoxicaciones alimentarias               |
| Ansiedad, depresión   |
| Bulimia, anorexia nerviosa  |
| Cetoacidosis diabética  |
| Cinetosis   |
| Cirugía   |
| Cólico renal  |
| Dolor   |
| Embarazo  |
| Síndrome de Ménière, laberintitis                                 |
| Infecciones: gastroenteritis, otitis media aguda                  |
| Gastroparesia   |
| Hipercalemia, hiper e hipoparatiroidismo, hipertiroidismo, uremia |
| Infarto de miocardio  |
| Meningitis  |
| Metástasis (cerebrales, hepáticas)                                |
| Migraña   |
| Neoplasias gástricas  |
| Pancreatitis  |
| Peritonitis   |
| Síndrome intestino irritable, úlcus péptico                       |

mia, gastroparesia, gastritis alcohólica, gastritis eosinofílica, etc., y necesitan en algunos casos una derivación al hospital.<sup>2,3</sup> La administración precoz de antieméticos puede ser perjudicial cuando es preferible tratar la causa, como por ejemplo, en la cetoacidosis diabética o en las intoxicaciones por digoxina o antiepilépticos. Aún así, si los vómitos son importantes y no se controlan, pueden producir disminución de la efectividad de los tratamientos por carencia de absorción o complicaciones médicas como deshidratación, anorexia, desnutrición, hipocalemia, etc.<sup>2,5</sup> En el reflejo del vómito están involucrados mayoritariamente 5 tipos de receptores: muscarínicos (M1), dopaminérgicos (D2), histamínicos (H1), serotoninérgicos (5HT3) y neurocininas (NK1). Los antieméticos disponibles actúan de forma mayoritaria sobre alguno de estos receptores y a pesar de ser una situación muy habitual hay muy poca evidencia sobre la utilidad de los diferentes antieméticos en cada situación concreta.<sup>3,7</sup> Incluso, hay dudas de su efectividad real a excepción del tratamiento de las náuseas y los vómitos por quimioterapia o radioterapia.

Los antieméticos disponibles en nuestro país se pueden clasificar en antihistamínicos, fenotiazinas, ortopramidas y antiserotoninérgicos (véase la tabla 3). Los antihistamínicos actúan principalmente en los núcleos vestibulares y, por eso, son útiles en la cinetosis y otras náuseas causadas por alteraciones vestibulares. Las fenotiazinas (prometazina) son antagonistas de la dopamina por vía central y son especialmente útiles en la pre-

**Tabla 2. Fármacos que pueden generar náuseas y vómitos**

|  |
|--|
| Fármacos   |
| Analgésicos: AINE, AAS, antigota   |
| Anestésicos (tiopental, halotano)  |
| Antibióticos (eritromicina, vancomicina, metronidazol, nitrofurantoína tetraciclina, trimetoprim-sulfametoxazol) |
| Anticonvulsivantes   |
| Antidepresivos (ISRS)  |
| Antifúngicos (itraconazol)   |
| Anti-VIH (nucleósidos, inhibidores de la proteasa)   |
| Antiparkinsonianos (levodopa, apomorfina, etc.)  |
| Antituberculostáticos  |
| Cardiovasculares: digoxina, antiarrítmicos, bloqueadores beta, antagonistas canales de calcio                    |
| Anticonceptivos orales   |
| Corticoides  |
| Diuréticos   |
| Ergóticos (ergotamina, pergolida)  |
| Medios de contraste  |
| Nicotina, teofilina  |
| Opioides: morfina, fentanilo, tramadol, etc.   |
| Quimioterapia/Radioterapia   |
| Sales de hierro  |
| Sales de potasio   |
| Sulfasalazina, azatioprina   |

vención de las náuseas y los vómitos relacionados con procesos neoplásicos y en la emesis por medicamentos, como por ejemplo, los opioides.

Las ortopramidas (metoclopramida y domperidona) son antagonistas del receptor D2 dopaminérgico y del 5-HT3 serotoninérgico, y también presentan una acción procinética. Son los antieméticos más útiles en las patologías gastrointestinales. No son útiles en las náuseas cinéticas ni en las causadas por alteraciones del laberinto.

Los antiserotoninérgicos (ondansetrón y granisetron) actúan inhibiendo la respuesta emética antagonizando los receptores 5-HT3 de la serotonina. Son especialmente útiles en la prevención de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia moderada y altamente emética.

En un estudio realizado en el ámbito de urgencias que incluyó pacientes con náuseas y vómitos no relacionados con quimioterapia ni radioterapia, no se encontraron diferencias significativas a los 30 minutos en la gravedad de las náuseas (según una escala visual analógica) entre los pacientes que recibieron 4 mg de ondansetrón endovenoso, 20 mg de metoclopramida endovenosa o placebo.<sup>8</sup> Una revisión Cochrane<sup>9</sup> incluyó los ensayos clínicos relacionados con el tratamiento de náuseas y vómitos de adultos en los servicios de urgencias (8 ensayos, 952 participantes, 5 fármacos diferentes: metoclopramida, ondansetrón,

**Tabla 3. Características de los antieméticos**

| Grupo farmacológico (actividad)  | Principio activo y pauta  | Indicaciones principales  | Precauciones   | Efectos adversos   |
|--|---|---|--|--|
| ANTIISTAMÍNICOS H1 sedantes (antihistamínica [H1]) y anticolinérgica [M1])                                 | Dimenhidrinato (50 mg). Pauta: 50-100 mg/4-6 h. Máx. 400 mg/día. En cinetosis 1 comprimido 1-2 h antes del viaje.   | Cinetosis, vómitos en el embarazo.  | Asma, MPOC, HBP, glaucoma, hipertiroidismo, epilepsia. Las personas mayores y los niños son más sensibles a los efectos adversos. Se ha de extremar la precaución en la conducción de vehículos. | Sedación, somnolencia, sequedad de boca, estreñimiento, aumento de las secreciones bronquiales.  |
|  | Dimenhidrinato (50 mg)/cafeína (50 mg). Pauta: 50-100 mg/4-6 h. Máx. 400 mg/día. En cinetosis 1 comprimido 1-2 h antes del viaje.                                     |   |  |  |
|  | Dimenhidrinato (50 mg)/cafeína (50 mg)/piridoxina (15 mg). Pauta: 50 mg/4-6 h. Máx. 200 mg/día. En cinetosis 1 comprimido 1-2 h antes del viaje.                      |   |  |  |
|  | Meclozina (25 mg). Pauta: 25-50 mg/24 h. En cinetosis 1 comprimido 1-2 h antes del viaje.   |   |  |  |
|  | Doxilamina (10 mg)/piridoxina (10 mg). Pauta: 2 comprimidos por la noche o 1 por la mañana y 1 por la tarde. Máx. 40 mg/día.  |   |  |  |
| FENOTIAZINAS ANTIISTAMÍNICAS (antihistamínica [H1]) y anticolinérgica [M1])                                | Prometazina. Medicamento extranjero (50 mg/ampolla). Pauta: 50-150 mg/día repartidos.   | Emesis por medicamentos, gastroenteritis graves.  | Depresión medula ósea, antecedente de agranulocitosis. Se ha de extremar la precaución en la conducción de vehículos.  | Sedación y somnolencia. Boca seca, riesgo fotosensibilidad, pesadillas, inestabilidad.   |
| ORTOPRAMIDAS (antidopaminérgica D2 y procinética). La domperidona no atraviesa la barrera hematoencefálica | Metoclopramida (10 mg). Pauta en adultos: 10 mg hasta 3 veces al día. Máx. 30 mg o 0,5 mg/kg en 24 horas durante 5 días. La dosis IV en bol lento (mínimo 3 minutos). | Emesis por medicamentos (opiáceos, antiparkinsonianos), migraña y auxiliar en postquimioterapia postradioterapia. | Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica, feocromocitoma, discinesia tardía, epilepsia. Domperidona está contraindicada en enfermedad hepática grave.                                   | Metoclopramida: astenia, somnolencia, prolongación intervalo QT, hipotensión, hiperprolactinemia, diarrea, trastornos extrapiramidales (véase tabla 3); parkinsonismo, acatisia. Domperidona aumenta riesgo arritmias graves. Puede producir hiperprolactinemia y boca seca. |
|  | Domperidona (10 mg). Pauta en adultos: 10 mg hasta 3 veces al día. Dosis diaria máxima: 30 mg.  |   |  |  |
| ANTISEROTONINÉRGICOS (antiserotoninérgica [5HT3])  | Ondansetrón (4 y 8 mg), granisetron (1 mg). Pautas variables según el tipo de quimioterapia o radioterapia.   | Emesis postquimioterapia, postradioterapia, postquirúrgica.   | Contraindicado con apomorfina. Se han de extremar las precauciones si hay factores de riesgo de prolongación del QT.   | Cefalea (15-20% pacientes). Astenia y estreñimiento (5-10%), mareo (5-10%)<br>Arritmias fatales: torsade de pointes y prolongación QT (véase tabla 3).   |

proclorperazina, prometazina y droperidol). Solo en el estudio con droperidol a 48 participantes se les observó un cambio estadísticamente significativo respecto a placebo en la gravedad de las náuseas según una escala visual analógica, pero no se demostró la superioridad de ningún fármaco entre ellos ni sobre placebo. Por lo cual los autores concluyeron que el tratamiento de apoyo general con hidratación endovenosa es suficiente en la mayoría de los pacientes.

Los antieméticos pueden presentar efectos no deseados y no hay muchas ventajas de unos frente a los otros. Las características principales, precauciones y efectos adversos se pueden observar a la tabla 3.

La Agencia Europea del Medicamento ha publicado 3 alertas relacionadas con los antieméticos: ondansetrón (2012),<sup>10</sup> metoclopramida (2013)<sup>11</sup> y domperidona (2014),<sup>12</sup> restringiendo las condiciones de uso. Estas restricciones se observan en la tabla 4. En este Boletín se revisa el tratamiento de las causas más frecuentes de náuseas y vómitos en atención primaria como la gastroenteritis, el embarazo, la cinetosis, el vértigo, la migraña o los vómitos inducidos por fármacos.

## Gastroenteritis

Muchas gastroenteritis causadas por virus, bacterias o parásitos presentan náuseas y vómitos acompañados de diarrea. Los vómitos son más comunes en las infecciones por rotavirus, ade-

novirus entéricos, norovirus y Staphylococcus aureus.<sup>5</sup> En estos tipos de vómitos los receptores que están implicados habitualmente son dopaminérgicos y serotoninérgicos.<sup>4</sup>

### En adultos, generalmente solo se requiere tratamiento hidratante con líquidos y electrolitos.<sup>3-5</sup>

En los casos graves o cuando hay peligro de deshidratación los antieméticos más utilizados son la metoclopramida y el ondansetrón (véase la tabla 3), a pesar de que la AEMPS restringió el uso de antieméticos en este tipo de náuseas y vómitos y no hay evidencia robusta de su beneficio.<sup>4</sup>

## Náuseas y vómitos en el embarazo

Las náuseas y los vómitos durante el embarazo pueden afectar hasta el 90% de las mujeres. Los síntomas son peores por la mañana, pero pueden presentarse durante todo el día. El mecanismo no es del todo conocido, pero parece relacionado con los cambios hormonales que se producen.<sup>13,14</sup>

### La mayoría de los casos no requieren tratamiento antiemético y son suficientes las medidas generales como modificaciones de la dieta y reposo postprandial.<sup>6</sup>

Se recomienda evitar tener el estómago vacío, comer pequeñas cantidades de alimentos muy a menudo, evitar comidas picantes o con mucha grasa, tomar los líquidos separados de los alimentos sólidos o no lavarse los dientes justo después de comer.

Los fármacos con más experiencia de uso en las náuseas y los vómitos durante el embarazo son la piridoxina (vitamina B6), la doxilamina y su asociación a dosis fijas (Cariban®). Cariban® es una presentación de liberación modificada que permite su administración por la noche para ejercer la máxima efectividad por la mañana cuando normalmente la sintomatología es más marcada.<sup>15</sup> Según las guías consultadas,<sup>16,17</sup> los estudios con fármacos como la piridoxina (vitamina B6) o la asociación de doxilamina con piridoxina presentan una evidencia muy limitada.

Los estudios aleatorizados y/o comparativos han demostrado que la piridoxina (10-25 mg cada 6-8 h) mejora las náuseas, pero no reduce los vómitos. A pesar de que los niveles de piridoxina disminuyen durante el embarazo no se ha demostrado una correlación entre niveles de piridoxina y la incidencia o gravedad de las náuseas. La combinación de doxilamina-piridoxina ha demostrado una efectividad modesta en el tratamiento de náuseas y vómitos en un metanálisis de estudios comparativos con placebo y es más efectiva que la piridoxina o la doxilamina por separado.<sup>14</sup> Los datos disponibles no han reportado problemas de seguridad con piridoxina a dosis hasta 200 mg/día. A pesar de que durante los años ochenta se retiró un medicamento con la combinación de piridoxina-doxilamina por sospechas de teratogenicidad, un metanálisis de estudios comparativos posterior no demostró ningún incremento de la incidencia de teratogenia.<sup>14,16,18</sup> Otras alternativas son la meclizina que a pesar de no se han descrito efectos teratogénicos la experiencia de uso es limitada y solo estaría indicada si no hay ninguna alternativa más segura.<sup>2,14</sup> La metoclopramida se reserva en casos refractarios a otros tratamientos por sus efectos extrapiramidales (véase la tabla 3). Los datos obtenidos en el uso de metoclopramida en embarazadas no han mostrado un incremento en la incidencia de anomalías en el neonato.<sup>2,4,14</sup>

Por último, el jengibre en un metanálisis de 12 estudios comparativos (n = 1278 embarazadas) demostró que reducía de forma significativa las náuseas comparado con placebo, pero no los vómitos.<sup>19</sup> En términos generales no parece aumentar las tasas de efectos no deseados respecto a las mujeres que no lo consumen, pero los datos disponibles no permiten establecer que el producto sea seguro en el embarazo.<sup>20</sup>

La hiperémesis gravídica es la forma más grave que afecta menos de un 1% de las embarazadas y se caracteriza por una pérdida mayor del 5% del peso previo al embarazo, deshidratación y desequilibrio electrolítico que requiere hospitalización y rehidratación endovenosa.<sup>13</sup> El ondansetrón es utilizado "off label" como tratamiento de segunda línea en la hiperémesis gravídica. La posible relación entre el uso de ondansetrón en el primer trimestre del embarazo y anomalías congénitas es controvertida.<sup>14</sup> El último estudio de cohortes publicado en qué participaron más de 1,8 millones de mujeres que tomaron ondansetrón durante el primer trimestre del embarazo no demostró una relación consistente entre el uso del medicamento y malformaciones congénitas, a pesar de que se observó un pequeño incremento de fisura palatina.<sup>21</sup>

## Cinetosis

La cinetosis o mareo del viajero es la sensación temporal de inestabilidad y vértigo que se produce al trasladarse en un sistema de automoción. Se caracteriza por la aparición de náuseas y vómitos que pueden ir precedidos de hiperventilación, palidez, sudoración fría, etc.<sup>22</sup>

Los factores de riesgo relacionados con la cinetosis son el sexo femenino, los niños de entre 2 y 12 años, ciertos polimorfismos genéticos, la migraña y el embarazo.<sup>23</sup> En un estudio a más de 20.000 pasajeros en barco, la incidencia de malestar durante el viaje fue del 21% y en un 7% se produjeron vómitos. En otros medios de transporte los porcentajes de vómitos son inferiores: 2% en autobús y 0,5% en avión.<sup>23</sup> La cinetosis se presenta como una sobreestimulación colinérgica e histamínica compleja que se produce por un conflicto de desequilibrio entre los receptores sensoriales y vestibulares.

**El objetivo del tratamiento es la prevención y, por lo tanto, los medicamentos se han de tomar como mínimo 1-2 h antes del viaje porque una vez se ha iniciado la sintomatología los fármacos son ineficaces.<sup>22</sup>**

Los fármacos más recomendados son los antihistamínicos H1 sedantes (dimenhidrinato, difenhidramina, meclizina) (véase la tabla 2) y los anticolinérgicos (escopolamina). En nuestro país, las presentaciones orales o transdérmicas de escopolamina, que son las indicadas para la cinetosis, no están comercializadas. Los antihistamínicos no sedantes (cetirizina, loratadina, etc.) no son efectivos.

Estudios comparativos de hace más de 20 años y de escasa calidad, demostraron algún beneficio con el tratamiento profiláctico con 1 o 2 gr. de jengibre, pero hay dudas sobre su efectividad real.<sup>23</sup>

## Vértigo

El vértigo es un síntoma de alta prevalencia, ya que puede afectar más del 20% de la población general y puede ir acompañado de náuseas y vómitos.

**Antes de iniciar el tratamiento hay que hacer un buen diagnóstico diferencial para descartar patologías que requieran un tratamiento específico.**

En general, es un trastorno autolimitante y se resuelve en un periodo de 15-60 días.<sup>24</sup> Los casos benignos de vértigo pueden ser tratados con antihistamínicos H1, como en el caso de la cinetosis, puesto que son efectivos como antivertiginosos y también para mejorar las náuseas y los vómitos acompañantes. Para los casos más sintomáticos, pueden utilizarse las fenotiazinas (prometazina).<sup>5</sup>

## Migraña

La migraña afecta entre el 11-13% de la población occidental y es una de las causas más importantes de discapacidad y de reducción de la calidad de vida.<sup>25,26</sup> Una de las principales características que acompañan los ataques de migraña son las náuseas y los vómitos y suelen contribuir a determinar el diagnóstico.

Si las náuseas y los vómitos son de gravedad importante se recomienda administrar los tratamientos por otra vía diferente de la oral (intranasal, subcutánea, parenteral o rectal) para asegurar la absorción del fármaco.<sup>25</sup> La emesis se produce por la vía dopaminérgica y, por lo tanto, los antieméticos más efectivos son la metoclopramida y la domperidona, puesto que añaden a la actividad antidopaminérgica la procinética que facilita el vacío gástrico,<sup>27</sup> pero hay que tener presente las precauciones de uso (véase la tabla 4).

**Tabla 4. Restricciones de uso de los antieméticos ondansetrón, metoclopramida y domperidona**

| ONDANSETRÓN   | METOCLOPRAMIDA  | DOMPERIDONA  |
|---|---|--|
| No utilizar en pacientes con síndrome de QT largo congénito.  | No utilizar en menores de 1 año.  | No utilizar supositorios en niños.   |
| En la prevención de náuseas y vómitos postquimioterapia no se debe administrar una dosis única superior a 16 mg de ondansetrón.   | Restringir el uso en niños y adolescentes de 1 a 18 años como segunda línea de tratamiento en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos por quimioterapia o postquirúrgicos.   | Utilizar únicamente para el tratamiento de náuseas y vómitos durante el menor tiempo posible y como máximo una dosis oral de 10 mg/8 h en adultos y adolescentes de >35 kg o supositorios de 30 mg dos veces al día.   |
| Se debe tener especial precaución en pacientes con factores de riesgo de prolongación de los intervalos QT o arritmias cardíacas. Los factores de riesgo incluyen: alteraciones hidroelectrolíticas, insuficiencia cardíaca congestiva, bradiarritmias y la administración concomitante de otros fármacos que prolonguen el intervalo QT. | Restringir el uso en pacientes adultos en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos por quimioterapia, radioterapia, migraña y postquirúrgicos.<br>Limitar la duración del tratamiento a un máximo de 5 días.<br>Dosis máxima 0,5 mg/kg/día. | En niños y adolescentes de < 35 kg de peso la dosis vía oral debe ser de 0,25 mg/kg máximo de tres veces al día.<br>No utilizar si el paciente toma inhibidores del CYP3A, medicamentos que pueden prolongar el QT, presenta alteraciones del ritmo cardíaco hepatopatía moderada o grave. |

La metoclopramida endovenosa ha demostrado su utilidad en el ataque agudo de migraña, incluso, en la reducción del dolor de cabeza, pero puede producir efectos no deseados a menudo.<sup>28</sup> La metoclopramida oral puede administrarse conjuntamente con los AINE o triptanos, incluso si las náuseas no son importantes para contrarrestar la estasis gástrica y facilitar la absorción del tratamiento específico.<sup>29</sup> No hay evidencia suficiente que apoye a la utilización de ondansetrón y granisetron y no se recomienda su uso, además, se ha asociado a un incremento de la incidencia de cefalea.<sup>26</sup>

## Náuseas y vómitos inducidos por medicamentos

Muchos medicamentos pueden provocar náuseas y vómitos como efecto adverso (véase la tabla 2). En la quimioterapia y radioterapia las náuseas y los vómitos son uno de los efectos adversos más graves y molestos y requieren un tratamiento específico indicado por el oncólogo u oncóloga y que no comentaremos en este Boletín.

Si los síntomas están claramente relacionados con el inicio de un tratamiento farmacológico, se recomienda bajar la dosis y pautarla de forma más lenta. En la mayoría de ocasiones el efecto adverso desaparece al cabo de unos días de tratamiento.

Una situación habitual donde la aparición de náuseas y vómitos puede suponer un problema importante es en la contracepción de emergencia. El levonorgestrel y el ulipristal producen menos náuseas y vómitos que la combinación de estrógeno y progestagen y son de elección. Si se vomita el anticonceptivo durante las 3 horas después de su administración, se puede ofrecer un antiemético de forma profiláctica y volver a tomarlo.<sup>30</sup> El antiemético recomendado es la metoclopramida 10 mg 1 hora previa.<sup>31</sup>

Las náuseas y los vómitos también son un motivo de preocupación en el inicio de tratamientos con opioides y fármacos antiparkinsonianos. En el caso de los opioides, parece que existe más variabilidad interpersonal en la aparición de este efecto adverso que las diferencias reales entre los diferentes tipos de opiáceos disponibles.<sup>32</sup> Los síntomas suelen desaparecer con el tiempo y se pueden reducir iniciando el tratamiento de forma muy escalonada. En los casos más persistentes, la rotación a otros opiáceos o el cambio de vía de administración pueden ser efectivos. No hay evidencia robusta para recomendar algún antiemético específico.

En el caso de los dopaminérgicos, el antiemético recomendado es la metoclopramida 10mg que se tiene que tomar una 1 hora antes de la administración del anticonceptivo.

## Puntos clave

- La emesis es un fenómeno complejo desencadenado por una gran variedad de situaciones clínicas o fármacos.
- Antes de iniciar un tratamiento antiemético es recomendable reconocer la causa para evitar un retraso en el diagnóstico.
- En las náuseas y los vómitos asociados a las gastroenteritis en adultos, en general solo es necesario tratamiento hidratante con líquidos y electrolitos.
- En el embarazo la mayoría de las náuseas y los vómitos no requieren tratamiento antiemético y son suficientes las medidas generales con modificaciones de la dieta y del reposo postprandial.
- Los fármacos con más experiencia de uso en las náuseas y los vómitos durante el embarazo son la piridoxina (vitamina B6), la doxilamina y su asociación a dosis fijas (Cariban®).
- En la prevención de la cinetosis los medicamentos se deben tomar como mínimo 1-2 h antes del viaje porque una vez que se ha iniciado la sintomatología los fármacos son ineficaces.
- En las náuseas y los vómitos por medicamentos si los síntomas están claramente relacionados con el inicio de un tratamiento farmacológico, se recomienda bajar la dosis y pautarla de forma más lenta. En la mayoría de ocasiones el efecto adverso desaparece al cabo de unos días de tratamiento.



# Bibliografía

1. Montoro MA, Lera I, Ducons J. Náuseas y vómitos. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Jarpoy editores 2a Edición (2012). Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/02\\_Nauseas\\_y\\_vomitos.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/02_Nauseas_y_vomitos.pdf)
2. Madríguez R, Hernández V. Antieméticos. FMC. 2005;12(9):631-40.
3. Elizondo Rúa A, Daza Asumendi P. Náuseas y vómitos. AMF 2016;12(8):472-80.
4. Furyk JS, Meek R, McKenzie S. Drug treatment of adults with nausea and vomiting in primary care. BMJ 2014;349:g4714
5. Longstreth GF. Approach to the adult with nausea and vomiting. UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com>. Consultado: 15 abril 2019.
6. Nausea and Vomiting Management. RxFiles. Disponible en: [www.rxfiles.ca](http://www.rxfiles.ca). Consultado: 15 abril 2019.
7. Longstreth GF i Hesketh PJ. Characteristics of antiemetic drugs. UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com>. Consultado: 15 de Abril de 2019.
8. Egerton-Warburton D, Meek R, Mee MJ. Antiemetic Use for Nausea and Vomiting in Adult Emergency Department Patients: Randomized Controlled Trial Comparing Ondansetron, Metoclopramide, and Placebo. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.03.017>).
9. Furyk JS, Meek RA, Egerton-Warburton D. Fármacos para el tratamiento de las náuseas y vómitos en adultos en los servicios de urgencias. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD010106.pub2
10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Ondansetrón: prolongación del intervalo QT del electrocardiograma y nuevas recomendaciones de uso. Fecha de publicación: 10 de Agosto de 2012.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicaciones y posología. Fecha de publicación: 30 de Julio de 2013.
12. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Domperidona y riesgo cardiaco: restricciones en las condiciones de autorización (Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo-PRAC). Fecha de publicación: 10 de Marzo de 2014.
13. Taylor T. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. Aust Prescr 2014;37:42-5.
14. Smith JA, Fox A, Clark S. Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy. UpToDate. Consultado: 15 de Abril de 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com>.
15. Koren G, Clark S, V. Hankins GD, Caritis SN, Miodovnik M, Umans JG i Mattison DR. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2010;203:571.e1-7.
16. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575.pub4.
17. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
18. Fitxa tècnica Cariban. CIMA\_AEMPS. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/44139/FichaTecnica\\_44139.html.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/44139/FichaTecnica_44139.html.pdf). Consultado: 15 de Abril de 2019.
19. Viljoen E, Visser J, Koen N i Musekiwa A. A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. Nutrition Journal. 2014;13:20-34. Disponible en: <http://www.nutritionj.com/content/13/1/20>
20. Preevid. Banco de consultas de la Biblioteca virtual. Jengibre para las náuseas y vómitos asociados al embarazo. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevid/20676>. Consultado: 15 de Abril de 2019.
21. Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Straub L, Gray KJ, Zhu Y, Paterno E, Desai RJ, Mogun H, Bateman BT. Association of Maternal First-Trimester Ondansetron Use With Cardiac Malformations and Oral Clefts in Offspring. JAMA. 2018;320(23):2429.
22. Mareo cinético (cinetosis, mareo de los viajes). Panorama actual del medicamento. 2010;34 (338):902.
23. Priesol AJ. Motion sickness. UpToDate. Disponible a: <https://www.uptodate.com>. Consultado: 20 de Abril de 2019.
24. Paine M. Dealing with dizziness. Aust Prescr 2005;28:94-7.
25. Charles A. Migraine. N Engl J Med 2017;377:553-61. DOI: 10.1056/NEJMc1605502.
26. Bajwa ZH, Smith JH. Acute treatment of migraine in adults. UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com>. Consultado: 20 de Abril de 2019.
27. Mayans L, Walling A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. Am Fam Physician. 2018;97(4):243-251.
28. Parenteral metoclopramide for acute migraine: meta-analysis of randomised controlled trials. Colman I, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, Rowe BH. BMJ. 2004;329(7479):1369. Epub 2004 Nov 18.
29. Kaunitz AM. Emergency contraception. UpToDate. Disponible a: <https://www.uptodate.com>. Consultado: 26 de Abril de 2019.
30. L'anticoncepció d'emergència amb levonorgestrel en la xarxa sanitària de Catalunya. Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/mini-site/aspacat/promocio\\_salut/infancia-i-adolescencia/04-anticoncepcio-urgencia/protocol\\_anticoncepcio\\_urgencia.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/mini-site/aspacat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/04-anticoncepcio-urgencia/protocol_anticoncepcio_urgencia.pdf). Consultado: 24 de Abril de 2019.
31. Cefaleas y migrañas. Boletín terapéutico andaluz 2013;32(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11119/BTA2017-32-03>.
32. Portenoy RK, Mehta Z, Ahmed E. Prevention and management of side effects in patients receiving opioids for chronic pain. UpToDate. Disponible a: <https://www.uptodate.com>. Consultado: 26 de Abril de 2019.
33. Fitxa tècnica Madopar. CIMA\_AEMPS. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Consultado: 26 de Abril de 2019.
34. Fitxa tècnica Apomorfin. CIMA\_AEMPS. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Consultado: 26 de Abril de 2019.

Fecha de redacción: **Mayo 2019**

En el próximo número: **Como utilizar el efecto placebo y evitar el efecto nocebo para optimizar el tratamiento en la práctica clínica**  
**Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

**Dirección:** Marta Chandre

**Subdirección:** Joaquín Delgado

**Coordinación editorial:** CedimCat

**Coordinación de la Comissió d'Informació Terapèutica:** Pilar López Calahorra

**Comité científico:** Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madríguez, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Diego Mena, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Emilia Sánchez, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Laura Villamarín, Noemí Villén

**Secretaría Técnica:** Ester Saperas

**Soporte técnico:** CedimCat

**ISSN:** 1579-9441

Para la reproducción total o parcial de esta publicación, es necesario hacer la solicitud en la **Secretaría Técnica de la Comissió d'Informació Terapèutica, Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament**, Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Se pueden consultar todos los números publicados desde el año 1999 en:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butllet-i-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

