Náuseas y vómitos en cuidados paliativos: un enfoque fisiopatológico para una terapia antiemética efectiva

Autor: Dra. Marta Catherine Rodríguez Meza. Residente Medicina Familiar mención Adulto UCM.
Revisor: Dr. Ricardo Luis Morales Nieto. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:
Las náuseas y los vómitos son síntomas comunes en cuidados paliativos, afectando hasta el 70% de los pacientes, especialmente en etapas avanzadas (Walsh et al., 2017). Estos síntomas repercuten considerablemente en el bienestar físico, emocional y social tanto del paciente como de su entorno. Su origen es multifactorial, relacionado con la progresión de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, complicaciones asociadas o descompensación de comorbilidades (Smith et al., 2012).

Ante esta complejidad clínica, ¿Cómo puede el conocimiento de la fisiopatología de las náuseas y los vómitos contribuir a una elección más efectiva del tratamiento antiemético en cuidados paliativos? Comprender los mecanismos fisiopatológicos implicados permite no solo seleccionar con mayor precisión el antiemético más adecuado, sino también lograr una respuesta terapéutica más eficaz y centrada en el confort del paciente.

Introducción:
Las náuseas y los vómitos son síntomas comunes en cuidados paliativos, afectando entre el 40% y 70% de los pacientes, especialmente en etapas avanzadas (Walsh et al., 2017). Estos síntomas repercuten considerablemente en el bienestar físico, emocional y social tanto del paciente como de su entorno. Su origen es multifactorial, relacionado con la progresión de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, complicaciones asociadas o descompensación de comorbilidades (Smith et al., 2012). Comprender los mecanismos fisiopatológicos y los receptores implicados permite seleccionar con mayor precisión el antiemético adecuado, facilitando un tratamiento eficaz que maximice el confort del paciente, tanto en atención primaria como en cuidados paliativos.

Desarrollo:
El tratamiento de náuseas y vómitos en cuidados paliativos debe individualizarse según la causa probable, los fármacos disponibles, la vía de administración y las preferencias del paciente. Aunque la fisiopatología es clave para orientar el manejo, la elección final se basa en la evidencia clínica y los recursos disponibles, especialmente en atención primaria. El National Cancer Institute (NCI, 2024) recomienda como primera línea metoclopramida, domperidona y antagonistas 5-HT3, reservando olanzapina, levomepromazina, haloperidol y mirtazapina para casos refractarios o específicos.

Fármacos de primera línea:

- **Metoclopramida:** Es uno de los antieméticos más utilizados en cuidados paliativos por su eficacia, bajo costo y disponibilidad en atención primaria. Actúa principalmente como antagonista dopaminérgico D2, responsable de su efecto antiemético central. También presenta actividad agonista 5-HT4, con efecto procinético útil en casos de gastroparesia o retraso en el vaciamiento gástrico, y en dosis más altas puede antagonizar los receptores 5-HT3, contribuyendo a su eficacia en náuseas inducidas por quimioterapia. Está contraindicado en pacientes que cursan con obstrucción intestinal completa, ya que su efecto

procinético podría agravar el cuadro (Leach, 2019; Walsh et al., 2017; NCI, 2024).

- **Domperidona:** Similar a la metoclopramida, pero con menor penetrancia al sistema nervioso central ya que ejerce su efecto principalmente antagonizando los receptores D2 periféricos, lo que reduce el riesgo de efectos extrapiramidales. Es útil en náuseas de origen digestivo y generalmente bien tolerada por los pacientes, de bajo costo y su vía de administración puede ser oral o subcutánea (Glare et al., 2011).
- **Ondansetrón**: Es un antagonista selectivo de los receptores 5-HT3, con acción tanto central como periférica. Está especialmente indicado en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia. El principal efecto adverso es el estreñimiento, el cual puede presentarse en aproximadamente un 5% a 10% de los pacientes, lo que cobra especial relevancia en cuidados paliativos, donde este síntoma es muy prevalente (Glare et al., 2011).

Fármacos de segunda línea:

- **Haloperidol**: Antipsicótico típico con acción antidopaminérgica central, eficaz en náuseas de origen central o inducidas por opioides. Aunque es efectivo, su uso puede asociarse a efectos adversos como excesiva somnolencia y síntomas extrapiramidales, por lo que se recomienda evaluar cuidadosamente su indicación. (Cherny et al., 2015).
- **Mirtazapina**: Antidepresivo tetracíclico con efectos antieméticos a través del antagonismo de los receptores 5-HT3, H1 y 5-HT2. Útil en náuseas de origen emocional, anticipatorio o multifactorial, y aporta beneficios adicionales sobre el apetito y el ánimo, especialmente útil en pacientes con caquexia o trastornos afectivos (Leach, 2019).
- **Levomepromazina**: Fármaco con acción en múltiples receptores (dopaminérgico, serotoninérgico, histaminérgico y colinérgico), útil cuando no se identifica un mecanismo único o hay resistencia a otras terapias. Posee efectos sedantes que pueden ser deseables en ciertas fases del proceso paliativo, especialmente en pacientes con insomnio, agitación o ansiedad asociada (Cherny et al., 2015).
- **Olanzapina**: Antipsicótico atípico que actúa sobre múltiples receptores (D2, 5-HT2, H1, M1), otorgándole un amplio espectro antiemético. Es especialmente útil en náuseas refractarias o multifactoriales, y puede aportar beneficios adicionales en el manejo de síntomas comórbidos como ansiedad o insomnio (Glare et al., 2011; Cherny et al., 2015).

La tabla 1 sintetiza los mecanismos fisiopatológicos, los receptores involucrados y los fármacos recomendados para el tratamiento de náuseas y vómitos, según las características clínicas y el perfil del paciente en cuidados paliativos.

Tabla 1: Resumen de Mecanismos, Receptores y Fármacos Antieméticos.

Mecanismo	Receptores implicados	Antieméticos
Zona gatillo de los quimioreceptores	Dopamina (D2) 5-HT3 Neuroquinina (NK1)	Haloperidol, Metoclopramida, Olanzapina, Levomepromazina, Ondansetrón, Aprepitant.
Estímulo vagal-gastrointestinal	Dopamina (D2) 5-HT3	Metoclopramida, Domperidona, Haloperidol, Olanzapina, Levomepromazina, Mirtazapina, Ondansetrón.
Aumento de la presión intracraneal	No hay receptores específicos definidos	Haloperidol, Metoclopramida, Olanzapina, Levomepromazina.
Origen vestibular	Histamina (H1) Muscarínicos (M1)	Dimenhidrinato y Difenhidramina: antag. H1 y M1 Escopolamina: antag. M1

		Levomepromazina Mirtazapina: H1
Corteza límbica (psicológica/emocional)	No hay receptores específicos definidos	Olanzapina, Levomepromazina, Mirtazapina Cannabidiol: receptor CB1

Tabla: elaboración propia basado en Leach, 2019.

En etapas avanzadas de la enfermedad, muchos pacientes pierden la capacidad de ingerir medicamentos por vía oral debido a múltiples causas. En estos casos, la vía subcutánea se convierte en una alternativa segura, eficaz y de fácil implementación, permitiendo la administración continua o intermitente de antieméticos como metoclopramida, ondansetrón, haloperidol, entre otros. La elección del fármaco en estos casos debe continuar guiada por el mecanismo fisiopatológico predominante, adaptando dosis y frecuencia según respuesta clínica (Benítez-Rosario et al., 2023).

Conclusión:

Las náuseas y los vómitos son síntomas frecuentes y altamente angustiantes en cuidados paliativos, que requieren un abordaje clínico cuidadoso y centrado en la persona. Comprender sus múltiples mecanismos fisiopatológicos permite orientar el tratamiento de manera más específica, seleccionando fármacos según los receptores involucrados y aumentando así la eficacia terapéutica. Este enfoque, basado en la fisiopatología, no solo mejora el control sintomático, sino que también permite adaptar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente, considerando la vía de administración, los efectos secundarios y el contexto clínico. Integrar además factores emocionales, ambientales y familiares en la evaluación favorece una atención más integral. En conjunto, este abordaje permite optimizar la calidad de vida del paciente, reducir el sufrimiento evitable y brindar cuidados más humanos y compasivos en el tramo final de la vida.

Bibliografía

- Benítez-Rosario, M. Á., Alonso Babarro, A., & González Guillermo, T. (2023). *Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos* (1.ª ed.). Medical Dosplus.
- Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., & Portenoy, R. K. (2015). *Oxford textbook of palliative medicine* (5th ed.). Oxford University Press.
- Glare, P., Miller, J., Nikolova, T., & Tickoo, R. (2011). Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 243–259. https://doi.org/10.2147/CIA.S13109
- Leach C. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical medicine (London, England)*, *19*(4), 299–301. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-299
- National Cancer Institute (NCI). (2024). *Nausea and vomiting (PDQ®)–Health Professional Version*. https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/nausea/nausea-hp-pdq
- Smith, H. S., Smith, E. J., & Smith, A. R. (2012). Pathophysiology of nausea and vomiting in palliative medicine.
- *Annals of Palliative Medicine, 1*(2), 87–93. https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2012.07.04
- Walsh, D., Davis, M., Ripamonti, C., Bruera, E., Davies, A., & Molassiotis, A. (2017). 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *25*(1), 333–340. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3371-3
- Leach, C. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical Medicine*, *19*(4), 299-301. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-299