

SINTOMI:

NAUSEA E VOMITO



SOMMARIO

1. *Nausea: definizione e fisiopatologia* [p. 1](#)
2. *Vomito: definizione e fisiopatologia* [p. 2](#)
3. *Cause* [p. 2](#)
4. *Assistenza infermieristica* [p. 3](#)
5. *Assistenza medica* [p. 4](#)

1. NAUSEA: DEFINIZIONE E FISIOPATOLOGIA

NAUSEA: “*Sensazione dell'imminente desiderio di vomitare*”

Questa definizione sottolinea il suo carattere soggettivo, quindi di un'elaborazione psichica di alcune sensazioni e il fatto che essa preceda temporalmente il vomito anche se non necessariamente debba da questo essere seguita.

La nausea è accompagnata usualmente da disturbi vasomotori a carico del sistema nervoso vegetativo, quali **la debolezza, la salivazione, il pallore, la tachipnea** come pure da **bradicardia** e da **ipotensione**.

La cefalea può anche essere associata alla nausea.

Alcune persone hanno nausea osservando scene non piacevoli, assaggiando cibi particolari, annusando odori specifici, a sottolineare l'importanza di certi riflessi visivi-gustativi-olfattivi che hanno un'integrazione corticale. Esiste cioè un centro corticale specifico che viene stimolato e da cui partono riflessi neurovegetativi che si accompagnano alla nausea. Questa può associarsi anche ad aumento della pressione endocranica, a patologie toraciche e addominali, a sintomatologia dolorosa severa, a farmaci o a stimoli a partenza dell'apparato vestibolare.

E' quindi concepibile che esistono degli impulsi provenienti da recettori periferici che vengono portati attraverso vie afferenti, al sistema nervoso centrale che siano capaci di stimolare sia il centro del vomito sia quello della nausea e che quest'ultima sia strettamente legata al primo ma presenta una soglia di stimolazione più bassa.

Questo spiega l'abbinamento dei due fenomeni e del fatto che la nausea precede o possa presentarsi indipendentemente dal vomito.

2. VOMITO: DEFINIZIONE E FISIOPATOLOGIA

VOMITO: “Espulsione forzata del contenuto gastrico attraverso la bocca”

Il vomito è spesso preceduto da nausea, da ipersalivazione e da conati. Si realizza per una violenta contrazione del diaframma e dei muscoli addominali. Questo porta alla compressione dello stomaco e del suo contenuto. La contemporanea contrazione della muscolatura pilorica e il rilasciamento di quella cardiaca favorisce il passaggio del contenuto gastrico nell'esofago e da qui nel faringe.

Il vomito è un atto riflesso in cui **lo stimolo può originare in varie zone del corpo**: a livello **dell'apparato digerente, vestibolare, di tutti i visceri e del SNC, e per stimoli portati direttamente sulle zone chemorecettoriali** (farmaci). Si è infatti scoperto un gruppo di neuroni disposto nel pavimento del IV ventricolo chiamato **centro chemorecettoriale**. Questa struttura pur non essendo capace di far partire da sola il vomito, funziona come stazione afferente per certi stimoli specifici, in particolare quelli farmacologici collegandosi direttamente con il centro emetico e la sua funzione è quella di abbassare la soglia di stimolazione di fronte a stimoli provenienti dalla periferia.

Lo stimolo raggiunge tramite il vago il centro del vomito situato nel bulbo da qui l'impulso motorio ritorna tramite i nervi frenici al diaframma, tramite i nervi intercostali alla parete addominale e tramite il vago al cardias determinandone l'apertura.

Il centro bulbare del vomito può essere attivato anche da cause ormonali o metaboliche.

3. CAUSE

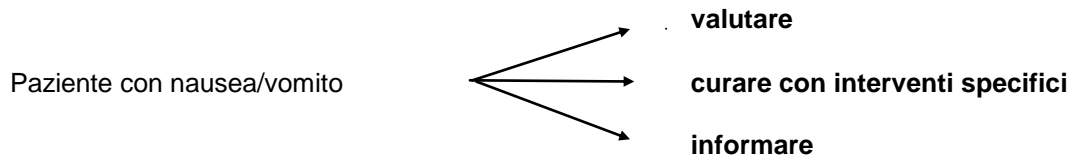
Cause legate all'apparato digerente
(di origine organica e/o funzionale):

- occlusione intestinale
- gastroparesi
- ascite
- stipsi
- gastrite
- ulcera gastrica, duodenale
- affezioni epatobiliari.

Cause non legate all'apparato digerente:

- tossicità da farmaci → chemioth, antibiotici, oppioidi, antinfiammatori (FANS), antidepressivi (soprattutto SRI), digitale;
- metaboliche (dovute a insufficienza epatica / renale, iperglicemia, ipercalcemia, ...)
- ipertensione endocranica (di solito vomito, non necessariamente nausea)
- affezioni vestibolari
- cause ormonali
- cause infettive sistemiche o anche locali (es. candidosi cavo orale)
- legate a episodi di tosse
- diselettrolitemia
- disidratazione
- psicogene.

4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA



Valutare

- Compiere un'adeguata raccolta dati che consenta di individuare i fattori scatenanti (vedi "cause");
- Individuare con il paziente i tempi ed i modi d'insorgenza della nausea e del vomito;
- Conoscere il tipo di farmaci che sta assumendo;
- Verificare come il paziente riesce a gestire psicologicamente ricorrenti episodi di vomito o la nausea continua.

Curare con interventi specifici

1. Evitare o ridurre i fattori in grado di stimolare l'insorgenza della nausea, garantendo un ambiente privo di stimoli fastidiosi (es. forti rumori, luce accecante, visite numerose, odori forti). Eventualmente tentare di distrarre il paziente con attività a lui gradite (es. musica, TV, tecniche di rilassamento).
2. Assistere il paziente durante gli episodi di vomito; prestare particolare attenzione alla respirazione che dovrebbe essere profonda e regolare; far entrare aria fresca in camera; fornirgli l'occorrente per risciacquare la bocca.
3. A dipendenza delle cause e della gravità dei sintomi il paziente può comunque continuare a bere e ad alimentarsi. Alcuni consigli in breve:
 - cibi graditi al paziente, dunque dieta secondo desiderio del paziente
 - alimenti preferibilmente freddi poiché hanno di solito un odore meno intenso
 - pasti piccoli presentati con cura, con la possibilità di qualche spuntino.
 - può essere utile assumere cibi asciutti che aiutino a riassorbire i succhi gastrici.
 Aiutare il paziente a verbalizzare quelle che sono le proprie sensazioni per trovare delle soluzioni a lui adeguate. Dovrebbe evitare inoltre di portare abiti stretti che esercitano pressione a livello addominale e/o toracale.
4. Se vi è l'indicazione provvedere ad un'adeguata somministrazione di antiemetici e farmaci coadiuvanti spiegando al paziente ed ai familiari l'importanza del rispetto degli orari e dei dosaggi (evitare somministrazioni *al bisogno*). Rivalutare a scadenze definite l'efficacia della terapia instaurata. E' dalla suddetta valutazione iniziale e conseguente rivalutazione delle condizioni del paziente che l'équipe sanitaria può proporre, in presenza di vomito incoercibile, l'utilizzo di una SNG.

Informare

Informare paziente e familiari sui motivi scatenanti nausea e vomito, su come tentare di prevenirli e su come affrontarli. Ricordare ai familiari che il rifiuto dei cibi è spesso improvviso e che è difficile per chi ha nausea rimanere in cucina o mangiare al tavolo con gli altri. Spiegare da ultimo ai familiari che non è praticamente mai il caso di insistere nel proporre alimenti se la persona non se la sente.

5. ASSISTENZA MEDICA

Per il lettore veloce:

Anche se i due sintomi nausea e vomito vengono spesso associati, l'uno non può essere semplicemente e sempre considerato l'epifenomeno dell'altro. Proprio nella situazione palliativa la nausea si presenta spesso da sola, in modo cronico. La produzione della nausea è quasi sempre multicausale però 1 o 2 cause preponderanti sono spesso identificabili.

Procedere

Valutazione: misurare l'intensità, stabilire l'inizio (p.e. in concomitanza con la prescrizione di un nuovo farmaco), fattori aggravanti o attenuanti.

Misure specifiche: identificare ed eliminare fattori scatenanti ed aggravanti, come farmaci, stitichezza, dolori incontrollati, infetto, tosse, diselettrolitemia, disidratazione, ansia, ...

Misure aspecifiche:

- **generale:** garantire una buona igiene orale, evitare odori penetranti, piccoli pasti più volte al giorno, ecc.
- **medicamentose:** scegliere sostanze che tengano conto del meccanismo patofisiologico della nausea, per quanto identificabile. Nella ipomotilità del tratto gastrointestinale scegliere farmaci procinetici, in caso di ipertensione endocranica optare per corticosteroidi. Il metoclopramide è il farmaco di prima scelta: ha un'attività procinetica e un'azione antidopaminergica sul tratto gastrointestinale e sulla zona trigger dei chemoriceptori. Gli effetti collaterali extrapiramidali sotto metoclopramide sono purtroppo abbastanza frequenti, specialmente in soggetti giovani: in tal caso Cisapride 10-20mg p.o. oppure Domperidone 10-20mg p.o., prima dei 3 pasti principali e prima di coricarsi, rappresentano un'alternativa. Queste 2 sostanze sono particolarmente indicate quando la gastroparesi è una delle cause principali (procinetici potenti), tuttavia non hanno alcun effetto antidopaminergico per cui sono poco efficaci nella nausea dovuta agli oppiacei. Esse non sono disponibili per somministrazione parenterale ma per quella sublinguale.

Algoritmo per la terapia farmacologica:

- a. Metoclopramide (Primperan®) 10mg p.o. oppure s.c. ogni 4 ore e 10mg supplementari in caso di necessità come dose di riserva.
↓
se non c'è effetto (dopo 24 ore):
- b. Metoclopramide come sopra e Dexametasone 10mg p.o. oppure s.c. ogni 12 ore.
↓
se non c'è effetto (dopo 24-48 ore):
- c. Metoclopramide 60-120mg in **infusione continua** (s.c. o e.v.) in 24 ore e Dexametasone come al punto b.
↓
se non c'è effetto (dopo altre 24-48 ore):
- d. Nuova valutazione della situazione clinica, cambiare antiemetico:
 - Aloperidolo (indicato soprattutto nella nausea causata da oppiacei)
 - Cisapride e Domperidone (vedi sopra)
 - bloccante dei recettori 5HT3. Questi ultimi farmaci sono di provata efficacia nella nausea acuta indotta da chemio e radioterapia. Dato che comunque sono costosi e nella nausea cronica spesso non soddisfacenti, vanno utilizzati solo a titolo probatorio.

Attenzione:

- In caso di ileo le sostanze prevalentemente procinetiche sono controindicate poiché possono causare dolori, alternativa: Aloperidolo da 1,5 fino a 5 mg, da somministrare s.c. o e.v. (vedi trattamento dell'ileo).
- Vi è una serie di farmaci antiemetici prescritti in altre circostanze che non si addicono particolarmente alla situazione palliativa, essendo troppo sedativi. Sono pertanto poco indicate le seguenti sostanze: antiistaminici (prescritti per la motion sickness), neurolettici ad azione fortemente sedativa come la clorpromazina, il deidrobenzperidolo o le benzodiazepine.
- Spesso il farmaco antinausea non può essere prescritto per via orale. In tal caso la via preferenziale è quella sottocutanea. Eccezione: presenza di edemi generalizzati, gravi disturbi della coagulazione.

Bibliografia

Bigorio 2003 - Nausea, Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland, www.palliative.ch