

VOMITOS EN URGENCIAS

Autores :

María del Mar Vázquez Jiménez

Carlos Rueda Ríos

Contacto:

Hospital Universitario “Virgen de la Victoria”

Campus de Teatinos MALAGA

952649400-Extensión 2396

INDICE

- I. Definición
- II. Diagnostico diferencial
- III. Fisiopatología del vómito
- IV. Etiología del vómito
- V. Consecuencias de los vómitos
- VI. Anamnesis
- VII. Examen físico
- VIII. Exámenes complementarios
- IX. Síndromes clínicos especiales
- X. Tratamiento
- XI. Drogas antieméticas
- XII. Tablas y figuras
- XIII. Bibliografía
- XIV. Cuestionario y soluciones

I- DEFINICION

El vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca. Representa un reflejo protector para la expulsión de materiales dañinos desde el aparato digestivo, aunque puede ser el signo de debut de numerosos trastornos sistémicos no digestivos y efecto secundario de numerosos fármacos.

II- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En una definición precisa los vómitos deben diferenciarse de:

Ila- Regurgitación, propia de algunas enfermedades esofágicas (estenosis benignas o malignas, divertículos, acalasia,...), se define como la expulsión retrógrada de alimentos no digeridos

Ilb- Rumiación, o mericismo es propia de trastornos psicógenos y lactantes se trata de una forma de regurgitación después de cada comida, siendo los alimentos parcialmente vomitados y el resto normalmente deglutido.

Otros conceptos que conviene delimitar son

A-Nauseas Se trata de una sensación física y psíquica desagradable que alude a la sensación inevitable de vomitar, sin que necesariamente se consiga.

B-Arcadas Se definen como contracciones rítmicas y violentas de la musculatura respiratoria que suelen cortejar al vómito.

III-FISIOPATOLOGIA DEL VOMITO

El mecanismo que a nivel central dirige el vómito se constituye por dos unidades (figura 1):

IIIa- Centro del vómito:

Se encuentra en la porción dorsal de la formación reticular, lateral al tronco cerebral. Se excita directamente a partir de los impulsos viscerales aferentes iniciados en tracto gastrointestinal.

IIIb- La zona gatillo quimiorreceptora:

Se localiza en el suelo del cuarto ventrículo. Para causar el vómito esta zona requiere la que el centro del vómito esté intacto.

El centro del vomito es el protagonista del vómito, iniciando y coordinando dicho acto, la zona gatillo es una estructura que modula ciertos impulsos dirigidos al centro del vómito (ver tabla 1).

Tradicionalmente se ha considerado que la dopamina sea el neurotransmisor de la zona gatillo quimiorreceptora, así los agonistas dopaminérgicos (L-dopa, apomorfina, bromocriptina) pueden desencadenarlos mientras que los agentes antidopaminérgicos (metoclopramida, clebopride, haloperidol o domperidona) tienen poder antiemético.

Las vías eferentes que parten del centro del vómito son principalmente somáticas ejerciendo su acción a través de tres vías:

1. Los nervios frénicos
2. Los nervios raquídeos que inervan a musculos intercostales y abdominales.
3. Fibras eferentes del nervio vago dirigidas a la faringe, la laringe, estómago e intestino.

El umbral del centro del vómito es idiosincrásico, encontrándose en algunos grupos familiar abolido.

IV-ETIOLOGIA DEL VOMITO

Resulta complicado establecer una clasificación de las causas del vómito desde un punto de vista patogénico, la dificultad radica en el hecho que no en todas las ocasiones podemos precisar el lo que lo desencadena.

La relación de estas causas hay que incluir no sólo aquellas provenientes del aparato digestivo sino las de casi todos los órganos de la economía, sistema nervioso vegetativo y las alteraciones de carácter funcional o psicógeno.

A continuación establecemos un listado de condiciones que frecuentemente se asocian a los vómitos:

a) Trastornos del SNC

- Por aumento de presión intracraneal
 - Neoplasia
 - Hidrocefalia
 - Meningitis
 - Encefalitis

- Por trastornos laberínticos:
 - Laberintitis aguda
 - Enfermedad de Menière.

b) Fármacos y sustancias químicas

- Etanol
- Morfina
- Teofilina
- Quimioterápicos

c) Procesos abdominales quirúrgicos:

- Oclusión intestinal
- Peritonitis
- Colecistitis aguda y crónica
- Apendicitis agudas.

d) Procesos abdominales no quirúrgicos

- Gastroenteritis
- Úlceras gástricas y duodenales
- Hepatitis aguda
- Pancreatitis aguda

e) Trastornos psicógenos

- Anorexia nerviosa
- Bulimia

f) Embarazo

- Hiperemesis gravídica
- Eclampsia
- Emesis gravídica banal

g) Enfermedades infecciosas

- Sepsis

h) Trastornos urológicos

- Cólicos nefríticos
- Obstrucción de la vía urinaria

i) Trastornos cardiológicos

- IAM
- Insuficiencia cardiaca congestiva

j) Trastornos metabólicos o endocrinos

- Uremia
- Insuficiencia adrenal
- Hipertiroidismo
- Cetoacidosis diabética.

k) Intoxicaciones etílicas o medicamentosas

V-CONSECUENCIAS DE LOS VOMITOS

Los vómitos pueden tener complicaciones importantes, la más habitual es la **metabólica** derivada de la pérdida de agua y electrolitos (Cl^- , H^+ , Na^+ y K^+).

Se suele producir una alcalosis metabólica hipoclorémica e hipercaliémica. El mecanismo es el siguiente:

- Se pierde sodio y el mecanismo compensador es la disminución de volumen extracelular, ello origina:
 1. Aumento de bicarbonato plasmático supera la capacidad de reabsorción renal, se produce un incremento de su eliminación por orina en forma de bicarbonato sódico, lo que aumenta la deplección de sodio.
 2. Activación del sistema renina angiotensina aldosterona que estimula las pérdidas de potasio, al intercambiarlo por sodio en el túbulo distal.
- Esta pérdida de sodio y electrolitos junto con la pérdida de nutrientes condicionada por los vómitos, aumenta la pérdida de peso.

Otras complicaciones son:

1. Aspiración pulmonar, se da en pacientes con disminución del nivel de conciencia (SNC, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, intoxicaciones medicamentosas o con mucha frecuencia como complicación durante la anestesia sistémica). Conviene recordar que las consecuencias de la aspiración no se deben únicamente a la aspiración de microorganismos característicamente gram negativo sino también por el hecho que se puede inducir laringoespasma, broncoespasma y neumonitis química.
2. Síndrome de Mallory-Weiss, se caracteriza por hemorragia digestiva alta secundaria a lesiones en forma de laceración en esófago distal y región subcardial, secundario a vomitos copiosos o arcadas repetidas. Se describe en alcohólicos así como en situaciones que suponga un aumento importante de la presión intragástrica: crisis epilépticas, accesos de tos, traumatismos abdominales, estreñimiento pertinaz...
Para muchos estas laceraciones de la mucosa es el estadio inicial de otras patologías más graves como son el hematoma intramular, disección o el síndrome de Boerhaave.
3. Síndrome de Boerhaave. Característicamente presenta dolor epigástrico severo, cianosis, derrame pleural izquierdo (líquido pleural con amilasa elevada y pH ácido) y enfisema subcutáneo o mediastínico. Su único tratamiento es quirúrgico y su mortalidad elevada.
4. Esofagitis péptica. Pueden darse desde formas inflamatorias leves hasta ulceradas y se relaciona habitualmente con vómitos de repetición.

VI-ANAMNESIS

VI.A Historia clínica

Es fundamental la inspección del material vomitado, analizando y precisando tanto su contenido como su olor, tiempo de comienzo en relación con la comida y tiempo de evolución de los síntomas.

Hay que valorar la edad del paciente y entonces evaluar los síntomas acompañantes que nos pueden ayudar al diagnóstico: dolor abdominal y sus características, disfagia, existencia de reflujo gastroesofágico, dispepsia biliar, cólicos hepáticos, dolor torácico.

Entre los antecedentes personales debemos valorar :

1. posibles enfermedades que pudieran relacionarse con la aparición del vómito (insuficiencia cardiaca, intervenciones quirúrgicas previas, insuficiencia renal, diabetes, hipertiroidismo) o embarazo
2. Medicación que pueda desencadenarla (digital, teofilinas, AINES, eritromicina, estrógenos).
3. Intoxicaciones : etilismo agudo o crónico.

VI.B Características del vómito

Latencia entre vómito y última comida

Podemos dividirlos en tres grupos temporales:

1. *Vómitos durante o inmediatamente después de las comidas* sugieren origen psicógeno o en su defecto una úlcera en el canal pilórico.
2. Los vómitos más de una hora después de las comidas sugieren obstrucción al vaciamiento gástrico o alteración de la motilidad gastroduodenal (postvagotomía y más frecuentemente neuropatía diabética).
3. *Los vómitos matutinos* son indicativos de embarazo, uremia, alcoholismo, aumento de presión intracraneal o postcirugía gástrica.

Contenido del vómito

En la siguiente tabla se realiza una aproximación clínica en función de los distintos contenidos del vómito.

CONTENIDO DEL VÓMITO	
ALIMENTARIOS	Alteración de vaciamiento gástrico (orgánico o funcional)
BILIS	Vómitos de repetición, obstrucción intestino delgado por debajo de la papila de Vater y cirugía gástrica,
SANGRE	Lesión hemorrágica benigna o maligna del tracto digestivo alto.
MOCO	Inflamación, gestación, gastritis crónica y rinofaringitis con secreción.
PUS	Abscesos extradigestivos fistulizados o más raro gastritis flemonosa
CUERPO EXTRAÑO	Cálculos (fistula colecistoduodenal), parásitos (tenias, giardias, strongyloides) o cuerpos deglutidos

Olor del vomito:

El olor penetrante con características ácidas delata un origen estomacal, a diferencia de el de origen esofágico (acalasia, diverticulosis,...). La existencia de un olor fecal nos propone una cuádruple disyuntiva: obstrucción intestinal, fístula gastrocólica, isquemia intestinal u obstrucción pilórica (proliferación bacteriana).

Tiempo de evolución

El tiempo de evolución del vómito es un hecho fundamental que debemos recoger en la historia del paciente y nos puede dar una poderosa orientación hacia la etiología del síntoma. En la siguiente tabla se desarrollan algunas de la orígenes más frecuente del vómito en nuestro medio:

RELACIÓN EVOLUCION Y ORIGEN DEL VÓMITO	
AGUDA (horas o días)	<ul style="list-style-type: none">• Gastroenteritis aguda• Intoxicación por medicamentos, toxinas, venenos o infecciones.• Embarazo• Otros: Obstrucción intestinal, enfermedad ulcerosa, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, IAM,...
CRÓNICA (semanas o meses)	<ul style="list-style-type: none">• Procesos pseudooclusivos digestivos• Neoplasia de estómago y/o páncreas• Patología intracraneal• Alteración de la motilidad gastrointestinal (lesión del simpático, diabetes)

VII-EXAMEN FISICO

En la exploración física además del estado general del paciente, constantes habituales, habrá que incidir sobre su estado nutricional y de su hidratación, la existencia de ictericia , bocio, alteraciones neurológicas o existencia de crepitación a nivel pulmonar, que nos pueda orientar hacia una etiología.

En la inspección el abdomen puede estar distendido, pero salvo el caso de abdomen agudo suele estar blando y depresible. Un signo, que podemos detectar es la presencia de bazuqueo intestinal, consiste en sacudir el abdomen y se percibe un ruido de chapoteo similar al de una botella a medio llenar, se da cuando existen niveles hidroaéreos significativos. Cuando lo detectamos 5 horas después de la última comida es sugestivo de un retraso en el vaciamiento gástrico.

El siguiente paso sería determinar si existen ondas de contracción gástrica en pared abdominal, que nos sugiere estenosis pilórica, mientras su ausencia debe hacer pensar en atonía gástrica.

A la auscultación podemos detectar un sonido metálico responsable de un peristaltismo de lucha como fase inicial de una obstrucción intestinal.

También es preciso explorar la presencia de masas abdominales, hernias (precisando si son reductibles o no), organomegalias, peritonismo, etc.

VIII-EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Con frecuencia la anamnesis y la exploración física no permiten establecer un diagnóstico etiológico del vómito, por lo que se precisan estudios complementarios. En la mayoría de los casos los vómitos pueden ser controlados ambulatoriamente y no precisan, pruebas complementarias. Caso de que la anamnesis sugiera una patología de base más severa (infarto de miocardio, abdomen agudo, ingesta de tóxicos) o bien cuando pese a un tratamiento médico adecuado no exista respuesta clínica y/o se objetiven ya alteraciones clinicometabólicas, el paciente debe ser remitido a un centro hospitalario.

A continuación vamos a trazar en el siguiente esquema las pruebas analíticas y complementarias a realizar en pacientes con vómitos, en los dos niveles de asistencia: atención primaria y atención hospitalaria.

En los pacientes con vómitos de larga evolución la aproximación debe ser en principio idéntica a los vómitos de inicio agudo, variando las posibilidades diagnósticas, como ya hemos expresado en tablas precedentes. No hay que olvidar aún cuando existe una alta posibilidad de vómito psicógeno, es prioritario descartar la existencia de organicidad.

<i>Pruebas complementarias</i>	
<i>ATENCIÓN PRIMARIA</i>	Hemograma completo
	Glucemia, urea e iones en plasma
	Urea, iones, sedimento en orina
	Coprocultivo/parásitos-huevos en heces
	Test de embarazo
<i>ATENCIÓN HOSPITALARIA</i>	Amilasemia/amilasuria
	Gasometría arterial
	Hormonas tiroideas, cortisol basal y calcio
	Radiografía de tórax (dos planos) y abdomen en decúbito y bipedestación.
	ECG
	Ecografía abdominal
	Esófago-gastroduodenoscopia
	Estudios baritados de tubo digestivo.

IX-SINDROMES CLINICOS ESPECIALES

IX.A Vómitos en pediatría

Es un síntoma muy frecuente en la atención pediátrica, su significación clínica es muy variable desde un simple síntoma acompañante a ser el síntoma cardinal de alguna enfermedad.

La etiología hay que valorarse en función de la edad de inicio.

a) Neonato

-Causas extradigestivas:

Enfermedad metabólica: alteraciones del ciclo de la urea, del metabolismo o hiperplasia suprarrenal congénita.

Nefropatía (uropatía obstructiva o insuficiencia renal)

Enfermedad del SNC: hidrocefalia

Infección no intestinal: otitis, ITU, meningitis.

-Causas digestivas

Con signos de obstrucción: estenosis o atresias intestinales, malrotación, íleo meconial, enfermedad de Hirshsprung,...

Sin datos de obstrucción : mala técnica alimentaria, reflujo gastroesofágico, enterolitis necrotizante, alergia a proteínas de leche de vaca.

b) Lactante

- *Causas extradigestivas:*

Frecuente: infección no gastrointestinal: ORL, ITU

Poco frecuentes: enf. Del SNC (tumores, TCE,...), nefropatía, metabolopatía, sobredosificación de fármacos.

- *Causas digestivas:*

Sin datos de obstrucción: mala técnica alimentaria, infección (GEA), reflujo gastroesofágico, intolerancia a las proteínas de la leche de vaca y otras intolerancias como celiaquía, peritonitis o enfermedad péptica.

Con datos obstructivos: estenosis hipertrófica de píloro, invaginación, malrotación, duplicación intestinal, divertículo de Meckel, cuerpos extraños, áscaris o enf de Hirschsprung

c) Preescolar

-*Causas digestivas:*

Sin datos de obstrucción : GEA, toxinfeción, RGE, apendicitis, hepatitis.

Con datos de obstrucción: invaginación, otras malformaciones, bridas, vómitos.

-*Causas extradigestivas:* similar al grupo previo.

d) Escolar y adolescente

-*Causas digestivas:*

Sin datos de obstrucción: GEA, toxiinfeción, RGE, apendicitis, hepatitis, pancreatitis,...

Con datos de obstrucción: estenosis esofágica adquirida, vólvulo, divertículo de Meckel, hernia incarcerada, etc.

-Causas extradigestivas: a estas edades suele cortejarse con otros síntomas:

- Infecciosas: meningitis, cistitis, infecciones del área ORL
- Renales : insuficiencia renal, uropatía obstructiva.
- Neurológicas, tumores, edema cerebral, migraña, etc.
- Metabólicas: cetoacidosis diabética, síndrome de Reye, insuficiencia suprarrenal,...
- Tóxicos y fármacos: aspirina, ipecacuana, teofilina, digoxina.
- Otras: emesis psicógena embarazo.

En pediatría la actitud ante los vómitos goza de algunas particularidades:

1- se suele tomar una actitud sintomática, los antieméticos son en la mayoría de los casos inútiles y en ocasiones peligrosos.

Se trata de: valorar las posibles causas, instaurar un periodo de reposo y corregir los posibles trastornos hidroelectrolíticos asociados.

2- En la anamnesis hay que incidir en el adulto más en valorar el estado nutricional, y el grado de hidratación.

3- En cuanto a las complementarias suele dar poca información y se recurre menos a ella que en adultos, la radiografía de abdomen es útil para descartar patología quirúrgica: invaginación, estenosis hipertrófica de píloro,...El estudio ecografico aporta ciertos signos muy útiles en este tipo de patologías.

4- La prueba de tolerancia, esta indicada en:

- Lactantes o preescolares con riesgo de deshidratación antes del alta domiciliaria.
- Escolares con vómitos incoercibles, deshidratación leve o en espera de otra prueba complementaria por angustia familiar.

Se da de dos formas dependiendo si existe deshidratación :

- caso de deshidratación se tratará de realizar con solución de rehidratación oral, valorando rehidratación IV.
- Sin deshidratación se realiza la prueba con solución de mantenimiento o glucodulco.

5- Criterios de ingreso vienen determinados por:

- Afectación del estado general
- Imposibilidad de llevar a cabo el tratamiento y vigilancia por parte de la familia.
- Deshidratación importante a cualquier edad, o bien moderada que precise rehidratación IV.
- Fracaso de tolerancia
- Cualquier neonato con vómitos.

6- El tratamiento es fundamentalmente dietético que se estratifican en dos periodos uno de dieta hídrica de 3 a 12 horas con líquidos azucarados o tipo cola a temperatura neutra con escaso volumen y elevada frecuencia, al que seguirá un periodo de dieta de protección de 24 a 48 horas. El contenido de la dieta va a depender de las circunstancias del paciente:

- Niño mayor: similar al adulto, arroz blanco hervido, tostadas, caldos vegetales yogur, puré de patatas....
- Lactante mayor o niño pequeño: papilla de cereales, crema de arroz, puré de zanahorias, plátano.
- Lactante menor de 4 meses no amamantado: fórmula láctea diluida.
- Lactante amamantado: pecho.

IX.B Trastornos de la conducta alimentaria. Vómitos psicógenos

Se observan generalmente en mujeres jóvenes y suelen estar desencadenados por una alteración emocional.

La anamnesis suele ser muy típica, no obstante debemos resistirnos a filiarlo como tal hasta haber descartado razonablemente una causa orgánica. El vómito psicógeno presenta una serie de características especiales:

1. vómitos presente durante años de forma sea intermitente o crónica
2. Aparición inmediatamente después del inicio o del fin de la ingesta
3. Antecedentes familiares de vómito
4. No náusea asociada
5. Supresión voluntaria del vómito
6. No pérdida de apetito, salvo en anorexia nerviosa
7. Paciente delgado y ocasionalmente caquéticos
8. Suele ceder tras la hospitalización.

El capítulo de trastornos de la conducta alimentaria (F50 del CIE 10) da una serie de directrices a tener en cuenta frente a las dos situaciones psiquiátricas que cursan con vómitos: la anorexia nerviosa y la bulimia:

Síntomas: el paciente puede estar preocupado por episodios de atracones de comida o acciones para controlar el exceso de peso tales como vómitos autoinducidos, pastillas para adelgazar o uso abusivo de laxantes.

Pautas para el diagnóstico:

- Miedo irracional a estar obeso o a ganar peso
- Grandes esfuerzos para perder peso (dieta estrictas, vómitos, laxantes, ejercicio excesivo).
- Muchos enfermos niegan que sus hábitos alimentarios o su peso sean un problema.
- Los pacientes con anorexia nerviosa típica suelen:
 - Seguir dietas muy estrictas a pesar de tener muy poco peso
 - Tener una imagen distorsionada de su propio cuerpo
 - Tener amenorrea.
- Los pacientes con bulimia presentan normalmente:
 - Ingesta excesiva de alimentos (comiendo grandes cantidades de alimentos en pocas horas).
 - Laxantes (intentos de eliminar la comida por vómitos autoinducidos o por la utilización de diuréticos o laxantes).

El abordaje de estas enfermedades debe realizarse desde grupos terapéuticos debidamente adiestrados y deberá estar orientada a pacientes y familiares, se dará una información sobre la repercusión de las purgas y dietas tanto a corto como a largo plazo, se aplicarán dietas equilibradas y planificadas con terapia conductual para contrarrestar la tendencia al vómito o a los atracones de comida caso de bulimia.

En ocasiones puede ser necesaria la hospitalización para controlar las complicaciones médicas.

Los antidepresivos de acción serotoninérgica han sido, a veces, efectivos para controlar la ingesta excesiva de alimentos.

IX.C Vómitos en el embarazo

Es una entidad que aparece precozmente en la embarazada y que suele desaparecer tras el primer trimestre de gestación.

Son vómitos matutinos acompañados de náuseas y que por definición no tienen repercusión sistémica, si esta se produce hablamos de **hiperémesis gravídica**.

La etiología es desconocida, habiéndose sugerido la posibilidad de un cierto grado de insuficiencia suprarrenal en estas gestantes. Se ha observado una mayor incidencia de este síndrome en la mola hidatiforme en relación con situaciones de hipertiroidismo transitorio, derivados de elevadas concentraciones de HCG coriónica y tireotropina coriónica.

Son poco eficaces las drogas antieméticas y su tratamiento se orienta a prevenir y restablecer las consecuencias del vómito.

X- TRATAMIENTO

Por definición debe ser etiológico siempre que sea posible. Además

- A) En casos leves: Antieméticos y líquidos por vía oral
- B) En los casos graves: Ingresar al paciente, dieta absoluta, corregir trastornos hidroelectrolíticos y acidobásicos y valorar SNG de aspiración.

XI- DROGAS ANTIEMÉTICAS

Existen múltiples fármacos antieméticos con distintos mecanismos de acción, debiéndose valorar su uso en cada caso concreto.

a) Antihistamínicos:

- Difenhidramina
- Dimetildrinato

b) Fenotiazinas:

- Clorpromazina
- Prometazina

- c) Esteroides
 - Dexametasona
 - Metilprednisolona

- d) Anticolinérgicos
 - Escopolamina

- e) Butirofenonas
 - Haloperidol
 - Domeperidona

- f) Cannabinoides
 - Dronabinol
 - Nabilone

- g) Benzodiazepinas
 - Lorazepam
 - Alprazolam

- j) Benzaminas
 - Metoclopramina
 - Cisaprida.

- k) Antagonistas de la serotonina
 - Ondansetrón
 - Granisetrón.

Así por ejemplo, el vómito del embarazo sólo se tratará en casos severos, prefiriéndose la doxilamina, un antihistamínico H1 o metoclopramida que no se han demostrado efectos teratógenos.

La cinetosis y el vértigo, la escopolamina es más efectiva que los antihistamínicos, pero la incidencia de efectos secundarios es superior. Las fenotiazinas también son útiles en el síndrome vertiginoso y en el secundario a fármacos, hay que valorar reacciones distónicas.

En la migraña y los vómitos de origen hepatobiliar la metoclopramida es la más indicada.

En vómitos postoperatorio son útiles las ortopramidas solas (salvo cirugía gastro-intestinal u obstrucción intestinal), las fenotiazinas o los anti 5 HT3 son los ideales tras cirugía ginecológicas.

Los vómitos por quimioterapia y radioterapia hay que tratarlos en función de la agresividad, así la asociación de dexametasona con metoclopramida a altas dosis puede ir bien . Si es resistente a tratamiento debemos valorar tratamiento con antagonistas de la serotonina.

Llegados a éste punto, en cuanto a la terapia antiemética, no hay que olvidar el aserto de Celso:

“Es menester no ignorar que los medicamentos tomados en brebajes no siempre resulta útiles a los enfermos, y que habitualmente perjudican a las personas sanas”.

Figura 1. Relaciones entre el centro del vómito, la CTZ y las áreas gatillo periféricas

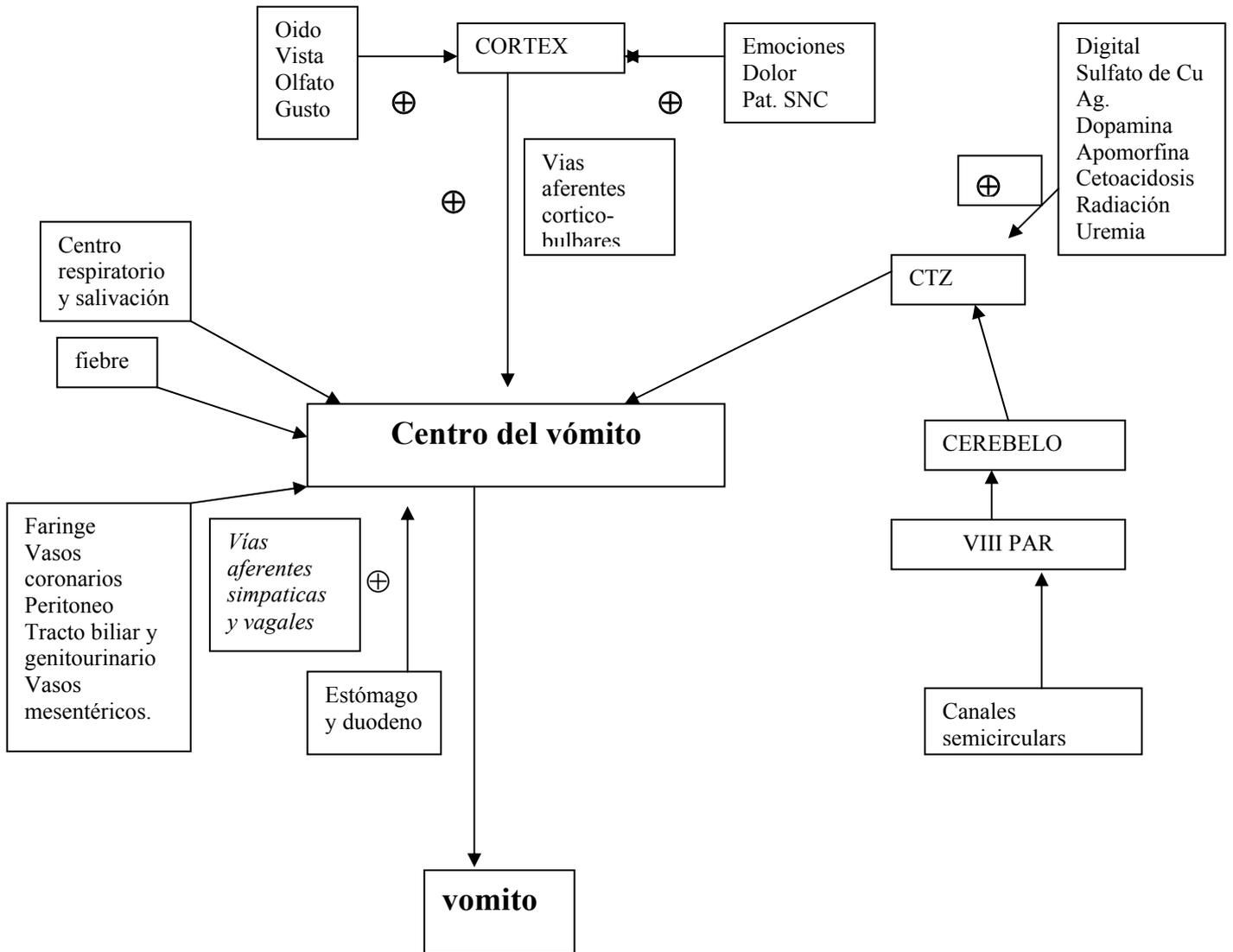


Figura 2. APROXIMACIÓN CLÍNICA AL VÓMITO.

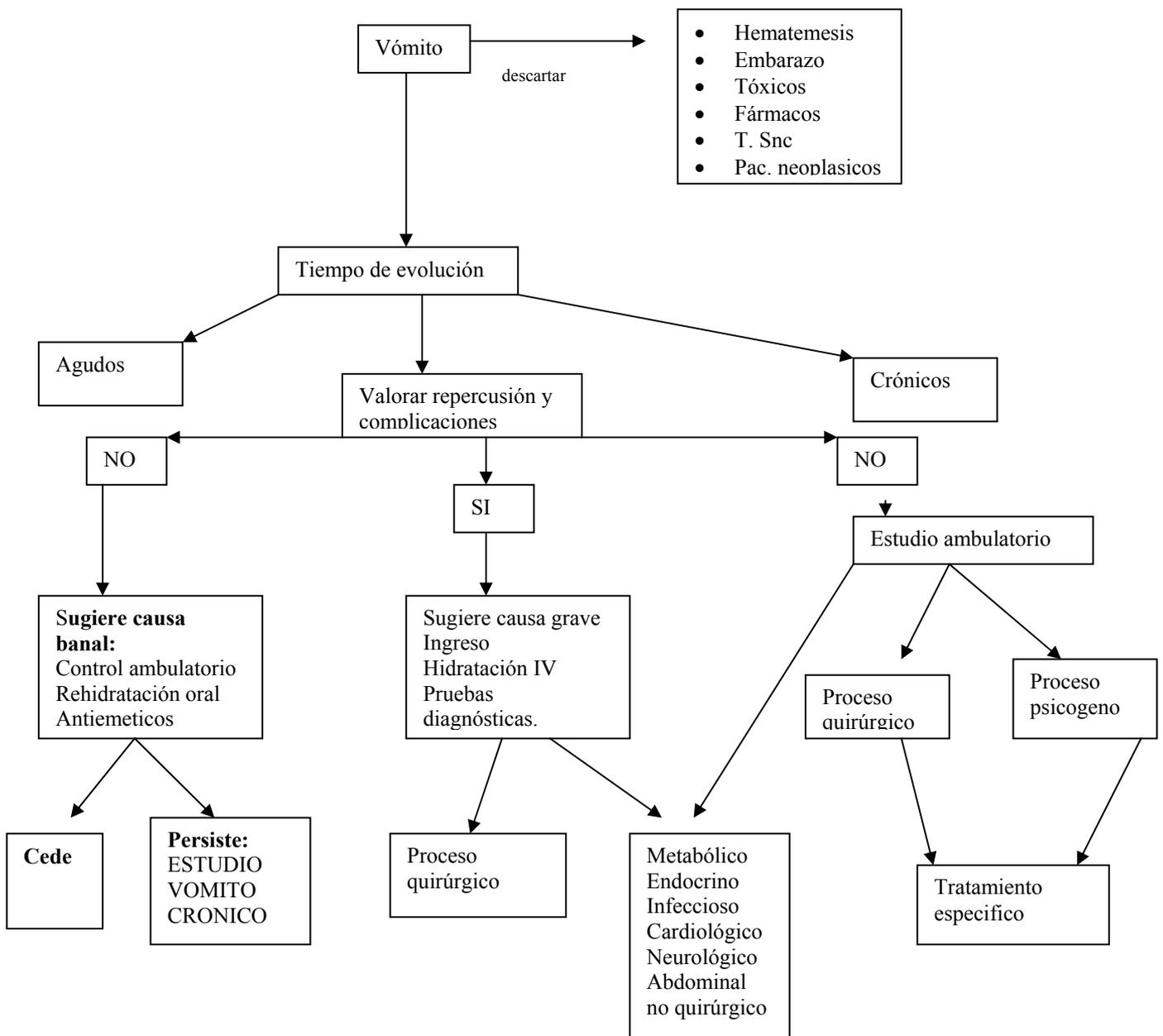


Tabla I.

ORIGEN DE LOS ESTÍMULOS DEL VOMITO

Estímulos regulados en la zona gatillo quimiorreceptora

- Uremica, cetoacidosis diabética
- Digital
- Morfina
- Radiación
- Agonistas de la dopamina
- Laberintitis
- Agentes antineoplásicos

Estímulos de origen cortical

- Patología intracraneal
- Sentidos del gusto, olfato y vista
- Influencias emocionales o psíquicas

Estímulos reflejos de origen periférico

- Antro-píloro
- Intestino delgado y grueso
- Faringe
- Corazón
- Peritoneo y vasos mesentéricos
- Eje biliar y pancreático.

BIBLIOGRAFIA

1. Marin Castro, A. Vómitos. En Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría de Antibióticos Farma.
2. Berdirhan Ustün. Trastornos de la conducta alimentaria F 50. En Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas Diagnosticas y de Actuación en Atención Primaria. CIE 10. Editado por Meditor. OMS.
3. Ponce J, Hinojosa. Vómitos. En “El médico frente al diagnóstico en patología digestiva”. Edit. Por dpto científico Glaxo. Ancora.
4. Leal JC, Castaños R. Aparato digestivo y metabolismo. Antiemeticos y procinéticos. En Medimecun. Guía de terapia farmacológica. De Adis Internacional.
5. Harrison: Principios de Medicina Interna 12ª edición. Iberoamericana-Mc Graw Hill. Madrid.1993
6. Berk E. Síntomas gastrointestinales Ed. Ancora. Barcelona 1992

CUESTIONARIO

1-Varón de 42 años alcohólico, que ingresó en el hospital por dolor abdominal y vómitos de dos días de evolución. A la exploración física mostraba TA 80/40 mmHg, 120 lpm y 38.2ª de fiebre con dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo. Analíticamente destaca 22000 leucocitos con neutrofilia, amilasa de 3200 u/l y creatinina de 2.4 mg/dl. En la Rx de abdomen se observaron imágenes compatibles con íleo paralítico. Una TC urgente con contraste, demostró necrosis pancreática del 50% y líquido peritoneal. Ante esta situación usted recomendaría las siguientes medidas excepto:

- a) Metamizol IV
- b) Segmentomía del tejido necrótico si se demuestra que existe infección tisular pancreática.
- c) Nutrición parenteral
- d) Profilaxis antibiótica con ceftriaxona.
- e) Ecografía diaria para valorar la progresión de la necrosis.

2-Paciente de 85 años, con cardiopatía isquémica y fibrilación auricular crónica en tratamiento con anticoagulantes orales, que viene a urgencias por un cuadro de epigastralgia irradiada a espalda e hipocondrio derecho, de 7 horas de evolución. Ha presentado náuseas y vómitos, sin otras alteraciones del tránsito. Temperatura de 38,5ª mantiene tensiones, hidratación y coloración normal de mucosas. A la palpación el enfermo manifiesta hipersensibilidad en hipocondrio derecho. En la analítica de sangre hay 15700 leucocitos/mm³ con neutrofilia y resto sin alteraciones. ¿Cuál sería la secuencia correcta de diagnóstico/tratamiento?.

- a) TC abdominal y cirugía urgente
- b) Mantener actitud expectante sin analgesicos durante 8 horas más para valorar una posible intervención quirúrgica.
- c) Ecografía abdominal + analgesia + antibióticos.
- d) CPRE + analgesia + espasmolíticos
- e) Ecografía previa a cirugía urgente.

3-Uno de los siguientes NO es un síntoma fundamental de la obstrucción intestinal.

- a) Vómito
- b) Ausencia de ruidos hidroaéreos
- c) Dolor abdominal tipo retortijón
- d) Estreñimiento
- e) Distensión abdominal.

4-Paciente de 73 años en lista de espera para colecistectomía por cólicos biliares de repetición que acude por cuadro de dolor cólico en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos . La exploración física es normal, sin hallazgos significativos en la exploración abdominal. La radiología simple de abdomen no muestra nada. Se inicia tratamiento secuencial con AINES y espasmolíticos con empeoramiento del cuadro con una leucocitosis límite, una bilirrubina de 2.6 y una amilasa de 2350. La actitud más correcta será:

- a) Ingreso + CPRE + papilotomía.
- b) Ingreso y tratamiento antibiótico
- c) Observación domiciliaria, se trata de una reacción pancreática.
- d) Iniciar tratamiento con morfínicos
- e) TAC abdominal + dieta absoluta + valoración por servicio de cirugía (descartar abdomen agudo)

5-La causa más frecuente de intususcepción en el adulto es:

- a) Es una enfermedad propia de la infancia y no existe en niños
- b) Obstrucción intestinal
- c) Metástasis
- d) Tumores benignos
- e) Tumores malignos.

6- ¿Qué tratamiento daría a un paciente que presenta distensión epigástrica, náuseas y arcadas, sin poder vomitar?

- a) Administrar ranitidina
- b) Colocar sonda nasogástrica.
- c) Remitir a cirugía para valorar vagotomía más antrectomía
- d) Reducir el saco herniario y hacer mecanismo antirreflujo.
- e) Ayuno hasta mejoría de los síntomas.

7-Paciente de 54 años que fue intervenido hace 9 meses por una perforación de úlcera gástrica, realizándosele un Billroth II. Acude a revisión refiriendo que uno 20 minutos después de las comidas presenta cuadro pseudosincopal con importante cortejo vegetativos y vómitos alimentarios, que acaban con una diarrea explosiva. Cuál es la actitud menos indicada

- a) Omeprazole
- b) Informarle que muy raramente precisará cirugía
- c) Convertir el Billroth II en Y de Roux
- d) Aconsejarle que aumente su frecuencia de comidas
- e) Gastrectomía subtotal para enlentecer el tránsito.

8-Niño de 4 años que acude a urgencias con cefalea intensa, vómitos y fiebre de 39.º de 12 horas de evolución. A la exploración objetivamos rigidez de nuca sin focalidad. Se realiza punción lumbar objetivándose LCR con 500 células por campo con predominio de PMN y glucosa de 30. Señala la falsa.

- a) La sordera neurosensorial es una complicación poco frecuente.
- b) La mayoría de los pacientes con meningitis desarrollan un SIADH
- c) En nuestra zona el agente más frecuente es el meningococo
- d) El haemophilus influenzae tipo b es el más frecuente en niños menores de dos años
- e) La meningitis bacteriana procede de una diseminación hematogena de los microorganismos

9-Paciente de 80 años diabético tipo 2 de larga evolución, fumador e hipertenso que es ingresado en el hospital por cuadro de hemiplejía izquierda y parálisis central derecha. Al cuarto día cuando se intenta alimentarlo el paciente presenta cuadro de dificultad para la deglución con regurgitación y cuadro de tos. ¿Qué sospecharía ante este cuadro?

- a) Probablemente presentará úlceras de Cushing y estenosis péptica
- b) El paciente presenta una esofagitis candidiásica que ha empeorado durante su ingreso
- c) Dado su edad y que es un fumador hay que sospechar una neoplasia esofágica
- d) Hay que hacer una endoscopia urgente pues probablemente la disfagia sea secundaria a la aspiración de un cuerpo extraño.
- e) Se trata de una disfagia de transferencia u orofaríngea.

10-Paciente de 65 años que acude a consulta por cuadro de disfagia progresiva y regurgitación recurrente. Se diagnostica de achalasia idiopática. Dos días después de terminar el estudio presenta un infarto inferior ¿Qué tratamiento sería el mas recomendable?

- a) dilatación con balón
- b) Verapamilo
- c) Nifedipina
- d) Esofagomiotomía
- e) Tratamiento endoscópico con laser.

11-Un paciente de 73 años con un síndrome de Parkinson de reciente comienzo tratado en consulta en espera de su cita con el neurólogo, comienza con vómitos incoercibles. Cuál sería la causa más probable:

- a) Disfagia de transferencia
- b) Es secundario al tratamiento dopaminérgico.
- c) Hay que remitir urgentemente al digestivo para descartar neoplasia esofágica.
- d) Se trata de una estenosis péptica.
- e) Es secundario a la evolución de una gastropatía por Parkinson.

12- Paciente de 68 años intervenido recientemente de cáncer de esófago que durante las 72 horas del postoperatorio presenta intenso dolor torácico y disnea tras episodios repetidos de arcadas y un vómito hemático autolimitado. Se avisa al neumólogo de guardia que objetiva pérdida de murmullo vesicular en hemitorax derecho objetivándose en la placa de tórax un hidroneumotórax del 40%. Se trata de

- a) Diseminación del tumor esofágico. Actitud expectante
- b) El paciente presenta una neumonía nosocomial con derrame pleural acompañante tras la intervención.
- c) Se realizará toracocentesis diagnóstica, en la que se objetivará pH inferior a 7 y amilasa elevada. Sugestivo de una dehiscencia de sutura.
- d) El paciente presenta un derrame pleural reactivo a la intervención realizada
- e) Con toda probabilidad se ha roto una bulla subpleural durante la ventilación invasiva.

13-Con respecto a la fisiopatología del vómito. Señalar la afirmación falsa:

- a) La zona gatillo quimiorreceptora en caso de ausencia de funcionamiento del centro del vomito es por si sola capaz de desencadenar el vómito.
- b) La zona gatillo quimiorreceptora es activada por estímulos farmacológicos o metabólicos.
- c) Se localiza en el IV ventrículo
- d) El centro del vomito se halla en la sustancia reticular
- e) Se cree que el neurotransmisor fundamental es la dopamina.

14- El un paciente con pérdida de conciencia y abundantes restos de vómitos, es prioritario:

- a) Valorar las consecuencias metabólicas.
- b) Controlar el nivel de conciencia
- c) Evaluar el grado de hidratación y nutrición.
- d) Conocer las constantes vitales
- e) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

15-Paciente de 55 años con cáncer de mama que la pasada semana ha iniciado tratamiento quimioterápico, presentando desde hace 48 horas vomitos alimentario y bilioso que no ceden a tratamiento con metoclopramida vo. Nuestra actitud podría ser:

- a) Metoclopramida IM cada 8 horas.
- b) Añadir tratamiento corticoideo.
- c) Iniciar tratamiento con butirofenonas
- d) Añadir benzodiazepinas
- f) Dejar a la paciente ingresada con alimentación parenteral.

16-Entre las complicaciones más frecuentes de los vómitos en adultos se encuentran:

- a) Acidosis metabólica, hipoclorémica e hipocaliémica
- b) Malnutricion.
- c) Ulcus esofagogastrico.
- d) Alcalosis metabólica hipoclorémica e hipocaliémica.
- e) Acidosis respiratoria compensadora.

17-La hiperemesis gravídica se caracteriza por:

- a) Los vómitos desaparecen al cuarto mes de gestación
- b) Son de predominio vespertino
- c) Son en “escopetazo”
- d) Se acompañan de alteraciones hidroelectrolíticas
- e) Se deben a la presión del utero gestante sobre la cavidad abdominal.

18- Si nos encontramos ante una joven de 18 años delgada que acude acompañada de la madre por náuseas y vómitos de varias semanas de evolución, postprandiales especialmente matutinos y amenorrea desde hace 3 meses. Nuestra actitud en el centro de salud debe ser, en primer lugar:

- a) Iniciar tratamiento antidepressivo y remitir a la unidad de salud mental
- b) Petición de prolactina.
- c) Realizar HCG en orina.
- d) Remitir al servicio de digestivo para descartar causa gastrointestinal.
- e) Prescribir metoclopramida y revisar en una semana.

19- Paciente alcohólico que es remitido por segunda vez a urgencias. En la primera ocasión acudió por hiperemesis y diarrea que se filió como gastroenteritis aguda en el contexto en un brote de salmonelosis. Tras iniciar tratamiento, acude de nuevo por cuadro de agitación severa, muy sudoroso, con disminución del nivel de conciencia, delirios y alucinaciones. ¿Cuál de las siguientes opciones le parece más correcta respecto al manejo de este paciente?

- a) Hospitalización inmediata, BZD, fluidoterapia y vitaminas del grupo B
- b) Hospitalización inmediata, antipsicóticos a altas dosis, fluidoterapia y vitaminas del grupo B.
- c) Hospitalización inmediata, anticonvulsivante no benzodiazepínico, fluidoterapia y vitaminas del grupo B
- d) Hospitalización inmediata, BZD y fluidoterapia
- e) Benzodiazepinas y remitir a domicilio.

20- El síntoma más característico de la anorexia nerviosa es:

- a) La amenorrea
- b) El vómito postprandial autoinducido
- c) La caquexia
- d) Tener una imagen distorsionada de su propio cuerpo
- e) El tomar dieta disociada.

21-Paciente de 55 años que acude por presentar hace dos semanas cuadro de cefalea frontal de carácter tensional y vómitos de predominio matutino sin acompañarse de náuseas. El paciente refiere que hace dos semanas presentó episodio de pérdida de fuerza en MSD que se autolimitó. Ante esta clínica, debemos:

- a) Remitir a digestivo para estudio
- b) Iniciar tratamiento con analgésicos y metoclopramida
- c) Realizar TAC craneal con contraste
- d) Iniciar rehidratación IV, pues todos los síntomas son propios de la deshidratación.
- e) Iniciar rehidratación vía oral.

22-Lactante de dos meses que acude por cuadro de vómitos de 48 horas de evolución que se acompaña de tos seca, sin fiebre, rigidez cervical ni estigmas cutáneos. La actitud será:

- a) Continuar con lactancia materna
- b) Iniciar tratamiento con metoclopramida y 3 horas después iniciar rehidratación oral con agua azucarada
- c) Ingreso hospitalario e iniciar tratamiento intravenoso dada su edad
- d) Ayuno de tres horas e iniciar hidratación oral
- e) Cambiar a leche artificiales, por el riesgo de tratarse de una intolerancia a leche materna.

23-Neonato de 27 días de vida que es traído a urgencias por pérdida de peso. Su parto fue eutócico siendo su talla, peso y demás características morfológicas normales. No presenta fiebre ni diarrea. Tan sólo presenta vómitos tras las tomas, siendo su contenido leche sin digerir. Así lleva unos 5-6 días. Su madre refiere que, pese a los vómitos, el niño presenta gran avidez por las tomas. Con respecto a la actitud frente al cuadro que presenta, debemos:

- a) Tranquilizar a la madre, pues es normal cierto grado de reflujo en la mayoría de los lactantes durante el primer año de vida.
- b) Prescribir una fórmula magistral antiemética, para ser administrada media hora antes de cada toma.
- c) Retirar la lactancia materna, pues se trata claramente de un caso de intolerancia a la leche materna.
- d) Procederemos al ingreso del paciente ante la sospecha de un cuadro de hipertensión intracraneal, realizando previamente punción lumbar.
- e) Realizaremos ecografía abdominal, pues lo más probable es que se trate de una estenosis hipertrófica de píloro. El niño recibirá hidratación y alimentación parenteral hasta la resolución definitiva del cuadro.

24- Paciente de 17 años en tratamiento con amoxicilina clavulánico por cuadro catarral, que desde ayer presenta cuadro de diarrea acuosa 7-8 episodios. La actitud más recomendable es:

- a) Cambiar a antibiótico de otro grupo.
- b) Pautar antidiarreicos
- c) Iniciar ayuno e hidratación oral progresiva, probablemente se trate de un cuadro viral con afectación respiratoria y digestiva.
- d) Retirar antibiótico
- e) Dejar amoxicilina sola y retirar clavulanico.

25- Paciente de 38 años alcohólico crónico que presenta cuadro de hiperemesis matutina de una semana de evolución con vómitos alimentario-bilioso y que esta mañana ha presentado episodio de vomito hemático con sangre roja Tacto rectal negativo para deposiciones melénicas. A su llegada a urgencias mantiene TA de 130/70 FC 85 y till-test negativo. El paciente presenta como primera probabilidad:

- a) HDA secundaria a ulcus péptico
- b) HDA secundaria a lesión aguda de mucosa gástrica
- c) Mallory Weiss
- d) Rotura de varices esofágicas
- e) Se trata de contenido alimentario, que el paciente ha confundido con sangre pues el tacto es negativo.

RESPUESTAS

1- e

2- c

3- b

4- a

5- d

6- a

7- e

8- a

9- e

10- c

11- b

12- c

13- a

14- e

15- b

16- d

17- d

18- c

19- a

20- d

21- c

22- a

23- e

24- e

25- c