

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

Vol.1 Núm. 2 2019

ISSN-L: 2695-2785

DOI: -

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

Luis Francisco Torres Pérez, Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Málaga. Presidente de la SAECC-ASADENCA. Enfermero Bloque de Calidad en Cuidados del Hospital Regional Universitario de Málaga. Miembro del grupo de investigación en Cuidados de Málaga IBIMA AE-20 INVESCUIDA

Mónica Rodríguez Bouza, Enfermera Servicio Provincial EPES Cádiz. Profesora Facultad de Enfermería UCA. Referente de Investigación de la SAECC-ASADENCA

Ana M^a Leal Valle, Enfermera Unidad de Medicina Interna Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Experta en lectura crítica.

Jesús Bujalance Hoyos, Enfermero Bloque de Calidad en Cuidados del Hospital Regional Universitario de Málaga. Responsable andaluz de la estrategia de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO). Miembro del grupo de investigación en Cuidados de Málaga IBIMA AE-20 INVESCUIDA

Cipriano Viñas Vera, Doctor en Enfermería por la Universidad de Málaga jefe del Bloque de Calidad en Cuidados del Hospital Regional Universitario de Málaga. IP del grupo de investigación en Cuidados de Málaga IBIMA AE-20 INVESCUIDA

M^a Ángeles García Ortega, Coordinadora Docente de la Formación de enfermeros internos residentes en Pediatría. Enfermera especialista en Cuidados Pediátricos. Jefa de Bloque de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Málaga (Hospital Regional de Málaga)

Resumen: En este artículo se realiza un abordaje de los vómitos en urgencias pediátricas centrandó el enfoque en la etiología. Para ello se valoran los signos y síntomas presentes así como la edad del niño y se relacionan con los posibles factores causales que han generado este cuadro clínico, para poder orientar la intervención terapéutica. Se han consultado estudios clínicos y estudios de revisiones sistemáticas actuales para la elaboración del artículo.

Palabras clave: Vómitos, Orientación Infantil.

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

MANAGEMENT OF VOMITING: INTERRELATION BETWEEN AGE, MODE OF PRESENTATION, AND SYMPTOMS

Abstract: The present article addresses vomiting in paediatric emergencies, focusing on aetiology. The signs and symptoms, as well as the age of the child are assessed and linked to the probable causal factors of this clinical feature in order to guide the therapeutic intervention. Clinical studies and current systematic reviews have been consulted for the preparation of this article.

Keywords: Vomiting, Child Guidance.

GESTÃO DOS VÓMITOS: INTER-RELAÇÃO ENTRE A IDADE, O MODO DE APRESENTAÇÃO E A SINTOMATOLOGIA

Resumo: Neste artigo, é feita uma abordagem dos vómitos nas urgências pediátricas centrando a abordagem na etiologia. Para este efeito, são avaliados os sinais e sintomas presentes, assim como a idade da criança e é feita uma associação com os possíveis fatores causais que geraram o quadro clínico, para poder orientar a intervenção terapêutica. Foram consultados estudos clínicos e estudos de revisões sistemáticas atuais para a elaboração do artigo.

Palavras-chave: Vómitos, orientação infantil.

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

VÓMITOS

Los vómitos son un síntoma muy frecuente en el manejo de la población infantil, determinar su relación con procesos potencialmente peligrosos, su diagnóstico y tratamiento depende, tanto de la edad del paciente, como de la forma de presentación. La etiología se reparte en tres dimensiones referidas en la Figura 1. Interrelación entre la edad, el modo de presentación y la sintomatología.

En este cuadro clínico es determinante la valoración de la repercusión sobre el estado general -decaimiento, somnolencia, palidez - y el metabolismo hidroelectrolítico. Por lo general el niño acude en situación estable y podemos pasar a realizar una anamnesis y exploración inicial centrada en:

- Presencia de fiebre
- Síntomas digestivos y patrón intestinal: nauseas, vómitos y presencia de diarrea
- Patrón de actividad: apetito, sueño, juego y reactividad
- Presencia de sed y signos de deshidratación: signo del pliegue, depresión de la fontanela
- Patrón respiratorio: frecuencia y profundidad de la respiración (alteración del pH) (Shields & Lightdale, 2018)

Figura 1. Interrelación entre la edad, el modo de presentación y la sintomatología



Fuente: Shields & Lightdale, 2018

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

ENFOQUE ETIOLÓGICO

La etiología del vómito (y las náuseas) para facilitar un abordaje preciso y rápido en función de las variables que se recogen en la Tabla 1. Patrón por edades.

Tabla 1. Patrón por edades

| PATRÓN | NEONATO | 1-12 meses | 1-4 años | 5-11 años | 12-14+ años |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|---------------------------------------|
| AGUDO | Intolerancia nutricional | Cuerpo extraño | Cuerpo extraño | Apendicitis | Coledocolitiasis |
| | Enfermedad de Hirschprung | Intolerancia nutricional | Laringitis | Cetoacidosis diabética | Cetoacidosis diabética |
| | Intoxicación medicamentosa | Intoxicación medicamentosa | Intoxicación medicamentosa | Intoxicación medicamentosa | Intoxicación medicamentosa/drogas |
| | Sepsis | Incremento de la PIC | Ingestión de tóxicos | Pancreatitis | |
| | Meningitis | Otitis media | Otitis media | Otitis media | |
| | Estenosis pilórica | ITU. Enfermedad renal | Constipación | | |
| | Alteración de la vía biliar | Intususcepción | ITU | | |
| | Atresia intestinal | GEA | GEA | | |
| | | Ingestión de tóxicos | | | |
| | | Alteración de la vía biliar | | | |
| | Pancreatitis | | | | |
| | Rumiación | | | | |
| CRÓNICA | Crisis suprarrenal | GERD | Enfermedad celíaca | Enfermedad celíaca | Bezoar |
| | GERD | | Esofagitis eosinofílica | Esofagitis eosinofílica | Embarazo |
| | Enfermedad de Hirschprung | | | Gastritis (con o sin <i>H. pylori</i>) | Adicción a drogas (THC) |
| | Alteración de la vía biliar | | | Gastroparesis | |
| | Atresia intestinal | | | Úlcera péptica | |
| CÍCLICA | Crisis suprarrenal | Crisis suprarrenal | Crisis suprarrenal | Síndrome de vómitos cíclicos | Dolor abdominal crónico recurrente |
| | Metabolopatía | Intususcepción | Constipación | Obstrucción urinaria | Uso de drogas (THC) |
| | Malrotación con vólvulo | Malrotación con vólvulo | | | Síndrome de vómitos cíclicos |
| | | | | | Trastorno del hábito alimentario |
| | | | | | Síndrome arteria mesentérica superior |

* ITU: Infección del tracto urinario / PIC: Presión intracraneal / GEA: gastroenteritis aguda / GERD: Enfermedad por reflujo gastroesofágico / THC: tetrahidro-cannabinol.

Fuente: Di Lorenzo C. Approach to the infant or child with nausea and vomiting Up to Date 2019 y Shields & Lightdale, 2018 (traducido por los autores)

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

Hay que señalar que las erosiones del esmalte pueden ser un signo precoz de trastornos del hábito alimentario (anorexia, bulimia) en pacientes incluso de edad infantil (Uhlen, Tveit, Refsholt Stenhagen, & Mulic, 2014)

ORIENTACIÓN CLÍNICA EN BASE A LOS RESULTADOS DE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN

Lo primero es averiguar si se trata de un niño sano o si padece alguna enfermedad. Se investigará el ambiente epidemiológico (GEA, intoxicación alimenticia) y se tendrán en cuenta los antecedentes de traumatismo craneal o abdominal (hematoma duodenal). La ingestión de un tóxico es más probable en niños de 1-5 años y adolescentes que consultan por vómitos acompañados de cambios en el nivel de conciencia, ataxia y ante síndromes multiorgánicos o “extraños”; más aún si existen antecedentes de pica, ingestión accidental o provocada. El polihidramnios es un antecedente frecuente en los neonatos con obstrucción intestinal congénita (Shields & Lightdale, 2018), ver Tabla 2. Orientación clínica 1. se estructura un resumen estructurado.

Tabla 2. Orientación clínica 1

| SÍNTOMAS | ORIENTACIÓN CLÍNICA |
|--|--|
| | HISTORIA |
| Antecedentes de vómitos o diarrea en personas del entorno | GEA |
| Inicio brusco del cuadro (náuseas, vómitos, diarrea) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastroenteritis viral ▪ Cuadro infeccioso (Sepsis, enteritis/colitis, apendicitis) ▪ Enfermedad de Hirschprung asociada a enterocolitis |
| Vómitos por la mañana | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo ▪ Aumento de PIC ▪ Síndrome de vómitos cíclicos |
| Vómitos sin náusea (en escopeta) | Incremento de la PIC |
| Vómitos biliosos | Obliga a una valoración inmediata para descartar una obstrucción intestinal distal al ángulo de Treitz. Los vómitos no biliosos se asocian con menor frecuencia a una obstrucción del aparato digestivo. Si se detectan heces es muy probable una obstrucción distal (I. Grueso) |
| Vómitos con sangre | Suele proceder de vías respiratorias superiores. Otras veces es secundario a síndrome de Mallory Weiss, gastritis por antiinflamatorios, etc. |
| Vómito sin esfuerzo | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflujo ▪ Rumiación |
| Episodios periódicos de vómitos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome de vómitos cíclicos ▪ Problemas metabólicos. Incluida la Porfiria ▪ Migraña (antecedentes familiares) ▪ Proceso oncológicos ▪ Disfunción familiar |
| Vómitos relacionadas con la ingesta de alimentos | |

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

| | |
|--|---|
| Vómitos a los pocos minutos y hasta 2 horas después de comer, usualmente acompañados de rash cutáneo o síntomas respiratorios | Alergia alimentaria |
| Cuadro subagudo con diarrea | Enteropatía secundaria a intolerancia nutricional |
| Secundario a la introducción de lactosa | Galactosemia |
| Secundario a la introducción de fructosa/sacarosa | Intolerancia hereditaria a la fructosa |
| Indigestión con vómitos | Achalasia |

Fuente: Shields & Lightdale, 2018

Los vómitos son muy inespecíficos en la infancia y pueden ser provocados por diversas enfermedades. Una vez que hemos evaluado el grado de afectación del estado general lo prioritario es descartar las causas más graves de vómitos en la infancia: abdomen quirúrgico, patología abdominal grave no quirúrgica, infección o hipertensión intracraneal, sepsis y trastorno metabólico grave (Hyams et al., 2016), Ver Tabla 3. Orientación clínica 2, donde se orienta al clínico para identificar estos cuadros.

Tabla 3. Orientación clínica 2

| EXPLORACIÓN | ORIENTACIÓN CLÍNICA |
|---|---|
| | HISTORIA |
| Marcada distensión abdominal, asas intestinales visibles, vómitos biliosos, ausencia de movimientos intestinales o borborigmos, flatulencia, heces malolientes | Obstrucción intestinal |
| Hepatoesplenomegalia, ictericia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hepatitis ▪ Infección viral (ej. Mononucleosis) ▪ Desorden metabólicos ▪ Epigastrio: Pancreatitis, úlcera péptica, gastritis |
| Ataxia, vértigos, nistagmos | Afección vestibular o ataxia cerebral aguda |
| Papiledema | Aumento PIC |
| Ambigüedad genital | Hiperplasia adrenal congénita o crisis adrenal |
| Olor extraño (fetor) | Problema metabólico |
| Parotiditis | Bulimia |

Fuente: Hyams et al., 2016

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

UTILIDAD DE ALGUNAS PRUEBAS DE LABORATORIO

La evidencia señala algunas pruebas de fácil interpretación y que no requieren recursos complejos, que pueden orientar el abordaje diagnóstico-terapéutico, y que se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 4. Utilidades pruebas de laboratorio

| ESTUDIO | ORIENTACIÓN CLÍNICA |
|------------------------------------|---|
| Recuento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia y ferropenia se asocian con la enfermedad inflamatoria intestinal, la úlcera y gastritis. ▪ La leucocitosis se relaciona con las infecciones bacterianas. |
| Electrolitos, Urea/creatina | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las alteraciones electrolíticas se relacionan con la estenosis pilórica, alteraciones metabólicas e insuficiencia suprarrenal. ▪ La elevación de urea y creatinina orienta hacia los trastornos renales. |
| Función hepática | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación de las transaminasas orienta hacia la patología vesicular. |
| Cuerpos cetónicos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos metabólicos: diabetes, galactosemia. ▪ Ayuno prolongado. |

Fuente: Shields & Lightdale, 2018

ENFOQUE TERAPÉUTICO

Más allá del enfoque etiológico, primordial, el manejo del síntoma suele centrar el tratamiento en el escenario de la atención en la comunidad.

Sin evidencia de gravedad la mejoría en el cuadro se consigue con el reposo intestinal y el mantenimiento de un nivel adecuado de hidratación, los pilares básicos del manejo de la GEA son: la rehidratación oral y la alimentación precoz. En el caso de los lactantes, con lactantes con el mantenimiento de esta, y en el resto asegurando un aporte hidroelectrolítico acorde con las pérdidas y no forzando una ingesta precoz (Shields & Lightdale, 2018)

Junto a ello el uso de antieméticos favorece una evolución positiva de los cuadros más agudos. Hay numerosos fármacos y regímenes terapéuticos en función de la edad, la características del medicamento y el cuadro que se aborda (Hyams et al., 2016),(Phillips et al., 2010).

Se resume en la siguiente tabla, Tabla 5. Fármacos de uso más frecuentes, los fármacos de uso más frecuentes y con mayor evidencia en su uso tanto nivel clínico como de seguridad, indicando las complicaciones o recomendaciones asociadas al escenario pediátrico (Frelich et al., 2018), (Tomasik, Ziólkowska, Kołodziej, & Szajewska, 2016)

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

Tabla 5. Fármacos de uso más frecuentes

| MEDICACIÓN | DOSIS | GRUPO / RECEPTOR | OBSERVACIONES |
|-----------------------|--|---|---|
| Ondansetron | 0,3-0,4 mg/Kg por dosis, cada 4-6h | Antagonista Serotonina / 5-HT ₃ | Puede provocar diarrea |
| Granisetron | 40 µg/Kg por dosis, cada 12h | Antagonista Serotonina / 5-HT ₃ | |
| Jengibre | 250mg, cada 8h | Antagonista Serotonina | Se desconoce de mecanismo de acción |
| Amitriptilina | 0,25 mg/Kg, dosis/día (máx. 1mg/kg diario) | Antidepresivo / Serotonina | Incrementa el riesgo de arritmias |
| Eritromicina | 0,5 mg/Kg por dosis, cada 6h | Procinético | Puede incrementar el riesgo de estenosis pilórica en niños |
| Ciproheptadina | 0,25-0,5 mg/Kg, dosis/día | Antihistamínico / H ₁ | Estimula el apetito |
| Difenhidramina | 5mg/Kg, dosis/día (dividida en 3-4 tomas) | Antihistamínico / H ₁ , D ₂ | |
| Prometazina | 5-10 mg/Kg, cada 4-6h (≥ 40Kg) | Antagonista Dopamina / D ₂ | Contraindicado para menores de 2 años por riesgo de depresión respiratoria. |
| Metociopramida | 0,1 – 0,2 mg/Kg por dosis, cada 4-6h | Antagonista Dopamina / D ₂ | Incrementa el riesgo de discinesias (extrapiramidalismo) |
| Aprepitant | Niños de 6-30Kg: 1º día, 3 mg/kg. 2º y 3º día 2mg/kg. Niños >30Kg: 1º día 125mg. 2º y 3º día 80mg | Neurocininas (central) / NK ₁ | Vómito 2º a tratamiento oncológico. Puede causar vértigos y fatiga- Debe ser un tratamiento de corta duración |

Fuente: Shields & Lightdale, 2018

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frelich, M., Divák, J., Vodička, V., Masárová, M., Jor, O., & Gál, R. (2018). Dexamethasone Reduces the Incidence of Postoperative Nausea and Vomiting in Children Undergoing Endoscopic Adenoidectomy under General Anesthesia Without Increasing the Risk of Postoperative Hemorrhage. *Medical Science Monitor*, 24, 8430–8438. <https://doi.org/10.12659/MSM.911231>
- Hyams, J. S., Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R. J., Staiano, A., & Van Tilburg, M. (2016). Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology*, 150(6), 1456-1468.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>
- Phillips, R. S., Gopaul, S., Gibson, F., Houghton, E., Craig, J. V, Light, K., & Pizer, B. (2010). Antiemetic medication for prevention and treatment of chemotherapy induced nausea and vomiting in childhood. In R. S. Phillips (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007786.pub2>
- Shields, T. M., & Lightdale, J. R. (2018). Vomiting in Children. *Pediatrics in Review*, 39(7), 342–358. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0053>
- Tomasik, E., Ziółkowska, E., Kołodziej, M., & Szajewska, H. (2016, September). Systematic review with meta-analysis: ondansetron for vomiting in children with acute gastroenteritis. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, Vol. 44, pp. 438–446. <https://doi.org/10.1111/apt.13728>
- Uhlen, M.-M., Tveit, A. B., Refsholt Stenhagen, K., & Mulic, A. (2014). Self-induced vomiting and dental erosion – a clinical study. *BMC Oral Health*, 14(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-92>

MANEJO DE LOS VÓMITOS: INTERRELACIÓN ENTRE LA EDAD, EL MODO DE PRESENTACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA

RINSAD

La Revista Infancia y Salud (RINSAD), ISSN-L: 2695-2785, surge de la colaboración entre administraciones Portugal, Galicia, Castilla y León, Extremadura y Andalucía dentro del proyecto [Interreg España-Portugal RISCAR](#) y tiene como objetivo la divulgación de artículos científica relacionados con la salud infantil, aportando a los investigadores y profesionales de la materia una base científica donde conocer los avances en sus respectivos campos.

El proyecto RISCAR está cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020, con un presupuesto total de 649.699 €.

Revista fruto del proyecto [Interreg España - Portugal RISCAR](#) con la [Universidad de Cádiz](#) y el [Departamento Enfermería y Fisioterapia del Universidad de Cádiz](#).

Las obra publicadas en la revista RINSAD están bajo licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-ShareALike 4.0 Internacional](#).