

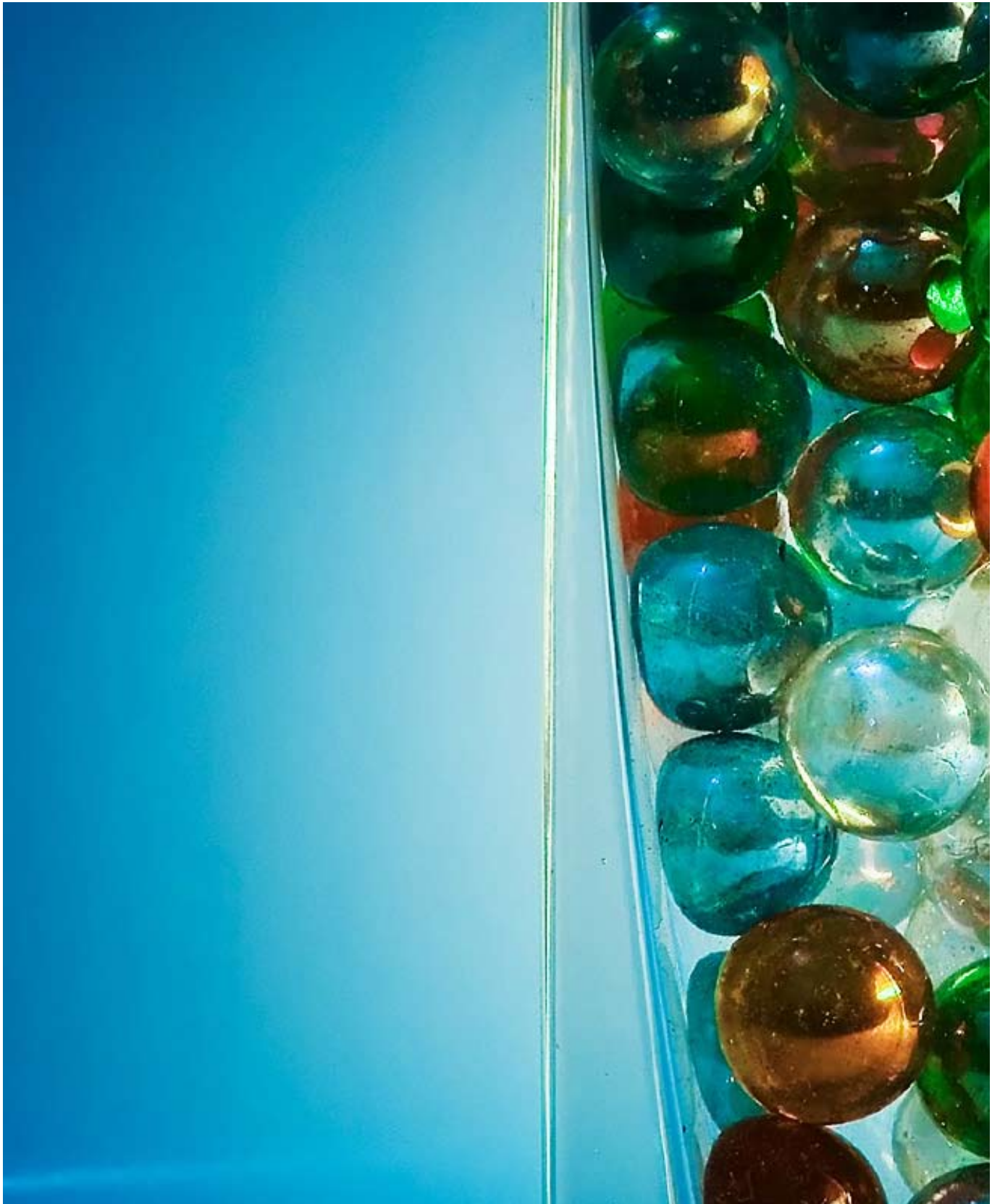


Libros
Virtuales
IntraMed



IntraMed

www.intramed.net



NÁUSEAS Y VÓMITOS

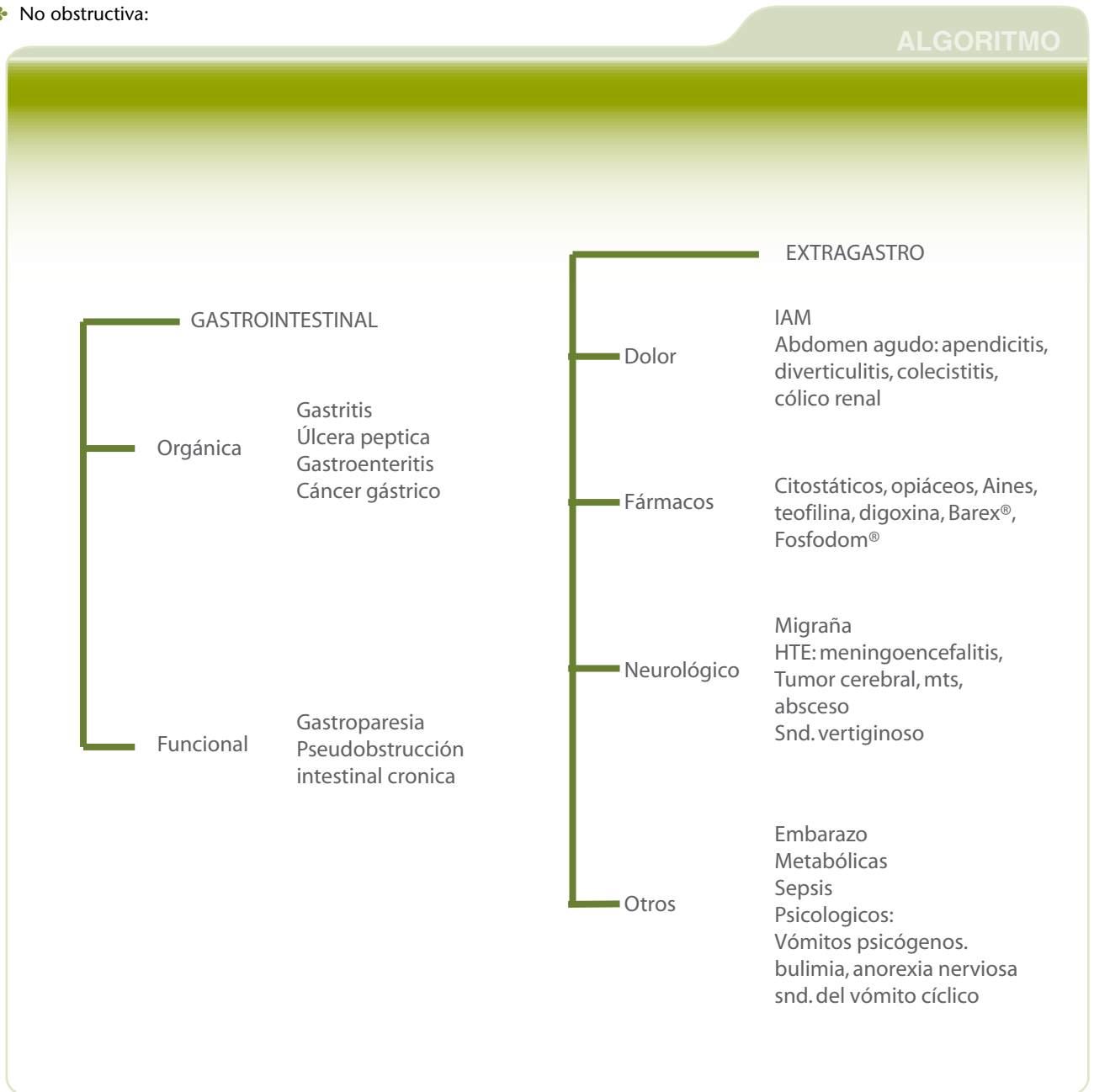
Náusea: sensación desagradable de vómito inminente.

Vómito: expulsión energética, repetida y retrógrada del contenido gástrico hacia la boca asociado a contracción de los músculos de la pared abdominal, diafragma y laringe.

Causas:

- ❖ Obstrucciona: obstrucción a nivel del píloro, intestino delgado o colon.
- ❖ No obstrucciona:

ALGORITMO



Preguntas claves ante un paciente con vómitos

1. Duración: si es agudo descartar causas que representan una urgencia como por ejemplo: abdomen agudo quirúrgico (obstrucciona o inflamatorio), sepsis, hipertensión endocra-

neana, si lleva más de un mes de evolución sin repercusión general pensar en vómitos psicógenos o funcionales.

2. Hay síntomas de obstrucción intestinal: dolor, distensión, detención del tránsito y vómitos ?

3. Contenido:

- ❖ Alimentos más de 24 hs de ingeridos: snd. pilórico, gastroparesia.
- ❖ Biliario: descarta la obstrucción pilórica
- ❖ Abundante moco: irritación de mucosa gástrica
- ❖ Fecaloide: obstrucción intestinal

4. Relación cronológica entre el vómito y las comidas:

si ocurre durante la comida o inmediatamente al terminar: vómito psicógeno, si ocurre varias horas después: Síndrome pilórico o gastroparesia.

5. Alivia el dolor ?: SI: origen gástrico, NO: origen no gástrico.

6. Medicamentos que ingiere y relación cronológica entre la administración del medicamento y la aparición de los vómitos.

7. FUM (fecha de última menstruación)

Orientación diagnóstica en base a síntomas asociados y antecedentes

- ❖ Vómitos + dolor + distensión abdomen agudo obstructivo
- ❖ Epigastria + melena + vómito con sangre: úlcera péptica, cáncer gástrico (realizar endoscopia alta)
- ❖ Vómitos + disfagia intermitente + constipación severa de largo tiempo de evolución pseudo obstrucción intestinal crónica
- ❖ Vómitos + dolor abdominal agudo + fiebre + signos de peritonismo abdomen agudo inflamatorio: análisis de laboratorio, RX de abdomen de pie y acostado +/- ecografía abdominal +/- TAC de abdomen.
- ❖ Vómitos + signos y síntomas neurológicos: cefalea, alteración de conciencia, signo de foco motor: Hipertensión endocraneana: análisis de laboratorio, punción lumbar, TAC o RMN de encéfalo.
- ❖ Vómitos + foco infeccioso: sepsis
- ❖ Vómitos + atraso menstrual, embarazo: solicitar subunidad de GCH.

Vómitos psicógenos:

Lleva más de 30 días de evolución, pueden ser continuos o intermitentes, se acompaña de síntomas de ansiedad o depresión, ocurren durante la comida o inmediatamente al finalizar, apetito conservado, no tiene náuseas, puede abolir los vómitos, no presenta signos de alarma y los estudios complementarios son normales.

Vómitos + episodios de ingesta voraz + alteración de la imagen corporal bulimia

Síndrome de vómitos cíclicos:

Episodios de náuseas y vómitos de gran intensidad que pueden durar desde hs. a varios días separados por intervalos libres de síntomas, generalmente los pacientes presentan de 6 a 20 episodios por año, pueden presentar migraña cefálica o migraña abdominal.

Cuadro clínico: presenta cuatro fases:

- ❖ 1. Fase inter episódica: libre de síntomas.
- ❖ 2. Fase prodrómica: anorexia, letargia, palidez, náuseas, a veces una aura visual.
- ❖ 3. Fase de vómitos: náuseas, vómitos y arcadas, son incapacitantes, promedio de 11 vómitos por hora y una duración de 24 hs.
- ❖ 4. Fase de recuperación: El 68 a 80% de los ataques están asociados a mecanismos disparadores: infección en un 41%, estrés psicológico 34%, estrés físico 18%, sueño inadecuado, dieta (chocolate, queso, gluconato monosódico), periodo postmenorrea.

Criterios diagnósticos de ROMA III

Episodios de vómitos en los últimos 3 meses con inicio al menos en los últimos 6 meses:

- ❖ Episodios de vómitos que duran menos de una semana.
- ❖ 3 o más episodios por año.
- ❖ Ausencia de náuseas y vómitos entre los episodios.
- ❖ Ausencia de alteraciones metabólicas, gastrointestinales, neurológicas y bioquímicas.
- ❖ Criterios de soporte: historia personal o familiar de migraña.

Tratamiento:

El tratamiento se aplica de acuerdo a la fase en que se encuentra el paciente:

1. Fase inter episódica: tratamiento preventivo, se puede probar con propanolol, amitriptilina, ciproheptadina, sumatriptan.

2. Fase prodrómica: tratamiento para abortar el episodio de vómito, se puede usar ondasetron +/- prometazina, Bena-dryl®, se puede agregar una benzodiazepina.

3. Fase de vómitos: colocar una vía EV, corregir los trastornos hidroelectrolíticos, administrar ondasetron + lorazepam EV, si no mejora sedar al paciente con clorpromacina + Bena-dryl®.

GASTROPARESIA:

Cuadro clínico producido por un retraso del vaciamiento gástrico en ausencia de una obstrucción mecánica.

Manifestaciones clínicas: náuseas, vómitos, saciedad precoz, plenitud postprandial, con menor frecuencia distensión abdominal, pirosis, formación de bezoares (concreción organizada de residuos de alimentos no digeridos).

Causa más frecuentes:

- ❖ Idiopática
- ❖ Diabetes
- ❖ Post cirugía gástrica
- ❖ Enfermedad de Parkinson
- ❖ Colagenopatías
- ❖ Pseudo obstrucción intestinal crónica
- ❖ Misceláneas

Diagnóstico de gastroparesia:

- ❖ Centellografía
- ❖ Manometría antro duodenal
- ❖ Electrogastrografía

1. Centellografía de vaciamiento gástrico de fase sólida:

se le da al paciente un alimento constituido por tostadas, mermelada y huevo mezclados con TC 99. El diagnóstico se hace cuando la retención gástrica es > 60% a las 2 hs y > 10% a las 4 hs.

2. Manometría antroduodenal: en la gastroparesia se pierde el patrón normal del complejo motor migratorio, hay reducción de las contracciones antrales y en ocasiones espasmo del píloro. Por otro lado permite descartar compromiso miopático o neuropático del intestino delgado.

3. Electrogastrografía: mide la actividad de las ondas lentas a través de electrodos colocados sobre la piel. El patrón de ondas normal consiste en 3 ciclos por minuto con aumento de la amplitud de las ondas luego de la ingesta de nutrientes o agua. Se considera disritmia cuando el trazado está alterado durante más del 30% de registro EGG.

4. Disritmias gástricas :

- ▶ · Taquigastria : > 4 ciclos/ minuto
- ▶ · Bradigastria : < 2 ciclos /minuto
- ▶ · Falta de aumento de la amplitud de las ondas luego de la ingesta de alimentos.

Tratamiento:

Se ha propuesto una clasificación basada en la severidad de los síntomas para orientar la elección del tratamiento.

- ❖ Gastroparesia leve: síntomas intermitentes, fácilmente controlables, mantiene el peso y el estado nutricional. Se trata con dieta evitando alimentos que retrasan el vaciamiento gástrico.
- ❖ Gastroparesia compensada: síntomas moderados, continuos, con exacerbaciones infrecuentes que requieren internación. El tratamiento incluye dieta y proquinéticos +/- antieméticos.
- ❖ Falla gástrica: síntomas severos, no responden a la medicación, no pueden mantener el estado nutricional, requieren internaciones frecuentes. El tratamiento comprende hidratación EV, proquinéticos y antieméticos endovenosos, nutrición enteral o parenteral y a veces tratamiento endoscópico o quirúrgico.
- ❖ Dieta: ingerir varias comidas al día de pequeño volumen, consistencia líquida o blanda, evitar comidas ricas en fibra y en grasas. En pacientes diabéticos controlar bien la glucemia para evitar el efecto inhibitorio de la hiperglucemia sobre el vaciamiento gástrico.
- ❖ Proquinéticos:
 - ▶ Metoclopramida: administrar 10 a 30 mg, 30 minutos antes de las comidas y al acostarse. Puede administrarse por vía oral, EV, O sublingual.
 - ▶ Domperidona: 10 a 30 mg, 30 minutos antes de las comidas y al acostarse.
 - ▶ Eritromicina: 250 mg 3 veces por día, vía oral o EV.
 - ▶ Antieméticos: no tienen actividad proquinética, actúan uniéndose a receptores y antagonizando la función de receptores dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos 5HT3 localizados en la zona quimiorreceptora gatillo del bulbo.
 - ▶ Fenotiazinas: proclormetacina, clorpromacina, trifluoroperazina, ondasetron.
 - ▶ Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina, nortriptilina.
 - ▶ Los antieméticos son usados principalmente para profilaxis y tratamiento de las náuseas producidas por neoplasias, radiación, citostáticos, opiáceos y anestésicos generales.
- ❖ Tratamiento endoscópico: inyectar 150 a 200 unidades de toxina botulínica en el píloro.
- ❖ Tratamiento quirúrgico: existen diferentes técnicas, su eficacia para controlar los síntomas es del 30 a 50%
 - ▶ Colocación de un neuroestimulador gástrico implantable.

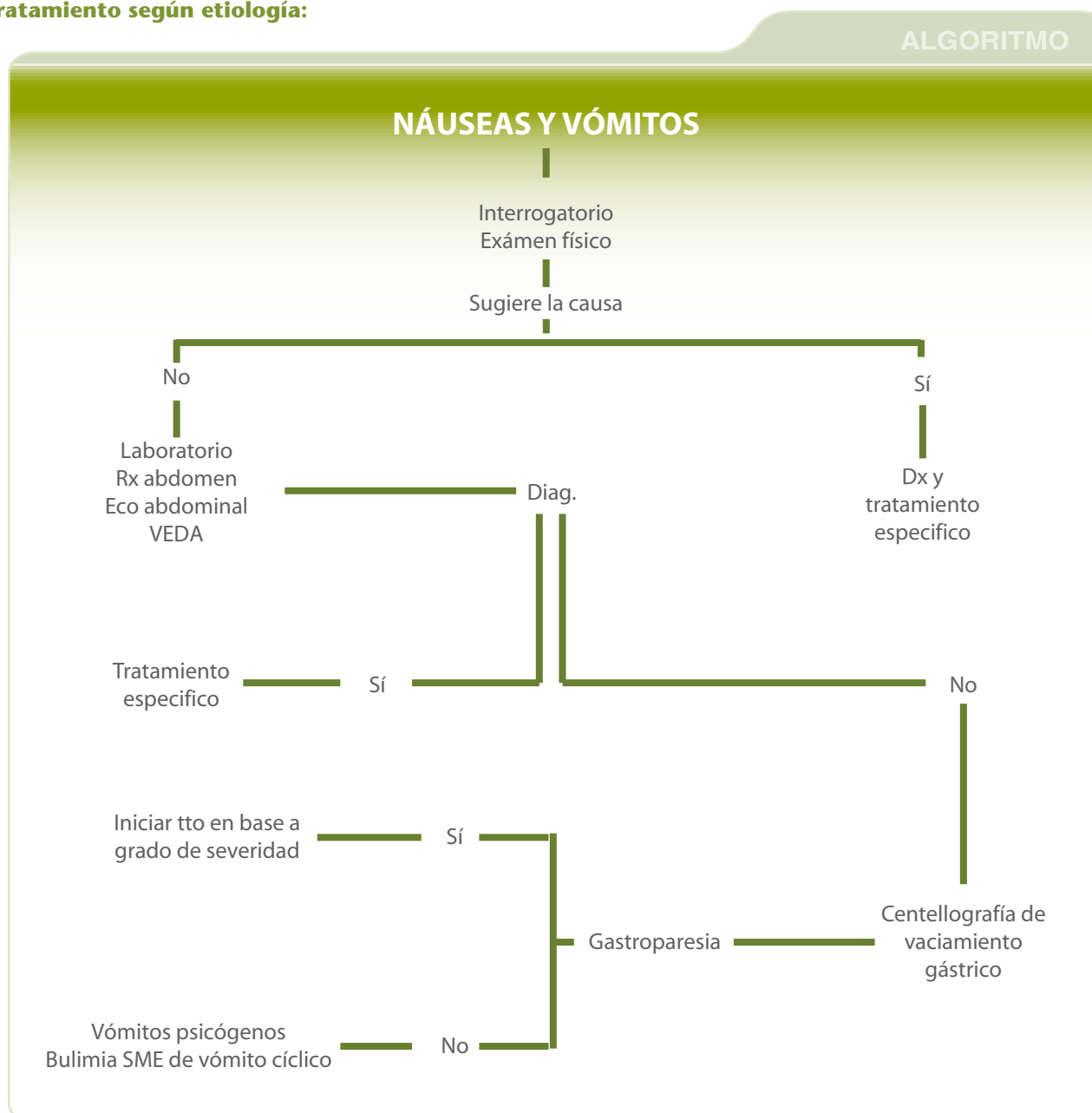
- ▶ Píloroplastía.
- ▶ Gastroenteroanastomosis
- ▶ Gastrectomía subtotal.
- ❖ Nutrición enteral o parenteral: esta indicada en pacientes refractarios al tratamiento médico, con síntomas severos que requieren frecuentes internaciones y tienen una pérdida de peso > 10% en 6 meses. La vía de elección es la enteral pero si el paciente presenta intolerancia indicar nutrición parenteral.
- ❖ Tratamiento psicológico: la gastroparesia crónica trae problemas psicológicos que incluyen ansiedad, depresión y somatización, el rol del psicólogo no ha sido bien definido pero existen pequeños estudios que reportaron beneficios con biofeedback o hipnosis.

- ❖ Úlcera péptica : IBP + proquinéticos
- ❖ Obstrucción intestinal: sonda nasogástrica +tto quirúrgico
- ❖ Síndrome vertiginoso: Dramamine® o Benadryl® + metoclopramida +/- lorazepam
- ❖ Sepsis: ATB + metoclopramida
- ❖ Gastroparesia: dieta, proquinéticos, antieméticos, tratamiento endoscópico,quirúrgico, nutrición enteral o parenteral.
- ❖ Síndrome de vómito cíclico: realizar tratamiento en base a la fase en que se encuentra el paciente.
- ❖ Náuseas y vómitos asociados a quimioterapia y radioterapia: ondasetron 32 mgEV o 24 mg VO 30 minutos antes de la QT + dexametasona 4 mg o Metoclopramida 2 mg c/ 2 a 4 hs + dexametasona 4 mg.
- ❖ Hiperémesis gravídica: proclorperazina 5 a 10mg IM o clorpromacina 10 a 25 mg VO, o metoclopramida SL o EV + dexametasona o metilprednisolona EV.

NAUSEAS Y VÓMITOS: tratamiento general

Corregir el estado hidroelectrolítico

Tratamiento según etiología:



Bibliografía

1. The American Journal of Gastroenterology, Volume 103, Issue 4, Page 991-995, Apr 2008, doi: 10.1111/j.1572-0241.2007. The Incidence of Cyclic Vomiting Syndrome in Children: Population-Based Study.
2. Cyclic Vomiting Syndrome: What a Gastroenterologist Needs to Know The American Journal of Gastroenterology, Volume 102, Issue 12, Page 2832-2840, Dec 2007,
3. Cyclic vomiting syndrome in adults pages 269–284 April 2008 - Vol. 20 Issue 4 Page 263-429 Neurogastroenterology & Motility
4. Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1466–79
5. Sanger GJ, Andrews PL. Treatment of nausea and vomiting: gaps in our knowledge. Auton Neurosci 2006; 129:3–16.
6. Hasler WL, Chey WD. Nausea and vomiting. Gastroenterology 2003; 125: 1860–7.
7. Gastric myoelectrical activity and its relationship to the development of nausea and vomiting after intensive chemotherapy and autologous stem cell transplantation The American Journal of Gastroenterology, Volume 96, Issue 10, Page 2873-2881, Oct 2001
8. Gastroparesis -- Current Concepts and Considerations. Medscape J Med. 2008; 10(1):16