

NÁUSEAS, VÓMITOS Y ESTREÑIMIENTO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Se llama náusea a la sensación subjetiva de la necesidad de vomitar. El vómito o emesis consiste en la expulsión por la boca del contenido de la porción superior del tubo digestivo por efecto de la contracción de los músculos de este y de la pared toracoabdominal. Van precedidos de pródromos (vivencia pática, náuseas, midriasis, salivación, taquicardia, polipnea, palidez, sudoración...)

En principio es un mecanismo defensivo para eliminar contenido perjudicial; sin embargo a veces existen complicaciones como:

- Aspiraciones: sobre todo en pacientes con bajo nivel de conciencia
- Disionías: puede causar alcalosis, hipocaliemias y deshidratación
- Causticaciones: al vomitar un ácido o álcali
- Roturas esofágicas
- Dolor muscular
- Dehiscencia de suturas
- Desnutrición

ETIOLOGÍA

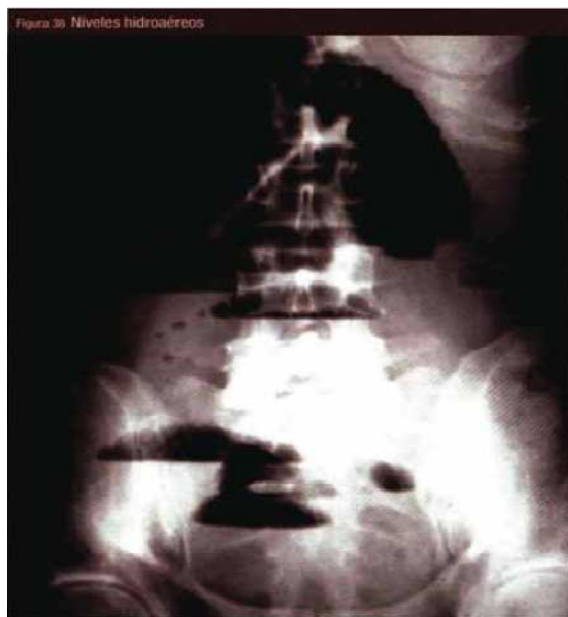
1. Intraperitoneales
 - a. Trastornos obstructivos del estómago o intestino: el vómito es el síntoma principal. Ejemplos de obstrucciones son las úlceras pépticas que provocan estenosis a nivel del píloro o tumores o vólvulos que producen obstrucción a nivel intestinal.
 - b. Infecciones entéricas por virus y bacterias; son muy frecuentes en niños.
 - c. Las colecistitis, pancreatitis, apendicitis provocan vómitos por irritación peritoneal
 - d. Disfunción de la motilidad (gastroparesia, pseudo-obstrucción intestinal, dispepsia funcional, síndrome de Dumping, etc)
 - e. Cólicos de vías biliares
 - f. Estado ulterior a radiación abdominal debido a las estenosis que se producen
2. Extraperitoneales
 - a. Enfermedades cardiopulmonares (miocardiopatía, IAM, insuficiencia cardiaca, etc)
 - b. Enfermedades del laberinto (cinetosis, laberintitis, cánceres, etc)
 - c. Trastornos intracerebrales (cánceres, hemorragia, abscesos o hidrocefalia que provoquen hipertensión craneal. Es importante destacar que cuando los vómitos son de origen central se denominan vómitos en escopeta; es decir, aquellos en los que no hay pródromos)

- d. Trastornos psiquiátricos (anorexia, bulimia nerviosa, depresión) y vómito psicógeno, que se sospecha en mujeres jóvenes que tienen vómitos tras la ingesta de comida, generalmente sin náuseas.
- e. Vómito en el postoperatorio
- 3. Fármacos: Los vómitos se consideran secundarios a fármacos cuando existe una relación temporal con el medicamento. Se puede confirmar la toxicidad en determinados casos mediante la medición de niveles en sangre.
 - a. Quimioterapéuticos
 - b. Antineoplásicos
 - c. Antibióticos
 - d. Antiarrítmicos cardíacos (digital)
 - e. Hipoglucemiantes orales
 - f. Anticonceptivos orales
 - g. Opiáceos
- 4. Endocrinopatías
 - a. Embarazo: es la causa endocrinológica más frecuente. La hiperémesis gravídica es una forma grave de náusea del embarazo.
 - b. Uremia
 - c. Cetoacidosis
 - d. Enfermedades de tiroides y paratiroides
 - e. Insuficiencia suprarrenal
 - f. Insuficiencia hepática, que produce toxinas circulantes que provocan náuseas y vómitos.
- 5. Otras
 - a. Consumo de alcohol

DIAGNÓSTICO

- 1. Anamnesis: es importante fijarse en:
 - a. Duración, frecuencia e intensidad
 - b. Determinar si son periféricos o centrales por la presencia o ausencia de pródromos
 - c. Relación con las comidas (si son precoces tendrán elementos reconocibles; si son tardíos sospecharemos dificultad en la evacuación)
 - d. Alivio del dolor con los vómitos (es característico de la obstrucción del intestino delgado)
 - e. Características del material vomitado: vómitos hemáticos (hematemesis), biliosos, glerosos (típicos de niños con vegetaciones), en posos de café, acuosos (típicos del embarazo o alcohólicos), fecaloideos (sospecha de obstrucción intestinal muy grave)etc.
 - f. Síntomas acompañantes: con frecuencia se acompaña de signos de hiperreactividad del parasimpático, como palidez cutánea, sudoración, hipersalivación, defecación o síncope vasovagal. La pérdida de peso sugiere obstrucción o tumor maligno. La fiebre sugiere infección.
 - g. Antecedentes de intervenciones quirúrgicas, de litiasis renal, de medicación, etc.

- h. Ingesta de fármacos o alcohol
- 2. Exploración física
 - a. Inspección del estado de hidratación, coloración de la piel y mucosas, etc.
 - b. Auscultación pulmonar, cardíaca y abdominal (prestando especial interés a esta última)
 - c. Palpación y percusión abdominal
 - d. Toma de constantes: Tº, Pa, Fc, saturación de oxígeno, etc.
 - e. Exploración de los signos acompañantes
- 3. Pruebas diagnósticas. En enfermos en los que la historia clínica no orienta al diagnóstico se realizará:
 - a. Hemograma
 - b. Bioquímica con determinación de: amilasa, glucosa, electrolitos, urea, creatinina...
 - c. Test de embarazo
 - d. Rx de abdomen tanto en decúbito y biestación para poner de manifiesto niveles hidroaéreos (foto) o dilatación de asas intestinales.
 - e. ECG, ya que el infarto de miocardio se suele acompañar de un cortejo vegetativo con síntomas varios, entre los cuales están los vómitos.
 - f. Endoscopia, colonoscopia para detectar obstrucciones
 - g. Tac
 - h. Ecografía
 - i. Estudios de motilidad digestiva



TRATAMIENTO

Los principios generales son:

- El tratamiento debe orientarse a corregir la causa

- Si hay deshidratación grave se ingresará y se impide una correcta hidratación por un vómito muy frecuente, se ingresará en observación con dieta absoluta, sueroterapia, reposición hidroelectrolítica y tratamiento sintomático. . Si hubiera mala evolución en observación o hay un diagnóstico de enfermedad causa que requiera ingreso se procederá al mismo.
- Si todas las pruebas diagnósticas son normales y el vómito permite una buena hidratación, se hará un tratamiento sintomático y se le remitirá al médico de cabecera.

Se tomarán tres tipos de medidas:

1. Tratamiento específico de cada etiología (por ejemplo, en el tratamiento de la cinetosis son útiles los antihistamínicos)
2. Tratamiento de las complicaciones
3. Tratamiento sintomático con fármacos antieméticos: este se efectúa con clohidrato de metoclopramida (Primperán) 10 mg antes de cada comida via oral o 10 mg/6-8 horas IV, clorhidrato de prometazina (Fenergan), tietilperazina (Torecam). Los antagonistas de la serotonina se reservan para el tratamiento y la prevención de los vómitos inducidos por quimioterapia o los vómitos del postoperatorio, por ejemplo, se puede usar el ondasetrón (Zofran)

ESTREÑIMIENTO

Es la defecación infrecuente (menos de tres deposiciones semanales) y esfuerzo defecatorio excesivo (en más del 25% de las deposiciones). Otros síntomas son el aumento de la consistencia de las heces, volumen fecal reducido, sensación de evacuación incompleta (tenesmo) y defecación dolorosa.

ETIOLOGÍA

1. Causas estructurales
 - a. Enfermedades tumorales, que pueden producir obstrucción del colon
 - b. Enfermedades inflamatorias (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis, etc)
 - c. Lesiones intermitentes (vólvulo, hernias abdominales, adherencias o bridas postquirúrgicas)
 - d. Lesiones rectoanales (hemorroides, fisura anal, estenosis anal, absceso perianal, rectocele, etc)
 - e. Otras lesiones (endometriosis, tumores metastásicos, etc)
2. Causas no estructurales
 - a. Hábitos de vida (consumo pobre en fibra, poca hidratación, hacer poco ejercicio, etc)
 - b. Endocrino/metabolopatía (diabetes mellitus, hipotiroidismo, etc)
 - c. Neurológicas (enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, etc)

- d. Psicológicas/psiquiátricas (depresión, trastornos de la alimentación, etc)
- e. Farmacológicas, como el consumo de opioides o bloqueadores del calcio
- f. Enfermedades del colágeno
- g. Enfermedades neuromusculares hereditarias

DIAGNÓSTICO

1. Historia clínica, recogiendo:
 - a. Frecuencia de la defecación
 - b. Dificultad y si realiza ciertas maniobras para facilitarla
 - c. Consistencia de las heces, así como el color y el olor. Por ejemplo:
 - i. las heces rojas indican rectorragia o sangrado digestivo bajo
 - ii. las heces negras y de olor característico, es decir, melenas; indican sangrado digestivo alto.
 - d. Cambios recientes en el hábito defecatorio
 - e. Edad
 - f. Abuso sexual
 - g. Antecedentes médicos (parto prolongado, cirugía abdominal, etc.)
 - h. Hábitos higiénico-dietéticos (alimentación, si tiene una vida sedentaria, etc)
 - i. Personalidad e historia psicosocial (estrés, ansiedad, etc)
 - j. Síntomas asociados (plenitud postprandial, síntomas genitourinarios, síntomas de anemia, etc)
 - k. Consumo de laxantes y otros fármacos que puedan causar estreñimiento
2. Exploración física, para buscar las causas:
 - a. Abdominal; prestando atención a:
 - i. Distensión del abdomen, cicatrices a la inspección
 - ii. Mediante auscultación percibiremos un aumento o disminución de los ruidos hidroaéreos
 - iii. A la palpación: dolor, palpación de masas, etc
 - iv. Timpanismo a la percusión
 - b. Perineal-anal, para detectar cualquier disinergia defecatoria. Una prueba muy sencilla para evaluar esto es pedir al paciente que durante el tacto rectal haga esfuerzos para expulsar el dedo índice.
 - c. Rectal: mediante un tacto se pueden palpar fecalomas impactados en el recto
3. Exploraciones diagnósticas:
 - a. Hemograma
 - b. Bioquímica, prestando especial atención al calcio, potasio, hormonas tiroideas
 - c. En caso de que el paciente tenga que ser ingresado se procederá a otras pruebas:
 - i. Análisis de heces
 - ii. Radiografía abdominal, por ejemplo para diagnosticar un megacolon causante del estreñimiento
 - iii. Enema opaco
 - iv. Tránsito ID
 - v. Tránsito colorrectal

- vi. Colonoscopia, si el estreñimiento es de reciente aparición o hay datos de alarma (como la presencia de sangre, pérdida de peso, anemia, etc) para descartar patología tumoral, sobre todo si el paciente es mayor de 40 años.
- vii. Defecografía, si sospechamos patología perineal
- viii. Manometría anorrectal, si sospechamos disminución de la fuerza de los esfínteres
- ix. Electromiografía
- x. Evaluación psicológica

TRATAMIENTO

1. Medidas generales
 - a. Postura (elevar los pies)
 - b. Ejercicio
 - c. Fibra en dosis crecientes
 - d. Líquidos
2. Fármacos
 - a. Agentes formadores de masa (fibra tipo salvado, agar-agar, gomas, metilcelulosa...)
 - b. Disacáridos no absorbibles (lactulosa, lactitol)
 - c. Laxantes salinos (sales de magnesio)
 - d. Laxantes emolientes
 - e. Laxantes estimulantes
 - f. Lubricantes
 - g. Laxantes estimulantes
 - h. Procinéticos
 - i. Evacuadores rectales (enemas)
 - j. Supositorios de glicerina
 - k. En algunas ocasiones se utilizan técnicas de biorretroalimentación para trastornos funcionales.
3. Cuando esto no es suficiente se recurre a la cirugía: colectomía con anastomosis ileorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

- S.DE CASTRO DEL POZO. Manual de patología general. Ed: Masson. 5ª edición
- FARRERAS-ROZMAN. Tratado de Medicina Interna. Ed: Elsevier. 15ª edición
- HARRISON. Principios de Medicina Interna. Ed: Mc Graw Hill. 16ª edición

Tema realizado por: *Beatriz Merchán Gómez*