

	BIENESTAR UNIVERSITARIO ÁREA DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	Página 1 de 6
	GUÍA DE PRIMEROS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA NÁUSEAS Y VÓMITOS	Código: BU-G-013
		Versión:01

1. OBJETIVO

Brindar una guía metodológica para los cuidados de enfermería iniciales a los pacientes con náuseas y vómitos, teniendo en cuenta la evidencia científica existente sobre el manejo del cuadro, para garantizar la recuperación de la salud y prevención de complicaciones.

2. ALCANCE

Esta guía se aplica y orienta a los profesionales de la salud de enfermería en el cuidado de los pacientes que utilizan los servicios de salud en los consultorios de Bienestar Universitario.

3. RESPONSABLE

El responsable de la adecuada ejecución de esta guía son los profesionales en enfermería que prestan sus servicios en el Área de Salud y Desarrollo Humano de Bienestar Universitario.

4. GENERALIDADES

4.1 INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS

El acto del vómito suele estar constituido por una secuencia de tres fases:

- ✓ La **náusea** se refiere a la sensación desagradable de vómito inminente. Puede aparecer como síntoma independiente.
- ✓ La **arcada** normalmente precede al vómito y consiste en contracciones espasmódicas de la musculatura abdominal que inducen un incremento de la presión intragástrica, asociadas al cierre de la glotis.
- ✓ El **vómito** es entendido como la expulsión forzada y enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca.

Las náuseas y los vómitos constituyen un motivo frecuente de consulta médica y son síntomas comunes a múltiples procesos que incluyen tanto patología digestiva como extradigestiva, siendo los fármacos otra causa posible a tener en cuenta.

Cuando las náuseas y los vómitos aparecen de forma aguda representan mayormente un mecanismo de defensa que se desencadena en respuesta a diversos estímulos, como

ocurre en la gastroenteritis aguda y en las intoxicaciones alimentarias. También pueden ser manifestación de enfermedades sistémicas graves, así como de patología quirúrgica urgente.

4.2 ETIOLOGÍA

Las náuseas y los vómitos corresponden a un amplio espectro de posibilidades diagnósticas. El diagnóstico diferencial incluye desde patología gastrointestinal y de la cavidad peritoneal, hasta procesos endocrinometabólicos y neurológicos. Son causas comunes de náuseas y vómitos agudos la gastroenteritis y los fármacos (reacciones adversas).

Tabla 1.	Etiología de los vómitos
Cardiovasculares: síndrome coronario agudo, HTA, insuficiencia cardíaca.	
Digestivas:	
✓ Inflamación visceral: gastroduodenitis, úlcera péptica, hepatitis aguda, cólico biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis, apendicitis, diverticulitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, inflamación peritoneal de origen metabólico.	
✓ Obstrucción mecánica: estenosis pilórica, adherencias intraperitoneales, hernias, neoplasias, vólvulo, invaginación.	
✓ Obstrucción funcional: gastroparesia, pseudo-obstrucción intestinal crónica, dispepsia funcional, dismotilidad secundaria a trastornos sistémicos (amiloidosis, esclerodermia).	
✓ Isquemia intestinal: isquemia mesentérica aguda, isquemia mesentérica crónica, colitis isquémica.	
✓ Perforación a peritoneo libre.	
Endocrinometabólicas: embarazo, hipo/hiperparatiroidismo, hipo/hipertiroidismo, cetoacidosis diabética, uremia, hiponatremia, hipercalcemia, insuficiencia suprarrenal, porfiria aguda intermitente.	
Fármacos: citostáticos (cisplatino, metotrexato, tamoxifeno), analgésicos (aspirina, AINE, opiáceos), cardiovasculares (digoxina, antiarrítmicos y antihipertensivos), antimicrobianos (eritromicina, tetraciclinas, tuberculostáticos, aciclovir), antiparkinsonianos (L-Dopa, bromocriptina), anticonvulsivantes (fenitoína, carbamacepina), anestésicos, antidiabéticos orales (metformina), otros (sulfasalacina, azatioprina, corticoides, teofilina, anticonceptivos orales).	
Infeciosas: gastroenteritis aguda (vírica, bacteriana), hepatitis, otitis media, sinusitis, septicemia.	
Nefrourológicas: insuficiencia renal, cólico nefrítico, pielonefritis.	
Neurológicas: hemorragia cerebral o cerebelosa, infarto, tumores, abscesos, hidrocefalia, migraña, meningitis, encefalitis, alteraciones vestibulares, enfermedades desmielinizantes.	
Psiquiátricas: ansiedad, depresión, anorexia, bulimia, vómitos psicógenos.	
Otras: radioterapia, reacción vaso-vagal, síndrome de vómitos cíclicos, náuseas y vómitos postoperatorios, dolor intenso, síndrome paraneoplásico, abuso de alcohol, remedios herbarios.	

5. DESCRIPCION

5.1. Evaluación inicial de enfermería al paciente con náuseas y vómitos

La **American Gastroenterological Association** propone 3 pasos a la hora de realizar la evaluación inicial del paciente con náuseas y vómitos:

- ✓ En primer lugar, será prioritario reconocer y corregir aquellos estados que puedan comprometer la vida del paciente (hipovolemia, alteraciones hidroelectrolíticas).
- ✓ A continuación, nos centraremos en determinar la causa subyacente.
- ✓ En tercer lugar, si la causa no ha sido identificada, se valorará el inicio de tratamiento sintomático.

5.2. Valoración inicial y estabilización

En un primer abordaje nos centraremos en valorar el estado general del enfermo mediante la evaluación de la situación hemodinámica (taquicardia, hipotensión ortostática), objetivando la presencia de signos de deshidratación (sequedad mucocutánea, disminución de la turgencia cutánea). Se establecerá un acceso venoso periférico para reposición de líquidos en caso de signos de hipovolemia.

Es fundamental excluir las posibles complicaciones derivadas de las náuseas y vómitos. La presencia de hematemesis es un signo de alarma. La exploración física será completa, con especial atención a nivel abdominal (focalizada en palpación y auscultación), con el fin de obtener datos sugestivos de patología quirúrgica urgente (obstrucción mecánica, perforación). Se incluirá una exploración neurológica.

5.3. Anamnesis de enfermería

La anamnesis debe ser minuciosa y sistemática, interrogando al paciente sobre los antecedentes médico-quirúrgicos, ginecológicos, fecha de última regla (mujer en edad fértil), toma de fármacos de reciente prescripción o modificaciones en la posología de tratamientos crónicos, consumo de alcohol y drogas ilícitas, viajes recientes, otros miembros de la familia con similar sintomatología, etc.

Además, es posible obtener información esencial para la orientación diagnóstica a través de 4 aspectos fundamentales:

- ✓ **Características del vómito.** La presencia de sangre fresca o digerida (posos de café) orienta a hemorragia digestiva alta. Los vómitos biliosos pueden ser manifestación de una obstrucción alta del intestino delgado. La presencia de alimentos no digeridos orienta a estasis del alimento en la luz del esófago (obstrucción mecánica, acalasia,

divertículo de Zenker) o causa psicógena. Si el contenido del vómito es fecaloideo, se debe sospechar obstrucción intestinal o fístula gastrocólica.

- ✓ **Relación con la ingesta.** Las náuseas y vómitos matutinos se observan en entidades como el embarazo, el alcoholismo, la uremia y la hipertensión intracraneal. Cuando aparecen durante o inmediatamente después de la ingesta sugieren un origen psicógeno o la presencia de úlcus yuxtapilórico. Los vómitos que aparecen pasadas las 12 horas tras la ingesta sugieren una obstrucción pilórica o dismotilidad.
- ✓ **Tiempo de evolución.** Corta evolución (desde horas hasta máximo de 2 días) generalmente son originados por una gastroenteritis infecciosa o un fármaco de nueva prescripción.
Cuando los vómitos son de reciente instauración y se asocian a dolor abdominal agudo, debemos considerar como posibilidades diagnósticas la apendicitis, colecistitis, pancreatitis, oclusión intestinal e isquemia mesentérica. Larga evolución (> 1 mes) pueden deberse a causas psicógenas, gastroparesia o pseudoobstrucción intestinal crónica.
- ✓ **Sintomatología asociada.** La coexistencia de síntomas tales como dolor abdominal, fiebre, diarrea, pérdida ponderal, dolor precordial, cefalea, déficit neurológico y vértigo, pueden ser clave para el diagnóstico.

5.4. Exploración física

Se evaluarán los signos vitales y se realizará una exploración general por aparatos incluyendo la exploración neurológica (focalidad neurológica, rigidez de nuca y signos meníngeos). El tacto rectal puede ser útil para evaluar la presencia de sangre (tumores, isquemia) y descartar impactación fecal a nivel de ampolla rectal.

5.5. Complicaciones

- ✓ **Deshidratación, alcalosis metabólica hipoclorémica e hipopotasémica y malnutrición:** En casos de vómitos de gran cuantía y/o prolongados.
- ✓ **Síndrome de Böerhaave:** Rotura espontánea del esófago y se manifiesta como dolor brusco retroesternal o epigástrico asociado a sudoración, fiebre, neumomediastino o derrame pleural. Es una urgencia quirúrgica.
- ✓ **Síndrome de Mallory-Weiss:** Laceración de la mucosa esofagocardial provocada casi siempre por náuseas o vómitos intensos (asociado a hernia hiatal y alcoholismo). Se manifiesta como hemorragia aguda o hematemesis, normalmente leve y autolimitada, aunque puede llegar a ser importante en algunos casos.
- ✓ **Broncoaspiración:** Sospechar ante la aparición de disnea súbita, condensación pulmonar o fiebre (pacientes debilitados, con deterioro del nivel de consciencia).

5.6. Conducta de enfermería

Basándose en la exploración física y anamnesis inicial, exclusión de patología médica y quirúrgica urgente, junto a la ausencia de un cuadro de deshidratación, permiten plantear la siguiente conducta:

- ✓ Si se prevé un curso leve y autolimitado, el paciente podrá ser tratado con sales de rehidratación oral, siempre que se haya objetivado una respuesta favorable al tratamiento y una tolerancia oral adecuada.
- ✓ Monitorización, prevención de la broncoaspiración y estabilización del paciente hasta que llegue la unidad de atención o de traslado
- ✓ Solicitar servicio de apoyo para atención médica, para aplicación de medicamentos según criterio médico.
- ✓ Se solicitará servicios de traslado terrestre en ambulancia básica hasta la IPS de atención del paciente.
- ✓ Presentación y entrega del paciente al personal médico que va a realizar el traslado en ambulancia básica.
- ✓ Monitorizar la evolución del paciente (contrarreferencia).

6. BIBLIOGRAFIA

- Guías para Manejo de Urgencias. (2009). Ministerio de Salud y Protección Social. Tomo I, II, III. Tercera Edición. Bogotá Colombia.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. (2014). Jiménez, A. Cuarta Edición. Toledo España.

7. REGISTROS

Identificación		Almacenamiento (Archivo de gestión)		Protección	Recuperación (clasificación para consulta)	Disposición (Acción cumplido el tiempo de retención)
Código Formato	Nombre	Lugar y Medio	Tiempo de Retención	Responsable de Archivarlo		
BU-F04	Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano	Archivo área de Salud/ Sistema de información/ magnético	2 años	Funcionario	Cronológico	Digitalización

8. REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica para este documento por ser la primera versión

Elaboró <i>Equipo de Trabajo Dirección de Bienestar Universitario-Área de Salud y Desarrollo Humano 29/05/2020</i>	Revisó <i>Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 01/06/2020</i>	Aprobó <i>Jesús Suescun Arregoces Director Bienestar Universitario Responsable de Bienestar Universitario 02/06/2020</i>
--	---	--