

VOMITO

Cosa è?

Il vomito non è una malattia a sé stante ma un sintomo di uno stato di malessere o di malattia del quale devono essere individuate le cause. È definito come l'espulsione forzata del contenuto dello stomaco fino e al di fuori della bocca. Episodi separati da non più di 2 minuti sono considerati come un singolo episodio. Conati di vomito non produttivi, salivazione/scialorrea non sono considerati vomito.

Come si presenta:

Il vomito può essere classificato a seconda delle sue caratteristiche:

QUANTITATIVE:

- **Vomito occasionale (o acuto):** generalmente caratterizzato da ripetuti vomiti nell'arco di poche ore/giorni e spesso si accompagna ad altri sintomi come ad esempio il dolore addominale, la diarrea, la tosse, la cefalea o altri sintomi neurologici a seconda della patologia sottostante;
- **Vomito abituale:** frequente nel lattante; è espressione di una possibile patologia organica da sospettare soprattutto se si accompagna a sintomi generali importanti (quali ad es. una difficoltà di crescita) od a particolari caratteristiche del vomito;
- **Vomito ciclico o ricorrente:** tipico del bambino dell'età prescolare o scolare ed è frequentemente accompagnato dalla presenza di corpi chetonici. L'età di insorgenza è tra i 2 e gli 8 anni, con crisi che possono durare anche alcune ore, fino a 3 - 4 giorni. I corpi chetonici si trovano nelle urine perché il vomito prolungato rende impossibile una normale alimentazione ed in questa situazione si instaura nell'organismo una prolungata ipoglicemia con conseguente produzione dei corpi chetonici che compaiono nelle urine;

QUALITATIVE:

1. Non biliare: generalmente da:

- **Patologie infettive/infiammatorie:**
 - gastrite;
 - meningite/encefalite.
- **Patologie neurologiche:**
 - cefalea/emicrania;
 - trauma cranico;
 - POS cerebrali;
 - convulsioni/epilessia;
 - Disturbi labirintici (malattia di Ménière, cinetosi).
- **Patologie muscolari:**

- Stenosi ipertrofica del piloro.

- **Patologie metaboliche/endocrinologiche**
- **Patologie psicologiche**

2. biliare: generalmente da:

- appendicite;
- invaginazione;
- ernia inguinale incarcerata;
- aderenze peritoneali.

N.B. Nonostante sia necessario saper riconoscere tutte le cause del vomito, alcune esulano dalla normale attività di pronto soccorso. La presente linea di comportamento prenderà, pertanto, in esame solo le condizioni di urgenza.

Quali esami di laboratorio fare:

Nella maggior parte dei casi, in caso di vomito isolato, o comunque nel forte sospetto di gastroenterite, può bastare un EAB venoso.

Quali esami strumentali fare:

Nel caso di associazione del vomito con altri sintomi, la scelta di effettuare altri esami diagnostici (ecografia, TC, emocromo, PCR) dovrà essere guidata dal sospetto clinico di eventuali cause come ad esempio meningite o cause chirurgiche.

Come trattarlo in PS:

La terapia più efficace per la nausea e il vomito, dipende strettamente dall'identificazione e dalla correggibilità della causa che ne ha determinato l'insorgenza. Nella più comune causa (gastroenterite), l'unica cosa importante è evitare/risolvere la disidratazione e la terapia consiste nella reidratazione che, a seconda dei casi, deve essere praticata per os o e.v.

Di fondamentale importanza è la valutazione della disidratazione del bambino tenendo conto che ci sono categorie a rischio in cui la disidratazione è più probabile:

- bambini < 1adv e soprattutto < 6mdv;
- bambini che alla nascita erano LBW;
- bambini con allattamento materno esclusivo che non si stanno

| SEGN E SINTOMI DI DISIDRATAZIONE | NON DISIDRATAZIONE | DISIDRATAZIONE | SHOCK IPOVOLEMICO |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| | sta bene | ▶ non sta bene, prostrato | ridotto livello di coscienza |
| | vigile e reattivo | ▶ reattività alterata (letargia, irritabilità, ecc) | ridotto livello di coscienza |
| | diuresi normale | increzione della diuresi | oligo/anuria |
| | cute rosea | marezzatura cutanea | cute pallida |
| | estremità normotermiche | estremità normotermiche | estremità fredde |
| | pianto con lacrime | ▶ pianto 'asciutto' | – |
| | mucose normoidratate | mucose asciutte | – |
| | FC nella norma | ▶ tachicardia | tachicardia |
| | FR nella norma | ▶ tachipnea | tachipnea |
| | polsi periferici normosfigmici | polsi periferici normosfigmici | polsi periferici deboli |
| | refill < 2" | refill > 2" | refill >> 2" |
| | normale trofismo della cute | ▶ ridotto trofismo della cute | ridotto trofismo della cute |
| | PA nella norma | PA nella norma | ipotensione |

alimentando;

- bambini con segni di malnutrizione.

La valutazione della disidratazione deve inoltre comprendere i seguenti items:

Deve essere inoltre sospettata la disidratazione ipernatriemica in caso di:

- ipertono muscolare;
- iperreflessia;
- convulsioni;
- sonnolenza/coma.

N.B. Nel caso in cui il bambino non abbia segni/sintomi di disidratazione, o qualora li abbia ma non appartenga a nessuna delle categorie a rischio, non vi è stretta necessità alla reintegrazione fluida e.v. e si può ricorrere alla reidratazione per os con SRO e/o liquidi chiari a piccole quantità ad elevata frequenza.

- Nel caso in cui il bambino non tolleri la reidratazione per os o rientri in una delle categorie a rischio e presenti segni di disidratazione o presenti stato di shock, deve invece essere presa in considerazione la reidratazione e.v.
- Può essere preso in considerazione, a seconda delle caratteristiche del vomito, l'utilizzo di un procinetico (come ad esempio Domperidone per Os al dosaggio di 0,25 mg/kg/ dose da ripetere 2-3/di)
- Gli esami ematici dovrebbero essere eseguiti solo in caso di:
 - necessità di reidratazione e.v.;
 - sospetto di ipernatriemia.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

La presenza di OBI permette la gestione di tutti i casi di vomito da gastroenterite (eccetto che nello shock). Tutti gli altri casi sono strettamente correlati alla patologia di base.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

- Reidratazione per os a piccoli sorsi ma frequentemente utilizzando sia SRO (250 ml/die) che liquidi chiari nelle prime 24h. Gradualmente possono essere reintrodotti i cibi solidi (evitando all'inizio cibi complessi);
- Nuovo controllo dal curante dopo 48-72h salvo complicazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Auth MK, Vora R, Farrelly P, et al; Childhood constipation. BMJ. 2012 Nov 13;345:e7309. doi: 10.1136/bmj.e7309.
2. Gastroenteritis; NICE CKS, August 2014 (UK access only)
3. Vomiting in Infants and Children by Deborah M. Consolini, MD. Merck Manual (2015)
4. Khanna R, Lakhnpaul M, Burman-Roy S, et al; Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in children under 5 years: summary of NICE guidance. BMJ. 2009 Apr 22;338:b1350. doi: 10.1136/bmj.b1350.
5. Diarrhoea and vomiting in children under 5; NICE Clinical Guideline (April 2009)