

CONCEPTO

El vómito consiste en la expulsión violenta por la boca del contenido del estómago y de las porciones altas del duodeno provocada por un aumento de la actividad motora de la pared gastrointestinal y del abdomen.

Los vómitos son una causa frecuente de consulta en pediatría, la mayoría de las veces en relación con cuadros benignos, aunque en otras pueden ser reflejo de una enfermedad grave. En la práctica, cualquier enfermedad puede cursar con vómitos.

ETIOLOGÍA

Las causas en la infancia según la edad se recogen en la Tabla I, de todas ellas las más frecuentes son:

1. Infecciones: gastroenteritis aguda, infecciones de vías respiratorias superiores, otitis, neumonías, infección urinaria, sepsis, meningitis.
2. Patología quirúrgica: invaginación intestinal, apendicitis aguda.
3. Otros: reflujo gastroesofágico, trastornos del comportamiento alimentario.

ATENCIÓN DE UN NIÑO CON VÓMITOS

Cuando un pediatra atiende a un niño con vómitos tiene dos objetivos principales:

- Valoración de la repercusión sobre el estado general y el metabolismo hidroelectrolítico incluyendo la estabilización según el ABC de los pacientes que lo precisen.
- Establecimiento de un diagnóstico etiológico.

Antecedentes

Lo primero es averiguar si se trata de un niño sano o si padece alguna enfermedad. Se investigará el

ambiente epidemiológico (gastroenteritis, 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.

Anamnesis y exploración**Valoración de la repercusión sobre el estado general y el metabolismo hidroelectrolítico**

La atención de los pacientes debe comenzar con una inspección general. En ausencia de fiebre, la existencia de extremidades frías, con tiempo de relleno capilar retrasado, cutis marmóreo, taquicardia y somnolencia son datos de shock. En estos casos, la prioridad inicial es la evaluación rápida de las funciones vitales y la instauración de medidas de soporte siguiendo el “ABC” como se explica más adelante.

Sin embargo, los niños que consultan por vómitos suelen llegar en una situación estable por lo que se puede comenzar directamente con la historia clínica.

- **Anamnesis.** Para valorar la repercusión sobre el estado general se preguntará sobre el apetito, juego, sueño, llanto, actividad, si tiene mucha sed, cuánto ha orinado. Cuanto más pequeño es el niño la probabilidad de deshidratación es mayor.
- **Exploración.** Se prestará atención al grado de alerta, si está contento, decaído, si interacciona bien con nosotros, si juega. También es importante valorar el grado de hidratación de piel y

TABLA I. Etiología de los vómitos según la edad
Menores de 3 semanas

- Situaciones fisiológicas.
- Errores en la alimentación: cantidad o concentración elevadas.
- Infecciones: gastroenteritis, infección urinaria, de vías respiratorias, meningitis, sepsis.
- Anomalías obstructivas gastrointestinales congénitas, reflujo gastroesofágico.
- Alergia/intolerancia a proteínas vacunas.
- Errores innatos del metabolismo.
- Enfermedades neurológicas (hematomas, hidrocefalia).
- Enfermedades renales: uropatía obstructiva, insuficiencia renal.

Niños de 3 semanas a 4 años

- Situaciones fisiológicas.
- Infecciones: gastroenteritis, infección urinaria, de vías respiratorias, meningitis, sepsis.
- Reflujo gastroesofágico.
- Obstrucción del aparato digestivo: cuerpos extraños esofágicos, estenosis hipertrófica de píloro, invaginación intestinal, hernia incarcerada, anomalías obstructivas gastrointestinales congénitas, enfermedad de Hirschsprung.
- Apendicitis, peritonitis.
- Intoxicaciones.
- Enfermedades neurológicas: tumores, edema cerebral, hidrocefalia.

- Enfermedades renales: uropatía obstructiva, insuficiencia renal.
- Enfermedades metabólicas: insuficiencia suprarrenal, diabetes mellitus, errores innatos del metabolismo.

Niños mayores de 4 años

- Infecciones: gastroenteritis, infección urinaria, de vías respiratorias, meningitis, sepsis.
- Enfermedades gastrointestinales: estenosis esofágicas adquiridas, reflujo gastroesofágico, cuerpos extraños esofágicos, úlcera péptica, hematoma duodenal, pancreatitis, hepatitis, enfermedad de Hirschsprung.
- Obstrucción del aparato digestivo: bridas, malrotación intestinal con/sin vólvulo, invaginación.
- Patología quirúrgica: apendicitis, peritonitis.
- Enfermedades neurológicas: migrañas, tumores.
- Cinetosis.
- Síndromes vertiginosos.
- Enfermedades metabólicas: diabetes mellitus, insuficiencia suprarrenal.
- Enfermedades renales: uropatía obstructiva, insuficiencia renal.
- Intoxicaciones: paracetamol, aspirina...
- Otros: psicógenos, trastornos del comportamiento alimentario.

mucosas, la perfusión periférica y el patrón respiratorio para detectar signos de acidosis metabólica (respiración profunda).

Son signos de deshidratación la sed intensa, la sequedad de piel y mucosas, la depresión de la fontanela en lactantes y el signo del pliegue.

Diagnóstico etiológico

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,

trastorno metabólico grave. El enfoque diagnóstico depende de la edad.

1. Causas graves de vómitos en la infancia
1.1. Patología abdominal quirúrgica

Se incluyen los procesos que requieren resolución quirúrgica inmediata y justifican, por lo tanto, un proceso diagnóstico y terapéutico rápidos. Con frecuencia, los cuadros abdominales que necesitan tratamiento quirúrgico cursan también con dolor abdominal. La exploración se completará con una palpación cuidadosa buscando masas (invaginación, oliva pilórica, hernia incarcerada), defensa muscular e intentando localizar el dolor. Un abdomen blando, sin puntos dolorosos, ni defensa muscular hace poco proba-

TABLA II. Características de los vómitos

Cantidad	Los vómitos abundantes indican mayor grado de intolerancia, tienen más probabilidad de producir deshidratación y de tener una causa más grave.
Evolución	<i>Progresivos.</i> Los vómitos que empeoran en horas o días se asocian con más frecuencia con patología grave: debut diabético, obstrucción del aparato digestivo, hipertensión intracraneal... <i>No progresivos.</i> No suelen ser secundarios a patología orgánica grave; el reflujo gastroesofágico cursa característicamente con vómitos de este tipo. <i>Recidivantes.</i> Pueden ser producidos por: vómitos cíclicos, trastornos metabólicos congénitos, malrotación intestinal...
Esfuerzo	Hay que diferenciar un vómito verdadero de la regurgitación –expulsión no forzada, sin náusea y sin contracción de la musculatura abdominal–. Los niños con reflujo gastroesofágico suelen vomitar con poco esfuerzo.
Contenido	<i>Sangre.</i> Suele proceder de vías respiratorias superiores. Otras veces es secundario a síndrome de Mallory-Weiss, gastritis por antiinflamatorios... <i>Bilis.</i> 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. <i>Heces.</i> Es signo de obstrucción distal, de intestino grueso.
Frecuencia	Cuanto más frecuentes indican mayor grado de intolerancia, tienen más probabilidad de producir deshidratación y de tener una causa grave.
Relación con las comidas	Obstrucción pilórica: vómitos inmediatamente después de comer en un lactante de 2-4 semanas de vida. Intolerancia/alergia: vómitos posprandiales que surgen al introducir un alimento nuevo.
Técnica de alimentación	Se averiguará la cantidad diaria de líquidos, la forma de preparación y la técnica de administración de los biberones.

ble una etiología que precise cirugía. Si auscultamos el abdomen se podrá apreciar el peristaltismo de lucha de las obstrucciones o la falta de ruidos del íleo paralítico. El tacto rectal es de ayuda en los niños con sospecha de obstrucción intestinal (invaginación).

Las características de los vómitos (Tabla II) y del dolor ayudarán en el diagnóstico diferencial:

- *Obstrucción intestinal.* Suele cursar con dolor intermitente, cólico, ausencia de expulsión de gases y heces por el recto y distensión abdominal. Los vómitos son progresivos, abundantes y frecuentes, con intolerancia alimenticia e hídrica completa, se expulsan con fuerza y pueden contener bilis o heces.
Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en la infancia son:

- Niños menores de 3 semanas. El periodo neonatal es el momento en el que se manifiestan la mayoría de las malformaciones obstructivas congénitas del aparato digestivo (Tabla III) por lo que siempre las tendremos en cuenta en los niños de esta edad.
- Niños de 3 semanas a 4 años. Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en este grupo de edad son la invaginación intestinal, la hernia inguinal incarcerada, la estenosis hipertrofica de píloro, la malrotación intestinal y los vólvulos.
La historia de un lactante que comienza con vómitos no biliosos a las 3-4 semanas de vida, inmediatamente después de las tomas, abundantes, “en chorro”, paulatinamente más fre-

cuentas, se acompañan de disminución de la cantidad de heces, y que además, tiene avidez por la comida y pierde peso es característica de la estenosis de píloro. En ocasiones, se pueden apreciar en la pared abdominal las ondas peristálticas del estómago o palpar la oliva pilórica. La invaginación intestinal es la principal causa de obstrucción en lactantes. Los padres, generalmente, refieren un cuadro de dolor abdominal agudo, intermitente. En ocasiones, sólo cuentan episodios en los que el niño se queda muy quieto y pálido. Puede palparse una masa o notarse defensa localizada en el ángulo hepático. Las heces sanguinolentas son un signo tardío.

Aproximadamente, el 60% de las hernias inguinales encarceradas ocurren en el primer año de vida. Son cuadros caracterizados por irritabilidad, llanto, vómitos y la aparición de una tumoración dura en la ingle.

- Niños mayores de 4 años. Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal son las bridas por intervenciones quirúrgicas previas, la invaginación intestinal (secundaria a tumores, divertículos de Meckel), los vólvulos y el hematoma duodenal traumático.

- *Apendicitis*. Es la 1ª causa de abdomen agudo en los niños mayores de 3 años. El dolor suele preceder a los vómitos y a la fiebre, se localiza en fosa iliaca derecha, con defensa y signos apendiculares positivos; no suele ser así si el apéndice es retrocecal o pelviano y en los niños pequeños.
- *Peritonitis*. El abdomen es muy doloroso, duro (“vientre en tabla”). El paciente evita los movimientos. La causa más frecuente en la infancia de peritonitis es la apendicitis aguda, seguida por la peritonitis primaria y la diverticulitis de Meckel.
- *Torsión ovárica*. Suele cursar con dolor brusco muy intenso en la zona ovárica, náuseas y vómitos. La hemorragia o la rotura de un quiste ovárico pueden ocasionar un cuadro similar, aunque generalmente más leve.

1.2. Patología abdominal grave no quirúrgica

- *Colecistitis aguda*. Es poco frecuente en los niños. Se caracteriza por dolor en hipocondrio derecho,

fiebre, vómitos biliosos y, en ocasiones, ictericia. Se puede palpar una masa dolorosa en la misma zona.

- *Pancreatitis aguda*. Un dolor en la región abdominal alta “en barra” o periumbilical que se irradia a la espalda y calma al inclinarse hacia delante obliga a descartar una pancreatitis aguda.

1.3. Hipertensión o infección intracraneal.

Los síntomas y signos que sugieren un origen neurológico son: vómitos no precedidos de náuseas, cefalea, convulsiones, alteraciones de la marcha o el equilibrio, disminución del nivel de conciencia, fontanela abombada, estrabismo agudo, visión borrosa, signos de focalidad neurológica, signos meníngeos positivos. La existencia de bradicardia, hipertensión y respiración irregular (triada de Cushing) debe alertar de la posibilidad de una hipertensión intracraneal grave con riesgo inminente de herniación cerebral.

1.4. Sepsis

Los principales signos de sepsis en los niños son: fiebre, mal estado general, exantema petequeal, mala perfusión periférica, quejido, taquipnea, taquicardia. No hay que olvidar que los síntomas de infección en el periodo neonatal son muy sutiles y que la fiebre puede faltar.

1.5. Trastornos metabólicos graves

Las enfermedades metabólicas que con más frecuencia cursan con vómitos son la cetoacidosis diabética y la insuficiencia suprarrenal; característica en los niños se deshidratan. Se pensará en estos cuadros en pacientes con vómitos progresivos y dolor abdominal, malestar general, sed intensa, pérdida de peso, poliuria y polidipsia. La mayoría de los niños pequeños con vómitos importantes de diferente etiología huelen a acetona; sin embargo, la percepción de un olor cetónico intenso en un enfermo deshidratado, con respiración profunda es característico de la cetoacidosis diabética; la existencia de poliuria también proporciona una pista importante.

La aparición en un lactante de síntomas tales como rechazo del alimento o vómitos que se acompañan de alteración del nivel de conciencia, taquipnea, irritabilidad o síntomas neurológicos graves – convulsio-

nes, hipotonía o hipertonía – después de una situación de estrés (infección, ayuno...) debe plantear la sospecha diagnóstica de error congénito del metabolismo, más aún, si el episodio ocurre después de un periodo libre de síntomas con un comportamiento y alimentación normales. A veces, el niño emite un olor especial (acetona, caramelo tostado). En estas situaciones se buscarán antecedentes de otros casos familiares, de la existencia de fetos o lactantes muertos, consanguinidad, retraso mental u otra incapacidad neurológica en la familia, preferencias dietéticas poco habituales...

2. Causas no graves de vómitos

Para diagnosticar a los pacientes con buen estado general que no padecen ninguna patología grave –la situación más frecuente en pediatría– se tendrán en cuenta los siguientes datos: fiebre, técnica de alimentación en lactantes, características del vómito (Tabla II), síntomas de afectación neurológica, digestiva, renal, psiquiátrica. La edad marcará siempre el enfoque diagnóstico.

2.1. Fiebre

Las infecciones, con la gastroenteritis aguda a la cabeza, constituyen la causa más frecuente de vómitos en la infancia. Cualquier proceso infeccioso puede cursar con vómitos. Generalmente, son enfermedades banales que ocasionan un cuadro de intolerancia digestiva leve que cede espontáneamente en poco tiempo. Se buscarán síntomas y signos que nos ayuden a encontrar el origen de la infección: tos, mucosidad nasal, otalgia, dificultad respiratoria, auscultación de estertores pulmonares (infecciones respiratorias), diarrea, dolor abdominal (gastroenteritis), molestias urinarias, dolor lumbar, puño-percusión positiva (infección urinaria), lesiones de piel.

2.2. Técnica de alimentación

Es de interés sobre todo en lactantes. Son causas frecuentes de vómitos una cantidad excesiva de leche o una mayor concentración de la misma. La coincidencia de los vómitos con la introducción de algún alimento nuevo sugiere intolerancia o alergia (cambio de lactancia materna a lactancia artificial, huevo, pescado...); la existencia de lesiones urticariales o de diarrea apoyan este diagnóstico.

2.3. Características de los vómitos (Tabla II)

La expulsión no forzada, sin náusea y sin contracción de la musculatura abdominal sugiere regurgitación: en los lactantes, generalmente, se considera un fenómeno fisiológico y sin consecuencias aunque puede ser un signo de disfunción esofágica.

La aparición de episodios repentinos y repetidos de náuseas y vómitos que afectan al estado general –decaimiento, somnolencia, palidez–, duran horas o días y desaparecen completamente es típica de los vómitos cíclicos.

2.4. Síntomas de afectación digestiva

Se investigará la existencia de diarrea y dolor abdominal (gastroenteritis), heces acólicas, astenia, coluria (hepatitis), salivación excesiva (cuerpo extraño en esófago).

De nuevo, si el paciente refiere dolor abdominal la localización del mismo nos ayudará en el diagnóstico:

- *Dolor epigástrico.* Puede indicar gastritis o úlcera péptica. Suele tratarse de niños mayores; el dolor suele mejorar con antiácidos y a veces no guarda relación con las comidas como en los adultos.
- *Dolor en hipocondrio derecho.* Los pacientes con hepatitis refieren molestias más que dolor, se puede palpar el hígado aumentado de tamaño y algo doloroso.

2.5. Síntomas de afectación neurológica

La existencia de episodios repetidos de cefalea hemisférica que se acompañan de vómitos sugieren el diagnóstico de migraña. Son frecuentes los antecedentes familiares.

Los cuadros de vértigo cursan con sensación de giro o inestabilidad, palidez, temor y vómitos.

2.6. Síntomas de afectación renal

La existencia de dolor en fosa renal que se irradia siguiendo el trayecto ureteral y se acompaña de molestias urinarias sugiere una litiasis renal. Los vómitos son parte del cortejo neurovegetativo que padecen estos pacientes.

Se debe investigar si hay síntomas miccionales tales como disuria, polaquiuria o tenesmo.

2.7. Síntomas de la esfera psíquica

El aumento de la prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario obliga a tener en cuenta esta entidad sobre todo en adolescentes del sexo femenino.

Pruebas complementarias

La mayoría de los niños que consultan por vómitos pueden ser diagnosticados y tratados sin necesidad de ninguna prueba complementaria. La solicitud de estudios está indicada en las siguientes situaciones:

Valoración de la repercusión sobre el estado general y el metabolismo hidroelectrolítico

Se realizarán análisis de sangre (iones, glucosa, gasometría, urea, creatinina, osmolalidad) en los pacientes con signos de shock, deshidratación moderada o grave, acidosis, hipertensión intracraneal, obstrucción intestinal, peritonitis...

Diagnóstico etiológico

La solicitud de pruebas complementarias se realizará en función de la sospecha diagnóstica:

1. **Solicitud de pruebas urgentes:** se remitirán al hospital para realizar pruebas urgentes todos los pacientes en los que se sospeche una situación grave:
 - *Abdomen quirúrgico:* radiografía simple, ecografía o tomografía axial computarizada, según los casos; hemograma, reactantes de fase aguda (proteína C-reactiva, procalcitonina).
 - *Patología abdominal grave no quirúrgica:* amilasa, lipasa, pruebas hepáticas, hemograma, hemocultivo, ecografía.
 - *Hipertensión o infección intracraneal:* fondo de ojo, ecografía transfontanelar, tomografía computarizada craneal o resonancia magnética, según los casos.

Si la meningitis es la posibilidad diagnóstica: citología, bioquímica y cultivo de líquido cefalorraquídeo, hemograma, reactantes de fase aguda (proteína C-reactiva, procalcitonina), glucosa en sangre, hemocultivo.

 - *Trastorno metabólico grave:* se realizará un hemograma y se determinarán en sangre iones, gasometría, glucosa, urea, creatinina, osmolalidad, cuerpos cetónicos, ácido pirúvico, áci-

do láctico, amonio. Es muy importante guardar plasma, suero, orina y, en ocasiones, líquido cefalorraquídeo de la fase aguda para estudios específicos.

- *Sepsis:* hemograma, proteína C-reactiva y/o procalcitonina, bacteriología completa (orina, hemocultivo, líquido cefalorraquídeo), estudio de coagulación.

2. **Solicitud de pruebas no urgentes:** las pruebas necesarias para diagnosticar al resto de los pacientes se deben realizar en consulta de forma escalonada y siempre dirigidas por los datos aportados por la anamnesis y la exploración: perfil hepático (hepatitis), análisis de orina y urocultivo (infección urinaria), pH-metría intraesofágica de 24 horas (reflujo gastroesofágico), etc.

TRATAMIENTO

El tratamiento siempre que sea posible debe ser etiológico; en la mayoría de los casos los vómitos no cesarán si no se trata la enfermedad de base.

Estabilización de pacientes graves (A, B, C)

Como se ha comentado con anterioridad, la mayoría de los pacientes pediátricos que consultan por vómitos están hemodinámicamente estables. Sin embargo, es importante valorar y tratar rápidamente a ese escaso número de niños con alteraciones graves del equilibrio hidroelectrolítico. En esta situación, la prioridad inicial es la evaluación rápida de las funciones vitales y la instauración de medidas de soporte siguiendo el “ABC”:

(A,B) Hay que controlar la vía aérea de los niños muy deshidratados, con shock y disminución del nivel de conciencia. Es raro que estos pacientes necesiten intubación.

Se ha de administrar oxígeno con control de la saturación con pulsioxímetro teniendo en cuenta que la alteración de la perfusión periférica puede interferir esta medición.

La observación del patrón respiratorio permitirá detectar signos de acidosis metabólica (respiración profunda).

(C) **Se canalizará una vía venosa periférica** para infundir suero fisiológico (20 ml/kg/30-60 minutos) hacer una determinación rápida de glucemia

y extraer las otras muestras sanguíneas necesarias. Si existe hipoglucemia se corregirá con glucosa i.v. (0,5 g/kg).

La monitorización del tiempo de relleno capilar, del nivel de conciencia (Glasgow), de la tensión arterial y del ritmo cardiaco nos sirven para calcular la cantidad de líquidos necesaria para revertir la situación de shock.

La introducción y el mantenimiento de una sonda abierta para vaciar el estómago está indicada en los cuadros obstructivos o con disminución del nivel de conciencia, en la pancreatitis, en el fleo por trastornos metabólicos graves y en la peritonitis, principalmente.

Mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico

Los niños con buen estado general, bien hidratados, en los que se han descartado las causas graves y que, por lo tanto, no necesitan cuidados específicos pueden tratarse en casa teniendo como principal objetivo evitar la deshidratación. Es aconsejable utilizar pautas por escrito que ayuden a los padres:

- Se ofrecerán pequeñas cantidades y frecuentes de líquidos azucarados (zumos, agua, leche) o de soluciones de rehidratación comercializadas, aproximadamente, una cucharada cada 5 minutos aumentando la frecuencia paulatinamente.
- Si el niño sigue vomitando, se puede esperar una hora –en niños mayores incluso más tiempo– sin tomar nada y después se reiniciará la tolerancia.
- No se deben usar soluciones caseras (limonada alcalina) ya que existen frecuentes errores en la preparación que pueden tener consecuencias graves.
- Cuando el paciente tolere el líquido se le ofrecerá comida –tomas frecuentes y pequeñas–. Nunca se le forzará a comer.

Fármacos antieméticos

Algunos fármacos (ondansetron, dexametasona, metoclopramida) han demostrado su efecto antiemético durante el tratamiento quimioterápico de los pacientes oncológicos y en el periodo postoperatorio de diversas intervenciones quirúrgicas.

Aunque su utilización no está contemplada en la mayoría de los protocolos de tratamiento de la gas-

troenteritis aguda (la causa más frecuente de vómitos en la infancia) los pediatras los prescriben con relativa frecuencia para intentar mejorar la tolerancia oral y evitar o tratar la deshidratación. Sin embargo, en muchas ocasiones provocan efectos secundarios neurológicos de tipo extrapiramidal (metoclopramida) o disminución del nivel de conciencia (prometazina, proclorperazina) dificultando la ingesta oral del niño y provocando el efecto contrario.

Recientes trabajos han intentado determinar la utilidad del ondansetron, agente que bloquea de forma selectiva los receptores serotoninérgicos 5-HT₃, controlando los vómitos en la gastroenteritis infantil. Se han probado distintas pautas:

- Ondansetron intravenoso: 0,15 mg/kg (dosis máxima: 8 mg).
- Ondansetron oral: 2 mg en niños de 8-15 kg, 4 mg en niños de 15-30 kg y 8 mg en niños que pesan más de 30 kg.

Es un fármaco seguro en los niños, que no altera el nivel de conciencia y que raramente provoca reacciones extrapiramidales. En la mayoría de los ensayos los niños tratados con ondansetron vomitaban menos que los que tomaban placebo aunque tenían más diarrea. De forma aproximada, para evitar los vómitos o la rehidratación intravenosa de un niño hay que tratar 5 ó 6 pacientes respectivamente. Sin embargo, no ha demostrado de forma unánime su efectividad disminuyendo el porcentaje de hospitalizaciones, ni el número de reconsultas en urgencias.

Los pediatras que se decidan a utilizar el ondansetron como último recurso ante un paciente con vómitos repetidos que dificulten la rehidratación oral no deberán olvidar que los pilares fundamentales del tratamiento de la gastroenteritis son la rehidratación oral y la alimentación precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alhashimi D, Alhashimi H, Fedorowicz Z. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD005506. DOI: 10.1002/14651858.CD005506.pub3.
2. Borowitz SM. Are antiemetics helpful in young children suffering from acute viral gastroenteritis?. Arch Dis Child 2005; 90: 646-8.



3. Freedman SB, Adler M, Seshadri R, Powell EC. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. *N Engl J Med* 2006; 354: 1698-705
4. Fuch S, Jaffe D. Vomiting. *Pediatr Emerg Care* 1990; 6: 164-70.
5. Kwon KT, Rudkin SE, Langdorf MI. Antiemetic use in pediatric gastroenteritis: a national survey of emergency physicians, pediatricians, and pediatric emergency physicians. *Clin Pediatr* 2002; 41: 641-52.
6. Li ST, DiGiuseppe DL, Christakis DA. Antiemetic use for acute gastroenteritis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 475-9.
7. Murray KF, Christie DL. Vomiting. *Pediatr Rev* 1998; 19: 337-41.