



HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA

GENERALIDADES:

Aproximadamente 75 - 80 % de las gestantes experimentan náuseas, vómitos y/o sialorrea al comienzo de la gestación; afectando su calidad de vida.

Las náuseas aparecen dentro de 4 - 6 semanas después del último periodo menstrual; en el 60% de las gestantes desaparecerá al finalizar 1er. Trimestre, 90% a la semana 20 y aproximadamente 10% pueden continuar con síntomas luego del 2do. trimestre, incluso hasta el parto

DEFINICIÓN:

Náuseas y vómitos graves e incontrolables que conllevan al desequilibrio hidroelectrolítico, afectación de la homeostasia, la función renal y el estado nutricional de la gestante.

Se caracteriza por vómitos persistentes (> 3 episodios / día) que conllevan a deshidratación severa, cetonuria, desequilibrio hidroelectrolítico (Hipopotaseamia) y pérdida de peso > 5%.

FACTORES DE RIESGO:



- Hormonales:** Asociado a concentraciones séricas de Gonadotropina coriónica.
- Psicológicos:** Se considera un fenómeno de somatización asociada a gestaciones no deseadas, personalidades histéricas o inmadura.
- Alérgicos o inmunológicos:** Reacción materna a sustancias del embrión o por las diferencias genéticas entre el feto y el trofoblasto.
- Macrobiótica digestiva:** 90% de las pacientes con hiperemesis son positivas a *Helicobacter pylori*.

Afecta entre el 0.3 al 3.6 %
de las embarazadas

Es un diagnóstico de
exclusión en ausencia de
otras enfermedades

Es un diagnóstico de
exclusión en ausencia de
otras enfermedades



Mayor incidencia de Hiperemesis en:

- nuliparas,
- obesas,
- gestaciones gemelares,
- raza negra,
- adolescentes,
- bajo nivel sociocultural,
- enfermedad trofoblástica,
- malformaciones fetales y
- antecedente de hiperemesis

DIAGNÓSTICO:

Un reciente consenso Delphi propuso 4 criterios simplificados:

1. Síntomas que comienzan al principio del embarazo, antes de las 16 semanas
2. Náuseas / vómitos severos
3. Intolerancia oral a alimentos
4. Limitación de actividades diarias



¿CÓMO PODEMOS MEDIR LA SEVERIDAD?

Una puntuación alta (>13 puntos) indica que el paciente debe ser evaluado por deshidratación y deben controlarse sus niveles de electrolitos sérico.

 1. En promedio en un día. ¿durante cuánto tiempo siente náuseas o malestar estomacal?

Nada	≤1 hora	2 a 3 horas	4 a 6 horas	> 6 horas
1	2	3	4	5

1. En promedio en un día. ¿cuántas veces vómita?

No vómito	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	≥ 7 veces
1	2	3	4	5

1. En promedio en un día. ¿cuántas veces presenta arcadas sin expulsión de contenido gástrico ?

Ninguna	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	≥ 7 veces
1	2	3	4	5

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Infecciosos: Pielonefritis aguda, Gastroenteritis aguda, entre otros.

Desórdenes metabólicos: Cetoacidosis diabética, hipertiroidismo, enfermedad de Addison.

Desórdenes gastrointestinales: Apendicitis, pancreatitis, úlcera péptica.

Desordenes neurológicos: Migraña severa, hipertension endocraneal benigna, Enfermedad vestibular.



“Cuando una paciente experimenta náuseas y vómitos por primera vez después de las 9 semanas de gestación, se deben considerar cuidadosamente otras condiciones en el diagnóstico diferencial.”

LABORATORIOS :

Deben considerarse en la mayoría de los casos porque apoyan al diagnóstico y establecen la severidad y permiten corrección adecuada.

Necesarios para valorar posibles patologías coadyuvantes, por lo cual deben considerarse frente a la atención de estas pacientes en las primeras horas de valoración, pero no siendo necesarias para el inicio de las primeras medidas terapéuticas.

Estudios en diferido para descartar los posibles diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta la no mejoría y/o respuesta a tratamientos médicos.

Primer contacto con la paciente

Sodio, potasio, cloro, bicarbonato sanguíneo
Cetonuria
Azoemia y creatinina

Patologías coadyuvantes

Ecografías obstétrica y transvaginal
Perfil tiroideo
Búsqueda de helicobacter pylori

Diagnósticos diferenciales frente a la no respuesta

Ecografías abdominal
Funcional y enzimograma hepático
Amilasemia
Glicemia
Paradínica infecciosa (PCR, glóbulos blancos, urocultivo)
Imagen de cráneo

MANEJO DURANTE LA GESTACIÓN

MEDIDAS PREVENTIVAS:

1. Suplementación con ácido fólico (5 mg / día) mínimo 3 meses antes del embarazo, así como medicamentos con vitamina B6 y consumo de hierro.
2. Comer porciones mas pequeñas cada hora o cada dos horas
3. Comer alimentos secos, salados y blandos.
4. Aumentar consumo de proteínas
5. Beber líquidos 20 - 30 minutos antes de ingerir alimentos
6. Hidratarse con 2 litros de agua al día + agua de coco y electrolitos.

7. Ingerir bebidas frías y con hielo
8. Oler cítricos para contrarrestar olores fuertes
9. Pacientes con alto riesgo para desarrollar HG pueden iniciar uso de Doxilamina 10 mg y/o piridoxina 10 mg. 3 veces al día.

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE TERAPIA Y DIAGNÓSTICO PRENATAL - SIADTP

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:

PRIMERA LÍNEA:



Antihistamínicos: Inhiben directamente la histamina en el receptor H1 y el centro del vómito a nivel vestibular.

Doxilamina + piridoxina: Principalmente en horas de la noche o en las mañanas (2-4 tabletas al día).

Dimenhidrato: 25 - 50 mg VO BID.

Difenhidramina: 25 - 50 mg VO cada 4 - 6 hrs o 10 - 50 mg cada 4 - 6 hrs VEV.

Meclizina: 25 mg VO cada 4 - 6 hrs (no disponible en Venezuela)

SEGUNDA LÍNEA:

Ondansetron: Antiemético más usado en USA, reservado para casos Severos. No se han descritos datos de teratogenicidad en primer trimestre pos su uso. Dosis: 4 mg VO 3 veces al día.

TERCERA LÍNEA:

Metilprednisolona: Se sugiere 48 mg por día durante 3 días seguidos de una dosis decreciente durante 2 semanas. Si los vómitos reaparecen después de 2 semanas de terapia o durante la reducción gradual, el medicamento se puede reiniciar o prolongar, pero no más de 1 mes (en total).

Hidrocortisona: Se recomienda su uso en pacientes hospitalizadas que no responden a hidratación y antieméticos. Se administra 100 mg vía intravenosa cada 12 horas, siendo una primera dosis suficiente.

ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA:

Metoclopramida: 5-10 mg VO, IV o IM (idealmente 30 min antes de la comida y a la hora de acostarse) cada 6-8 horas.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:



- Las náuseas y vómitos son persistentes o se agravan.
- Hay presencia de dolor en hipogastrio persiste o se incrementa.
- Estado de hidratación requiere terapia endovenosa para su corrección
- Es necesario definir la presencia o excluir alteraciones hidroelectrolíticas.
- Salida de líquido transvaginal.
- Fiebre u otra condición médica asociada o recién diagnosticada
- Agravamiento de síntomas de enfermedad de base.
- No hay condiciones para tratar el problema en el domicilio o establecimiento de salud más cercano.
- Dificultad de acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive.

ANTIEMÉTICOS QUE SE DEBEN EVITAR:



- DOMPERIDONA
- METOPIMAZINA
- ALIZAPRIDA
- DROPERIDOL
- HALOPERIDOL



MEDICINA ALTERNATIVA

Jengibre:

100 mg de extracto de jengibre VO antes de las comidas principales puede ayudar a reducir las náuseas (pero no los vómitos)



Fluidoterapia: Suero Glucosado 10 % 500 cc /8 horas alterno con Ringer Lactato o Suero Fisiológico 500 cc/8-12 horas.

Si existe hipopotasemia ($K^+ < 3,5\text{mEq/L}$), se añadirá administración de KCl en la fluidoterapia.

Dosis: 1mEq/kg/día de KCl repartido en sueros endovenosos cada 8h

RESULTADOS PERINATALES:

La hiperemesis gravídica puede aumentar los riesgos de desarrollar algunas complicaciones asociadas tales como el desprendimiento prematuro de placenta y el bajo peso al nacer sin incidencia en parto pretérmino, anomalías congénitas, muerte fetal, riesgo de asfixia perinatal.

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA:

- Ausencia o mínimo sangrado transvaginal. Remisión de los síntomas sin datos de deshidratación.
- En caso de desequilibrio electrolítico garantizar gasometría con valores en rango normal.
- Haber disminuído progresivamente las líneas farmacológicas de manejo médico intravenoso y tolerancia a la vía oral.
- Adecuado control y resolución de signos y síntomas de la emesis.
- Tolerancia a la medicación oral al menos 48 horas bajo vigilancia médica
- Si hay tolerancia a la vía oral que permita estabilidad en la evolución
- Se recomienda seguimiento en 10 días
- Se recomienda los suplementos prenatales.
- Se recomienda reposo relativo las 72 horas posterior al alta.
- Consejería y apoyo (rehabilitación emocional).

MANEJO DE RECIDIVAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS:

- 24% de las pacientes con diagnóstico de Hiperemesis gravídica cursarán con recidiva.
- Los complejos vitamínicos periconcepcionales (ácido fólico, hierro, vitamina B12 principalmente).
- Todas las medidas higiénico - dietéticas preventivas que se describen en la página 2 de este boletín



**Gracias a todos
por suscribirse!**



BIBLIOGRAFÍA

