

HIPEREMESIS GRAVIDICA

(HYPEREMESIS)

Revista Médica Sinergia
ISSN 2215-4523
Vol.1 Num:6
Junio 2016 pp:14-17

* Flory Cruz Venegas

RESUMEN

Las náuseas y los vómitos son una situación fisiológica frecuente durante la gestación, que puede llegar a afectar al 70-80% de las mujeres embarazadas y se desconoce la causa.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y su identificación es fácil cuando la sintomatología es típica. El tratamiento debería iniciarse con medidas no farmacológicas como comidas poco cuantiosas pero más frecuentes, dar preferencia a los alimentos fríos y sólidos, evitar líquidos por las mañanas, condimentación escasa, evitando alimentos fritos y ricos en grasas.

El manejo farmacológico inicial: Piridoxina (Vitamina B₆) a dosis de 10-25mg cada 8 horas, y ante la persistencia de los síntomas, Doxilamina + Piridoxina.

DESCRIPTORES

Hiperémesis, vómitos, náuseas, embarazo, piridoxina.

SUMMARY:

Nausea and vomiting are a frequent physiological status during pregnancy, which may affect 70-80% of pregnant women and the cause is unknown.

The diagnosis is mainly clinical and identification is easy when the symptoms are typical. Treatment should begin with nonpharmacological measures as little heavy but more frequent meals, giving preference to solid foods and cold, avoid liquids in the morning, spicing scarce, avoiding fried and fatty foods.

The initial pharmacological management: pyridoxine (Vitamin B₆) at doses of 10-25mg every 8 hours, and at the persistence of symptoms, Doxylamine + pyridoxine.

KEYWORDS

Hyperemesis, vomiting, nausea, pregnancy, pyridoxine.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas. San José-
Costa Rica.

INTRODUCCION

Las náuseas y los vómitos son una situación fisiológica frecuente durante la gestación, que puede llegar a afectar al 70-80% de las mujeres embarazadas; suelen ser esporádicos, preferentemente matutinos, con capacidad de alterar la

calidad de vida de la gestante, pero sin repercusión en su estado metabólico.

La hiperémesis gravídica (HG) es el extremo severo del espectro de náuseas, arcadas o vómitos inexplicables e intratables que empiezan en el primer trimestre del embarazo y provocan deshidratación, cetonuria, trastornos

hidroelectrolíticos y típicamente, una pérdida de peso de más de 5% del peso previo al embarazo. De manera característica, los síntomas empiezan entre las 3 a 5 primeras semanas del embarazo y 80% se resuelve para las 20 semanas de gestación. El tratamiento suele incluir la evitación de estímulos nocivos, medicamentos para aliviar las náuseas y el vómito, hidratación y posiblemente, hospitalización.

PATOGENIA

La HG afecta a 0.3-2% de las mujeres embarazadas. En términos generales, se desconoce la causa pero los factores contribuyentes incluyen los siguientes:

- Niveles elevados de gonadotropina coriónica humana (hCG) como ocurre en gestaciones gemelares o enfermedad trofoblástica.
- Aumento de estrógenos: estudios han revelado que gestantes con enfermedad grave tienen un aumento de 1.5 veces de probabilidad de tener un feto femenino. Además, por efecto estrogénico durante el embarazo, se sabe que causa retraso en el vaciamiento gástrico y enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal.
- Aumento de progesterona, posiblemente debido a su papel en la disminución de la motilidad gástrica, esofágica e intestinal; además de producir una relajación del esfínter esofágico inferior.

Es más común en mujeres jóvenes, primíparas y aquellas que tienen antecedentes de cinetosis, migrañas, náuseas y vómitos asociados con anticonceptivos orales. Además, se

observa más a menudo entre mujeres con gestaciones múltiples y las pacientes cuyas hermanas o madres padecieron HG están en mayores probabilidades de verse afectadas. Curiosamente, este riesgo se reduce cuando existe un cambio de paternidad. Por último, los casos más graves quizá tengan un componente psicológico relacionado.

DATOS CLINICOS

Signos y síntomas: se asocia con náuseas y vómitos intensos que pueden producir deshidratación, pérdida de peso y con frecuencia, aislamiento social y un impacto negativo sobre las relaciones familiares y amigos. A diferencia de las náuseas y vómitos tradicionales del embarazo, la HG tiende a tener un inicio más temprano y una mayor duración. Las pacientes suelen referir que los vómitos están desencadenados por algunos olores, visiones o ingesta de alimentos. También es posible observar un exceso de salivación (sialorrea o ptialismo) en un subconjunto de mujeres con HG.

Datos de laboratorio: puede observarse supresión de hormona estimulante de la tiroides (TSH), elevación de tiroxina libre (T₄ libre) y elevación de enzimas hepáticas, bilirrubina, amilasa y lipasa en las pacientes con náuseas y vómitos graves; estas concentraciones son anormales de manera transitoria y se resuelven ante la mejoría de la HG.

Estudios imagenológicos: no se requieren estudios imagenológicos para realizar el diagnóstico de hiperémesis; no obstante, pueden ser de utilidad para descartar otros padecimientos tales como pancreatitis, colecistitis o lesiones intracraneales.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y su identificación es fácil cuando la sintomatología es típica. Se debe diferenciar de los vómitos propios del embarazo, donde la paciente continúa ganando peso y no se deshidrata. Deben sospecharse otros padecimientos médicos si el inicio de las náuseas y vómitos intensos es después de las 9 semanas de gestación. El diagnóstico diferencial para la HG tardía debe incluir sobre todo enfermedad trofoblástica, diabetes mellitus gestacional, enfermedad de las vías biliares, hepatitis, úlcera péptica, pancreatitis, apendicitis, pielonefritis, torsión ovárica, migrañas, toxicidad por drogas o síndrome de abstinencia, trastornos psicológicos, hígado graso agudo del embarazo y pre eclampsia. Por lo que, ante la sospecha debe solicitarse los siguientes exámenes de laboratorio: cetonas en orina, nitrógeno ureico y creatinina, enzimas hepáticas, electrolitos, amilasa y pruebas de función tiroidea.

COMPLICACIONES

Las complicaciones maternas de la HG pueden incluir necrosis tubular aguda, mielinolisis pontina central, desgarro de Mallory-Weiss, Síndrome de Boerhave, neumomediastino y avulsión esplénica. Se conocen al menos 2 deficiencias de vitaminas relacionadas con HG: vitamina K, cuyo déficit acarreará alteraciones hemorrágicas como gingivitis, hematemesis, melenas, púrpuras y manchas petequiales cutáneas, así como hemorragias subconjuntivales y de la retina. Pueden aparecer alteraciones neurológicas por déficit de Tiamina o

vitamina B₁ dando lugar al Síndrome de Wernicke, que corresponde a un cuadro neurológico agudo caracterizado por oftalmoplejía, ataxia y alteraciones confusionales; y Síndrome de Korsakoff, que es la fase amnésica crónica que se caracteriza por una incapacidad total para el aprendizaje de material nuevo y deterioro de la memoria reciente, con una memoria remota relativamente preservada. Además, se ha informado de una importante carga psicológica de la enfermedad tales como depresión, ansiedad y ausentismo laboral; por fortuna, no se han asociado complicaciones fetales específicas con la HG. Sin embargo, un estudio mostró que las mujeres con HG que aumentaban <7 Kg durante la totalidad del embarazo presentaban un riesgo ligeramente mayor de bajo peso al nacer y parto prematuro. Aun así, no se han observado anomalías congénitas o un aumento en el riesgo de aborto espontáneo o mortinatalidad.

TRATAMIENTO

Las terapias emergentes no han tenido un beneficio significativo debido a que la HG es un síndrome de etiología multifactorial, por lo tanto, el manejo se ha centrado mayormente en la corrección de los desbalances hidroelectrolíticos. El tratamiento debería iniciarse con medidas no farmacológicas como comidas poco cuantiosas, pero más frecuentes, dar preferencia a los alimentos fríos y sólidos, evitar líquidos por las mañanas, condimentación escasa, evitando alimentos fritos y ricos en grasas y entre las opciones de medicina natural, el uso de jengibre puede ayudar a disminuir la

sintomatología. Aproximadamente el 10% de las pacientes con HG requieren tratamiento farmacológico recibiendo suplementos vitamínicos como la Tiamina (Vitamina B₁) para la prevención de la Encefalopatía de Wernicke a dosis de 1.5mg/día. Como manejo inicial, la ACOG (American College of Obstetricians & Gynecologists) estableció el uso de Piridoxina (Vitamina B₆) a dosis de 10-25mg cada 8hrs como tratamiento de primera línea, y ante la persistencia de los síntomas, Doxilamina + Piridoxina (Diclectin) han demostrado una disminución de hasta un 70% de las náuseas y los vómitos. En caso de refractariedad, los antihistamínicos como Prometazina, Hidroxizina, Tietilperazina; los pro-quinéticos como Metoclopramida; y los antagonistas de serotonina como Ondansetrón, han demostrado ser eficaces y tienen amplios antecedentes de seguridad en cuanto a su uso durante el embarazo. Sin embargo, se ha encontrado que producen no solo reducción de la incidencia de náuseas, sino también una tendencia a causar somnolencia, así como efectos extrapiramidales como el tremor, la distonía y la disquinesia que se reportan con Metoclopramida, aunque se documenta que el riesgo de manifestar este cuadro se presenta después de las

12 semanas de tratamiento. Finalmente, entre otras terapias alternativas se encuentra el uso de corticoides, permitido únicamente después de las 10 semanas de gestación para evitar efectos secundarios como malformaciones congénitas. Si la pérdida de peso persiste a pesar del tratamiento, se necesitará la suplementación nutricional por sonda enteral o alimentación parenteral. Los casos que requieren hospitalización suelen presentarse antes de las 8 semanas de gestación.

PRONOSTICO

Para las 16 semanas de gestación, más del 50% de las mujeres presenta una resolución de sus síntomas y para las 20 semanas de gestación lo mismo sucede para 80% de las mujeres. No obstante, cerca de 10% se verá afectada hasta cierto grado con náuseas y vómitos graves durante la totalidad del embarazo. Se ha observado que la HG vuelve a presentarse en hasta 80% de embarazos subsiguientes, aunque se ha demostrado que la terapia médica intensa temprana anterior a la presentación de síntomas importantes reduce tanto la gravedad como la tasa general de recurrencia en embarazos futuros.

BIBLIOGRAFIA

- DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. *“Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos”*. 2014, 11ª edición: 493-494.
- González A, Álvarez E, Veiga A, Gómez M.D. *“Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos / hiperémesis gravídica”*. Semergen. 2011;37(10):559-564.
- Sibaja L, Vargas N. *“Manejo de la Hiperemesis Gravídica”*. Revista médica de CR y Centroamérica 2011(599):441-445.
- Tamay A.G, Kuscu N.K. *“Hyperemesis gravidarum: Current aspect”*. Joournal of Obstetric and Gynaecology 2011;31:708-712.

Recepción: 06 Mayo de 2016

Aprobación: 12 Mayo de 2016