



# Hiperémesis gravídica grave

## Definición

Es el extremo grave de síntomas que presenta la mujer embarazada, implica náuseas y vómitos severos que provocan dos de los siguientes signos: una pérdida de peso de al menos un 5% de peso corporal antes del embarazo, cetonuria, deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico. Puede presentarse 1-2 % de los embarazos (1), y requerir hospitalización.

La hiperémesis gravídica es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo. Es un diagnóstico de exclusión, requiere considerar otras causas de vómitos graves como la gastroenteritis, la colecistitis, la pielonefritis, el hiperparatiroidismo primario, disfunción hepática, etcétera (4). Las mujeres que experimentan náuseas y vómito por primera vez luego de la semana 10 de gestación, tienen mayor probabilidad de tener otro diagnóstico de náusea/vómito durante el embarazo.

Las náuseas con o sin vómitos se producen en la mayoría de los embarazos, por lo general con inicio a las cinco o seis semanas de gestación, alcanzando un máximo de nueve semanas, y por lo general disminuir a las 16 y 18 semanas de gestación y persisten en un 5% hasta el final del embarazo (5).

Las pacientes con hiperémesis gravídica grave puede presentar: desnutrición, niños con bajo peso al nacer, parto pretérmino, fetos pequeños para su edad gestacional, APGAR bajo, muerte fetal por encefalopatía, etc (3).

Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante el embarazo pueden interrumpir el hierro o las vitaminas prenatales durante el primer trimestre y sustituirlos con ácido fólico o con vitaminas para niños o adultos (con baja concentración de hierro) (2).

## Etiología

Se atribuyen múltiples factores que se suman para producir hiperémesis entre estos tenemos: alteraciones del SNC, gastrointestinales, metabólico, tóxico, herencia, embarazos previos, bajo IMC de la madre, trastornos psicológicos, trastornos del estado de ánimo, somatización, entre otros.

## Síntomas y signos

- Náusea
- Vómito
- Hipotensión ortostática
- Pérdida de peso 5%
- Signos de deshidratación

## Laboratorio – imagen

- BH
- BUN-creatinina
- Electrolitos
- AST –ALT
- EMO (cetonas en orina)
- TSH –T4
- Calcio, Magnesio
- Ultrasonido obstétrico para detectar una enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo múltiple.

## Tratamiento no farmacológico

La acupuntura, como forma de medicina alternativa, puede ayudar a algunas mujeres en el tratamiento de las náuseas y los vómitos del embarazo (2).

La terapia cognitiva-conductual como coadyuvante a la piridoxina, puede ser beneficiosa (2).

Comidas frecuentes, poco abundantes (repartir la ingesta en un mínimo de 5 comidas de menor cantidad), sólidas separadas de las líquidas y evitar las comidas tan grasosas, picantes, dulces, cítricas (2).

Las pacientes con hiperémesis gravídica grave requieren valoración por nutricionista.

La severidad de la condición debe ser evaluada utilizando la escala PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea) modificada de 24 horas (3).

## Tratamiento farmacológico

Colocación de cristaloides (cloruro o lactato), añadir potasio 20-40 mmol por litro en caso de hipopotasemia grave.

Multivitaminas intravenosas (complejo B1+B6 ) o nutrición enteral o parental.

Metoclopramida 10mg IV TID /ondasetrón 4mg IV TID / Ondasetrón 8mg IV BID.

Doxilamina 10mg + piridoxina 10mg solos o combinados (Cariban) c/6 horas.

Hidrocortisona 100mg IV BID o metilprednisolona (última opción).

Las mujeres con alto riesgo de náusea y vómito en el embarazo pueden beneficiarse de tratamiento preventivo de doxilamina/piridoxina al inicio del embarazo (2).

Antagonistas de los receptores H1, deben considerarse en el tratamiento de episodios agudos o crónicos de náuseas y vómitos del embarazo (2).

La piridoxina como mono terapia o doxilamina/piridoxina, se recomienda una terapia de combinación como primera línea en el tratamiento de náuseas y vómito del embarazo debido a su eficacia y seguridad (2).

Las fenotiazinas (clorpromazina) son seguros y eficaces como terapia adyuvante para las náuseas y los vómitos del embarazo (2).

El jengibre (250mg c/6 horas) puede ser beneficioso en el alivio de los síntomas de náuseas y vómitos del embarazo (2).

Los antiácidos que contienen magnesio, calcio zinc o aluminio son utilizados en el embarazo como primera -línea de tratamiento para reflujo (2).

Los antihistamínicos H2 e inhibidores de bomba de protones se utilizan cuando fallan los antiácidos en reflujo (3).

Los corticosteroides deben ser evitados durante el primer trimestre del embarazo debido al posible aumento de riesgo de malformaciones orales y deben restringirse a los casos refractarios (2).

## Aspectos socioculturales

El discurso social acerca del parto aún hoy está ligado a la frase bíblica “parirás con dolor” (6), ha trabajado muchos años en este campo; señala que la sociedad determina modelos de maternidad e identidad femenina que hace cumplir a los miembros de la misma, es decir, la sociedad y la cultura proponen los modelos de familia y de maternidad. Si este hecho nos parece de vital importancia, es porque estos modelos determinan el modo de establecer el vínculo entre la madre y el hijo, vínculo que a su vez es el modelo de relación con los otros.

Desde el punto de vista psicológico, consideramos que el embarazo es un proceso de cambio, en el que se van a reactivar conflictos infantiles, básicamente los referidos a la estructuración edípica y, más en concreto, al vínculo madre-hijo, la mujer ahora repetirá con su hijo la misma relación que ella vivió con su propia madre. En el vínculo con el hijo también influyen sus relaciones actuales, sobre todo las establecidas con su pareja, cuando en esta relación hay dificultades y carencias es más fácil que la mujer vuelque ese vacío en el hijo y, de este modo, deposite en él múltiples expectativas que posteriormente dificultarán su proceso de independencia. Es decir, la actitud de la mujer embarazada está determinada por su historia infantil previa y por el consumo de la situación actual y el modo en que ella la asume.

Durante el embarazo la mujer tiene que hacer cambios individuales, familiares y sociales. Los primeros, se refieren sobre todo al vínculo con sus propias figuras parentales, ya que si el embarazo significa la promesa de un hijo, también representa la pérdida de la infancia en la que ella era hija. Por otra parte, también se producen cambios corporales internos y externos muy importantes, entre ellos, la pérdida de la imagen corporal que aunque se sabe es transitoria; para algunas mujeres se vive como una herida narcisista y una pérdida definitiva. Los cambios familiares se refieren prioritariamente a la adquisición de un nuevo rol; el rol de madre, con las responsabilidades que ello implica, ya que el hijo en sus primeros años va a depender absolutamente de ella. A su vez, este nuevo hijo produce otros cambios en la dinámica familiar, sobre todo en el vínculo con la pareja y en las relaciones con los otros hijos y familiares.

Todos estos complejos cambios vividos internamente por la mujer, pueden expresarse a través de temores y fantasías, éstas son singulares y están en relación con la estructura de la personalidad; estas fantasías pueden generar un alto nivel de ansiedad en la mujer e incluso originar síntomas a nivel corporal, el conflicto interno puede manifestarse a través de náuseas, vómitos, diarreas, anorexia, bulimia, ahogos, mareos, etc. Como la significación del embarazo es ambigua, es natural que la mujer se muestre ambivalente y perciba al hijo simultáneamente como un enriquecimiento y una pérdida para sí mismo.

Ante esta circunstancia, se ponen en movimiento mecanismos defensivos que, si no son útiles y el rechazo es intenso, pueden dar origen a síntomas que en este período con gran frecuencia son náuseas y vómitos. Aunque estos síntomas pueden tener causas biológicas en su origen, no hay que olvidar que no todas las mujeres los presentan, que son desconocidos para las mujeres y que pueden adquirir características de gravedad como en la hiperémesis gravídica (7). Cuando los sentimientos de rechazo y culpa son muy importantes.

Además de los factores biológicos para un enfoque integral de la hiperémesis gravídica, debemos analizar las experiencias obstétricas previas: si el embarazo era deseado y esperado, el apoyo familiar, la personalidad de la mujer embarazada y descartar problemas psicológicos como depresión, somatización y aspectos culturales.

## Referencias bibliográficas

1. Martínez del Val M, Tejerizo A, García A, Henríquez S. The psychological approach in hyperemesis gravidarum. Clin Invest Ginecol Obstet. 2005 Julio; 32(4).
2. Kim C, RM VB, Hilary R, al e. The managment of nausea and vomiting and pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2016 December ; 38(339).
3. Guideline CP. Hyperemesis and nausea -vomiting. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland. 2015 Enero;(12).
4. William M. Outlaw JAlaKk. Hyperemesis Gravidarum and Maternal Liver Disease. North Carolina, 27157 : University School of Medicine, Winston-Salem, Department of Internal Medicine, Wake Forest ; 2013.
5. Wolters K. Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists. January 2018; 131(189).
6. Videla M. Maternidad : Mito y realidad. Primera ed. Peñalillo , editor. Buenos Aires: Paedós; 1983.
7. Langer M. "Maternidad y Sexo". 1st ed. Díaz de Santos SA, editor. Madrid: Paidós; 1998.