

## **Atención en urgencias ante la hiperemesis gestacional**

**Autores: José Iglesias Moya\*, Rosa María Morillas Salazar\*\***

\* **Matrón. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Unidad de gestión sanitaria norte de Jaén. Centro de Salud Purísima Concepción.**

\*\* **Matrona. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Hospital materno-infantil de Granada.**

**Palabras clave:** hiperemesis, cuidados, gestación, urgencias.

### **Introducción y antecedentes.**

Durante el embarazo la aparición de náuseas o vómitos son muy frecuentes. Sin embargo la incidencia de la hiperemesis es mucho menos común suponiendo el dos por ciento de los casos de embarazos.

La hiperemesis gestacional es una patología en la cual aparecen vómitos de manera descontrolada en ausencia de otros síntomas pudiendo dar lugar alteraciones hidroelectrolíticas, renales o nutricionales por lo que es necesaria la hospitalización y atención urgente de la gestante. **(1,2)**

Las causas de esta enfermedad no están muy claras pero se relacionan con el incremento de la hormona Beta-hCG y estrógenos. **(1)**

### **Objetivos.**

- Conocer medidas de actuación en urgencias ante la hiperemesis gestacional.

### **Metodología.**

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre artículos que ofrecieran información sobre cuidados urgentes a la gestante con hiperemesis. Para ello utilizamos diferentes bases de datos: pubmed, scielo, cochrane. Se utilizaron palabras clave de la web de los descriptores de salud (DeCS): hiperemesis, cuidados, gestación, urgencias. Además de sus homólogos en inglés: hyperemesis, care, gestation, emergencies.

Se incluyeron estudios y protocolos publicados en los últimos 5 años en idioma español o en inglés además de tener acceso completo al texto.

Utilizamos 4 artículos y un protocolo

### **Resultados.**

Tras la llegada al servicio de urgencias de una gestante que sufre hiperemesis, se procede a la exploración física y realización de pruebas analíticas con el fin de poder conocer :

- Hemograma: grado de hemoconcentración
- Bioquímica: incremento de bilirrubina, cetonemia, hipoproteinemia, y niveles de electrolitos.
- Orina: densidad y cetonuria.

Dependiendo de los resultados de estas pruebas y el estado general de la embarazada se procede con:

A) Tratamiento ambulatorio:

- Hidratación oral
- Medicación oral, lo más usado es:
  - Metoclopramida 10 mg/ 8 h
  - Doxilamina + B6: 1 comprimido/8h **(1,3)**

B) Ingreso y tratamiento en hospital: Cuando los vómitos y cetonuria no remiten. Las actividades a realizar son:

- Mantener dieta absoluta.
- Control de constantes por turnos.
- Reposo relativo
- Ionograma cada 24 horas
- Aporte de electrolitos.
- Sueroterapia, alternar suero fisiológico con glucosado al 5%-10% (2-3 litros en 24 horas)
- Medicación intravenosa, se usa la misma que en el tratamiento ambulatorio. En casos resistentes se puede usar Metilprednisolona 16 mg/8h vía oral o endovenosa durante 3 días **(3,4)**

Hasta hace poco se usaba el ondansetron 8mg/12h vía intravenosa, pero ha sido retirado su uso en embarazadas por su relación con malformaciones fetales.**(5)**

**Discusión y aplicaciones.**

La aparición de vómitos es frecuente en el embarazo, sin embargo en un número reducido de casos esta situación se vuelve insostenible repercutiendo negativamente en la salud de la gestante produciendo alteraciones a nivel hidroelectrolítico, renal y nutricional.

La actuación de los profesionales en el servicio de urgencias dependerá en gran medida de los resultados de las pruebas complementarias antes mencionadas y del estado general de la gestante.

El tratamiento dependiendo de la gravedad del cuadro se divide en:

- Domiciliario
- Hospitalización.

Tras el alta tanto del servicio de urgencias como de la planta de hospitalización se debe aconsejar a la paciente seguir con el tratamiento farmacológico prescrito, además de mantener unas recomendaciones dietéticas como son: evitar las comidas picantes o grasas, comer varias veces al día en pequeñas cantidades.

Con esta revisión aplicada a la práctica se pretende garantizar la atención sanitaria de calidad en la gestante con hiperemesis tanto en el servicio de urgencias como en la planta de hospitalización además de asegurarnos de que comprende y sigue las recomendaciones de tratamiento farmacológico y dietéticas al alta.

### **Bibliografía.**

1.Haro Karina de, Toledo Karen, Fonseca Yolanda, Arenas Diego, Arenas Humberto, Leonher Karla. Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Feb [citado 2019 Oct 08] ; 31( 2 ): 988-991. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015000200060](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000200060&lng=es) &lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8143>.

2.Nieto Álvaro José, Burgos Juan Manuel, Echeverry Lina Marcela, Escobar María Fernanda. Encefalopatía de Wernicke secundario a hiperémesis gravídica: la importancia del diagnóstico temprano. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Oct 08] ; 83( 3 ): 295-301. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000300295&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300295&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300295>.

3.M. Palacio. Guía clínica: Hiperemesis gravídica. Servicio de Medicina Materno-fetal. Instituto clínico de ginecología, obstetricia y neonatología. Hospital Clínico de Barcelona, 2014. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis-gravidica.html> [acceso: 10/10/2019]

4.Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD010607. DOI: 10.1002/14651858.CD010607.pub2

5.Huybrechts KF et al. Association of Maternal First-Trimester Ondansetron Use With Cardiac Malformations and Oral Clefts in Offspring. JAMA. 2018 Dec 18; 320 (23): 2429-2437. DOI: 10.1001/jama.2018.18307