

MANEJO DE LA HIPEREMESIS GRÁVIDA EN URGENCIAS

OBSTÉTRICAS AUTORÍA

Francisco José Navarro Bernal.*
Almudena Barroso Casamitjana*
Ana María Peralta Domínguez*

*Matrón. Hospital U. Puerta del Mar
**Matrona. Hospital de Jerez
***Matrona. Hospital U. de Puerto Real

RESUMEN

La hiperémesis grávida se define como la aparición de vómitos y náuseas incoercibles sin causa orgánica, asociados a pérdida de peso, deshidratación, Cetosis y alteración electrolítica. Esto aparece entre un 0.2% y 3% de las gestantes. La aparición de náuseas y vómitos en el embarazo es tratado desde atención primaria mediante las recomendaciones de la matrona en la alimentación y la prescripción de fármacos. En contadas ocasiones estos vómitos se hacen persistentes produciendo alteraciones graves en la gestante. Es en este caso cuando las mujeres acuden al servicio de urgencias obstétricas. Debido a que la primera toma de contacto en urgencias es con la matrona, esta debe estar preparada y formada para poder asistir a la gestante y prestar unos cuidados de calidad.

En este artículo detallaremos los puntos más importantes relacionados con la hiperémesis y estableceremos un plan de cuidados estandarizado que recoge las necesidades y cuidados que requieren las gestantes con esta patología.

PALABRAS CLAVE

Gestante, náuseas, vómitos, matrona, cuidados, urgencias

ABSTRACT

Hyperemesis gravidarum are defined as the occurrence of uncontrollable vomiting and nausea without organic cause, associated with weight loss, dehydration, ketosis and electrolyte disturbance. This occurs between 0.2% and 3% of pregnant women. The occurrence of nausea and vomiting in pregnancy is treated in primary care through the recommendations of the midwife in food and prescription drugs. Rarely do these persistent vomiting causing serious disturbances in pregnant women. It is in this case when women presenting to emergency obstetric. Because the first contact in emergencies is with the midwife, it must be prepared and trained to assist pregnant women and provide quality care. This article will detail the most important points related to hyperemesis and establish a standardized care plan

that meets the needs and care they require pregnant women with this condition

KEYWORDS

Pregnant, nausea, vomiting, midwife, care, emergency

INTRODUCCIÓN

Definición

La hiperémesis grávida se define como la presencia de náuseas y vómitos persistente, sin causa orgánica, asociados a pérdida de peso, deshidratación, cetosis y alteración electrolítica. Estas alteraciones se dan sobre todo en las 12 primeras semanas de la gestación, persistiendo a veces hasta las 16-20 semanas y extendiéndose en ocasiones más allá de las 20 semanas. (1)

Las náuseas aparece en el 80% de las embarazadas y los síntomas persisten un promedio de 35 días, los vómitos aparecen en el 50% de las gestantes. La hiperémesis grávida se da entre el 0,2 y el 3 %. La mayoría son tratados en los centros de atención primaria, solo el 1-2% requerirán acudir al hospital e ingreso. (1,2) La hiperémesis es más frecuente que aparezca en mujeres jóvenes, nulíparas, primigesta, embarazos múltiples, obesas, negras, etc.

Etiología²

La etiología de la hiperémesis durante el embarazo se desconoce. Es probable que se trate de una etiología multifactorial. Los factores implicados pueden ser:

- Hormonales: HCG, estrógenos y progesterona.
- Neurológicos.
- Alérgicos o inmunológicos
- Psicológicos
- Prostaglandina E2
- Factores genéticos.

Diagnóstico^{2,3}

- 1.- Náuseas y vómitos de predominio matutino, de contenido alimenticio que pueden desencadenarse por el olfato, la vista o la ingesta de ciertos alimentos.
- 2.-Epigastralgias y a veces hematemesis por desgarro de la mucosa gastroesofágica.
- 3.-Sialorrea
- 4.-Pérdida de peso (10 kilos o más)
- 5.-Signos de deshidratación: palidez y sequedad de mucosas, pobre turgencia cutánea, ojos hundidos, hipotensión ortostática, taquicardia y oliguria.
- 6.-Alteración de los niveles de electrolitos.

También las características de los vómitos proporcionan datos diagnósticos. Los vómitos de la hiperémesis grávida pueden contener jugos gástricos y alimentos recientemente ingeridos. Un olor fétido o pútrico refleja los resultados de la acción bacteriana sobre el contenido intestinal y pueden aparecer en los casos de obstrucción intestinal. Los vómitos biliares suelen aparecer en procesos de vómitos prolongados.

a) Pruebas complementarias básicas²

- Hemograma: hemoconcentración.
- Coagulación: alterada por déficit de vitamina K.
- Bioquímica:
 - Alteraciones electrolíticas: Hiponatremia, hipocaliemia e hipocloremia.
 - Aumento del ácido úrico, urea y creatinina.
 - Aumento de las transaminasas hepáticas
- Anormales y sedimentos de orina: cetonuria.

b) Pruebas adicionales

- Pruebas pancreáticas: aumento de la amilasa.
- Proteínas totales: hipoproteinemia alcalosis metabólica.
- HCG en caso de duda para descartar enfermedad trofoblástica.
- Ecografía obstétrica.
- Hormonas tiroideas.
- Fondo de ojos

c) Diagnóstico diferencial

- Causas no relacionadas con la gestación: patología digestiva, neurológica, urinaria, trastornos metabólicos, torsión de quiste de ovario, intoxicación alimentaria, vómitos psicógenos.
- Causas relacionadas con la gestación: enfermedad trofoblástica, gestación múltiple, preeclampsia, Síndrome de Hellp, hígado graso, inicio del trabajo de parto.

Pronóstico

El pronóstico fetal en casi todos los casos es muy bueno, en raras ocasiones se encuentra la aparición de CIR y prematuridad son consecuencias graves. El pronóstico materno es igualmente bueno al tratarse de un proceso autolimitado, de baja morbimortalidad. En los casos graves el pronóstico vendrá definido por raras complicaciones tales como desgarro de la mucosa gastroesofágica, alcalosis metabólica, rotura de esófago y neumonitis por aspiración. (4)

Tratamiento

1.-Ambulatorio5,6

a) Medidas higiénico-dietéticas

- Comidas frecuentes y en pequeña cantidad e interrumpir la ingesta antes de saciarse.
- Dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas y proteínas.
- Evitar alimentos líquidos y calientes.
- Evitar condimentos
- Apoyo psicológico, reposo y relajación

b) Fármacos antieméticos

Los antieméticos disminuyen la incidencia de las náuseas y suelen tener como principal efecto secundario la somnolencia. Los fármacos más utilizados son:

- Doxilamina + Piridoxina (CaribanR): es un antiestamínico bloqueante del receptor H1. La administración de este medicamento no evidencia efectos sobre los vómitos, solo para las náuseas.
- Metoclopramida (PrimperanR): Es un antagonista dopaminérgico, que bloque el receptor de la dopamina y deprime el centro del vómito.
- Ondansetrón (Zofrán R): es un antagonista de la serotonina.

2.-Hospitalario6

a) Criterios de ingreso

- Intolerancia oral
- Mal estado general: diuresis escasa, taquicardia, fiebre.
- Alteraciones en la analítica que requieren reposición electrolítica.

b) Controles durante el ingreso

- Constantes por turno.
- Peso cada 24 horas.
- Diuresis cada 24 horas.
- Ionograma
- Balance hídrico.

c) Medidas a seguir y tratamiento

- Reposo, prohibición de visitas.
- Dieta absoluta.
- Sueroterapia: 2000-3000 cc/24h de suero glucosalino.
- Reposición de electrolitos; añadiremos entre 60-90 mEq de ClK al día.
- Si la paciente tolera la vía oral, se realizará la comida en pequeñas tomas.
- Agentes antieméticos
- Corticoterapia.

JUSTIFICACIÓN

La persistencia de los vómitos durante el embarazo hace que la mujer, en algunas ocasiones, busque ayuda en el servicio de urgencias de obstetricia. Es por ello que la matrona debe estar preparada para poder asistirle. Es de vital importancia tener un plan de cuidados estandarizado de esta patología para poder individualizarlo en cada caso en concreto después de realizar la valoración inicial.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las gestantes que presenten esta patología, en la zona de urgencias de obstetricia.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

- Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.
- Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC)
- Revistas científicas: Nure Investigación, Matronas Profesión y Matronas Hoy.
- Protocolos existentes en los hospitales de la Comunidad Andaluza.

RESULTADO

Tras el estudio y la revisión de las principales bases de datos y bibliografía consultada hemos realizado un plan de cuidados estandarizados basándonos en la Taxonomía NANDA. En primer lugar deberemos llevar a cabo la valoración exhaustiva de la gestante, que la vamos a realizar siguiendo los patrones funcionales de Gordon:

2.-Alimentación/hidratación: Valorar las características de las náuseas y vómitos. Determinar el grado de hidratación valorando la presencia de signos y síntomas de deshidratación, incluyendo descenso de la presión arterial, de la diuresis, taquicardia, calambres musculares, alteración del nivel de conciencia y del equilibrio electrolítico.

4.-Movilidad/Postura: Valorar la aptitud para caminar y/o subir escaleras observando la capacidad para hablar durante la actividad. El resto de patrones funcionales habrá que valorarlos en cada caso en concreto, en este artículo nos vamos a centrar en el patrón alimentación y movilidad que son los que nos interesa para el tema que tratamos. El plan de cuidados que se debe llevar a cabo con la gestante con hiperémesis grávida es el siguiente: (7,8,9)

| Tabla I : Plan de Cuidados | | |
|--|--|--|
| DIAGNÓSTICO | OBJETIVOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) |
| -(00134) Nausea r/c irritación gástrica, ansiedad y embarazo | -(2107) Severidad de las náuseas y vómitos | (1450) Manejo de las causas -Administrar alimentos fríos, sin olor ni color, según convenga. -Animar a que se ingiera pequeñas cantidades de comidas. -Asegurarse que se han administrado los antieméticos. -Controlar el contenido nutricional. -Evaluar el impacto de las náuseas sobre el estilo de vida. -Utilizar una higiene bucal frecuente. (1570) Manejo del vómito - Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos. -Controlar los efectos del control de vómito. -Empezar con líquidos transparentes. -Fomentar el descanso. -Utilizar higiene bucal. -Utilizar suplementos nutritivos. |
| Tabla II | | |
| DIAGNÓSTICO | OBJETIVO (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) |
| -(00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de los vómitos | -(0601) Equilibrio hídrico | -(4120) Manejo de líquidos -Administrar líquidos IV si procede. -Consultar con el médico si los signos y síntomas de deshidratación empeoran. -Controlar la ingesta de alimentos y líquidos. -Monitorizar el estado nutricional. -Pesar a diario y controlar la evolución. -Vigilar el estado de hidratación -(2000) Manejo de electrolitos |

| | |
|--|--|
| -Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos | - (0600) Equilibrio electrolítico y ácido-base |
|--|--|

| Tabla III: Plan de cuidados | | |
|---|-------------------------------------|---|
| DIAGNÓSTICOS | OBJETIVOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) |
| -(00092) Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada | - (0005) Tolerancia de la actividad | - (0180) Manejo de la energía - Ayudar a identificar las preferencias de la paciente. - Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan su resistencia. - Ayudar a la paciente a programar periodos de descanso. - Determinar las limitaciones físicas de la paciente. - Favorecer el reposo. - Favorecer la actividad física. |
| -(00093) Fatiga r/c embarazo, privación del sueño | - (0006) Energía psicomotora | - (0200) Fomento del ejercicio - Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. - Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal - Incluir a la familia de la paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicio. - Instruir a la paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud. - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos de la paciente. |

CONCLUSIONES

La aparición de náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo suele ser un síntoma habitual causado principalmente por el aumento del nivel hormonal. Hay ocasiones en que los vómitos se hacen incoercibles impidiendo a la gestante hidratarse y nutrirse de forma adecuada. Cuando esto ocurre, la gestante acude al servicio de urgencias en busca de ayuda, ya que en algunas ocasiones pueden llegar a ser limitantes. La primera profesional con la que toma contacto la gestante en el servicio de urgencias es con la matrona. Es por ello, que esta debe estar preparada y formada para poder prestar unos

cuidados de calidad. Una vez hecha la toma de contacto, la matrona realiza una valoración minuciosa en todos sus patrones funcionales, con la finalidad de diagnosticar las necesidades de la gestante y establecer así el plan de cuidados.

Si los vómitos llegan a ser muy limitantes, se requerirá ingreso de la gestante en el servicio de toxicología con la finalidad de reponer líquidos y nutrientes. En caso contrario la gestante recibirá el alta. Junto con el alta, recibirá el alta de la matrona que incluirá una planificación de cuidados que deberá llevar a cabo en su domicilio y que serán evaluados posteriormente por la matrona de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Usandizaga J.A., De la Fuente P: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda Edición. Madrid. McGRAW-HILL-Interamericana.2004.
- 2.- Carrera J.M.,Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Perinatal del Instituto Dexeus.4ª Edición. Barcelona.Masson. 2006;
- 3.-Jewell D, Young G. Intervenciones para las nauseas y vómitos del embarazo. En Cochrane Library Plus. 2003
- 4.-Smith C., Crowther C, Willson K. A randomized controlled trail of ginger ti treat nausea and vomiting in pregnancy. Obstet Gynecol 2004. April; 103
- 5.-Francés Ribera, Lidia. Nauseas y Vómitos en el embarazo. Matronas Profesión. 2010. 11. 26-28.
- 6.- Matthews A, Dowswell T, Haas D, Doyle M, O'Mathúna D. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575
- 7.-Sparks Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heather Herdman, Lavin M A.Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier.2004
- 8.-Moorhead S, Johnson M, Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier.2005

9.-Dochterman JM, Bulechek G. Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier.2005.