

Hiperemesis gravídica en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1991-1998. Puerto Cabello, Edo. Carabobo. Venezuela

Drs. Marianela Rivas G, José Ramón López G, Belkis Colmenares, Daicy Silva G, Eduardo Rodríguez G, Samuel Alvarado

Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello

RESUMEN

Objetivo: Analizar la incidencia y aspectos de interés obstétricos de la hiperemesis gravídica.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de 36 casos de hiperemesis gravídica atendidas entre 1991, y 1998 en 34 664 nacimientos. Para el análisis de las variables se incluyeron 34 historias clínicas.

Ambiente: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

Resultados: La incidencia fue de 0,11%, un caso por cada 963 partos. Predominó el grupo de edad de 20-24 años en el 50% de los casos. Ninguna paciente tuvo control prenatal. Su aparición más frecuente fue en el primer embarazo con 47%. La edad de gestación predominante fue entre 8-12 semanas. El 52,94% de las pacientes presentó desequilibrio hidroelectrolítico. El 78% de los embarazos llegó a término. La mayoría de las pacientes recibió tratamiento con hidratación parenteral, metoclopramida, prometazina y complejo B. Hubo un caso de muerte materna.

Conclusión: La hiperemesis gravídica es una patología poco frecuente que se caracteriza por náuseas y vómitos incoercibles, que ameritan hospitalización, y puede llegar a comprometer la vida de la paciente.

Palabras clave: Hiperemesis gravídica. Desequilibrio hidroelectrolítico. Cetonuria.

SUMMARY

Objective: To analyze the incidence and interesting aspects of the hyperemesis gravidarum.

Method: Retrospective and descriptive study of 36 cases of hyperemesis gravidarum attended from 1991 until 1998 in 34 664 births. For the analysis of the variables 34 clinical records were included.

Setting: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello. Carabobo State, Venezuela.

Results: The incidence was 0.11%, one case for each 835 births. In 50% of cases prevailed the age group of 20-24 year. There was no prenatal care. The most frequent appearance was in the first pregnancy with 47%. The predominant gestational age was between 8-12 weeks. The 52.94% of patients presented a hydroelectrolitical unbalance. Reached term 78% of pregnancies. Most of the patients received parenteral hydration, metoclopramide, prometazine and B complex. There was one case of maternal death.

Conclusion: The hyperemesis gravidarum is a low frequent pathology characterized by nausea and incoercible vomits that require hospitalization and could compromise he life of the patient.

Key words: Hyperemesis gravidarum. Hydroelectrolitical unbalance. Ketonuria.

INTRODUCCIÓN

Las náuseas y los vómitos se presentan durante el embarazo, aproximadamente en un 25%, emesis gravídica (Schwarcz, 1987) (1) y entre un 50% a un 90% de todas las mujeres según las demostraciones de Broussard y Ritcher (2). Generalmente suelen

Recibido: 09-08-00

Aceptado para publicación: 10-10-00

presentarse en los primeros 2 ó 3 meses de la gestación. Son intermitentes y pueden aumentar o aparecer en cualquier momento (3), siendo más frecuente en las civilizaciones occidentales. El origen de los vómitos en el embarazo, no está bien determinado. Algunos autores consideran que el aumento de los estrógenos y de la gonadotropina, así como los factores emocionales, serían la causa de esta patología del embarazo.

En algunos casos, el aumento de los vómitos asociados con el embarazo pueden hacerse más intensos y se acompañan de trastornos hidroelectrolíticos, deficiencias nutricionales, pérdida de peso y cetosis (1). Esta etapa más avanzada de los vómitos durante el embarazo, se conoce con el nombre de hiperemesis gravídica. Aparece en los primeros meses de la gestación y su incidencia es de 0,3% a 2% (2). En cuanto a la etiología, se han establecido teorías sobre su origen hormonal, así como también, se han señalado anomalías de la motilidad gástrica y también factores de orden psicológico.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo de investigación es de tipo analítico retrospectivo, en el cual se revisaron 40 casos de pacientes con embarazo complicado con hiperemesis gravídica (HG), cuyas gestaciones fueron tratadas en nuestro centro entre 1991 a 1998, de estos se excluyeron 4 casos por no cumplir los criterios de inclusión, por lo que la muestra analizada fue de 36 casos.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Mujeres con embarazos complicados con HG que se atendieron en la institución.
2. Edad de gestación no mayor de 28 semanas.
3. Cuadro emético rebelde que provocara alteraciones del equilibrio electrolítico, metabólico, o nutricional y que ameritaron hospitalización.
4. Ausencia de otras causas médicas específicas.

Los criterios de exclusión fueron:

Enfermedades coincidentes como: apendicitis, pielonefritis, embarazo molar o gemelar, enfermedades gastrointestinales, hipertiroidismo e hiperparatiroidismo.

Las variables analizadas fueron las siguientes: incidencia, características maternas tales como edad, número de gestaciones, paridad y estado civil.

También se tomaron en cuenta la edad de

gestación al ingreso, la edad y la forma de culminación del embarazo, peso del recién nacido, así como, las complicaciones maternas y tratamiento.

RESULTADOS

Durante el período en estudio se presentaron 30 052 nacimientos vivos, de los cuales en 36 casos se confirmó el diagnóstico de hiperemesis gravídica, obteniéndose una incidencia de 0,11%, representando una frecuencia de 1 caso por cada 835 nacimientos vivos (Cuadro 1).

Cuadro 1
Incidencia de hiperemesis gravídica

Año	Nacimientos vivos	Nº casos	%
1991	4 023	7	0,17
1992	4 289	6	0,13
1993	4 408	5	0,11
1994	4 677	4	0,08
1995	4 428	3	0,06
1996	4 014	5	0,12
1997	4 625	4	0,08
1998	4 173	2	0,04
Total	30 052	36	0,11

La edad materna osciló entre los 15 y 34 años, con una media de 22,1 años. El grupo de edad predominante fue el de 20 a 24 años con 18 casos (50%) (Cuadro 2).

El estado civil se aprecia en el Cuadro 3.

En cuanto al número de gestaciones, se observa en el Cuadro 4.

Cuadro 2
Edad

Edad	Nº casos	%
15-19	12	33,33
20-24	18	50,00
25-29	04	11,11
30-34	02	5,56
Total	36	

\bar{X} : 22,1 años

HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Cuadro 3
Estado civil

Estado civil	Nº casos	%
Unión estable	18	50,00
Madres solteras	15	41,66
Casadas	3	8,34
Total	36	

Cuadro 4
Número de gestaciones

Gestaciones	Nº de casos	%
I	17	47,22
II-III	16	44,44
IV-V	3	8,33
Total	36	

La edad de gestación predominante al ingreso fue de 8 a 12 semanas, con 25 casos (69,43%)(Cuadro 5).

La edad de gestación más frecuente al concluir el embarazo, correspondió al grupo entre 36 y 41 semanas: 23 casos (76,66%) (Cuadro 6).

La vía de culminación del embarazo, 19 casos (70,37%), fue parto vaginal (Cuadro 7).

En relación al peso de los recién nacidos. 19 casos (70,37%) tuvieron peso entre 2 501 a 3 500 g (Cuadro 8).

Cuadro 5
Edad de gestación al ingreso

Edad	Nº casos	%
8-12 semanas	25	69,43
13-17 semanas	8	22,22
18-22 semanas	1	2,77
23-27 semanas	2	5,54
Total	36	

—
X: 13,2 semanas.

Cuadro 6
Edad de gestación al concluir el embarazo

Edad (semanas)	Nº casos	%
20-24	1	3,33
25-29	2	6,66
30-35	1	3,33
36-41	23	76,66
No resueltos	3	10,00
No registrados	6	-
Total	36	

Cuadro 7
Forma de terminación del embarazo

Culminación del embarazo	Nº casos	%
Abortos	1	3,84
Parto espontáneo	19	73,08
Cesárea	6	28,08
No resueltos	3	-
No registrados	6	-

Cuadro 8
Peso del recién nacido

Peso del recién nacido (g)	Nº casos	%
1 501-2 500	3	11,11
2 501-3 500	19	70,37
3 501-4 500	5	18,52
No resueltos	3	-
No registrados	6	-
Total	36	

En lo referente a las complicaciones maternas se presentan en el Cuadro 9, donde vemos que 34 pacientes presentaron alguna de ellas. Hubo una muerte materna que representa una tasa de 79,86 x 100 000 nacidos vivos (Cuadro 9).

Cuadro 9
Complicaciones maternas

Complicación	Nº casos	%
Desequilibrio hidroelectrolítico	18	51,42
Cetonuria	5	14,28
Proteinuria	3	8,57
Síndrome de Mallory-Weiss	3	8,57
Hepatopatía	2	5,71
Desnutrición	2	5,71
Encefalopatía de Wernicke	1	2,85
Muerte materna	1	2,85
Total	35	

DISCUSIÓN

La HG es una condición poco frecuente asociada al embarazo, sin embargo, representa un alto riesgo materno-fetal. Las tasas de incidencia son variables, en nuestro estudio encontramos una incidencia de 0,11%. En una revisión hecha por Dieckman (4) se reporta una notable variación entre 0,04% hasta 3,03% de todos los nacidos vivos en Estados Unidos. Este mismo autor, menciona una cifra de 1,48% para Gran Bretaña, 1% para Europa Continental y 0,19% para Asia-África. Fitzgerald citado por Iffy (5), en un estudio comunitario en Aberdeen basado en la población total, reveló una incidencia de 1,02%, mientras que en Burdeos, la incidencia fluctuó entre 0,62% y 0,65% en un estudio de 6 años. Otras estadísticas informadas por Fairweather (6), incluyen Hawai 0,2% y Japón 0,13% cifras que se aproximan a nuestros hallazgos.

En Chile, Hasbun y col. (7) reportaron una incidencia de 0,1% a 0,3%, sin embargo, sólo tomaron en cuenta la HG grave, en la cual los vómitos persistentes impidieron la alimentación adecuada, por más de 15 días y en Venezuela sólo encontramos los estudios de Guzmán y Valarino (8) con una incidencia de 17,76% de todos los trastornos psicossomáticos y no sobre el total de nacimientos, razón por la cual sus resultados no son comparables con los nuestros.

Toda esta variabilidad se explica, porque no siempre los criterios diagnósticos son respetados escrupulosamente (4), así como la falta de una

definición clara de hiperemesis y quizás la recolección de datos de poblaciones altamente seleccionadas (hospitales).

En nuestro estudio, la edad de las pacientes varió entre 15 a 34 años con una media de 22,1 años, similar a lo observado por Depue y col. (9). En relación con la edad Iffy (5), presenta una significativa disminución de la incidencia de HG al aumentar la edad materna. La influencia de la paridad ha arrojado resultados contradictorios, ya que para algunos autores es factor influyente, pero para la mayoría, carece de absoluta importancia (8), es así como nuestra investigación se presenta entre el primero y quinto embarazo, con un promedio de 2. Otros autores como Fairweather (6), Iffy (5) han informado un ligero aumento en primíparas. Mannor (10), Dunning (11), Broussard y Reichter (2); coinciden en que la mayoría de las hospitalizaciones ocurre entre la semana 8 y 12 de la gestación, coincidiendo con nuestros hallazgos, sin embargo, se encontraron casos hasta las 27 semanas de gestación, similar a lo publicado por Van Struijvenberg y col. (12) donde presentan un límite de 26 semanas de gestación.

A pesar de que la HG representa un alto riesgo materno fetal, la mayoría de nuestras pacientes culminaron el embarazo a término, siendo la vía del parto vaginal la más frecuente.

La relación de la hiperemesis con el feto, se ha investigado según el peso al nacimiento y los únicos datos disponibles son los de Fairweather (6) y Gross y col. (13), quienes al comparar un grupo de embarazadas normales con otro compuesto por mujeres que padecían de HG, no encontraron diferencias significativas entre los recién nacidos. Es así como, en nuestra investigación, los pesos encontrados en los recién nacidos está en el rango de normalidad.

En la presente serie hubo un predominio de hiperemesis en las pacientes con estado civil ilegítimo: solteras y unión estable, sin embargo, según Mannor (10), no hay ninguna asociación significativa entre hiperemesis y el estado civil, ya que más importante que el problema de la legitimidad es la aceptación o el rechazo al embarazo. En este sentido es de esperar que sólo las embarazadas solteras que rechazan su gestación presenten HG. Ahora bien, el embarazo extramatrimonial no tiene por qué ser sinónimo de rechazo; existen muchas embarazadas solteras que sobrellevan muy bien su gestación, no presentando manifestaciones psicossomáticas.

Mannor (10), Chatwani y Schwarcz (14), Guzmán y Valarino (8), señalan que las complicaciones maternas se deben a los mismos vómitos, pudiendo progresar a una severa pérdida de agua y electrólitos, pérdida de peso, acidosis metabólica, seguida de hipertermia, ictericia, hematemesis, petequias y hemorragias retinianas, evidenciándose finalmente signos de neuritis periférica, poliencfalitis de Wernicke y psicosis de Korsakow. Las complicaciones más raras ocurren con vómitos excesivos y prolongados con desgarros de mucosa a nivel de la unión gastroesofágica: síndrome de Mallory-Weiss. Todas estas complicaciones mencionadas anteriormente se presentaron en al menos una de nuestras pacientes.

Según Halla (15) e Ibes (16) las alteraciones tales como: disfunción hepática, evidenciada por hepatomegalia, ictericia y elevación de las trasaminasas, se han atribuido al uso de las fenotiacinas, usadas en las pacientes como antiemético. Sin embargo, la experiencia clínica ha mostrado que ésta es una complicación muy rara; lo que se evidencia en nuestra investigación, ya que la mayoría de nuestras pacientes recibió dicho fármaco como tratamiento antiemético, observándose baja incidencia de hepatopatías. Sin embargo, Milla (17) y Jarrey y col. (18) han encontrado ictericia que no se puede explicar por otra causa, como en nuestra casuística.

En cuanto a la mortalidad materna durante el período estudiado, murieron en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", 27 pacientes, 24 de ellas (89%) por causas obstétricas. La muerte por HG representa el 3,7% entre todas las muertes y 4,1% entre las muertes por causas obstétricas con una tasa de 79,86 x 100 000 nacidos vivos. Podemos citar los resultados obtenidos por Mata y Méndez (19) y Vallenilla y Méndez Quijada (20) en la Maternidad "Concepción Palacios", con una incidencia por HG de 0,26% entre todas las muertes y el 0,34% por causas obstétricas; resultados que no pueden ser comparables con los nuestros ya que nuestra población es mucho menor.

El tratamiento de la HG constituye, dentro de la patología psicosomática, uno de los más claros ejemplos de la necesidad de colaboración de las demás especialidades médicas: cuidados médicos generales a cargo del internista, la marcha del embarazo y sus posibles complicaciones bajo la estricta vigilancia del obstetra y la acción del psiquiatra orientada hacia la corrección del disturbio emocional subyacente (2). El objetivo principal del

tratamiento médico es la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y suministro parenteral de calorías bajo la forma de soluciones glucosadas que pueden ir acompañadas o no, de fórmulas electrolíticas.

La terapia farmacológica debe ser considerada en mujeres quienes han continuado con el cuadro emético, siempre considerando el rango de riesgo-beneficio para el uso de drogas durante el embarazo, por el riesgo de la teratogenicidad (2). Entre los agentes farmacológicos más frecuentemente usados se enumeran los complejos vitamínicos, tales como la piridoxina y la tiamina, estando involucrada la deficiencia de esta última en la encefalopatía de Wernicke (8). Los antieméticos más utilizados son las fenotiazinas: clorpromazina, proclorperazina, aunque se han registrado con el uso de estos fármacos, potenciales efectos tóxicos sobre el neonato. Con la prometazina no se han señalado efectos teratogénicos con su uso.

Leathem (21) describe el uso de antihistamínicos y anticolinérgicos como metoclopramida sin efectos teratogénicos comprobables, por otra parte, el uso de cisapride no debe exceder dosis de 10 mg/kg/día, ya que se ha evidenciado embrio y fetotoxicidad (2).

Otros agentes tales como: droperidol, los corticosteroides y el ondansetrón están siendo utilizados en la actualidad, aunque su uso sigue siendo tema de investigación. La psicoterapia se describe como tratamiento conjunto con la farmacoterapia y el soporte nutricional.

De nuestra revisión de casos con cuadros de HG podemos concluir que: se observa una disminución evidente en los últimos 3 años del estudio. El cuadro se presenta con mayor frecuencia en primigestas. La edad de gestación predominante estuvo entre las 8 y 12 semanas. Más del 70% de las embarazadas tuvo embarazo a término y parto vaginal. La HG no tuvo influencias sobre el peso del recién nacido. Los desequilibrios hidroelectrolíticos representaron la complicación predominante. Hubo un caso de muerte materna.

Se recomienda tener a la HG como una amenazante causa de morbilidad materna y hacer el diagnóstico diferencial de la misma con los cambios psicológicos que ocurren durante el embarazo, así como con aquellas patologías que puedan causar vómito, con la finalidad de brindar una adecuada evaluación y tratamiento a fin de evitar las complicaciones que puedan afectar la normal evolución del embarazo.

REFERENCIAS

1. Schwarz R. Enfermedades relacionadas con el aparato digestivo. En: Schwarz R, Duverges C, Gonzálo A, Fescina R, editores. *Obstetricia*. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1987.p.283-284.
2. Broussard C, Richter J. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterology Clin Am* 1998;27(1):123-148.
3. Sandberg E. Cuidado prenatal. En: Sandberg E, editor. *Tratado de Obstetricia*. 10ª edición. San Luis: The C.V. Mosby Co.; 1981.p.195-196.
4. Dieckman WJ. The geographic distribution and effect of climate on eclampsia, toxemia of pregnancy, hyperemesis gravidarum and abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1938;36:623.
5. Iffy L, Kaminetzky H. *Obstetricia y Perinatología*. Tomo 2. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1986.
6. Fairweather DVI. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1968;102:135.
7. Hasbun J, Charlin V, Von R, Muños H, Yuri C. Nutrición parenteral total en hiperemesis gravídica grave. *Rev Obstet Ginecol Chile* 1994;59(5):378-382.
8. Guzmán A, Valarino F. Contribución al estudio de la hiperemesis gravídica en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1971;31:335.
9. Depue R, Bernstein L, Ross R, Judd H, Henderson B. Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: A seroepidemiologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1989;156(5):1137-1141.
10. Mannor S. Hiperemesis gravídica. En: Iffy L, Kaminetzky H, editores. *Obstetricia y Perinatología*. Tomo 2. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1986.p.1164-1173.
11. Durrihoo D. *Gastrointestinal disease. Fundamental of Gynecology and Obstetrics*. 2ª edición. Editorial Lippincott; 1990.p.489-495.
12. Van Stuijvenberg ME, Shabort I, Labadarios D, Nell JT. The nutritional status and treatment of patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(5):1585-1591.
13. Gross S, Librach CL, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hiperemesis gravidarum: A predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160(4):906-909.
14. Chatwani A, Schwarcz R. A severe case of hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143(8):859-998.
15. Halla R. Adverse reactions to phenotiazines. *Am J Obstet Gynecol* 1964;71:311-313.
16. Ibes F. Jaundice in pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol* 1965;91:721-753.
17. Milla D. The significance of jaundice in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1964;6:405.
18. Larrey D, Rueff B, Feldman G, Degott C, Danan G, Beuhamon J. Recurrent jaundice caused by recurrent hyperemesis gravidarum. *Gut* 1984; 25:1414-1415.
19. Mata J, Méndez QJ. Mortalidad por hiperemesis gravídica en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas. 1942-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56(4):221-224.
20. Vallenilla W, Méndez Quijada J. Mortalidad por hiperemesis gravídica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51(1):43-46.
21. Leatham A. Safety and efficacy of antiemetics used to treat nausea and vomiting of pregnancy. *Clin Pharmacy* 1986;5:660.