

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

FAUSTO SCHEEL AGUILAR

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA

DE

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

-) INTRODUCCION
-) ANTECEDENTES
-) OBJETIVOS
-) HIPOTESIS
-) MATERIAL Y METODOS
-) PRESENTACION DE RESULTADOS
-) CONCLUSIONES
-) RECOMENDACIONES
-) PROTOCOLO PARA ESTANDARIZAR CONDUCTA
-) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Hiperemesis Gravídica, es una entidad patológica que por sus características, es capaz de desencadenar en la Madre y el Feto graves trastornos metabólicos.

En la actualidad, los adelantos científicos en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos, la utilización de nuevas técnicas Médico-Psiquiátricas, han mejorado notablemente el pronóstico Feto-Materno de la Hiperemesis Gravídica. Siendo las formas graves poco frecuentes, y la necesidad de interrumpir el embarazo es ya una rareza.

En nuestro medio, en especial en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, es muy escasa la información al respecto, por lo que pretendió esta investigación, determinar la incidencia de la misma, causas etiológicas más frecuentes, conocer los fenómenos asociados, predisponentes y desencadenantes de la enfermedad, así como su respuesta a la terapéutica utilizada actualmente y sus tasas de Morbi-mortalidad. Objetivo que se consiguió, a través de la revisión de las Historias Clínicas de las pacientes ingresadas al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, con diagnóstico de Hiperemesis Gravídica, en el período de tiempo comprendido del 1º. de enero de 1964 al 31 de diciembre de 1972.

Se encontraron 65 casos en un total de 134, 656 ingresos en nueve años. Dando una incidencia de 1 en 2000.

REVISION DE ANTECEDENTES

La revisión de Trabajos de Tesis, en la Biblioteca del Hospital Roosevelt, no proporcionó datos acerca del tema.

- 1) Hellman y Pritchard, mencionan una incidencia de 1 a 5 casos por 1000 embarazos.

Mencionan su experiencia con el uso del Dimenhidrinato, con el cual han logrado una disminución de la intensidad y frecuencia de las náuseas y los vómitos.

Hacen referencia a la teoría de la Gonadotropina Coriónica como causa de la enfermedad.

(Louis M. Hellman y Jack A. Pritchard, Williams Obstetrics, 14 edición, Appleton-Century-Crofts. New York. Versión española por Alfonso Fernández Cid y José Ma. Carrera, 1976).

- 2) Fairweather, registra tratamientos como hibernoterapia, miel intravenosa, sangre del marido y la hormona sexual del marido. (Fairweather, D. V. L. Nausea and Vomiting in Pregnancy. Amer J Obstet Gynec 102:135, 1968).
- 3) Yerushalmy y Milkovich, hacen referencia al uso de Meclicina, cuyo probable efecto teratógeno, no está demostrado. (Milkovich L. Evaluation of the teratogenic effect of meclizine in man. Amer J Obstet Gynec 93:553, 1965).

- 4) Schwarcz, Sala, Duverges, no mencionan tasas de incidencia, pero hacen referencia a la agravación de los síntomas, en presencia de Mola Hidatidiforme y Embarazo Gemelar. En cuanto a pronóstico:
- 1er. período: Benigno
 - 2do. período: Reservado
 - 3er. período: Fatal

Hace referencia al uso de ACTH, a manera de 1ra. elección. (Schwarcz, Sala, Duverges, Obstetricia, Tercera Edición, El Ateneo Pedro García S. A. Librería, Editorial e Inmobiliaria Florida 340, Buenos Aires, 1978).

- 5) Beck, le adjudica mayor importancia al factor Psíquico, sin dejar de tomar en cuenta el elemento hormonal.
Con su tratamiento en base a:
- a) Aislamiento
 - b) Sugestión
 - c) Líquidos I.V.
 - d) Sedación
 - e) Tratamiento Psiquiátrico

no ha tenido incidencia de aborto terapéutico durante los últimos 20 años.

(Beck, Obstetricia, Octava Edición, Editorial Interamericana, Argentina, 1968).

- 6) El factor Psicológico como responsable primordial.
- (Greenhill, J. P.; Emanuel A. Friedman, Obstetricia, Primera Edición en Español, Editorial Interamericana, México, 1977).
- 7) Henry Ey, en un estudio de 100 casos de embarazo, reporta el siguiente cuadro:

	Con vómitos	Sin vómito
Dispepsia neurotónica anterior	6	0
Excesivo apego a la Madre	20	4
Relaciones sexuales alteradas	40	4
Total	66	8

Sugiere como tratamiento:

- a) Aislamiento
- b) Sedantes
- c) Psicoterapia

(Henry Ey, Tratado de Psiquiatría, Séptima Edición, Toray Masson S. A. 1975).

DEFINICION

El vómito en el primer trimestre de la gestación es tan frecuente, que se le ha tomado hasta cierto punto, como un síntoma normal del embarazo. Es típico su comienzo entre la primera y segunda falta menstrual y continúa en general, hasta el cuarto mes de gestación.

Hiperemesis Gravídica:

El síndrome de náuseas y vómitos de tal intensidad, que requiera hospitalización. (5)

En el Hospital Roosevelt catalogamos como Hiperemesis Gravídica, cuando una embarazada en el primer trimestre del embarazo, presenta las siguientes características:

- Vómitos incoercibles: cuando no ceden con los antieméticos corrientes.
- No tienen horario fijo: se presentan aún durante el sueño de la noche.
- No toleran ni líquidos.
- Ataque al estado general.

Frecuencia: 1 a 5 por 1000 embarazos (5)

Etiología:

No existe a la fecha una explicación universalmente aceptada, sobre la etiología de la Hiperemesis Gravídica. Se han postulado varias teorías:

Teoría Hormonal: La gonadotropina coriónica se encuentra con niveles bastante elevados cuando las náuseas y los vómitos son más frecuentes, por esta razón se le ha implicado en la etiopatogenia de la enfermedad. En los casos de Mola hidatidiforme y embarazo gemelar, los síntomas de náuseas y vómitos son más intensos, concordando con el hecho de que en estas dos entidades, los niveles de gonadotropina coriónica, son también sumamente elevados.

Teoría de la invasión Trofoblástica: Esta teoría se basa en el hecho de la rápida invasión trofoblástica del endometrio durante los primeros meses del embarazo, en la cual, las células trofoblásticas digieren parte del endometrio al invadirlo. Los productos de desecho de esta invasión, desencadenarían las náuseas y los vómitos. Teoría que se apoya en el hecho de que procesos degenerativos en otros sitios del cuerpo, por ejemplo: después de irradiación por rayos gamma, quemaduras, etc. pueden provocar náuseas y vómitos similares.

El factor emocional: Para muchos autores es innegable la importancia que tiene el factor Psicopático en esta enfermedad. De acuerdo con esta concepción, el conflicto emocional producido por el embarazo y el futuro parto se exteriorizaría en la esfera somática por los vómitos. Participando como elementos predisponentes algunas condiciones de tipo socioeconómicas, como: madre soltera, problemas conyugales, etc.

Anatomía Patológica:

Hígado: Puede presentar degeneración o infiltración grasa centrolobulillar, necrosis y degeneración de células hepáticas.

Riñón: Infiltrados hemorrágicos glomerulares y procesos degenerativos grasos de los tubos contorneados.

Suprarrenales: Hemorragia y necrosis con engrosamiento de la corteza.

Placenta: Edema e hipertrofia del tejido conjuntivo de las vellosidades e hiperplasia del sincitio.

Sistema nervioso: Lesiones similares a las encefalopatías y alteraciones de nervios periféricos.

Sintomatología:

Clasicamente se le divide en tres períodos:

- 1) Primero: Aparece después de las primeras 4 semanas. Los vómitos aumentan en frecuencia e intensidad paulatinamente. La pérdida de peso varía de 100 a 500 gramos diarios.
- 2) Segundo: La intolerancia gástrica se torna absoluta. Ocurre acidosis metabólica, con gran disminución de la reserva alcalina. El cloro y el sodio disminuyen, puede haber hipototasemia. Aparece deshidratación, la orina es ácida, escasa y de densidad elevada. Las pruebas Hepáticas se alteran y puede aparecer ictericia. La pérdida de peso es de alrededor de 500 gramos diarios.
- 3) Tercero: Se caracteriza por fenómenos neurológicos: estrabismo, diplopía, neuritis óptica hasta retinitis hemorrágica. Neuritis periférica, respiración de Kussmaul. Signos y síntomas que preceden a la muerte, rara en la actualidad.

OBJETIVOS

- 1) Revisar la incidencia del problema en el Hospital Roosevelt.
- 2) Establecer las tasas de morbi-mortalidad materna y pérdida gestacional.
- 3) Establecer los fenómenos asociados, predisponentes y de ser posible desencadenantes de la enfermedad.
- 4) Proponer a través de las conclusiones obtenidas, un Protocolo para estandarizar conducta, que contribuya a disminuir las tasas de morbi-mortalidad del fenómeno.
- 5) Proporcionar un parámetro, para futuras evaluaciones sobre el tema.

HIPOTESIS

- 1) La Hiperemesis Gravídica es una entidad frecuente, que conlleva a la interrupción del Embarazo.
- 2) Todos los casos de Hiperemesis Gravídica recibieron un tratamiento Psicológico o Psiquiátrico, durante su permanencia en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

MATERIAL

Las pacientes con diagnóstico de Hiperemesis Gravídica, en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el tiempo comprendido del 1o. de enero de 1964 al 31 de diciembre de 1972.

METODOS

Se efectuó el trabajo en base a un estudio retrospectivo, revisando las Historias Clínicas de las pacientes.

Recursos:

- a) Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
- b) Oficina de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
- c) Delegación de Estadística, situada en el Hospital Roosevelt.
- d) Listado codificado de enfermedades proporcionado por la delegación de Estadística.
- e) Historias Clínicas con diagnóstico de Hiperemesis Gravídica. De las cuales sólo se revisaron 50, pues de las 15 restantes, 9 fueron incineradas y 6 no se pudieron localizar.
- f) Ficha especial para recopilación de datos proporcionada por el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

ANALISIS ESTADISTICO

Incluye:

- a) Presentación de resultados
- b) Conclusiones y recomendaciones
- c) Presentación de un Protocolo para estandarizar conducta, en los casos de Hiperemesis Gravídica.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

EDAD

CUADRO No. 1

EDAD	CASOS	o/o
15 o menos años	0	0
16 a 25 años	30	60
26 a 35 años	19	38
36 o más años	1	2
TOTALES	50	100

La mayoría de casos ocurrieron entre las edades de 16 a 25 años, 30 casos (60%). En orden decreciente, las edades de 26 a 35 años, 19 casos (38%). Sólo un caso, arriba de 36 años y ninguno abajo de los 15 años.

**PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)**

GRUPO ETNICO

CUADRO No. 2

RAZA	CASOS	o/o
Ladina	50	100
Indígena	—	—
TOTALES	50	100

Es de esperarse, que la mayor parte de las pacientes, pertenezcan a la raza ladina, pues en el Municipio de Guatemala, un alto porcentaje de la población pertenece a este grupo. Sin embargo, llama fuertemente la atención, el fenómeno de que ningún caso ocurriera en pacientes de raza indígena.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

ESTADO CIVIL

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL	CASOS	o/o
Casada	12	24
Unida	32	64
Viuda	—	—
Divorciada	—	—
Soltera	6	12
TOTALES	50	100

32 casos (64o/o), ocurrieron en pacientes unidas. Si tomamos en cuenta el factor Psicogénico de la Hiperemesis Gravídica, podemos pensar que la situación social no definida de este grupo, las llevaría a un desequilibrio emocional, predisponiéndolas a sufrir con más frecuencia la enfermedad. La cual sería una manifestación somática de Ansiedad, rechazo, etc. Finalmente, 12 casos (24o/o), ocurrieron en casadas y 6 casos (12o/o) en solteras.

**PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)**

OFICIO

CUADRO No. 4)

OFICIO	CASOS	o/o
Oficios domésticos	49	98
Secretaria	1	2
TOTALES	50	100

49 casos (98o/o), ocurrieron en pacientes que se dedican a oficios domésticos. Un caso (2o/o) de oficio Secretaria.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 - 1972)

PARIDAD

CUADRO No. 5

PARIDAD	CASOS	o/o
Primigestas	20	40
Secundigestas	9	18
Pequeñas multiparas*	15	30
Grandes multiparas**	6	12
TOTALES	50	100

En el presente estudio, la Hiperemesis Gravídica fue más frecuente en pacientes primigestas, 20 casos (40%).

* Pacientes que han tenido de 2 a 4 partos.

** Pacientes que han tenido 5 o más partos.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 - 1972)

EDAD DE EMBARAZO

CUADRO No. 6

	CASOS	o/o
1 a 9 semanas	9	18
10 a 18 semanas	30	60
19 a 27 semanas	7	14
28 a 37 semanas	4	8
38 a 42 semanas	—	—
43 o más	—	—
TOTALES	50	100

En este cuadro vemos que la mayoría de las pacientes consultaron entre la 10a. y 18a. semana, 30 casos (60o/o), o sea, al final y al inicio del primer y segundo trimestres de gestación. 9 casos (18o/o), entre la 1a. y 9a. semana. 7 casos (14o/o), entre la 19 y 27 semana, y 4 (8o/o), entre la 28 y 37 semanas.

NOTA: El cuadro se refiere a edad calculada.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

EDAD DE EMBARAZO EN LA CUAL
SE INICIARON LOS SINTOMAS

CUADRO No. 7

	CASOS	o/o
1 a 9 semanas	27	54
10 a 18	14	28
19 a 27	7	14
28 a 37	2	4
38 a 42	—	—
43 o más	—	—

Podemos observar, que la mayoría de los casos, 27 (54o/o) iniciaron sintomatología, entre la 1a. y 9a. semanas. En orden descendente, 14 casos (28o/o), entre la 10a. y 18ava. semanas. 7 casos (14o/o), entre la 19 y 27ava. semanas y 2 casos (4o/o), entre la 28ava. y 37ava. semanas.

Llama la atención que nueve pacientes iniciaron síntomas entre la 19 y 37 semanas de gestación. Tomando en cuenta que la Hipermesia Gravídica, es una entidad del 1er. trimestre del embarazo, consideramos que las pacientes refirieron el inicio de la sintomatología, en la fecha en que ésta se agravó, pues está descrito en la literatura, que algunos casos pueden continuar hasta el término de la gestación (6).

**PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)**

CONTROL PRENATAL

CUADRO No. 8

	CASOS	o/o
Con control	4	8
Sin control	46	92
TOTALES	50	100

El 92o/o (46) de los casos no tuvieron control prenatal. El porcentaje es demasiado elevado, comparado con el obtenido en otros estudios de Tesis, en los mismos años. Podemos entonces deducir que la ausencia de control prenatal, favorece el incremento de los casos de Hiperemesis Gravídica.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 - 1972)

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

CUADRO No. 9

TIEMPO	CASOS	o/o
1 a 3 días	15	30
4 a 8 días	25	50
9 a 16 días	8	16
17 o más	2	4
TOTALES	50	100

Podemos observar, que el 80o/o de los casos, egresaron antes del 8o. día de hospitalización. 10 casos, el 20o/o, egresaron entre el 9no. y 17avo. día de hospitalización.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

ANTECEDENTE DE HIPEREMESIS
EN EMBARAZOS ANTERIORES

CUADRO No. 10

ANTECEDENTE	CASOS	o/o
Con antecedente	2	4
Sin antecedente	48	96
TOTALES	50	100

Nos damos cuenta que sólo 2 pacientes, 4o/o, habían presentado el mismo problema en embarazos anteriores. Podemos concluir, que la Hiperemesis Gravidica, en general no se repite en ulteriores embarazos.

**PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)**

**INGRESOS POR HIPEREMESIS
EN EL MISMO EMBARAZO**

CUADRO No. 11

No. DE INGRESOS	CASOS	o/o
2	5	10
1	45	90
TOTALES	50	100

En este estudio, el 10o/o de las pacientes reingresaron por el mismo problema. Llama la atención el hecho de que a estas pacientes se les dio de alta, en el momento en que refirieron mejoría de sus síntomas, sin haberseles observado, al menos por 24 horas.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

PROBLEMAS SOCIO-ECONOMICOS

CUADRO No. 12

	CASOS	o/o
Situación económica baja	11	22
Problema conyugal	5	10
No específicos	2	4
TOTALES	18	36

Vemos en el cuadro No. 12, que 18 casos (36o/o), presentaron algún problema de tipo Socio-económico. Los datos del presente cuadro fueron obtenidos, principalmente, de la evaluación efectuada por el servicio social, en vista de que en las Historias Clínicas de las pacientes no se encuentran suficientes datos al respecto. Lo que demuestra la poca importancia que se le da al factor Psicosomático, cuando éste está ampliamente demostrado en la patogenia de la enfermedad, según los diversos autores. (1), (4), (2), (6).

**PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)**

PROBLEMAS PSIQUICOS

CUADRO No. 13

	CASOS	o/o
Neurosis de ansiedad	8	16
Distoria Neuro-Vegetativa	3	6
TOTALES	11	22

En un total de 11 casos (22o/o), se reportaron problemas de tipo Psíquico. En el resto de casos, no se encontró en las historias clínicas datos que refieran si se investigó o no este tipo de Patología.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

LABORATORIOS

CUADRO No. 14

	CASOS	o/o
Hb y Ht	30	60
Orina	26	56
Heces	6	12
VDR _L	13	26
QQSS*	11	22
Gravindex	7	14
BBSS**	3	6
Transaminasas	1	2
Fosfatasa Alcalina	—	—

Podemos apreciar que los laboratorios más frecuentemente efectuados fueron, en orden decreciente, Hb y Ht, Orina, Vdrl, QQSS*, Gravindex, heces, BBSS**, transaminasas. En General los exámenes de laboratorio solicitados en Ordenes Médicas, variaron con cada caso. No existiendo un laboratorio o grupo de laboratorios estandar.

* Nitrógeno de Urea y Creatinina en sangre.

** Bilirrubinas.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 - 1972)

LABORATORIOS
ORINA

CUADRO No. 15

HALLAZGOS	CASOS	o/o
Acetona +	9	18
Albuminuria	8	16
Hematuria	3	6
Glucosuria	1	2
Sin alteraciones	9	18

En este cuadro se hace una descripción de los hallazgos en los exámenes de orina efectuados. En 9 casos (18o/o) fue normal, en 9 casos (18o/o), acetona +, dato importante pues constituye un signo precoz en la Hiperemesis Gravídica (6). Albuminuria en 8 casos (16o/o), Hematuria en 3 casos (6o/o); es de hacer notar, que sólo a un caso se le efectuó cateterización vesical, no encontrándose ésta entre las que presentó hematuria. Finalmente, glucosuria en 1 caso (2o/o).

NOTA: En los demás laboratorios no se encontraron anormalidades de importancia, por lo que no fueron incluidos.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

RESPUESTA A LA TERAPEUTICA USADA

CUADRO No. 16

	CASOS	o/o
1 a 24 horas	4	8
25 a 48 horas	10	20
49 a 72 horas	7	14
3 a 5 días	11	22
5 a 10 días	12	24
10 a 20 días	4	8
20 o más días	1	2
TOTALES	49	98

Según la literatura (6), con un manejo adecuado, la mayoría de las pacientes, evolucionan satisfactoriamente entre el segundo y tercer día de instituido el tratamiento.

En nuestro estudio podemos apreciar que sólo un 42o/o de los casos tuvieron buena evolución antes del tercer día.

El resto, 56o/o, evolucionaron adecuadamente, después del tercer día.

En este cuadro no se incluye una paciente, que fue trasladada al servicio de Medicina, por presentar un problema Meníngeo infec-cioso, la cual posteriormente falleció a causa del mismo.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

COMPLICACIONES

CUADRO No. 17

	CASOS	o/o
DHE* Leve	7	29.1
DHE* Moderado	11	45.8
DHE* Severo	2	8.3
Ictericia	2	8.3
Hematemesis	1	4.1
Amenaza de Parto Prematuro	1	4.1
TOTALES	24	100.0

Vemos en este cuadro, que la complicación más frecuente de Hiperemesis Gravídica fue el DHE*, en un total de 20 casos. Dentro de éstos el más frecuente fue el DHE* Moderado.

La paciente que presentó Hematemesis, tenía el antecedente de gastritis crónica. Sin embargo consideramos que los vómitos pudieron actuar como desencadenantes del problema, por lo que se incluyó entre las complicaciones.

* Desequilibrio Hidroelectrolítico.

PACIENTES CON HIPEREMESIS GRAVIDICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(1964 – 1972)

TRATAMIENTO

CUADRO No. 18

	CASOS	o/o
Aislamiento	8	16
Nada por boca	26	52
Soluciones I.V.	45	90
Sedación	35	70
Antiemético	44	88
Tx Psicológico	—	—
Psicoterapia	—	—

De acuerdo con los distintos autores en la literatura revisada, en general se proponen los siguientes parámetros en el tratamiento de la Hiperemesis Gravídica: (6), (7), (1), (2)

- I) Aislamiento.
- II) Nada por boca, en las primeras 24 horas, iniciando luego una dieta hipercalórica, de preferencia salada, evitando grasas, carne, alimentos condimentados.
- III) Soluciones I.V., las cuales se administrarán de acuerdo al estado de hidratación de la paciente, procurando siempre la reposición de electrolitos y calorías por medio de Hidratos de carbono, en forma de soluciones D/A al 10o/o, las cuales pueden intercalarse de acuerdo al cálculo para 24 horas.

- 4) Sedación y antieméticos.
- 5) Tratamiento Psicológico o Psicoterapia.

En el cuadro No. 18, podemos apreciar, que ninguno de los tratamientos referidos fue utilizado sistemáticamente en todos los casos de este estudio.

Podría lo anterior explicar por qué la respuesta a la terapéutica en nuestro Hospital, no va acorde con la referida por otros autores, según se demuestra en el cuadro No. 16.

MEDICAMENTOS

CUADRO No. 19

MEDICAMENTO	CASOS	o/o
Dimenhidrinato	38	76
Fenobarbital	24	48
Diazepam	2	4
Bonadoxina	1	2
Fenotiacina	7	14
Meprobamato	1	2

Podemos apreciar que el medicamento más utilizado como antiemético fue el dimenhidrinato, 38 casos (76o/o). Como sedante, el fenobarbital, 24 casos (48o/o).

Se efectuaron diversas combinaciones de medicamentos, entre las cuales, la más frecuente fue: Dimenhidrinato-fenobarbital.

CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de Hiperemesis Gravidica, fue de un caso por cada 2000 ingresos.
- 2) El 60o/o de los casos estudiados, ocurrieron en pacientes comprendidas entre los 16 y 25 años.
- 3) Todos los casos pertenecen a la raza ladina, por lo que podría concluirse, que es un factor predisponente para sufrir la enfermedad.
- 4) El 64o/o de las pacientes, corresponden al estado civil Unión de Hecho, que podría considerarse como un segundo factor predisponente. Las madres solteras se presentaron con menor frecuencia, 6 casos (12o/o).
- 5) En el presente estudio, 20 casos (40o/o), fueron primigestas. Siendo el grupo con mayor incidencia.
- 6) La sintomatología, inició con más frecuencia (54o/o) entre la primera y novena semanas de gestación.
- 7) La mayoría de las pacientes consultaron entre la décima y décima octava semanas de gestación (60o/o).
- 8) El porcentaje de casos con control prenatal es sumamente bajo (8o/o). Puede concluirse, que los casos severos, que requieren hospitalización, pueden prevenirse a través de un control prenatal adecuado.

- 10) En el 36o/o de los casos estudiados, se encontró algún problema de tipo Socio-económico.
- 11) En el 22o/o de los casos presentaron algún problema de tipo Psíquico.
- 12) En el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt no existe una conducta estandar para el manejo de las pacientes con Hiperemesis Gravídica.
- 13) Con la terapéutica utilizada actualmente, el 42o/o de los casos evolucionaron satisfactoriamente, antes del tercer día de tratamiento.
- 14) Se reportó como complicación más frecuente el DHE Modulado.
- 15) Ningún caso de Hiperemesis Gravídica, recibió tratamiento Psicológico o Psiquiátrico.
- 16) No hubo casos de mortalidad materna o pérdida gestacional en el presente estudio.

RECOMENDACIONES

- 1) Debe mejorarse la cobertura y calidad del servicio de control prenatal, pues hemos visto que la ausencia de éste influye en el incremento de casos, que requieren hospitalización con las consecuentes complicaciones para la Madre y el Feto.
- 2) En las pacientes con Hiperemesis Gravídica, debe investigarse de rutina, los aspectos Psíquicos y Socioeconómicos, pues está comprobada la relación de éstas con la patogenia de la enfermedad.
- 3) Estandarizar el manejo de las pacientes con Hiperemesis Gravídica, efectuando las modificaciones pertinentes de acuerdo a las características individuales de cada caso. Para esto, nos permitimos proponer el siguiente:

ESTANDARIZACION EN EL MANEJO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

Las pacientes con diagnóstico de Hiperemesis Gravídica se ingresarán al piso correspondiente, con absoluto aislamiento del esposo y familiares más cercanos.

Se efectuarán de rutina los siguientes exámenes de laboratorio: Hemoglobina y Hematocrito, Nitrógeno de Urea y Creatinina, glicemia, Grupo sanguíneo y Rh, VDRL, Orina y Heces. En los casos graves: Bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, sodio y potasio séricos, acetona en sangre.

Se ordenará nada por boca, durante las primeras 24-48 horas de hospitalización, iniciando posteriormente una dieta hipercalórica, seca, de preferencia salada, libre de grasas, carnes y alimentos condimentados, que se irá liberando lentamente de acuerdo con la mejoría.

Se calcularán las soluciones intravenosas para 24 horas, de acuerdo al estado de hidratación de la paciente, teniendo cuidado de reponer calorías y electrolitos; pueden utilizarse soluciones de D/A al 10%, intercaladas con soluciones electrolíticas isotónicas (Solución Hartman).

Se administrarán los siguientes medicamentos:

- a) Antieméticos: Dimenhidrinato (Gravol o Nauseol), una ampolla de 50 mlgr. cada 4 ó 6 horas en soluciones intravenosas por goteo.

Sedante: Diazepam, 5 a 10 mg/lr. intramuscular cada 12 horas, a fin de mantener a la paciente moderadamente sedada.

Al poder usar la vía oral: Clorhidrato de dicicloamina — Succinato de doxilamina — Clorhidrato de piridoxina (Merbental), una gragea dos veces al día.

Se efectuará consulta a Psicología, para evaluación y tratamiento psicoterapíco, de los problemas emocionales asociados.

El anterior esquema de tratamiento deberá adecuarse a las características individuales de cada caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Beck, Obstetricia, Octava Edición, Editorial Interamericana, 1968.
- 2) Ey Henry, Tratado de Psiquiatría, Séptima Edición, Toray-Masson S. A. 1975.
- 3) Fairweather, D. V. L. Nausea and Vomiting in Pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec. 102:135, 1968.
- 4) Greenhill, J. P. Friedman, Emanuel A. Obstetricia, Primera Edición en Español, Editorial Interamericana México, 1977.
- 5) Louis M. Hellman y Jack A. Pritchard, Williams Obstetrics, 14 Edición, Appleton-Century-Crofts, New York. Versión Española por Alfonso Fernández Cid y José Ma. Carrera, 1976.
- 6) Kaser, O., Friedberg, U., Ober, K. O. Thansen, K., Zander, J. Ginecología y Obstetricia, Tomo II. Embarazo y Parto. Salvat Editores, Barcelona, España, 1972.
- 7) Schwarcz, Sala, Duverges, Obstetricia, Tercera Edición, El Ateneo, Pedro García S. A. Librería, Editorial e Inmobiliaria Florida 340, Buenos Aires, 1978.
- 8) Uranga Imaz, Francisco A. Obstetricia Práctica. Tercera Edición. Editorial Interamericana Argentina, 1974.
- 9) Yerushalmy y Milkovich L. Evaluation of the teratogenic effect of meclizine in man. Amer J. Obstet. Gynec. 93:553, 1965.

Dr. Alejandro Sosa

Decano

Dr.

Asesor.

Dr. Alejandro Sosa

Dr. Eduardo Morales Spross

Dr. Hector Alfonso Urrea
Director de Fase II

Dr. Luis Gómez

Secretario

Vc. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.