

EL SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA:

Atención de la matrona

Autores: Barroso Casamitjana Almudena*, Navarro Bernal Francisco José**, Peralta Domínguez Ana María***

*Matrona Hospital SAS Jerez, **Matrón Distrito Bahía de Cádiz- La Janda, ***Matrona Hospital Can Misses.

Introducción-Objetivos

El SHO es una complicación iatrogénica resultante del tratamiento estándar en la fecundación in vitro (FIV), caracterizado por la administración exógena de fármacos para la inducción de la ovulación.

La prevalencia de la forma severa es baja (0.5% -5%), pero es importante recordar que es la complicación de un tratamiento no vital que tiene el potencial de una grave amenaza para la vida.

El mayor FACTOR PREDISPONENTE es el ovario poliquístico, principalmente en las pacientes anovulatorias del grupo II (Clasificación de la OMS)

• Objetivo:

1. Prevención primaria y secundaria del SHO.
2. Unificar criterios de actuación.

Método-Palabras Claves

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de ensayos controlados del Grupo Cochrane de Trastornos Menstruales y Subfertilidad (Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group), Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trial), en el National Research Register y Current Controlled Trials y en diferentes base de datos como MEDLINE, EMBASE, CINAHL y de Spielberger (STAI).

•**Palabras Claves:** Hiperestimulación ovárica, Gonadotropina, Fecundación in vitro, Prevención, Tratamiento.

Resultado

•**Prevención:** Evitar la administración de HCG cuando existen factores de riesgo, sustituyéndola por GnRH. Cancelación del ciclo, ante factores de riesgo. El agonista de GnRH se continúa, y la hCG se inicia a dosis bajas después de un periodo de desensibilización amplio. Adecuar las pautas de tratamiento según los factores predisponentes. Administración de inhibidores de la dopamina (cabergolina), por su acción sobre el FCEV. Administración por vía intravenosa de líquidos coloides, en el momento de la recuperación de los ovocitos ante mujeres con riesgo. Soporte de la fase lútea con progesterona.

•Tratamiento:

-**SHO Leves:** Hidratación con bebidas isotónicas. Analgesia evitar AINES, disminuyen la función renal. Evitar relaciones sexuales y exploraciones vaginales que pueden hacer que los quistes ováricos se rompan. Vigilar la presencia de embarazo.

-**SHO Moderados:** Monitorización ecográfica de los folículos estimulados. Vigilar la ganancia de peso y la diuresis. Un aumento excesivo del peso y una disminución de la diuresis, es indicación de agravamiento del síndrome. Control analítico: hematocrito, ionograma (sodio y potasio), coagulación, función renal (urea y creatinina), función hepática (Transaminasas) y proteínas totales.

-**SHO Graves:** Control diario de peso y diuresis. Controles analíticos: albúmina sérica, proteínas totales, urea, creatinina, hemograma completo, electrolitos, pruebas de coagulación y enzimas hepáticas. Radiografía de tórax, para evaluar la presencia de derrame pleural. Ecografía abdominal, para valorar el tamaño de los ovarios y ascitis. Vigilar presencia de embarazo, sólo se suspenderá en caso de emergencia vital para la madre. Vigilar actividad hemodinámica: Soluciones cristaloides + Expansores del plasma. Profilaxis antitrombótica: – Uso de vendas elásticas de presión ascendente en los miembros inferiores – Movilización precoz – Heparina en dosis profiláctica. Tratamiento de la hemoconcentración (hematocrito > 42-45 % o ≥ 30 % del valor inicial). Fluidoterapia: 1000 cc de suero salino



Conclusiones

El SHO puede llegar a suponer una verdadera emergencia médica que va a requerir de una actuación de control y prevención importante para el trabajo de enfermería. Existen discrepancias con respecto a los autores sobre los tratamientos más eficientes a llevar a cabo durante la estimulación ovárica para la prevención de dicho síndrome, pero la evidencia es clara con respecto a las manifestaciones clínicas y sobre los cuidados y tratamientos que se han de seguir, siempre enfocados a la prevención de patología cardiovascular, renal y hepáticas, que puedan llevar a desencadenar un cuadro multisistémico con pronóstico desfavorable.

Bibliografía

1. SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA: CLASIFICACIÓN, FISIOPATOLOGÍA Y MANEJO. Saavedra Saavedra, Jaime. Revisión bibliográfica. Revista colombiana de obstetricia y ginecología vol. 53 no 3:263-278. 2002.
2. INDUCCIÓN/ESTIMULACIÓN DE LA OVULACIÓN. Documento de Consenso de la SEGO. 2002:173-245.
3. SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA (SHO). Montgomery Highway, Birmingham, Alabama. American Society for Reproductive Medicine. www.ReproductiveFacts.org. 2012
4. ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS POR VÍA INTRAVENOSA PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA GRAVE. Youssef M, Al-Inany H, Evers J, Aboulghar M. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2. Art. No.: CD001302. DOI: 10.1002/14651858.CD001302
5. DOPAMINE AGONIST CABERGOLINE REDUCES HEMOCONCENTRATION AND ASCITES IN HYPERSTIMULATED WOMEN UNDERGOING ASSISTED REPRODUCTION. Álvarez C, Bonmati LM', Novella-Maestre E, Sanz R, Gómez R Fernandez-Sanchez M, Simón C, and Pellicer A. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2007, 92(8):2931– 2937.

