

GUIA CLÍNICA:

HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Servei de Medicina Materno-Fetal
Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. DEFINICIÓN

Las náuseas y vómitos son una situación clínica muy frecuente en el embarazo que afecta al 75-80 % de las gestantes. El espectro más grave de esta situación clínica conocido como hiperemesis gravídica es mucho menos frecuente y afecta en realidad al 0,5-2 % de todas las gestaciones.

No existe consenso acerca de la definición de la enfermedad, pero la mayoría de las definiciones incluyen *vómitos persistentes* en ausencia de otras patologías que los expliquen con *pérdida ponderal* importante (superior al 5% del peso inicial).

2. ETIOLOGÍA

La etiología de la hiperemesis gravídica es desconocida, aunque diferentes causas han sido propuestas: Niveles elevados de Beta-hCG y estrógenos, la "masa placentaria" (las mujeres con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan con mayor frecuencia sintomatología de náuseas y vómitos), factores psicológicos y factores familiares (mujeres que tienen madres o hermanas que hayan presentado náuseas y vómitos tienen más probabilidad de presentarlas).

3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de hiperemesis gravídica es muchas veces un diagnóstico de exclusión y básicamente clínico:

1. Paciente que explica varios vómitos al día en relación o no con las comidas. Intolerancia total o parcial a la ingesta.
2. Ausencia de otra sintomatología: No fiebre, no dolor abdominal, no cefalea, no alteraciones neurológicas. No todas las pacientes que vomitan al inicio de la gestación presentan una hiperemesis (diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan vómitos. Ver tabla anexa)
3. Alteraciones analíticas: Hemograma (hemoconcentración), Alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica), alteración del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT < 300U/L, y Bilirrubina < 4 mg/dl) y alteración del perfil tiroideo (aumento de la T4 y la TSH).

4. NAUSEAS Y VÓMITOS DEL EMBARAZO

Casi el 80 % de las gestantes presentan náuseas y vómitos durante el embarazo. La mayor parte de estas gestantes no son tributarias de exploraciones complementarias. Son pacientes que presentan 1 o 2 vómitos al día con tolerancia correcta a la ingesta, que inician sus síntomas entre la semana 6 y la 9 de gestación. Simplemente se van a beneficiar de tratamiento sintomático (Ver tratamiento).

5. HIPEREMESIS GRAVÍDICA

La hiperemesis gravídica representa el espectro más grave de una situación clínica que aparece de forma gradual. Son pacientes que han ido empeorando clínicamente de forma progresiva hasta presentar vómitos persistentes con intolerancia parcial o total a la ingesta y con pérdida ponderal superior al 5%.

Ante paciente que consulta por náuseas y vómitos hay que:

1. Realizar anamnesis adecuada: Frecuencia e intensidad de los síntomas, momento de aparición (si los síntomas aparecen más allá de la semana 9 valorar otras causas), tolerancia a la ingesta, valorar pérdida ponderal.
2. Aquellas pacientes que presentan más de 4-5 vómitos al día y/o pérdida ponderal son tributarias de otras exploraciones complementarias:
 - a. Analítica completa: *Hemograma, ionograma, perfil hepático, pruebas de coagulación, perfil tiroideo y equilibrio ácido-base*
 - b. *Ecografía*: Las pacientes con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan vómitos con mayor frecuencia.

6. PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

Existen diferentes estrategias de prevención de las náuseas y los vómitos del embarazo.

1. La toma de complejos multivitamínicos de manera periconcepcional han demostrado disminuir la incidencia de náuseas y vómitos del embarazo. Así que parece razonable recomendar su administración sobretodo en aquellas pacientes que han presentado náuseas y vómitos en gestaciones anteriores.
2. Comidas frecuentes, poco abundantes (repartir la ingesta en un mínimo de 5 comidas de menor cantidad), sólidas y evitar las comidas muy grasas y picantes.

Las náuseas y vómitos del embarazo son una enfermedad con diferentes espectros de severidad. Es por ello que debemos añadir los tratamientos de forma escalonada.

6.1. Tratamiento farmacológico

Puesto que la aparición de la hiperemesis gravídica se produce de manera escalonada en la mayoría de las pacientes, la manera de tratarlas es ir añadiendo los fármacos que se refieren a continuación en el orden en el que se citan, a medida que la sintomatología vaya empeorando.

1. **Doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg (Cariban®):** La dosis habitual es un comprimido cada 6-8 horas, aunque se puede ajustar la dosis en función de la sintomatología hasta alcanzar una dosis máxima de 70 mg/d. Hay que tener en cuenta que ante la persistencia de sintomatología en una franja horaria determinada la dosis a aumentar es la inmediatamente anterior (p. Ej. si persisten las náuseas y vómitos matutinos hay que aumentar la dosis de la noche) Importante tener en cuenta la somnolencia como efecto secundario de la doxilamina.
2. Añadir **Dimenhidrinato 50-100 mg/4-6 horas (Biodramina®):** La vía de administración puede ser oral o rectal. Dosis máxima 400 mg /d.
3. Añadir **Metoclopramida 5-10 mg/8 horas (Primperan ®):** La vía de administración es oral en comprimidos o suspensión. Este fármaco puede causar sintomatología extrapiramidal (espasmos en cara, cuello y lengua).

Cuando persiste la clínica a pesar de la asociación de 2 ó más tratamientos y la paciente presenta intolerancia total a la ingesta, nos encontraremos ante el espectro más severo de la enfermedad y será necesario un **ingreso hospitalario** para rehidratación endovenosa.

4. **Dieta famis y fluidoterapia:** Suero Glucosado 10 % 500 cc /8 horas alterno con Ringer Lactato o Suero Fisiológico 500 cc/8-12 horas hasta corregir el trastorno electrolítico. En pacientes que requieren fluidoterapia y que presentan clínica de vómitos durante más de 3 semanas se recomienda añadir suplementos de tiamina (vitamina B1) intravenosa a dosis de 100 mg/d durante 2-3 días (**Benerva Roche®** 1 vial de 100 mg/d). En pacientes que presenten alteración en el ionograma se asociará 10-20 mEq de ClK en cada suero glucosado durante 24-48 h o hasta corregir el trastorno hidroelectrolítico
5. Añadir **Metoclopramida 5-10 mg/8 horas ev**
6. En casos resistentes a todos los tratamientos mencionados o que requieren varios ingresos, además se puede asociar:
 - a. **Ondansetrón 8 mg/12 h ev (Zofrán®)**
 - b. **Metilprednisolona 16 mg/8h vía oral o endovenosa** durante 3 días, seguido de dosis decrecientes durante 15 días hasta desaparición de los síntomas (Prednisona vo: 40 mg/día 1 día, 20 mg/día 3 días, 10 mg/día 3 días y 5 mg/día 7 días). Si no hay respuesta en los 3 primeros días, debe interrumpirse el

tratamiento porque no es esperable una respuesta. Asociación con fisuras labiales y/o palatinas cuando se administra por debajo de la semana 10.

7. En estas situaciones más severas que requieren varios ingresos, o en casos en que parece haber un componente claro psicoafectivo, se puede valorar **aislamiento** de la paciente

6.2 Tratamientos no farmacológicos

En pacientes con sintomatología leve de náuseas y vómitos que son reticentes a los tratamientos clásicos farmacológicos existen alternativas no farmacológicas con estudios randomizados que han demostrado su efectividad-

1. **Jengibre 280 mg/6 h vo (Arkocápsulas jengibre®)**: Estudios versus placebo han demostrado su eficacia en el tratamiento de las náuseas y vómitos leves de la gestación
2. **Acupuntura.**

Tabla anexa. Diagnóstico diferencial de las náuseas y vómitos de la gestación (Goodwin TM Hyperemesis gravidarum. Clin Obstet Gynecol 1998)

Afectación gastrointestinal

- ✚ Gastroenteritis
- ✚ Gastroparesia
- ✚ Acalasia
- ✚ Afectación biliar
- ✚ Hepatitis
- ✚ Obstrucción intestinal
- ✚ Úlcera péptica
- ✚ Pancreatitis
- ✚ Apendicitis

Afectación del tracto genito-urinario

- ✚ Pielonefritis
- ✚ Uremia
- ✚ Torsión anexial
- ✚ Cólico renal
- ✚ Degeneración mioma

Afectación metabólica

- ✚ Cetoacidosis diabética
- ✚ Porfiria
- ✚ Enfermedad de Addison
- ✚ Hipertiroidismo

Afectación neurológica

- ✚ Pseudotumor cerebral
- ✚ Lesiones vestibulares
- ✚ Migraña
- ✚ Tumor en SNC

Otras

- ✚ Toxicidad farmacológica

Responsables del protocolo: M Palacio.
Creación: 23/02/09
Actualización: 18/02/2014