

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. DEFINICIONES

❖ **Náuseas y vómitos en el embarazo (50-90% de las gestantes)**

Las náuseas y vómitos aislados en el embarazo son un síntoma muy frecuente en el primer trimestre del embarazo. Generalmente se presentan en forma leve (1-2 vómitos al día) con tolerancia correcta a la ingesta. Suelen aparecer antes de las 9 semanas de embarazo y desaparecen alrededor de las 16 semanas en el 90% de las mujeres.

❖ **Hiperémesis gravídica (0,5-2% de las gestantes)**

La hiperémesis gravídica (HG) constituye el espectro más grave de las náuseas y vómitos en el embarazo, en el que los vómitos persisten a lo largo del día y se suma una intolerancia a la ingesta. Además, esta situación conlleva la presencia de una serie de signos físicos y analíticos evidentes, como una pérdida ponderal de peso, deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. El diagnóstico es siempre de exclusión (ausencia de otras patologías que expliquen los síntomas).

2. ETIOLOGÍA NAUSEAS Y VÓMITOS DEL EMBARAZO

Aunque la etiología de la HG es desconocida, se han propuesto diferentes causas:

1. **Niveles elevados de beta-hCG.** La hCG presenta una estructura muy similar a la TSH, por lo que el máximo pico del nivel de beta-hCG (que suele verse alrededor de la semana 12 de gestación) puede dar lugar a un hipertiroidismo transitorio y con ello síntomas de hiperémesis. Esta hipótesis explicaría la mayor incidencia en mujeres con enfermedad trofoblástica o gestaciones múltiples.

2. **Predisposición familiar/personal.** Parece existir una predisposición de presentar HG en hijas y hermanas de mujeres que la presentaron en sus embarazos. También hay mayor riesgo si en una gestación anterior la paciente presentó náuseas y vómitos del embarazo. En estas pacientes se recomiendan medidas preventivas incluyendo medidas higiénico-dietéticas (ver apartado 8 y anexo 1).

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

3. DIAGNÓSTICO HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

El diagnóstico de HG es eminentemente **clínico**: presencia de **varios vómitos** al día que pueden o no tener relación con las comidas y que asocia **intolerancia a la ingesta** (parcial o total). Generalmente se inicia durante primeras semanas de gestación (<16 semanas).

El diagnóstico de HG **siempre será de exclusión**. Para ello descartaremos otras causas de náuseas y vómitos, las cuales irán asociadas a otros signos clínicos como fiebre, dolor abdominal (a excepción de molestias hipogástricas leves), signos neurológicos (cefalea, alteraciones motoras...), bocio palpable, etc. En la Tabla 1 se resumen diferentes entidades con las que realizar el diagnóstico diferencial junto con el signo guía para diferenciarlas.

Tabla 1: Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial		Signos y síntomas guía de sospecha
GASTROINTESTINAL	Gastroenteritis, Colecistitis, Pancreatitis, Apendicitis, Úlcera péptica, Hepatitis, Obstrucción intestinal, Gastroparesia, Acalasia	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal (EVA >7) - Distensión abdominal - Transaminitis (>1000), Ictericia - Vómitos relacionados con ingesta únicamente
GENITOURINARIO	Pielonefritis, Cólico renal, Uremia, Torsión anexial, Degeneración mioma	<ul style="list-style-type: none"> - Puño percusión positiva - Sedimento alterado - Ecografía sugestiva
ENDOCRINOLÓGICA	Cetoacidosis diabética Hipertiroidismo gestacional Hipertiroidismo secundario a Enfermedad graves	<ul style="list-style-type: none"> - Glucemia capilar - Poliuria/polidipsia - Bocio palpable - Analítica con perfil tiroideo compatible, presencia anticuerpos TSI - Insomnio, nerviosismo, hipertensión, intolerancia al calor, exoftalmos
NEUROLÓGICA	Migraña, pseudotumor cerebral, Lesiones vestibulares (Laberintitis, Síndrome Meniere), Tumor en SNC	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea intensa con otros criterios de gravedad - Vómitos en escopeta
FARMACOLÓGICA	Opioides	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de abuso de drogas
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	Anorexia nerviosa, bulimia	<ul style="list-style-type: none"> - IMC extremo - Ganancia inadecuada del peso - Rechazo a hablar sobre el peso o la ingesta

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

4. MANEJO DE LA PACIENTE CON NÁUSEAS Y VÓMITOS EN URGENCIAS

Ante cualquier paciente que consulte a urgencias con una clínica compatible de HG se realizará inicialmente una anamnesis y una exploración física básica. En función de la gravedad del cuadro, se progresará en la realización las exploraciones complementarias. (ver algoritmo 1).

Para ello, se seguirán los siguientes escalones diagnósticos:

4.1.- PRIMER ESCALÓN DIAGNÓSTICO:

❖ **Anamnesis.** Esta irá dirigida a determinar:

- Frecuencia e intensidad de los síntomas: se utilizará la “Escala PUQE” (Tabla 2).
- Tolerancia a sólidos y líquidos, así como la duración en caso de intolerancia.

Tabla 2: Escala de Severidad: PUQE (Mother risk Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea)

1. De media en un día, ¿durante cuánto tiempo se siente nauseosa?				
Nunca (1)	≤ 1 h (2)	2-3 h (3)	4-6 h (4)	> 6 h (5)
2. De media en un día, ¿cuántas veces vomita?				
Ninguna (1)	1-2 veces (2)	3-4 veces (3)	5-6 veces (4)	≥7 veces (5)
3. De media en un día, ¿cuántas veces tiene arcadas sin llegar al vómito?				
Ninguna (1)	1-2 veces (2)	3-4 veces (3)	4-6 veces (4)	≥7 veces (5)
Leve ≤6 puntos; Moderado 7-12 puntos; Grave ≥13 puntos				

❖ **Exploración física básica:**

- Descartar signos de deshidratación:
 - TA y FC: taquicardia e hipotensión
 - Signo del pliegue: pérdida de turgencia en la piel
 - Sequedad de mucosas
- Evaluación de la repercusión de la intolerancia a sólidos:

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

- Glicemia capilar: significativa si glucemia <90mg/dl
 - Cetonuria (tira orina): significativo si $\geq 2+$
 - % de pérdida ponderal respecto inicio gestación: relevante >5%
- ❖ **Diagnóstico diferencial:** se realizará una exploración física dirigida a descartar otras causas de náuseas y vómitos: palpación abdominal, palpación cuello para descartar bocio y nódulos tiroidal, así como descartar signos neurológicos asociados.
- ❖ **Se realizará una ecografía gineco-obstétrica para:**
- evaluar evolutividad de la gestación
 - descartar enfermedad trofoblástica gestacional
 - evaluar gestación única/múltiple
- Se progresará al segundo nivel en las siguientes situaciones:
- casos con clínica relevante de HG (PUQE ≥ 7),
 - repercusión objetiva de la HG: deshidratación, glicemia capilar <60mg/dl o cetonuria $\geq 2+$, >5% pérdida de peso
 - sospecha de patología de base diferente a la HG,
 - reconsulta por misma sintomatología (HG)

4.2.- SEGUNDO ESCALÓN DIAGNÓSTICO:

- ❖ **Analítica sanguínea básica:** Hemograma, coagulación, ionograma en suero, creatinina, urea y equilibrio ácido-base venoso.

Interpretación:

- Hemograma nos ayudará para evaluar el grado de hemoconcentración secundario a la deshidratación, así como para valorar posibles déficits vitamínicos:
 - Hematocrito: significativo cuando se detecte un incremento respecto a analítica previa.
 - Hemoglobina y nivel VCM: se considerará anemia cuando Hb<11 g/dL en primer trimestre, y ésta será secundaria a un déficit por ácido fólico o vit b12 cuando el VMC>100fl (*Ver Protocolo anemia*).
- Perfil renal nos será útil para valorar la hipovolemia secundaria a la deshidratación.
 - Creatinina y urea: significativo cuando >1.5 veces el valor de

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

normalidad.

- Ionograma en suero y equilibrio ácido-base venoso: valorará si existe una alteración hidroelectrolítica secundaria a los vómitos. De las alteraciones hidroelectrolíticas, la más frecuente será la hipopotasemia ($K^+ < 3,5\text{mEq/L}$). Producida por las pérdidas renales debidas a la alcalosis metabólica asociada.
 - o Hipopotasemia e hipocloremia: $K^+ < 3.5\text{ mEq}$; $Cl < 100\text{mEq}$
 - o Alcalosis metabólica: $pH > 7.45$; $HCO_3^- > 26\text{mmol/L}$; $pCO_2 > 53\text{mmHg}$; Anión GAP aumentado; $EB > +3$
- Coagulación: TP y TTPa. HG puede alterar TP por malabsorción

❖ **Analítica sanguínea ampliada:**

→ Se ampliará en las siguientes situaciones:

- Alta sospecha de patología de base diferente a la HG
- Aquellas pacientes que cumplan criterios de ingreso (*Ver Tabla 3*)

- **Marcador de inflamación:**

- o PCR

- **Perfil hepático:**

- o AST/ALT/Bilirrubina/LDH: elevación de AST/ALT $< 300\text{ UI/l}$ o bilirrubina $< 4\text{mg/dl}$. Si niveles más elevados, realizar diagnóstico diferencial con patología gastrointestinal

- **Perfil pancreático:**

- o Amilasa/Lipasa: elevación moderada de amilasa/lipasa (elevación < 5 veces valores normales). Si > 5 veces niveles normales, sospechar patología pancreática de base.

- **Perfil tiroideo:**

Sobretudo ante signos/síntomas sugestivos de hipertiroidismo (presencia de bocio o nódulo tiroidal, exoftalmus, hipertensión, taquicardia en la exploración física o clínica de palpitations, nerviosismo, intolerancia al calor, insomnio...). Siempre en caso de ingreso hospitalario.

- o **TSH y T4**: se diagnosticará de hipertiroidismo primario la presencia de TSH $< 0.1\text{mU/L}$ (normalidad en 1rT: $0.1\text{-}2.5\text{ mU/L}$). Será subclínico cuando los niveles de T4 libre sean normales (normalidad en 1rT: $5\text{-}12$

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

mg/dl) o clínico cuando T4 >12mg /dl en primer trimestre. La causa más probable de esta alteración es la Tirotoxicosis de la gestación, situación secundaria al aumento de la hCG y por lo tanto relacionado con la HG. Sin embargo, si la sintomatología es severa o el grado de alteración analítica es significativa se valorará descartar una enfermedad de Graves concomitante (*Ver Protocolo Tiroides y Gestación*).

- En situaciones donde se objetive alteración de los valores del perfil tiroidal se realizará una interconsulta con la unidad de diabetes y endocrinopatías (Dra. Vinagre/Dr. Bellart) – Sede HCM/Unidad patología materna – Sede HSJD.

En función de los resultados, catalogaremos el cuadro como: Leve-Moderado, en el que será tributaria de manejo ambulatorio, o Grave, que requerirá de ingreso hospitalario (Tabla 3).

Tabla 3: Clasificación HG según gravedad – Criterio de ingreso

LEVE- MODERADO	GRAVE
<p>TODOS los siguientes criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> - PUQE 3-12 - Tolerancia oral a líquidos - Sin signos de deshidratación - <5% pérdida peso - Perfil renal y iones normales <p style="text-align: center;">TRATAMIENTO AMBULATORIO</p>	<p>Si presenta ALGUNO de los siguientes criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> - PUQE ≥ 13 - Intolerancia incluso a líquidos - Signos de deshidratación - Alteración perfil renal o iones - >5% pérdida peso - Fracaso tratamiento conservador en dosis plenas <p style="text-align: center;">INGRESO HOSPITALARIO</p>

5. TRATAMIENTO

Las nauseas y vómitos del embarazo son una enfermedad con diferentes espectros de severidad de aparición progresiva. Es por ello que debemos añadir los tratamientos de forma escalonada a medida que la sintomatología va empeorando.

Debemos iniciar precozmente el tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticas que consulten, así como recomendar las medidas preventivas descritas en el punto 8 y anexo 1.

5.1 TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Serán tributarias de tratamiento ambulatorio las pacientes con cuadros leves-moderados de hiperémesis.

A. PRIMERA LÍNEA

- **Medidas higiénico-dietéticas** (dar hoja informativa recomendaciones higiénico-dietéticas en gestantes – Anexo 1-).

- **De elección se iniciará tratamiento con Doxilamina 10mg (antihistamínico antagonista H1) + Piridoxina 10mg (vitamina B6) (Cariban®) (FDA A):**
 - Dosis recomendada: 1 comprimido/6-8horas vía oral es la dosis habitual. Máximo 2comprimidos/8 horas.
 - Si persiste la sintomatología en una franja horaria determinada, aumentar la dosis inmediatamente anterior (Ej: persisten náuseas y vómitos matutinos, aumentar la dosis de la noche).
 - Efectos secundarios: somnolencia y cansancio (28% de las pacientes).

- **Otras recomendaciones:**
 - **Posibilidad de añadir Jengibre:**
 - Dosis recomendada: 100mg de extracto de jengibre vía oral antes de las comidas principales. Ha demostrado en ensayos clínicos randomizados mejorar las náuseas, pero no reducir los vómitos.
 - Suspender ferroterapia oral mientras dure la clínica de hiperemesis. En caso de paciente con criterios de anemia y necesidad de suplementación, valorar cambiar suplementación a con hierro en forma no ferrosa (Ver Protocolo *Anemia y gestación*).
 - **Suplementación con ácido fólico 5mg/día** durante al menos 2 semanas o hasta las 12 semanas.
 - **Se le indicará a la paciente que si no presenta mejoría con las medidas recomendadas en 48-72h o si presenta empeoramiento clínico reacuda a urgencias para revaloración.**

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

B. SEGUNDA LÍNEA

Si no presentan mejoría con la primera línea después de 48 horas y siempre después de haber descartado según Tabla 3 que no cumpla criterios de gravedad, se podrá continuar con segunda línea de tratamiento ambulatorio. En este caso se valorará añadir los siguientes tratamientos:

- **De primera elección añadiremos Dimenhidrinato - antihistamínico antagonista H1 (FDA B):**
 - Dosis recomendada: 50-100mg/4-6h vía oral. Dosis máxima 400 mg/día (200mg/día si se suma a la doxilamina).
 - Efectos secundarios: somnolencia, cefalea, vértigo, visión borrosa, mareo, retención urinaria.

- **Difenhidramina - antihistamínico antagonista H1 (FDA B):** se utilizará como alternativa al dimenhidrinato.
 - Dosis recomendada: 50 mg/6-8h vía oral.
 - Efectos adversos comunes: sedación, boca seca, aturdimiento y estreñimiento.

- **Valoraremos añadir Metoclopramida - antagonista Dopamina (FDA B):**
 - Dosis recomendada: 5-10 mg/8hvía oral. Idealmente para uso puntual o a corto plazo debido al riesgo de efectos sintomatología extrapiramidal: máximo 5 días y máximo de 30mg/día.
 - Efectos secundarios: boca seca, somnolencia, sedación. Asocia en algunas pacientes sintomatología extrapiramidal (espasmos en cara, cuello y lengua), motivo por el que debe utilizarse como terapia de segunda línea.

Si la paciente presenta epigastralgia o síntomas de reflujo gastroesofágico, se puede añadir al tratamiento alguno de los siguientes:

- **Almagato (FDA B):** 1g/8h, preferentemente 1/2 - 1 hora después de las principales comidas.
- **Antagonistas del receptor H2:**
 - **Famotidina (FDA B)** 20mg/12h vía oral.

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

! No se utilizará RANITIDINA Oral*

* Alerta sanitaria de la AEMPS del 1 de octubre de 2019: **RETIRADA DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN RANITIDINA VÍA ORAL.**

La AEMPS ha ordenado la retirada, como medida preventiva, de los medicamentos que contienen ranitidina vía oral ante la detección de nitrosaminas (probable carcinógeno en humanos) como excipiente en la presentación oral. Excipiente no presente en forma endovenosa

- En caso de no desaparición de los síntomas de reflujo gastroesofágico pese a los anteriores tratamientos, añadir inhibidores de la bomba de protones: **Pantoprazol** (FDA B) 20 mg/24h vía oral.

2. INGRESO HOSPITALARIO:

Ante casos graves (*ver Tabla 3*) o ante casos moderados que persiste la clínica a pesar de el tratamiento con segunda línea a dosis plenas será necesario un ingreso hospitalario para rehidratación endovenosa y tratamiento farmacológico por vía endovenosa.

En las pacientes que requieran ingreso hospitalario se realizará una **interconsulta con el servicio de Psiquiatría Perinatal** para la valoración de la paciente durante el ingreso y la evaluación de necesidad de seguimiento en la Unidad de Psiquiatría Perinatal.

- En sede HCM la interconsulta se realizará de forma sistemática en todas las pacientes.
- En la sede HSJD sólo se realizará en aquellos casos de paciente ingresados con factores de la esfera de salud mental que se sospeche que influyen en la clínica materna o bien en casos de repercusiones ansioso-depresivas reactivas al malestar por la hiperémesis.

Tratamiento al ingreso:

A. PRIMERA LÍNEA EN INGRESO

- **Ayuno:**
 - Ayuno (dieta FAMIS) durante 24-48h y revalorar según evolución
- **Añadir suplementos de tiamina (vitamina B1) (Benerva Roche® 1 vial de 100 mg/día)** si vómitos de más de 3 semanas de evolución.

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

- Se recomienda para prevenir la encefalopatía de Wernicke, complicación poco frecuente pero grave.
 - Posología:
 - 100mg dosis única ev con el primer suero fisiológico.
 - Posteriormente 100mg/24h ev (añadir a SF) durante 2-3 días.
 - Administrar después del antiemético y antes del suero glucosado.

 - **Fluidoterapia: Suero Glucosado 10 % 500 cc /8 horas alterno con Ringer Lactato o Suero Fisiológico 500 cc/8-12 horas.**
 - Si existe **hipopotasemia** ($K^+ < 3,5\text{mEq/L}$), se añadirá administración de KCl en la fluidoterapia. En este caso ésta será con Suero glucosado al 10%. Al ser una medicación con efectos secundarios potencialmente graves, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones en la corrección endovenosa de K^+ :
 - Antes de iniciar su corrección se realizará un ECG inicial.
 - Dosis: 1mEq/kg/día de KCl repartido en sueros endovenosos cada 8h (1 ampolla contiene 10 mEq de K^+ por vial). Muy importante: **NO sobrepasar los 100mEq/día en INFUSIÓN LENTA o con dosiflow** (no sobrepasar nunca la velocidad de 10mEq/hora, ya que es una medicación potencialmente peligrosa a nivel cardíaco, además de provocar irritación local).

Ej: Para una paciente con normopeso será suficiente con 20-30mEq/8h que pueden añadirse al suero glucosado 10%
 - Si existen dudas, **interconsultar con servicio de Anestesia.**
 - * Conforme la paciente recupere la tolerancia oral, si persiste la necesidad de corrección de la hipopotasemia, ésta se realizará vía oral (ir a punto 7).

 - **Metoclopramida - antagonista de la Dopamina (FDA B):**
 - Dosis recomendada: 5-10 mg/8h vía ev. Idealmente para uso puntual o a corto plazo debido al riesgo de efectos sintomatología extrapiramidal: máximo 5 días y máximo de 30mg/día.
 - Efectos secundarios: boca seca, somnolencia, sedación. Asocia en algunas pacientes sintomatología extrapiramidal (espasmos en cara, cuello y lengua), motivo por el que debe utilizarse como terapia de segunda línea.
- ! NO se administrará ondansetrón oral ni endovenoso:**

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Alerta sanitaria de la AEMPS del 12 de Setiembre de 2019: **RIESGO DE DEFECTOS DE CIERRE OROFACIALES (LABIO LEPORINO, PALADAR HENDIDO) TRAS SU USO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.**

Se recuerda a los profesionales sanitarios:

- No administrar ondansetrón durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre.

Si se detecta en analítica ingreso TP <80%, se iniciará tratamiento con vitamina K1

- o **Vitamina K1:** 10mg/ml ampollas cada 48-72h según deficiencia y hasta conseguir recuperación TP >80%

Si la paciente presenta epigastralgia o síntomas de reflujo gastroesofágico, se puede añadir al tratamiento alguno de los siguientes:

- o **Ranitidina** 50mg/8-12h vía endovenosa (FDA B) (recordar que el uso de Ranitidina vía oral está contraindicado).
- o Si no desaparecen los síntomas, añadir **Pantoprazol** 40mg/24h vía endovenosa (FDA B).

B. SEGUNDA LÍNEA

Si persiste la sintomatología grave, con nula tolerancia a los sólidos, tras 48h de tratamiento intensivo con los fármacos especificados como primera línea hospitalaria, se añadirá al tratamiento:

- o **Metilprednisolona** (FDA C)
 - Su uso por debajo de las 10 semanas está contraindicado por su asociación a fisuras labiales/palatinas.
 - Recomendada: 16 mg/8h vía oral o endovenosa durante 3 días, seguido de dosis pauta descendente cambiando medicación a Prednisona (vo: 40 mg/día 1 día, 20 mg/día 3 días, 10 mg/día 3 días y STOP).
 - Si no hay respuesta en los 3 primeros días, debe interrumpirse el tratamiento porque no es esperable una respuesta.
- o Si tras 5 días de ingreso y tras haber agotado todas las intervenciones previas se constata que la paciente presenta NULA tolerancia oral de sólidos se realizará

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

interconsulta con servicio de Nutrición para valorar necesidades específicas de cada caso (entre ellas nutrición enteral mediante sonda nasogástrica vs. parenteral). Se realizará en este caso una analítica completa incluyendo perfil nutricional (sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, magnesio, glucosa, BUN, triglicéridos y proteínas, prealbumina y albumina).

6. MANEJO Y CONTROLES DURANTE EL INGRESO

❖ **DIETA:**

El manejo de la dieta deberá ser conservador y adaptarse a la situación clínica de la paciente. Después de un periodo generalmente de 24-48 h de ayuno sin vómitos, se irá introduciendo la dieta. Globalmente se basará en introducir comidas frecuentes y poco abundantes (mínimo 5 comidas). De preferencia se administrarán alimentos sólidos y ricos en proteínas, evitando comidas picantes y ricas en grasas. Las bebidas y alimentos fríos son mejor tolerados (Ver pautas según Anexo 1).

❖ **MEDICACIÓN vía oral:**

A medida que vaya presentando tolerancia oral a los sólidos, se podrá pasar la medicación a vía oral:

- ✓ Antieméticos y antiácidos (si ha precisado):
 - **Metoclopramida, antagonista de la Dopamina** (FDA B): 5-10 mg/8hvía oral. Idealmente para uso puntual o a corto plazo (máximo 5 días), y un máximo de 30mg/día.
 - **Pantoprazol, inhibidores de la bomba de protones** (FDA B): 20 mg/24h vía oral.
- ✓ Se valorará mantener suplementación oral de potasio si persiste hipopotasemia, hasta su normalización.
 - Si hay alcalosis asociada: cápsulas de KCl (**Potasion 600 ®**), que contienen 8mEq de K+ y 8mEq de Cl- por comprimido.
 - Dosis: 2-4capsulas/8h (dosis máxima 7200mg o 12 cápsulas en 24h)
 - Si no hay alcalosis asociada: cápsulas de potasio-ascorbato-aspartato (**Boi K aspártico ®**), que contienen 25mEq de K+ por comprimido.
 - Dosis: 40-100mEq/día, repartidos en 2-3 tomas.

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

- ✓ Se valorará mantener administración de vitamina K oral si persiste alteración del TP<80% hasta su normalización.
 - **Vitamina K:** 10mg/ml ampollas cada 24h-48h vía oral
- ✓ Reintroducir ácido fólico:
 - **Ácido fólico 5mg:** 1 comprimido al día durante al menos 2 semanas o hasta las 12 semanas.

❖ **CONTROLES ANALÍTICOS:**

- Durante el ingreso se realizarán analíticas de control cada 48-72h, aunque podrá variar según hallazgos analíticos previos y evolución durante el ingreso.
- Como norma general se incluirá: Hemograma, ionograma en suero, creatinina, urea, transaminasas, bilirrubina, LDH y equilibrio ácido-base venoso.
- En función resultados previos se valorará añadir en las analíticas de control: coagulación, perfil pancreático y perfil tiroideo.
- En el caso de perfil tiroideo alterado, se valorará incluir anticuerpos TSI (o TRAb) y anti-TPO para descartar enfermedad de Graves. En estos casos se realizará una interconsulta con la unidad de diabetes y endocrinopatías (Dra. Vinagre/Dr. Bellart) – Sede HCM/Unidad patología materna – Sede HSJD.
- Si se realiza interconsulta a Servicio de nutrición se solicitará a la analítica de control un perfil nutricional previa confirmación de los parámetros a solicitar (sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, magnesio, glucosa, BUN, triglicéridos y proteínas, prealbumina y albumina).

❖ **CONTROL DIURESIS:**

- Se realizará un control cualitativo de la diuresis como signo de deshidratación.

❖ **CONTROL VIABILIDAD FETAL:**

- Se realizará una ecografía para constatar viabilidad fetal como mínimo al ingreso y previo al alta

7. ALTA HOSPITALARIA

Se valorará el alta si se consigue un buen control de los síntomas con medicación oral durante 24-48h.

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Medicación y recomendaciones al alta:

- Medicación oral que permita la mejoría y estabilidad del cuadro (Idealmente haber desescalado a 1º línea).
- Suplementación con ácido fólico 5mg/día durante al menos 2 semanas o hasta las 12 semanas
- Suplementación con ácido fólico y/o vitamina B12 si se ha detectado déficit según la pauta descrita en el “Protocolo de Anemia en la Gestación”
- Parar suplementación con hierro ferroso mientras dure el cuadro
- Entrega de hoja informativa sobre las “Recomendaciones higiénico-dietéticas en gestantes” (Anexo1)

Se programará una visita de seguimiento postalta en unidad Patología primer trimestre (HSJD) u OBSPUR (Mater). Posteriormente se valorará alta con controles en ASSIR de referencia si estabilidad del cuadro.

8. RECIDIVA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

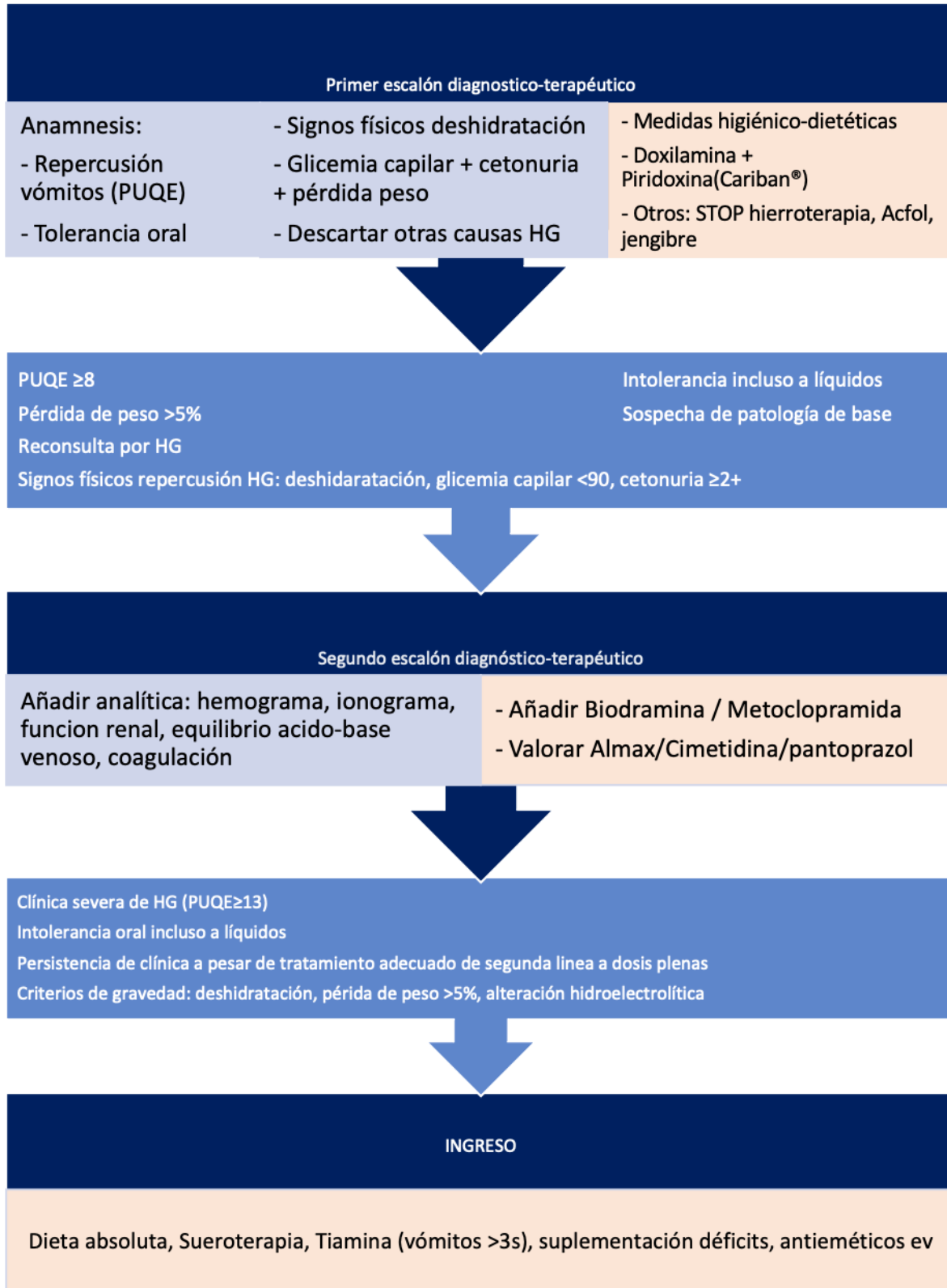
El riesgo de recidiva en pacientes diagnosticadas de HG es del 24% en segundas gestaciones. En caso de >2 gestaciones, el riesgo de recurrencia es del 11% en todas las gestaciones siguientes. Por este motivo, ante una paciente con antecedentes de HG o con inicio de síntomas leves, debemos ser especialmente cuidadosos en la prevención. Existen diferentes propuestas que han demostrado disminuir la incidencia/recurrencia de la HG. Entre ellas:

- ❖ **Complejos vitamínicos periconcepcionales.** Se recomienda su administración, a excepción de la suplementación con hierro.
- ❖ **Medidas higiénico-dietéticas.**

A todas las gestantes con antecedentes de HG o ante la aparición de síntomas compatibles con HG, se les deberá aconsejar medidas higiénico-dietéticas recogidas en el Anexo 1.

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Algoritmo 1: Escalones diagnóstico-terapéuticos



ANEXO 1: Recomendaciones dietéticas frente a náuseas y vómitos 1r trimestre

Las náuseas y los vómitos son síntomas frecuentes durante los primeros meses. No obstante, el exceso de estos puede acarrear incomodidad. A continuación, se detallan recomendaciones con la finalidad de mejorar su tolerancia a la alimentación oral.

¿Qué tipo de alimentos debo evitar?

- Evite bebidas con gas, irritantes (alcohol o cafeína) o ácidos (zumos naranja).
- Evite bebidas calientes, ingiera los alimentos a temperatura ambiente.
- Excluya temporalmente aquellos alimentos que le produzcan náuseas/vómitos.
- No coma alimentos grasos (fritos, salsas, rebozados, empanados).
- Evite, al inicio, comidas caldosas (sopas, leche, zumos, etc.).

¿Cómo organizo las comidas?

- Haga varias comidas al día (5-7 tomas), en cantidades pequeñas.
- Inicie la tolerancia con alimentos secos: galletas, pan tostado, cereales de desayuno.
- Es preferible la toma de alimentos suaves, preparados al vapor, hervidos o plancha.
- Si las náuseas se producen siempre en el mismo momento del día, cambie los horarios de las comidas.
- Repose después de las comidas, al menos una hora, sentada o incorporada 45º.

Recuerde, además:

- Coma despacio, masticando debidamente los alimentos en un ambiente tranquilo.
- Evite cocinar usted misma.
- No utilice ropa apretada.
- Es muy importante que mantenga un buen estado de hidratación. Para ello, beba en muy pequeñas cantidades: a sorbos pequeños o con una cuchara cada 10-15 minutos, a lo largo de todo el día.

Me encuentro un poco mejor: ¿Cómo recupero la normalidad en la dieta?

- A medida que cesen las náuseas y/o vómitos, se puede valorar introducir paulatinamente:
 - o El pan, la pasta, el arroz y la patata, en general, son bien tolerados.
 - o Las verduras, al principio tómelas al vapor o hervidas con aderezos ligeros (un poco de aceite y poca sal). Incluya posteriormente las ensaladas y verduras crudas que son más difíciles de digerir.
 - o Las frutas pueden tomarse enteras o en zumos. Introduzca al final las que sean más ácidas (naranja, kiwi, mandarina...) y con mayor contenido graso (coco y aguacate).
 - o Los lácteos inicialmente conviene tomarlos desnatados o bajos en grasas (por ej. queso fresco). Según aumente la tolerancia vaya incorporando aquellos con mayor contenido graso (leche entera, quesos con mayor porcentaje de materia grasa, yogures enteros, postres lácteos...).
 - o En cuanto a las carnes, pescados y huevos, es preferible el consumo de carnes y embutidos magros (solomillo de ternera, pollo sin piel, fiambre de pollo o pavo y jamón cocido); evitando aquellos alimentos que despiden más olor (huevo cocido, pescado...) y los de mayor contenido graso (chorizo, cordero, pescado azul, huevo frito, etc.).
- En la medida de lo posible, intente variar la alimentación.

PROTOCOLO: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA



QR – Acceso directo para pacientes

Responsables del protocolo:	Claudia Rueda, Marti Cantalops, Míriam Illa, Montse Palacio
Fecha del protocolo y actualizaciones:	21/02/2007, 15/03/2011
Última actualización:	14/10/2020
Próxima actualización:	14/10/2024
Código Hospital Clínic:	MMF-85-2017
Código Sant Joan de Déu:	A-OBS-PC-0029-01