

TRENDS IN
AP



SALUD EN LA MUJER

Náuseas y vómitos en el embarazo

GRUPO DE TRABAJO
ATENCIÓN A LA MUJER

Coordinadora
Dra. Milagros González Béjar





ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS EN LA GESTACIÓN	6
• Epidemiología	6
• Determinar la gravedad	7
• Fisiopatología	8
• Etiología	9
• Anamnesis	11
• Diagnóstico de las náuseas y vómitos en la gestación. Escala PUQE	12
• Gravedad: cómo sospechar la hiperémesis gravídica en el embarazo	13
• Influencia en la mujer embarazada	14
TRATAMIENTO	17
• Medidas higiénico-dietéticas o no farmacológicas	17
• Novedades en el tratamiento farmacológico	18
• Protocolo general de tratamiento de las náuseas y vómitos del embarazo	23
CONCLUSIÓN	25
BIBLIOGRAFÍA	26

GRUPO DE TRABAJO ATENCIÓN A LA MUJER · SEMERGEN

COORDINADORA

Dra. Milagros González Béjar

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de la Mujer en SEMERGEN

AUTORAS

Dra. Inés María Bravo Arrebola

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de la Mujer en SEMERGEN

Dra. Mercedes Martínez Abad

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de la Mujer en SEMERGEN

© Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Jorge Juan 66-local. 28009-Madrid
www.semergen.es

Diseño, realización y coordinación
editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-19460-21-9

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Esto es una recopilación parcial y no exhaustiva de artículos publicados. Los datos que aparecen pueden no estar aprobados en el registro de los productos. Por favor, consulte la ficha técnica.

PRESENTACIÓN

Las náuseas y vómitos en el embarazo (NVE) son síntomas muy comunes que afectan hasta al 90 % de las gestantes, especialmente durante el primer trimestre. Aunque suelen considerarse manifestaciones normales del embarazo, pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de la mujer. En la mayoría de los casos, los síntomas aparecen entre la quinta y la novena semana de gestación y disminuyen hacia el segundo trimestre. Sin embargo, en algunos casos persisten o se agravan, dando lugar a una forma más severa conocida como hiperémesis gravídica (HG).

La HG se caracteriza por vómitos intensos y persistentes que pueden causar deshidratación, pérdida de peso y alteraciones metabólicas, lo cual puede requerir hospitalización. Tanto para la HG como para las náuseas y vómitos en la gestación en general, la causa exacta no está completamente definida; se cree que la gonadotropina coriónica humana (hCG), el estrógeno, la progesterona y factores genéticos pueden estar implicados. Es fundamental descartar otras causas no obstétricas de vómitos mediante una adecuada evaluación clínica.

El manejo se realiza de forma escalonada, comenzando con cambios en la dieta y en el estilo de vida. Si los síntomas persisten, se puede recurrir a medicamentos, como la vitamina B₆, la doxilamina o antieméticos. Un tratamiento oportuno, precoz y adecuado es clave para proteger la salud materna y fetal.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa fisiológica caracterizada por numerosos cambios endocrinos, metabólicos y anatómicos que afectan de manera variable a cada mujer. Dentro de las manifestaciones más comunes y tempranas del embarazo se encuentran las náuseas y los vómitos, síntomas que pueden comenzar incluso antes de la confirmación del embarazo clínico. Estas manifestaciones, aunque generalmente benignas y autolimitadas, pueden afectar significativamente a la calidad de vida y al bienestar físico y emocional de las gestantes, y, en casos graves, requerir atención médica especializada.

Se estima que entre el 50 y el 90 % de las mujeres embarazadas experimentan náuseas durante el primer trimestre, y alrededor del 25 al 55 % presentan vómitos. Estos síntomas suelen aparecer entre la quinta y sexta semana de gestación, alcanzan su pico alrededor de la novena semana y tienden a resolverse espontáneamente hacia el final del primer trimestre o el inicio del segundo. Sin embargo, las NVE pueden persistir hasta el tercer trimestre en, aproximadamente, el 23,5 % de los embarazos¹.

El espectro clínico de las NVE va desde síntomas leves, controlables con medidas dietéticas y cambios en el estilo de vida, hasta formas más graves que pueden comprometer el estado nutricional y metabólico de la paciente. La forma más severa de esta condición se conoce como HG, caracterizada por vómitos incontrolables, deshidratación, desequilibrios electrolíticos, pérdida de peso mayor al 5 % del peso corporal y la necesidad de hospitalización. Aunque es una entidad infrecuente (afecta, aproximadamente, al 0,3-2 % de los embarazos), su impacto puede ser considerable si no se maneja de manera oportuna.

Desde el punto de vista fisiopatológico, se han propuesto múltiples teorías para explicar la aparición de las NVE. Entre las más aceptadas se encuentra el papel de la hCG, cuyos niveles se correlacionan con la aparición y severidad de los síntomas, así como el factor de crecimiento/diferenciación 15 (GDF-15) fetal, secretado por la placenta. Asimismo, se ha señalado la participación de

otras hormonas, como el estrógeno, la progesterona y la tiroxina, así como factores gastrointestinales, psicológicos y genéticos. No obstante, la etiología exacta sigue siendo multifactorial y no completamente comprendida.

El abordaje clínico de estas pacientes requiere una cuidadosa evaluación para descartar causas no obstétricas de los vómitos, como gastroenteritis, enfermedades del tracto hepatobiliar, infecciones del tracto urinario o patologías endocrinas, como la enfermedad tiroidea. El diagnóstico de NVE se establece principalmente por exclusión, apoyado en la historia clínica y la ausencia de signos de alarma.

En este aspecto es muy importante la figura del médico de Atención Primaria (AP) en la detección y tratamiento de estos síntomas, ya que habitualmente es el primer contacto sanitario de la mujer gestante y quien, en muchos casos, realiza el seguimiento más cercano del embarazo.

El tratamiento debe ser individualizado y escalonado, comenzando por modificaciones en la dieta y en el estilo de vida, seguido de terapia farmacológica si los síntomas no ceden. Entre los medicamentos más utilizados y considerados seguros durante el embarazo se encuentran la piridoxina (vitamina B₆), la doxilamina y, en casos más severos, los antieméticos, como la metoclopramida o el ondansetrón, aunque este último ha generado controversias respecto a su seguridad en el primer trimestre, generando una alerta sanitaria. En casos de HG puede ser necesario el manejo hospitalario con hidratación intravenosa, corrección de electrolitos y soporte nutricional.

En conclusión, las NVE representan una condición muy común, que en la mayoría de los casos es transitoria y de manejo ambulatorio. Sin embargo, su impacto clínico no debe subestimarse, especialmente en los casos más severos, donde puede comprometer la salud materna y fetal. Por tanto, su adecuada identificación, seguimiento y tratamiento constituyen una parte esencial del cuidado prenatal.

LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS EN LA GESTACIÓN

EPIDEMIOLOGIA

Las NVE constituyen uno de los cuadros clínicos más frecuentes durante la gestación, especialmente en el primer trimestre. Se estima que entre el 50 y el 90 % de las gestantes experimentan estos síntomas en algún momento del embarazo, de acuerdo con diversos estudios. Un metaanálisis reciente reportó una prevalencia global promedio del 69 %, con variaciones atribuibles a factores poblacionales y a las diferencias metodológicas entre los estudios analizados¹.

Desde una perspectiva fisiopatológica, no se ha identificado de forma específica una etiología única ni una asociación causal definitiva con la aparición de las NVE. Sin embargo, se ha visto que niveles elevados de hCG, junto con los cambios hormonales propios de la gestación y el GDF15 fetal, podrían desempeñar un papel importante en la fisiopatología²⁻⁴.

Hay que tener en cuenta el GDF15 fetal secretado por la placenta, que desempeña un papel central en la aparición de las NVE durante el embarazo. Niveles elevados de GDF15 en la circulación materna se correlacionan directamente con la presencia y severidad de los síntomas, llegando a ser marcadamente más altos en casos de HG.

En la gran mayoría de los casos se trata de un proceso autolimitado, con desaparición de los síntomas a lo largo del embarazo. Se estima su co-

mienzo sobre la semana 4 y 6 de gestación, con remisión hacia la semana 16 y 20³. Estudios como el de Fejzo en 2023 confirman que los síntomas prolongados hasta el término son raros, afectando a menos del 1-2 % de embarazadas, especialmente en casos de HG⁴.

Diversos estudios, incluido el metaanálisis de Einarson *et al.* en 2013¹, han documentado que una proporción significativa de mujeres embarazadas experimentan náuseas sin vómitos, con una prevalencia estimada que oscila entre el 32 y el 63 %. No obstante, la presentación concomitante de náuseas y vómitos es más común, observándose en, aproximadamente, el 66 al 88 % de los casos. Estas cifras reflejan una considerable heterogeneidad entre las distintas poblaciones estudiadas, lo que sugiere la influencia de factores geográficos, culturales y metodológicos en la medición de estos síntomas.

DETERMINAR LA GRAVEDAD

La gravedad de las NVE varía, según la presencia de síntomas, desde leve a moderada. Sin embargo, existe una forma clínica severa, con una prevalencia muy baja (0,3-3 %), denominada HG.

La HG se trata de un cuadro clínico caracterizado por la presencia de náuseas intensas acompañadas de vómitos persistentes, pérdida de peso (> 5 % peso pregestacional), alteraciones hidroelectrolíticas, cetonuria y deshidratación, todo ello antes de la semana 22 de gestación. Es considerada una de las principales causas de hospitalización durante el primer trimestre de embarazo⁵.

Para determinar la gravedad de las NVE se emplea una escala denominada PUQE (*Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea*) (tabla 1), la cual nos permite estratificar la severidad de las NVE en función de los parámetros analizados⁶.

Tabla 1. Escala PUQE modificada

A) Durante 24 horas, ¿cuánto tiempo ha tenido náuseas?				
Sin náuseas (1 punto)	< 1 hora (2 puntos)	2-3 horas (3 puntos)	4-6 horas (4 puntos)	> 6 horas (5 puntos)
B) En un día, ¿cuántas veces ha vomitado?				
Sin vómitos (1 punto)	1-2 veces (2 puntos)	3-4 veces (3 puntos)	5-6 veces (4 puntos)	> 7 veces (5 puntos)
C) ¿Cuántos episodios de arcadas sin expulsión de contenido gástrico ha tenido a lo largo del día?				
Sin arcadas (1 punto)	1-2 veces (2 puntos)	3-4 veces (3 puntos)	5-6 veces (4 puntos)	> 7 veces (5 puntos)

Leve: ≤ 6 puntos; Moderada: 7-12 puntos; Grave (hiperémesis): ≥ 13 puntos.

Fuente

FISIOPATOLOGÍA

A pesar de la prevalencia de las NVE y la gravedad de la HG, hay escasez de investigación sobre la fisiopatología, así como falta de acuerdo sobre el diagnóstico y pruebas no concluyentes sobre la seguridad y la eficacia de los tratamientos comunes⁷.

En la fisiopatología hay implicadas varias estructuras corporales, como son:

- **Eje intestino-cerebro:** implica una comunicación bidireccional entre el tracto gastrointestinal (GI), el nervio vago, el tronco cerebral, el sistema autónomo y las áreas superiores del cerebro.
- **Complejo vagal dorsal en el tronco cerebral:** área postrema: sin barrera hematoencefálica, detecta emetógenos en sangre/LCR (líquido cefalorraquídeo); núcleo del tracto solitario (NTS): centro integrador de señales eméticas; núcleo motor dorsal del vago: ejecuta el vómito.
- **Mecanismos periféricos:** células enterocromafines en el intestino liberan serotonina (5-HT) y sustancia P, que activan receptores en el nervio vago → mensaje al cerebro → vómito.

- **Neurotransmisores y receptores involucrados:** 5-HT₃ (serotonina); NK₁ (sustancia P); dopamina (D₂); histamina (H₁); acetilcolina (muscarínicos)^{8,9}.
 - Estos neurotransmisores interactúan con sus respectivos receptores en el sistema nervioso central y periférico, desencadenando las respuestas de náuseas y vómitos¹⁰.
 - **Otros estímulos eméticos:** visuales, emocionales o vestibulares (mareo por movimiento) también pueden activar la vía central^{8,9}.
- Estos mecanismos implican una interacción bidireccional entre el cerebro y el intestino, conocida como el eje cerebro-intestino, que regula las respuestas de náuseas y vómitos¹⁰.

ETIOLOGÍA

En la actualidad, se considera que las causas son multifactoriales. Se han propuesto teorías hormonales, adaptativas evolutivas y psicológicas.

- **Hormonas implicadas:**
 - **hCG (gonadotropina coriónica humana):** su concentración máxima coincide con el pico de los síntomas. También estimula la hormona tiroidea (tirotrofina-like), lo que sugiere un papel clave de la misma.
 - **Estrógenos:** las NVE son más frecuentes con niveles altos de estradiol.
 - **GDF15 fetal:** esta hormona actúa sobre receptores en el tronco encefálico (GFRAL RET), desencadenando respuestas como las náuseas y los vómitos.
- **Adaptación evolutiva:** algunos investigadores sugieren que las NVE protegen al embrión de sustancias tóxicas de los alimentos durante la organogénesis.
- **Causas psicológicas:** aunque antes se pensaba que eran de origen psicosomático, estudios actuales muestran que no están asociadas a

trastornos psiquiátricos ni psicológicos. La angustia emocional podría ser consecuencia, no causa.

Factores de riesgo de náuseas y vómitos en el embarazo

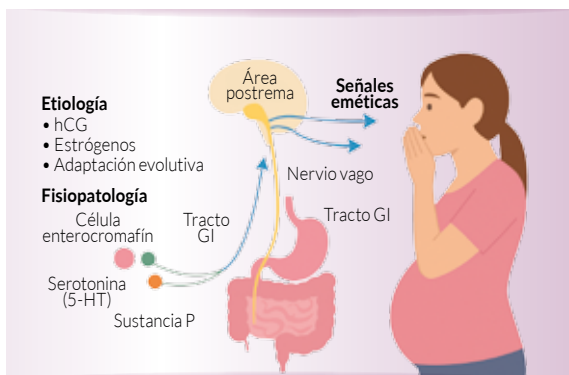
- Embarazos múltiples o molares (↑ masa placentaria).
- Historial familiar o personal de NVE o hiperémesis.
- Migrañas o cinetosis.

Aunque hoy en día no hay consenso sobre su etiología, recientemente se ha logrado un progreso sustancial a través de estudios genéticos de NVE y HG que respaldan algunas de estas hipótesis, abriendo nuevas áreas prometedoras de investigación sobre factores causales⁷.

Ideas clave

- Los niveles altos de hCG y estrógenos son claves en la aparición de NVE.
- Las personas que han tenido NVE en embarazos anteriores tienen una alta probabilidad de repetirla.
- Hay un posible componente genético, dado que madres y hermanas de mujeres afectadas presentan mayor riesgo.
- El tabaquismo, curiosamente, parece reducir el riesgo, probablemente por su efecto reductor sobre los estrógenos^{8,9}.

Figura 1.
Esquema
resumen de
la etiología
y fisiopatología
de las náuseas
y vómitos en
el embarazo



GI: tracto gastrointestinal; hCG: gonadotropina coriónica humana.
Elaboración propia.

ANAMNESIS

La anamnesis desde la consulta de Atención Primaria (AP) constituye una herramienta fundamental y principal para la evaluación tanto inicial como evolutiva de las náuseas y los vómitos²⁻⁵:

- **Antecedentes personales y obstétricos:**

- Historia ginecológica: abortos previos, embarazo múltiple o molar...
- Antecedentes de episodios previos de HG.
- Antecedentes de patología gastrointestinal (por ejemplo: reflujo gastroesofágico, dispepsia, patología orgánica...).
- Tratamiento habitual.

- **Características de las náuseas y vómitos:**

- Semana de gestación que tiene comienzo la sintomatología.
- Número de episodios al día de náuseas y vómitos.
- Momento del día de aparición y frecuencia: matutinos, vespertinos o nocturnos.
- Carácter intermitente o persistente.
- Duración de cada episodio.

- **Otros síntomas asociados:**

- Aparición de signos de alarma en las náuseas y vómitos: contenido bilioso o hemático.
- Disminución significativa de ingesta oral.
- Pérdida de peso corporal superior al 5 % del peso pregestacional.
- Interrogar sobre la posible presencia de signos de deshidratación.
- Valoración del impacto sobre la calidad de vida de la gestante.

- **Exploración física:**

- Toma de constantes: tensión arterial, saturación de oxígeno, determinación de glucemia capilar.

- Valorar piel y mucosas: vigilar signos de deshidratación.
- Exploración abdominal.
- Exploración de miembros inferiores: presencia de edemas.

DIAGNÓSTICO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS EN LA GESTACIÓN. ESCALA PUQE

En el ámbito de la AP, resulta fundamental realizar una evaluación diagnóstica precisa y precoz de las NVE con el fin de establecer un abordaje terapéutico adecuado y oportuno que minimice las complicaciones maternas y fetales asociadas²⁻⁵.

El diagnóstico se realiza principalmente a través de una buena anamnesis y exploración. Por ello, es importante realizar una cuantificación estandarizada de los síntomas que nos ayude a guiar el manejo tanto clínico como farmacológico. En este contexto, la escala PUQE (tabla 1) se ha consolidado como un instrumento validado, fiable y reproducible en las consultas de AP para la evaluación objetiva de la severidad de las náuseas y los vómitos durante la gestación⁶.

La escala PUQE evalúa la severidad de los síntomas mediante tres preguntas que exploran la duración de las náuseas y la frecuencia de los episodios de vómito y arcadas en las últimas 24 horas. La puntuación total varía entre 3 y 15 puntos, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad.

Se clasifica en⁶: leve: (≤ 6 puntos), moderada (7-12 puntos) y severa (≥ 13 puntos).

Diversas guías clínicas recomiendan su empleo como método de referencia, dado que se trata de una herramienta sencilla, accesible y de fácil aplicación en la práctica clínica diaria. Su utilización nos permite poder guiar de manera más óptima el manejo terapéutico según la gravedad de las náuseas y los vómitos.

GRAVEDAD: CÓMO SOSPECHAR LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN EL EMBARAZO

La HG constituye el espectro más grave de las NVE, 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. Puede afectar a entre el 0,3 y el 3 % de los embarazos, según estudios.

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 las 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, signos neurológicos (cefalea, alteraciones motoras...), bocio palpable¹¹. Además, hay que descartar patología orgánica o enfermedad trofoblástica. Debe usarse la escala PUQE para valorar la severidad¹².

Sospecharemos de cuadro de HG cuando existan náuseas junto a vómitos intensos y persistentes con deshidratación y pérdida de peso significativa (> 5 % del peso previo al embarazo), cetonuria por descomposición de los ácidos grasos en cuerpos cetónicos, junto a valores anormales de electrolitos con alteración del equilibrio ácido-base por ingesta insuficiente de nutrientes durante días o semanas que lleva a una deshidratación severa y deficiencias nutricionales, dando lugar a un malestar extremo que requiere atención médica con ingreso hospitalario en numerosas ocasiones para soporte nutricional y uso de medicamentos antieméticos¹⁰.

Los síntomas pueden mejorar, pero también pueden durar hasta el final del embarazo, por lo que pueden causar complicaciones significativas para la madre, limitando sus actividades de la vida diaria e incluso afectar al desarrollo del feto.

Existe riesgo de recidiva en posteriores gestaciones (24 %); tras más de dos, existe riesgo de recurrencia (11 %) en las posteriores, por lo que se recomiendan medidas higiénico-dietéticas y complejos vitamínicos como medidas de prevención¹².

Impacto en la salud materna y fetal

- **Riesgos maternos:** encefalopatía de Wernicke, deshidratación severa, hospitalizaciones frecuentes.
- **Riesgo fetal:** aumento en prematuridad y bajo peso al nacer, aunque no se asocia con malformaciones congénitas^{8,9}.

Tabla 2. Diferencias entre náuseas y vómitos del embarazo e hiperémesis gravídica

Categoría	NVE	HG
Pérdida de peso	Mínima o inexistente	> 5 % del peso previo
Ingesta nutricional	Adecuada la mayoría de los días	Insuficiente por días/semanas
Impacto funcional	Malestar leve; permite funciones esenciales	Malestar externo; limita incluso el autocuidado
Tratamiento necesario	Dieta y estilo de vida	Atención médica: medicación, IV, nutrición asistida
Evolución	Mejora tras la semana 14	Puede persistir todo el embarazo
Vida familiar	Manejable luego del 1.º trimestre	Difícil o imposible de gestionar durante semanas/meses

NVE: náuseas y vómitos del embarazo; HG: hiperémesis gravídica.
Elaboración propia.

INFLUENCIA EN LA MUJER EMBARAZADA

Las NVE, como se ha mencionado previamente, constituyen uno de los síntomas con mayor incidencia durante el primer trimestre del embarazo. Es conocido que sus manifestaciones clínicas son diversas, con inten-

sidad variada, lo que genera afectación tanto a nivel de calidad de vida como en las esferas laboral y social.

Afectación de la calidad de vida

Con respecto a la calidad de vida, existe una correlación negativa entre la severidad de las NVE y la calidad de vida diaria^{2,13-15}.

En el caso de las gestantes con sintomatología de moderada a severa, medida a través de la escala PUQE, indican deterioro notable con respecto a diversos aspectos de sus actividades cotidianas:

- **Disminución de energía y vitalidad:** aumento del cansancio, disminución de la movilidad...
- **Alteración de la calidad y ciclo del sueño:** aumento de despertares nocturnos con interrupción del ciclo del sueño, somnolencia diurna, aumento de fatiga...
- **Cambios con respecto al apetito:** dificultad para obtener una alimentación equilibrada sin alteraciones, pérdida de apetito, disminución de peso...
- **Alteración en la esfera mental:** aumento de ansiedad, depresión, inapetencia, anhedonia...

Este fenómeno se intensifica especialmente durante el primer trimestre de gestación, periodo en el que se registra la mayor prevalencia de las NVE.

Esfera laboral

Dado que un porcentaje elevado de mujeres ve alterada su calidad de vida, por ende, también tiene impacto en su vida laboral de forma significativa^{2,13}.

Algunos estudios estiman que entre el 30 y el 60 % de las mujeres con náuseas y vómitos precisan la solicitud de incapacidad temporal (IT) por dicho motivo clínico. En ocasiones es necesario llevar a cabo modificaciones tanto en su trabajo habitual como en el horario de su jornada laboral. En los casos severos de HG, la IT laboral puede prolongarse durante varias semanas e incluso meses, lo que representa una carga no solo para la mujer, sino también para el sistema sanitario.

Además, la productividad laboral disminuye incluso en aquellas que continúan con su actividad laboral, consecuencia de las limitaciones físicas que conllevan las NVE, como: fatiga persistente, dificultad de concentración y necesidad de interrupciones frecuentes. En algunos casos, esto puede llegar incluso a generar ciertas tensiones en el entorno laboral.

Esfera social

En el ámbito social, las NVE pueden provocar un aislamiento de carácter progresivo. Las gestantes suelen limitar su participación en actividades sociales, familiares y recreativas, como consecuencia del malestar físico constante y del temor a presentar episodios eméticos en espacios públicos^{2, 13, 14}.

Este retraimiento social puede desencadenar sentimientos de soledad y de falta de comprensión por parte del entorno. En casos más severos, las NVE pueden contribuir al desarrollo de trastornos afectivos mayores, como la ansiedad y la depresión prenatal.

Diversos estudios, entre ellos el estudio Smith *et al.* en 2000¹⁴, analizan el impacto que las NVE tienen en la calidad de vida de las mujeres durante las primeras etapas de la gestación. A través de cuestionarios y entrevistas, se evaluaron aspectos físicos, emocionales y sociales afectados por estos síntomas. Los resultados evidencian que, aunque las NVE son comunes, representan una carga significativa para muchas mujeres, afectando a su bienestar general, a su capacidad para realizar actividades diarias y a su estado emocional. Además, el estudio resalta la necesidad de un manejo clínico adecuado para mitigar estos efectos y mejorar la experiencia de las gestantes durante el embarazo temprano.

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS O NO FARMACOLÓGICAS

Objetivo terapéutico

Reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones materno-fetales mediante un abordaje escalonado que combina medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Las medidas no farmacológicas deber ser las medidas iniciales para casos leves o moderados:

- Cambios dietéticos: fraccionar comidas, evitar el estómago vacío o demasiado lleno, preferir alimentos secos, salados, proteicos.
- Evitar desencadenantes: olores fuertes, calor, luces parpadeantes, movimiento.
- Jengibre: uso oral seguro (1-1,5 g/día); mejora náuseas más que vómitos.
- Evitar suplementos de hierro si empeoran los síntomas¹⁶.
- Cambiar vitaminas prenatales por suplemento de ácido fólico únicamente.
- Considerar acupresión en el punto P6 con bandas de muñeca¹¹.

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Desde el año 2016, aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para los síntomas de las NVE, contamos con el fármaco compuesto por doxilamina succinato 20 mg + hidrocloreuro de piridoxina 20 mg, de nombre comercial Bonjesta®, que representa un avance terapéutico significativo al incorporar una tecnología de liberación dual que combina una fase de acción rápida con otra de liberación prolongada, lo que permite un control más eficaz y sostenido de los síntomas.

Características destacadas:

- **Composición y formulación:** cada comprimido contiene 20 mg de doxilamina succinato y 20 mg de piridoxina hidrocloreuro, formulados en un comprimido bicapa de liberación dual, con cubierta multicapa de liberación inmediata y núcleo entérico de liberación retardada.
- **Cubierta multicapa:** la cubierta multicapa de liberación inmediata, con 10 mg de doxilamina y 10 mg de piridoxina, se libera rápidamente tras la ingesta, alcanzando niveles plasmáticos efectivos de 37 mg/ml de doxilamina y 12 ng/ml de piridoxina 1 hora después de la administración, confiriendo un alivio inmediato de los síntomas.
- **Núcleo gastrorresistente:** el núcleo entérico de liberación retardada, 10 mg doxilamina y 10 mg de piridoxina, se libera, aproximadamente, 6-8 horas después, asegurando un efecto farmacológico continuo a lo largo del día y la noche, reduciendo fluctuaciones en los niveles plasmáticos de los principios activos.
- **Seguridad respaldada:** está aprobado por la FDA para el tratamiento de las NVE, y múltiples estudios han demostrado su perfil seguro y eficaz en mujeres gestantes¹⁷.
- **No teratogénico:** con seguridad fetal confirmada en estudios epidemiológicos (> 180.000 exposiciones).

● **Administración de Bonjesta®:**

Dosis diaria:

- Día 1: un comprimido antes de acostarse.
- Día 2: un comprimido antes de acostarse.
- Día 3: si los síntomas persisten, el tercer día añadir un comprimido en la mañana.

Dosis máxima: 2 comprimidos al día. Debe tomarse diariamente, no de forma ocasional, para alcanzar concentraciones terapéuticas estables y optimizar su efecto antiemético¹⁷.

¿Qué aporta frente a los ya existentes?

La nueva formulación de liberación dual de doxilamina/piridoxina 20 mg/20 mg presenta varias ventajas:

- 1. Efecto antiemético inmediato:** la nueva formulación alcanza niveles plasmáticos efectivos rápidamente (1 hora después de la toma), asegurando un alivio inmediato.
- 2. Reducción de la frecuencia de dosificación:** la nueva formulación requiere solo dos tomas al día (mañana y noche), en lugar de las tres tomas necesarias con otras formulaciones, lo que mejora la adherencia y la comodidad del tratamiento.
- 3. Farmacocinética mejorada:** la liberación retardada en la nueva formulación asegura concentraciones suficientes de los componentes activos (doxilamina y piridoxina) a la hora de despertar, lo que mejora eficazmente los síntomas matutinos. Además, contribuye al control continuo de las náuseas y vómitos durante todo el día y la noche.

En resumen, la nueva formulación es eficaz, cómoda y mejora la calidad de vida de las mujeres embarazadas al proporcionar un control continuo de las náuseas y vómitos.

Comparación con otros tratamientos (prometazina, metoclopramida, ondansetrón):

- Estos se usan fuera de ficha técnica para NVE y no están específicamente indicados para el embarazo.
- Algunos tienen riesgos asociados, como efectos secundarios graves (por ejemplo: riesgo de gangrena con prometazina, disquinesia tardía con metoclopramida y defectos cardíacos o paladar hendido en el feto con ondansetrón).
- No ofrecen la combinación de liberación inmediata y sostenida que tiene Bonjesta^{®17}.

Tratamientos de primera elección

El tratamiento de primera línea para las NVE es la combinación de piridoxina (vitamina B₆) y doxilamina. Existen dos formulaciones disponibles: doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg (Cariban[®]) y doxilamina 20 mg + piridoxina 20 mg (Bonjesta[®]).

- Se administra por vía oral como primera línea de tratamiento en cuadros leves a moderados.
- Forma parte del primer nivel terapéutico domiciliario, junto a medidas higiénico-dietéticas.

Este abordaje se emplea siempre que la paciente:

- Tolerar la vía oral.
- No presente signos de deshidratación ni alteraciones analíticas.
- Tenga una puntuación PUQE < 13 (valoración de gravedad de náuseas y vómitos)¹¹.

Según la Guía Clínica de Urgencias en Gestantes del Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona (actualizada el 11 de octubre de 2023), el tratamiento farmacológico de las NVE se estructura

en líneas terapéuticas basadas en la seguridad fetal, la eficacia clínica y la tolerancia por la gestante:

Primera línea:

- Bonjesta® (doxilamina 20 mg + piridoxina 20 mg).
- Cariban® (doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg).

Justificación:

- Combinación avalada por guías internacionales (*American College of Obstetricians and Gynecologists –ACOG–*, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists –RCOG–*, *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada –SOGC–*) como opción inicial segura y eficaz.
- Administración oral y buen perfil de tolerabilidad.
- Se recomienda iniciar con 1 comprimido por la noche en caso de Bonjesta® o 2 cápsulas en caso de Cariban®.
- **Motivo de elección:** alto perfil de seguridad (considerado “evitable”, pero no contraindicado), eficacia documentada y facilidad de escalado posológico.

Fármacos de segunda elección

Segunda línea:

- Metoclopramida: 5-10 mg cada 8 horas (máximo 5 días o 0,5 mg/kg/día).
- Ondansetrón: 4-8 mg cada 6-8 horas (no antes de las 12 semanas).
- **Justificación:**
 - Indicados si no hay mejoría con la primera línea.
 - Metoclopramida tiene buen perfil de seguridad si se limita su uso (riesgo de efectos extrapiramidales con uso prolongado).

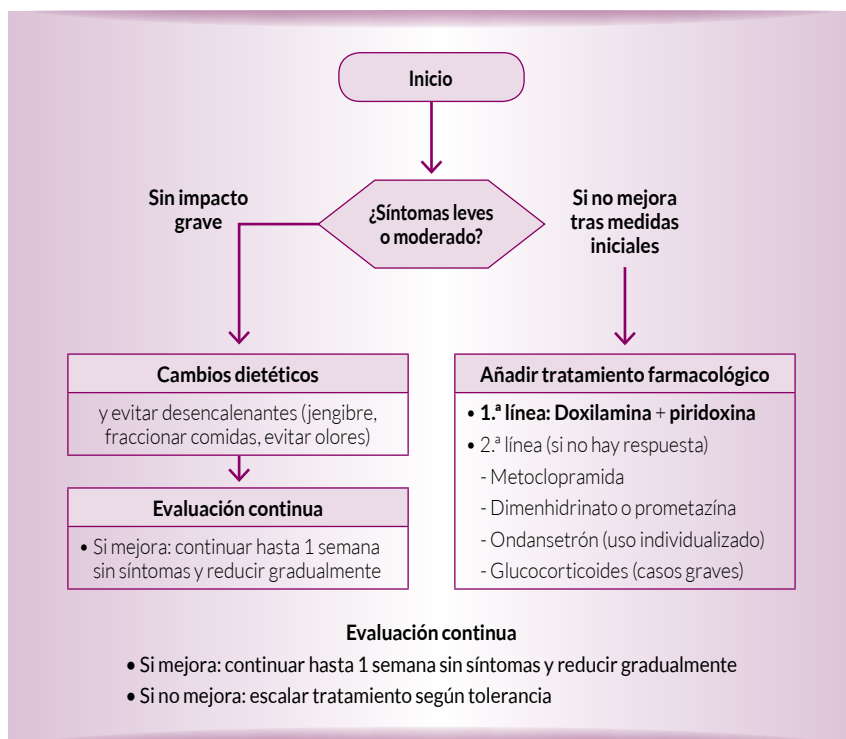
- Ondansetrón está restringido antes de la semana 12 por posible riesgo de defectos orofaciales¹⁸.

Otros con uso muy limitado en la actualidad:

- Antihistamínicos H1: dimenhidrinato, difenhidramina.
- Antagonistas dopaminérgicos: proclorperazina.
- Fenotiazinas: prometazina, clorpromazina.

Nota: la elección se basa en recomendaciones recogidas en guías como ACOG, SOGC, Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO) y RCOG, que coinciden en posicionar la combinación doxilamina/piridoxina como tratamiento de primera elección¹⁹.

Figura 2. Manejo de las náuseas y vómitos del embarazo



Elaboración propia.

PROTOCOLO GENERAL DE TRATAMIENTO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS DEL EMBARAZO

Distribuido por niveles de gravedad:

Nivel 1: tratamiento domiciliario (leve-moderado, PUQE < 13)

Requisitos: tolerancia oral a líquidos, sin signos de deshidratación ni alteraciones analíticas.

Medidas higiénico-dietéticas:

- Comidas frías, poco copiosas y frecuentes.
- Suspendir hierro oral si agrava los síntomas.
- Jengibre 100 mg antes de las comidas.
- Ácido fólico 5 mg/día.

Primera línea farmacológica (vía oral):

- Bonjesta®: 20 mg/20 mg, liberación modificada. La dosis inicial recomendada es 1 comprimido por la noche (cada 24 horas). Si los síntomas persisten tras 48 horas, se puede aumentar a 1 comprimido cada 12 horas (mañana y noche), hasta un máximo de 2 comprimidos diarios, uno por la mañana y otro al acostarse.
- Cariban®: doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg. Inicialmente 2 cápsulas al acostarse, si los síntomas persisten, se añade 1 cápsula por la mañana, y, si aún no se controlan, 1 cápsula a media tarde, alcanzando una dosis máxima de 4 cápsulas diarias (mañana-media tarde-noche).

Nivel 2: escalada ambulatoria si no hay mejoría en 48-72 horas

Añadir antihistamínico H1:

- Difenhidramina 50 mg c/6-8 horas (máximo 100 mg/día si se combina con Cariban®/Bonjesta®).
- Dimenhidrinato 50 mg c/4-6 horas (máximo 400 mg/día).

Añadir antiemético dopaminérgico:

- Metoclopramida: 5-10 mg c/8 horas (máximo 30 mg/día y/o 5 días).
Uso puntual preferido por riesgo extrapiramidal.

Nivel 3: ingreso hospitalario (HG grave, PUQE $\geq$ 13)

Indicaciones:

- Intolerancia a líquidos.
- Deshidratación/signos clínicos.
- Alteraciones analíticas.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.

Soporte hospitalario:

- Ayuno inicial + dieta FAMIS (dieta absoluta).
- Fluidoterapia intravenosa: suero glucosado (SG) al 10 % + Ringer o suero salino fisiológico (SSF), hasta 2.500 ml/día.
- Corrección electrolítica: cloruro potásico (KCl) si $K^+ < 3,5$; vitamina K1 si tiempo de protrombina (TP) < 80 %.
- Tiamina 100 mg/día si vómitos > 3 semanas.

Nivel 4: tratamiento escalado si no hay respuesta (> 48 horas)

Corticoides (en edad gestacional > 10 semanas):

- Metilprednisolona intravenosa o prednisona por vía oral:
 - 16 mg/8 horas (3 días) $\rightarrow$ pauta descendente: 40 $\rightarrow$ 20 $\rightarrow$ 10 mg.
- Contraindicado en edad gestacional < 10 semanas por riesgo de fisura palatina¹⁸.

La hospitalización es una medida clave en el abordaje de la HG cuando el tratamiento ambulatorio no logra estabilizar a la paciente o cuando existe compromiso del estado general. Reconocer el momento adecuado para intervenir en un entorno hospitalario puede evitar complicaciones graves tanto para la gestante como para el feto^{8,9}.

CONCLUSIÓN

Las NVE pueden afectar significativamente a la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

El tratamiento adecuado con Bonjesta®, que combina doxilamina y piridoxina en una formulación de liberación dual, ha demostrado ser una opción efectiva y segura.

Este tratamiento no solo alivia estos síntomas, sino que también mejora la adherencia de las pacientes, permitiéndoles una mejor calidad de vida durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta-analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):e171-83.
2. Exeltis Healthcare SL. Monografía Bonjesta®. Náuseas y vómitos en el embarazo: diagnóstico y tratamiento. Madrid: Exeltis Healthcare SL. [Citado 29 de junio de 2025].
3. Puig Jover M, García Hernández JA, Herráiz MA, Sánchez-Gila M, Gil MD, Pacheco A, et al. Manejo clínico de las náuseas y vómitos del embarazo en la consulta de Ginecología. *Prog Obstet Ginecol*. 2023;66(3):123-31. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v66-2023/n3/01%20Manejo%20clinico%20de%20las%20nauseas%20y%20vomit.pdf>
4. Fejzo M, Rocha N, Cimino I, Lockhart SM, Petry CJ, Kay RG, et al. GDF15 linked to maternal risk of nausea and vomiting during pregnancy. *Nature*. 2024;625(7996):760-7.
5. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual clínico de urgencias de obstetricia. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2024. [Actualizado 7 de junio de 2024; citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.huvr.es/>
6. Birkeland E, Stokke G, Tangvik RJ, Torkildsen EA, Boateng J, Wollen AL, et al. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) identifies patients with hyperemesis gravidarum and poor nutritional intake: a prospective cohort validation study. *PLoS One*. 2015;10(4):e0119962.
7. Fejzo MS, Trovik J, Grooten IJ, Sridharan K, Roseboom TJ, Vikanes Å, et al. Nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):62.
8. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):e15-e30.
9. Erick M, Cox JT, Mogensen KM. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131(5):935.
10. Zhong W, Shahbaz O, Teskey G, Beever A, Kachour N, Venketaraman V, et al. Mechanisms of Nausea and Vomiting: Current Knowledge and Recent Advances in Intracellular Emetic Signaling Systems. *Int J Mol Sci*. 2021;22(11):5797.
11. Rueda C, Cantallops M, Illa M, Palacio M. Protocolo: Hiperémesis gravídica. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona; 2007. [Actualizado 14 de octubre de 2020; citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.medicinafetalbarcelona.org/>
12. Ortega Olivas P, Vargas Rodríguez C. Manual clínico de urgencias de obstetricia del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Capítulo 403: Hiperemesis gravídica. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2024.
13. Heitmann K, Nordeng H, Havnen GC, Holst L. The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again – results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):75.
14. Smith C, Crowther C, Beilby J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000;40(4):397-401.

15. Laitinen L, Nurmi M, Rautava P, Vahlberg T, Häggkvist AP, Polo-Kantola P. Sleep quality in women with nausea and vomiting of pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):152.
16. Rodrigo Álvaro V, Ortiz Molina E, García González JJ. Manejo clínico de las náuseas y vómitos del embarazo en la consulta de ginecología: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2023;66(2):116-25.
17. Schleußner E, Jäkel S, Keck C, Kuhlmann K, Mangler M, Paulus WE, et al. Nausea and vomiting of pregnancy and its management with the dual-release formulation of doxylamine and pyridoxine. *Geburtsh Frauenheilk*. 2024;84(2):144-52.
18. Castillo H, Balcells J, Daza M, Izquierdo N, Toro A, Bruch J, et al. Protocolo: Maneig de les urgències més freqüents en gestants. Barcelona: Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona; 2023. [Actualizado 11 de octubre de 2023; citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.medicinafetalbarcelona.org/>.
19. Koren G, Cohen R. Bonjesta®: the first dual release combination of doxylamine-pyridoxine for morning sickness. *Motherisk Int J*. 2020;1:19.



ACCEDE AQUÍ AL
VÍDEOPODCAST





Patrocinado por



Exeltis
Rethinking healthcare