

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### Náuseas y vómitos durante el embarazo

Dr. Carlos Enrique Zea Flores<sup>1</sup>

#### RESUMEN

Se hace una revisión de la etiología, fisiopatología y factores de riesgo de las náuseas y vómitos que ocurren durante el embarazo, así como del impacto, en casos severos o persistentes, en la salud de la madre, y del feto y del recién nacido. Se revisan los tratamientos propuestos, farmacológicos unos, no farmacológicos otros, resaltando el evidente beneficio terapéutico de la combinación de piridoxina con doxilamina y la evidencia de su inocuidad, que estuvo en entredicho a principio de la década de 1980.

**Palabras clave:** náusea, vómitos, emesis del embarazo, sialorrea (ptialismo, hipersalivación) hiperémesis gravídica, piridoxina, doxilamina.

#### ABSTRACT

A review was made about the etiology, pathophysiology and risk factors of nausea and vomit during the pregnancy, and their impact, of severe or persistent cases, in the health of the mother, fetus and new born. Also review the proposed treatments, some pharmacological and not pharmacological, highlighting the benefit of the therapeutic combination of pyridoxin and doxylamine and the evidence of his safety, that was on doubt at the early decade of the 80's.

**Key Words:** nausea, vomitory, gravidarum emesis, sialorrhoea, hyperemesis gravidarum, pyridoxine, doxylamine.

#### INTRODUCCIÓN

Las náuseas y los vómitos durante el embarazo (NVE) se presentan por períodos e intensidades diferentes y suelen motivar frecuentes consultas al obstetra quien algunas veces subestima sus alcances e impacto en la paciente y el feto.

Definimos náusea como la sensación de tener urgencia de vomitar. Vómito como la expulsión forzada de los contenidos del estómago hacia arriba a través del esófago y fuera de la boca, y sialorrea, ptialismo o hipersalivación como un fenómeno muy frecuente durante el embarazo, a menudo asociado a la náusea o al vómito.

<sup>1</sup> En ejercicio de la práctica privada. Expresidente de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), exsecretario de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), presidente electo de la Asociación Guatemalteca de Clmaterio y Menopausia (AGCYM), Experto Latinoamericano en Clmaterio y Menopausia (FLACYM).

#### DISCUSIÓN

La sialorrea depende de los mismos procesos hormonales que causan las náuseas y los vómitos. El exceso de hormonas provoca alteraciones bucales, entre otras, la secreción excesiva de saliva. La sialorrea se presenta, sobre todo, en el primer trimestre de gestación, junto a las náuseas, y no suele conllevar ningún problema grave. Es posible que la salivación comience al sentir las náuseas o también que sea tragar el exceso de saliva lo que provoque esas náuseas. Puede resultar muy molesta cuando, por la noche, dificulta el sueño de la mujer embarazada.

Las NVE suelen comenzar entre la cuarta y la séptima semana después de la última menstruación. En el 80% (50-85%) [1,2] de las embarazadas, desaparecen a eso de la 12 a 16 y ocasionalmente hasta la 20 semana de gestación. Un 10% de embarazadas persiste con náuseas y vómitos matutinos después de la 20 semana de gestación [3].

Las NVE son más comunes en mujeres urbanas que en mujeres rurales [4]. Un estudio identificó que son más frecuentes en amas de casa que en profesionales o mujeres blancas de alta sociedad que consumieron alcohol antes del embarazo. La incidencia es también más alta en mujeres mayores de 35 años que tienen historia de infertilidad [5].

La hiperémesis gravídica es la forma severa de náuseas y vómitos que afecta, en promedio, a 1 de cada 200 embarazadas [6]. La definición de hiperémesis gravídica no ha sido bien estandarizada, aceptando elementos que incluyen vómitos persistentes, deshidratación, cetosis, desbalance electrolítico y pérdida de peso (> 5% del peso corporal) [7]. Gestación múltiple, enfermedad trofoblástica gestacional, gestación triploide, trisomía 21 y el *hidrops fetalis* han sido asociados con incremento de la incidencia de hiperémesis gravídica [7].

#### ETIOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA y FACTORES DE RIESGO

Son muchas las teorías propuestas para explicar las náuseas y los vómitos observados habitualmente durante el primer trimestre del embarazo y la hiperémesis gravídica. Su etiología sigue siendo incierta, a pesar de que muchas posibles causas han sido investigadas. Tradicionalmente se ha propuesto:

- ❖ causa hormonal
  - gonadotropina coriónica humana (hCG), progesterona, estrógenos
- ❖ causa psicológica;
  - medio ambiente psico-social; y
- ❖ causa fisiológica
  - disfunción del tracto gastrointestinal.

## CAUSA HORMONAL

Walsh y colaboradores (1996) [8] publicaron un estudio en el que se administró progesterona a mujeres no embarazadas dando en ellas el resultado de náuseas y vómitos, lo que sugiere que la motilidad gástrica retardada causada por la progesterona puede ser responsable de esta condición. Muchos reportes sugieren que las hormonas pueden causar NVE e hiperemesis gravídica, porque en estas pacientes los niveles hormonales se encontraron altos, sobre todo los niveles de hCG [9]. Otro estudio realizado en 1980 no respaldó los hallazgos antes mencionados [10]. Sin embargo, la coincidencia entre el pico de concentración de hCG y el pico de náuseas y vómitos en el embarazo hace que la hCG sea considerada como responsable de éstas.

Se ha identificado que la hCG estimula la tiroides durante el embarazo y se ha sugerido que el hipertiroidismo transitorio que produce está asociado o puede ser el responsable de las NVE, pero el hipertiroidismo por sí mismo raras veces produce náuseas y vómitos. Estos hallazgos han focalizado de nuevo la atención en la hCG y el estradiol como responsables de estos síntomas [1].

El fracaso de algunos estudios para hacer evidente la asociación de las NVE con la hCG puede estar relacionada con la variación de la actividad biológica de diferentes isoformas de la hCG, así como la variación en la susceptibilidad individual de las mujeres al estímulo de los centros de náusea y vómito [1].

El alcance del estímulo de la hCG puede ser alterado por la condición de la placenta cuando incrementa su concentración (gestación múltiple, embarazo molar) y por modificaciones en la interacción con los hormono-receptores [1].

Algunos estudios han demostrado niveles elevados de estrógenos en mujeres con esta condición, pero otros no [11]. El ACOG establece que las NVE son más comunes cuando los niveles de estradiol están incrementados y es menos común cuando éstos decrecen. Mujeres que padecieron náuseas y vómitos cuando recibieron estrógenos, con más frecuencia padecieron NVE que aquellas que no mostraron esa sensibilidad a los estrógenos.[1]

Fumar cigarrillos ha sido asociado con niveles bajos de hCG y estradiol [7] y numerosos estudios demuestran que las fumadoras son menos propensas a padecer hiperemesis gravídica [1].

## CAUSA PSICOLÓGICA

El Cornell Medical Index es un estudio publicado en 1968 [12] que admitió a 44 mujeres embarazadas padeciendo hiperemesis gravídica, a quienes se sometió al "*Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*" (MMPI) y 49 sin hiperemesis quienes no fueron sometidas a la prueba.

Los datos obtenidos por medio del MMPI sugieren que las mujeres embarazadas con hiperemesis padecen histeria,

excesiva dependencia con sus madres y personalidad infantil. Sin embargo el estudio no pudo ser concluyente porque no se efectuó una prueba comparativa [13].

Dos hipótesis generales han sido propuestas para explicar las NVE como manifestación psicopatológica:

1. La teoría psicoanalítica que describe la hiperemesis gravídica como una conversión o un desorden de somatización, y
2. La inhabilidad de la mujer para responder a un excesivo estrés.

Sin embargo, no hay estudios controlados que respalden estas hipótesis\* [1].

## CAUSA FISIOLÓGICA

Se han revisado otras potenciales causas gastrointestinales que incluyen anomalías del ritmo eléctrico del estómago (disritmia gástrica) [11]. Estudios relativamente recientes implican al *Helicobacter pylori* como una posible causa etiológica [13]. 61.8% de embarazadas con hiperemesis fueron encontradas positivas para genoma de *H. pylori*, comparadas con 27.6% de embarazadas sin hiperemesis [14].

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipócrates dijo que quien bien diagnostica, bien medica y para ello es indispensable establecer un adecuado diagnóstico, identificando, cuando ello es posible, la causa etiológica del problema morboso.

Las náuseas y los vómitos usualmente autolimitados en el primer trimestre del embarazo constituyen una condición común. Sin embargo, el pleno conocimiento del historial médico y un completo y cuidadoso examen clínico es de fundamental importancia en toda paciente embarazada, pero principalmente en aquella que tiene vómitos persistentes.

Cuando la condición es más severa de lo usual o si se inicia tempranamente en la gestación, deben ser descartadas otras causas fisiopatológicas que puedan condicionar su severidad, persistencia y/o temprano inicio [13].

En el diagnóstico diferencial debe considerarse los siguientes:

**DESORDENES GASTROINTESTINALES:** gastroenteritis, gastroparesia, acalasia, enfermedad de tracto biliar, hepatitis, obstrucción intestinal, úlcera péptica, pancreatitis, apendicitis.

**DESORDENES GENITOURINARIOS:** pielonefritis, infección urinaria baja, uremia, degeneración de leiomioma uterino, torsión de anexo (ovario), litiasis renal.

**DESORDENES METABÓLICOS:** cetoacidosis diabética, porfiria, enfermedad de Addison, hipertiroidismo.

**DESORDENES NEUROLÓGICOS:** pseudo tumor cerebral, lesiones vestibulares, cefaleas migrañosas, tumores del Sistema Nervioso Central.

**CONDICIONES TÓXICAS:** toxicidad o intolerancia medicamentosa, uso/abuso de drogas ilegales o alcohol.

**CONDICIONES RELATIVAS AL EMBARAZO:** náuseas y vómitos del embarazo / hiperemesis, hígado graso agudo del embarazo, preeclampsia.

CONDICIONES PSICOLÓGICAS: desordenes de la alimentación: bulimia, anorexia nervosa.

### PRONÓSTICO MATERNO Y FETAL

Las mujeres que padecen náuseas y vómitos no complicados en el embarazo (náuseas matutinas) suelen no tener impacto sobre sí mismas o sobre sus bebés, sin embargo pueden tener ocasionales complicaciones que incluyen: aborto espontáneo, parto pretérmino, muerte fetal, bajo peso fetal al nacer, mortalidad fetal y retardo de crecimiento fetal [13].

En contraste, en las mujeres que sufren hiperemesis gravídica se ha reconocido el incremento de complicaciones, que incluyen\*: avulsión esplénica, ruptura esofágica, síndrome de Mallory-Weiss, neumotórax, neuropatía periférica, preeclampsia, retardo de crecimiento fetal intraútero y muerte fetal.

### TRATAMIENTO

El manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo depende de la severidad de estas manifestaciones [13]. El rango de las medidas terapéuticas va desde cambios en la dieta hasta más agresivas que incluyen medicación, hospitalización y alimentación parenteral total [13].

El manejo terapéutico de las náuseas y los vómitos en el embarazo puede ser: no farmacológico y farmacológico.

### MANEJO NO FARMACOLÓGICO:

Sialorrea o Ptalismo. Para aliviar este exceso de salivación podemos seguir los mismos consejos que para mitigar las náuseas, algunas soluciones naturales basadas en la alimentación, como tomar una rebanada de pan integral o galletas ligeras o galletas de soda, jengibre, nueces y pasas. Otros trucos que alivian la sialorrea son cepillado de dientes al inicio del síntoma, enjuagues bucales o mascar un chicle de menta.

### MEDIDAS DIETÉTICAS

El tratamiento inicial de las mujeres con náuseas y vómitos en el embarazo debe incluir cambios dietéticos. Deben ser instruidas para tomar frecuentemente pequeñas cantidades de alimentos y para evitar olores indeseables que frecuentemente incluyen los de varios alimentos. La textura de los alimentos ha de ser blanda, éstos han de ser ricos en carbohidratos y bajos en grasas. Los alimentos salados (como galletas saladas y papalinas) usualmente son bien tolerados temprano por la mañana.

Bebidas ácidas y agrídulces (como la limonada o el tamarindo) frecuentemente son mejor toleradas que el agua, además si se toman frías. No es recomendable tomar gran volumen de líquidos durante las comidas.

Los familiares de estas pacientes deben ser informados que será necesario cambiar los tiempos de comida y las rutinas en el hogar [13].

### SOPORTE EMOCIONAL

No obstante que las náuseas y vómitos en el embarazo, así como la hiperemesis gravídica, no son frecuentemente asociados con enfermedad psicológica, algunas mujeres pueden presentar depresión u otros cambios afectivos.

Es importante que ellas reciban un apropiado soporte de sus familiares y del personal médico y de enfermería.

La consulta especializada con el psiquiatra o el psicólogo (según el caso) ha de ser considerada en casos en que haya depresión, se sospeche o se confirme violencia doméstica, se sospeche o se compruebe el abuso de sustancias tóxicas o exista enfermedad psiquiátrica.

### ACUPRESIÓN

Es una técnica de medicina tradicional china basada en las mismas ideas que la acupuntura. Consiste en hacer presión con las manos, codos, o con la ayuda de varios dispositivos, sobre diferentes puntos específicos en la superficie del cuerpo humano (que puede estar bastante distante del área del síntoma, relacionado por un hipotético sistema de meridianos) para traer alivio a través de un mayor balance y circulación de «energías» (no en sentido de la ciencia) en el cuerpo.

Muchos estudios [13,15] han sugerido la acupresión como un tratamiento para la náusea. La localización más común para la acupresión como tratamiento para las náuseas es el "pericardio 6" o "punto Neiguan", que está localizado a tres traveses de dedo por arriba de la muñeca sobre la superficie del lado palmar [16].

Existen productos comerciales (Sea-Band® y RelifBand®) que producen presión en esta área [13,17]. Una revisión [18] de siete estudios sobre el uso de estos productos indicó su beneficio en el tratamiento de náuseas y vómitos en el embarazo, pero un estudio más reciente lo niega.

### OTRAS SUSTANCIAS NO FARMACOLÓGICAS APIO

Hacia el año 842, Walahfrid Strabo (809-849), abad del monasterio benedictino de Reichenau (isla del lago de Constanza, Alemania) describe "los placeres y las utilidades" de las plantas en su libro *Liber de cultura hortorum* (Libro sobre la horticultura). Describe sus flores y sus propiedades culinarias y medicinales. En su descripción del apio dice que "alivia los dolores en la vejiga urinaria, facilita la digestión y elimina los vómitos".

### JENGIBRE

Tradicionalmente el jengibre se ha utilizado para tratar afecciones digestivas. Se dice que estimula la producción de enzimas pancreáticas que favorecen la digestión de los alimentos. También se le atribuye efecto antibacteriano. Se ha comprobado su beneficio para combatir la náusea y el vómito tanto en el embarazo como aquel inducido por cinetosis, quimioterapia o postquirúrgico.

#### MANEJO FARMACOLÓGICO [13] MECLIZINA (Bonadoxina<sup>®</sup>)

Antihistamínico competitivo que actúa en los receptores H1 con una notable acción antiemética que dura 12-24 horas. Los efectos colaterales son raros. Algunos estudios le atribuyen que puede ser teratogénico. Se utiliza para prevenir la cinetosis y en el tratamiento de la urticaria, dermatosis y reacciones alérgicas. Para prevenir la cinetosis, se administran 25-50 mg 1 hora antes del viaje, y se repite diariamente en caso necesario.

#### DIFENHIDRAMINA (Benadryl<sup>®</sup>)

El hidrocloreto de difenhidramina es un potente antagonista de los receptores de la Histamina H1, derivado de la etanolamina. Los antihistamínicos bloquean la acción de la histamina endógena bloqueando de un modo competitivo y reversible el receptor H1. Se pueden producir efectos estimulantes y depresores. Las dosis terapéuticas de los antihistamínicos normalmente producen una depresión del sistema nervioso central. Las dosis pequeñas pueden producir una estimulación central en pacientes con lesiones corticales focales. Las dosis elevadas pueden producir inquietud, agitación, delirio, temblor y convulsiones.

#### METOCLOPRAMINA (Plasil<sup>®</sup>, Cloprim<sup>®</sup>, Primperan<sup>®</sup>, Metocyl<sup>®</sup>)

Es un fármaco gastrocinético con propiedades antieméticas. Aunque ésta químicamente emparentado con la procainamida, la metoclopramida no posee efectos antiarrítmicos ni anestésicos locales.

La metoclopramida fue inicialmente desarrollada para el tratamiento de las náuseas del embarazo, pero también es utilizada en el tratamiento de las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia, en la gastroparesia diabética y en todos aquellos desórdenes en los que el tránsito digestivo está disminuido.

La metoclopramida bloquea los receptores dopaminérgicos, especialmente los de tipo D2 en el área de excitación de los quimiorreceptores, sin presentar actividad anti-psicótica o tranquilizante. Es menos sedante que otros antagonistas de la dopamina. Sus efectos antieméticos resultan del antagonismo dopaminérgico central y de sus efectos gastrocinéticos.

Además, posee efectos antagonistas sobre los receptores 5-HT<sub>3</sub>, también implicados en los mecanismos de la náusea y el vómito. El bloqueo de la dopamina en el sistema nervioso central produce efectos extrapiramidales, y a nivel de la pituitaria y el hipotálamo estimula la secreción de prolactina. Incrementa la secreción de aldosterona por las glándulas suprarrenales.

#### VITAMINA B<sub>6</sub> (Piridoxina)

Pertenece al complejo de vitaminas B. Se presenta en tres formas: piridoxal, piridoxamina y piridoxina. Esta última, la piridoxina, en su forma activa como piridoxal fosfato, es una coenzima que interviene en múltiples procesos químicos de nuestro cuerpo, la mayoría de los mismos están dirigidos a la síntesis de neurotransmisores.

Es una vitamina hidrosoluble que desarrolla una función vital en el organismo que es la síntesis de carbohidratos, proteínas, grasas y en la formación de células sanguíneas y hormonas. Al intervenir en la síntesis de proteínas, lo hace en la de aminoácidos, y así participa de la producción de anticuerpos. Contribuye al mantenimiento del equilibrio de sodio y potasio.

La VITAMINA B<sub>6</sub> interviene en la transformación de hidratos de carbono y grasas en energía, y en el proceso metabólico de las proteínas, mejora la circulación general disminuyendo los niveles de homocisteína (aminoácido no esencial que interviene en patologías cardiovasculares), contribuye en el proceso de producción de ácido clorhídrico en el estómago, en la función del sistema nervioso y del sistema inmune, interviene en la formación de hemoglobina, es fundamental para la formación de niacina o vitamina B<sub>3</sub>, contribuye a absorción de la vitamina B<sub>12</sub> o cobalamina y del magnesio, contribuye al alivio del síndrome premenstrual, estados de irritabilidad y las náuseas,

Un estudio corto ha demostrado que la vitamina B<sub>6</sub> en dosis de 25 mg, administrados por vía oral cada 8 horas (75 mg/día) resultó ser más efectivo que el placebo para el control de náuseas y vómitos durante el embarazo\*. No se ha demostrado efecto teratogénico alguno cuando se administra en dosis terapéuticas.

#### DOXILAMINA

El succinato de doxilamina es uno de los muchos antihistamínicos sedantes perteneciente al grupo de los antihistamínicos H1, que se usan para ayudar a dormir y en combinación con otros medicamentos, para el resfriado y el alivio de las alergias. También se prescribe un preparado en combinación con vitamina B<sub>6</sub> (piridoxina) para prevenir las náuseas en mujeres embarazadas.

#### PIRIDOXINA Y DOXILAMINA (Nauxil<sup>®</sup>)

Tanto la doxilamina como otros antihistamínicos H1 de primera generación atraviesan la barrera hematoencefálica provocando somnolencia al inhibir los receptores H1 estimulantes de la vigilia, por eso se emplea para tratar los casos leves de insomnio.

La PIRIDOXINA (vitamina B<sub>6</sub>) puede ser usada con gran ventaja terapéutica y absoluta seguridad clínica cuando se administra conjuntamente con DOXILAMINA (Nauxil<sup>®</sup>). En 1979, una medicación que combinaba piridoxina y doxilamina (en ese entonces Bendictin<sup>®</sup>) se usó para tratar las náuseas y vómitos en el embarazo\*.

No obstante que múltiples estudios demostraron que NO había incremento en el riesgo de defectos congénitos, en 1983 el fabricante sacó voluntariamente del mercado el Bendictin<sup>®</sup> aduciendo razones legales\*.

Sin embargo, y a pesar de que el Physicians' Desk Reference for nonprescription Drugs and Dietary Supplements (PDR) indica que la Doxilamina no debiera ser tomada por embarazadas o lactantes, PIRIDOXINA-DOXILAMINA sigue

siendo la única medicación que el FDA ha certificado para el tratamiento de las náuseas y vómitos en el embarazo y varios estudios respaldan su eficacia y seguridad\*.

En 1999 la FDA publicó una declaración en el Registro Federal, que sintetiza la opinión de organizaciones sobre la carencia de teratogenicidad del Bendectin®: *“Sumario: La Food and Drug Administration ha determinado que el producto droga Bendectin, una tableta compuesta de piridoxina, 10 miligramos (mg) y succinato de doxilamina, 10 mg, para la prevención de náusea durante el embarazo no fue retirado de la venta por razones de seguridad o eficacia. Esta determinación permitirá a la FDA aprobar abreviadamente nuevas aplicaciones de la droga (ANDAs) para el producto combinado piridoxina, 10 mg, y succinato de doxilamina, 10 mg, tabletas”* [19].

El Dr. Robert Brent [20] publicó un estudio titulado “Bendectin and Birth Defects: Hopefully, the Final Chapter” (Birth Defects Research [Part A] 2003; 67:79-87), en el que afirma que: *“La FDA ha establecido el escenario para la reintroducción del Bendectin mediante la republicación de su conclusión que Bendectin no representa un incremento en los riesgos reproductivos de los fetos y las mujeres embarazadas”. “Por consiguiente, la FDA y otras organizaciones deberían involucrarse en la educación de médicos y pacientes sobre el uso de este medicamento combinado, en el tratamiento de las náuseas y vómitos en el embarazo”*.

El manejo farmacológico debe estar considerado en el principio de la menor dosis posible para el mejor efecto terapéutico. PIRIDOXINA 10 mg – DOXILAMINA 10 mg por ml (20 gotas), se encuentra disponible en el mercado en presentación de 15 y 30 ml de suspensión (10 mg/ml) . La recomendación posológica es de una dosis inicial de 40 gotas (2 ml) PO HS y si los síntomas persisten, 20 gotas (1 ml) más por la mañana y 20 gotas al medio día, sin exceder de 80 gotas (4 ml)/24 horas.

**CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A SU SEGURIDAD TERATOLÓGICA** [13]

OTROS ANTIHISTAMÍNICOS

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	RIESGO
CLOPROMACINA	10 a 25 mg	PO	3 – 4 / día	C
PROCLORPERACINA	5 a 10 mg	PO	3 – 4 / día	C
PROMETACINA	12.5 a 25 mg	PO	5 – 6 horas	C
TRIBETOBENZAMIDA	250 mg	PO	3 – 4 / día	C
ONDANSETRON	8 mg	PO	2 – 3 / día	B
DRIORIDOL	0.5 a 2 mg	IV o IM	3-4 horas	C

OTROS ANTIHISTAMÍNICOS Y ANTICOLINÉRGICOS

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	RIESGO
DIFENILHIDRAMINA(Benadryl®)	25 a 50 mg	PO	4 – 8 horas	B
MECLICINA	25 mg	PO	4 – 8 horas	B
DIMENHIDRINATO(Dramamine®)	50 – 100 mg	PO	4 – 6 horas	B

MEDICAMENTOS QUE INCREMENTAN LA MOTILIDAD GÁSTRICA

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	RECUENCIA	RIESGO
METOCLOPRAMIDA	5 a 10 mg	PO IM / IV	3 / día	B

CORTICOSTEROIDES

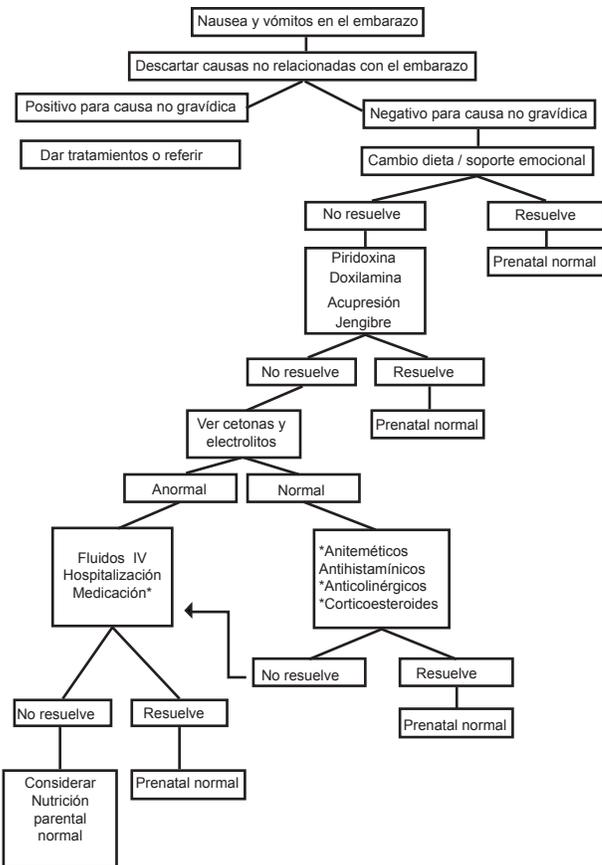
MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	RIESGO
METILPREDINSOLONA (Medrol®)	16 mg	PO	3 / día Disminuir	C

COMPLEMENTARIOS (Combinado)

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	RECUENCIA	RIESGO
PIRIDOXINA (Vitamina B®)	10 mg	PO	HS	A
DOXILAMINA	10 mg	PO	HS	§

BENEFICIOS DE UN TRATAMIENTO EFECTIVO

Hay muchos beneficios clínicos, psicológicos, económicos y sociales resultantes de una terapia efectiva que reduce o elimina las náuseas y vómitos en el embarazo. Mejora de la sintomatología y el confort, nutrición óptima para madre y feto, menor riesgo de algunas complicaciones del embarazo, beneficios psicológicos, menor ausentismo laboral y mayor facilidad para el manejo de sus actividades relacionadas con el hogar y la familia. El embarazo debe ser seguro para la madre y el feto, durante el mismo ha de mantenerse la calidad de vida de la mujer, en un ambiente psicológico, social y biológico adecuado, lo que supone un adecuado cuidado prenatal, del parto y postnatal, con calidad pero también con calidez.



## REFERENCIAS

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for OB-Gyns, 2004;52:741-51
2. Magee LA, et al. Evidence-based view of safety and effectiveness of pharmacologic therapy for nausea and vomiting of pregnancy (NVP). *Am J Obstet Gynecol*, 2002;186:S256-61
3. Gadsby R, et al. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract*, 1993;43:245-8
4. Semmens JP. Female sexuality and life situations. An etiologic psycho-socio-sexual profile of weight gain and nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1971;38:555-63
5. Weigel MM, Weigel RM. The association of reproductive history, demographic factors, and alcohol and tobacco consumption with the risk of developing nausea and vomiting in early pregnancy. *Am J Epidemiol* 1988;127:562-70
6. Fairweather DV. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1968;102:135-75
7. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Clin Obstet Gynecol*, 1998;41:597-605
8. Walsh JW, et al. Progesterone and estrogen are potential mediators of gastric slow-wave dysrhythmias in nausea of pregnancy. *Am J Physiol* 1996; 270(3 pt 1):G506-14
9. Masson GM, et al. Serum hCG, schwangerschaftsprotein 1 (SP1), progesterone and oestradiol levels in Patients with nausea and vomiting in early pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 1985;92:211-5
10. Soules MR, et al. Nausea and vomiting of pregnancy; role of human chorionic gonadotropin and 17-hydroxyprogesterone. *Obstet Gynecol*, 1980;55:696-700
11. Broussard CN, et al. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. 1998;27:123-51
12. Fairsather DV. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1968, 102:135-75
13. Quinlan JD, et al. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician*, 68(1):121-28
14. Hayakawa S, et al. Frequent presence of *Helicobacter pylori* genome in the saliva of patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Perinatol* 2000;17:243-7
15. Hyde E. Acupressure therapy for morning sickness. A controlled clinical trial. *J Nurse Midwifery*, 1989;34:171-8
16. De Aloysio D, et al. Morning sickness control in early pregnancy by Neiguan point acupressure. *Obstet Gynecol*, 1992;80:852-4
17. Vickers AJ. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. *J R Soc Med*, 1996;89:303-11
18. O'Brien B, et al. Efficacy of P6 acupressure in the treatment of nausea and vomiting during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1996;174:708-
19. FDA. Department of Health and Human Services. Determination that Bendectin was not withdrawn from sale for reasons of safety or effectiveness. (Docket nos. 92F and 97-G437).
20. Brent, R. Bendectin and Birth Defects: Hopefully, the Final Chapter. *Birth Defects Research (Part A)* 2003; 67:79-87.