MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

N° 370-2019-HCH/DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 16 de Octubre de 2019

VISTO: El Expediente N° 23652-2019 con el Oficio N° 356-DGOBS-2019-HCH, de el jefe del Departamento de Ginecología Obstétrica, el Informe Técnico N° 077-OGC-2019-HCH, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe de Asesoría Jurídica N° 1063-2019-OAJ/HCH;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; Asimismo, señala que la información en salud es de interés público. Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley;

Que, a través de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud, en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" el cual tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o

actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, mediante Oficio N° 356-DGOBS-2019-HCH, el jefe del Departamento de Ginecología Obstétrica, solicita la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de Hiperémesis Gravídica;

Que, con Informe Técnico N° 077-OGC-2019-HCH, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad opina a favor de la aprobación, a través de Resolución Directoral, de la Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de Hiperémesis Gravídica;

Estando a lo propuesto por el jefe del Departamento de Ginecología Obstétrica, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 1063-2019-OAJ/HCH;

Con visación de el jefe del Departamento de Ginecología Obstétrica, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el artículo 6°, literal e) del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007, que establece que es atribución del Director General la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

SE RESUELVE:

Articulo 1°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de Hiperémesis Gravídica.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Ginecología Obstétrica, a fin que proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía aprobada a través del artículo 1° de la presente Resolución Directoral.

Artículo 3°. - DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

( ) ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
( ) DG
( ) OGC
( ) DGO
( ) OAJ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
16 OCT. 2019
Sr. Emililano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPEREMESIS GRAVIDICA

RESPONSABLE

Dra. BARZOLA ORTIZ KRYSTEL KAREN

LIMA - PERÚ

GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPEREMESIS GRAVIDICA

I. FINALIDAD:

- Tratamiento temprano de las náuseas y vómitos durante el embarazo pueden ser beneficiosos para prevenir la progresión a la hiperémesis gravídica.

II. OBJETIVO

- Diagnóstico correcto de la hiperémesis gravídica.
- Tratamiento no farmacológico y farmacológico de los síntomas
- Evitar complicaciones de la hiperémesis gravídica.

III. AMBITO DE APLICACION

- Pacientes que lleguen a la emergencia obstétrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia

IV. PROCESO A PROCEDIMINETO A ESTANDARIZAR

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA

4.1Nombre y código: HIPEREMESIS GRAVIDICA CIE 10 O21.0

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

La hiperémesis gravídica son los vómitos severos durante el embarazo, caracterizado por pérdida de peso que excede el 5% del peso antes del embarazo, cetonuria y disturbios electrolíticos.
Afecta entre el 0.3 -3% de los embarazos.
Son náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica.
Las náuseas (con o sin vómitos) son los síntomas más frecuentes que afectan al 90% de las gestantes en cualquier momento del día, a pesar del término general "nauseas matutinas". Los síntomas empiezan a la 5ta -6ta semana y el pico se da entre la 8va – 12vasemana. Aunque los síntomas generalmente disminuyen entre la 16 y 18 semanas, 15% a 20% de las mujeres experimentan náuseas y vómitos hasta el 3er trimestre y un 5% pueden presentarlas hasta el parto.

En la emesis gravídica las náuseas y vómitos son esporádicos, generalmente matutinos, suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día, y no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación.

5.2 ETIOLOGIA

La etiología es multifactorial:

Factores Hormonales: Las hormonas relacionadas son la HCG y el estradiol, cuanto más elevadas estén estas hormonas mayor serán las

náuseas y vómitos. Pacientes con hiperémesis gravídica tienen 1.5 más probabilidad de tener un feto de sexo mujer, lo cual apoya el papel de los estrógenos en la etiología. Por otro lado la motilidad gástrica retardada causada por la progesterona podría ser responsable también de las náuseas.

Factores Neurológicos: Se ha señalado una relación de las náuseas y vómitos con la serotonina y se ha observado buenos resultados cuando se trata la hiperémesis con antagonistas de los receptores de serotonina.

Factor metabólico: deficiencia de piridoxina, déficit de vitamina B.

Factores inmunológicos: Se trataría de una reacción materna a las sustancias del embrión o por las diferencias genéticas entre el feto y el trofoblasto con respecto al sistema inmunológico materno.

Entre otras causas esta la alteración del pH gástrico, infección por Helicobacter pylori, se ha descrito una mayor incidencia de anticuerpos anti- Helicobacter pylori en pacientes con Hiperémesis Gravídica, hay estudios que señalan que la erradicación mejora la clínica. Otra causa importante es el déficit de piridoxina en esta patología.

5.3 FISIOPATOLOGIA

Los vómitos persistentes llevan a una depleción del volumen plasmático, elevación del hematocrito, trastornos metabólicos, que incluyen aumento de urea, nitrógeno, hiponatremia, hipocalemia, hipocloremia y alcalosis metabólica.
Un examen completo incluye una ecografía para identificar gestación múltiple o embarazo molar y un perfil tiroideo para evaluar si hay hipertiroidismo. Algunos pacientes con hiperémesis gravídicatienen un hipertiroidismo benigno transitorio debido a la estimulación de la tiroides por la moléculah CG, que es estructuralmente similar a la hormona estimulante de la tiroides THS. Esto se resuelve espontáneamente conforme continúa la gestación.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Es más frecuente en primigestas, adolescentes, solteras, obesas, no fumadoras, mujeres de raza negra, bajo nivel sociocultural.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente:

- Pacientes con antecedente de infección por H. Pylori
- Cinetosis
- Migrañas
- Nuliparidad
- Mujeres con fetos femeninos.

5.5.2 Estilos de vida

- Obesidad

5.5.3 Factores hereditarios

- Mujeres con un incremento de la masa placentaria: embarazo molar, embarazo múltiple
- Antecedente de hiperémesis gravídica en embarazos anteriores
- Las Hijas y hermanas de mujeres que han tenido hiperémesis gravídica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

El diagnóstico es por exclusión, basado en una presentación típica de síntomas en ausencia de otras enfermedades:

6.1.1. Síntomas y signos

- Náuseas y vómitos intensos de predominio matinal
- Sialorrea y modificaciones del apetito y del gusto
- Epigastralgia y a veces hematemesis por desgarro de la mucosa gastroesofágica (Síndrome de Mallory Weiss)
- Aliento fétido o con olor a frutas
- Pérdida de peso
- Signos de deshidratación
- Encefalopatía Síndrome de Wernicke
- Ictericia, hipertermia, insuficiencia hepatorrenal, confusión, letargo.
- Coma

6.1.2. Interacción cronológica:

La hiperémesis gravídica representa el espectro más grave de los vómitos durante la gestación, suele ser progresiva hasta llegar a vómitos persistentes con intolerancia a la ingesta y pérdida ponderal.
Las pacientes empiezan con nauseas, vómitos, sialorrea, arcadas que no ceden con el tratamiento instaurado hasta llegar a la intolerancia parcial o total de los alimentos. Pacientes podrían presentar hipotensión ortostatica, taquicardia, deshidratación, síntomas y signos de desequilibrio hidroelectrolítico (astenia, calambres musculares)

6.2DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

- Vómitos severos con pérdida de peso (usualmente más del 5% peso pre gestacional)
- Cetonuria
- Disturbios electrolíticos

6.2.2 Diagnóstico diferencial:

Cuando la paciente experimenta náuseas y vómitos por primera vez después de la 9 semana, debería considerarse otras patologías.
Una parte de las hiperémesis son causadas por estados de enfermedad discretos que son desenmascarados o exacerbados durante el embarazo.

Una historia crónica de náuseas y vómitos antes del embarazo podría tratarse de una colelitiasis o gastroparesia diabética
El dolor abdominal y fiebre no están presenten en la clínica de la hiperémesis gravídica.

Un examen neurológico anormal sugiere ser una consecuencia de las formas severas de las náuseas y vómitos como la encefalopatía por deficiencia de tiamina o mielinolisis pontina central.(Anexo1)

6.3EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De patologíaclínica:

- Hemograma (hemoconcentración)
- Pruebas hepáticas: los niveles de transaminasas hepáticas están elevadas en el 15 – 25% de los casos de hiperémesis gravídica, pero raramente exceden en 3 -4 veces los niveles normales y es más frecuente que estén elevadas si existe cetonuria.
- Pruebas pancreáticas: amilasa y lipasa
- Electrolitos: hiponatremia, hipocalemia (EKG),hipocloremia
- Proteínas totales y equilibrio acido – base (alcalosismetabólica)
- Examen de orina: cetonuria, aumento de la osmolaridad
- Urocultivo: D/c infecciones urinarias
- BhCG:D/c enfermedad trofoblastica
- Hormonas tiroideas D/c hipertiroidismo

6.3.2 De imágenes

- Ecografíaobstétricanos sirve para valorar :
  - Vitalidad fetal
  - Número de embriones
  - Embarazo molar.

- Ecografía abdominal: D\c enfermedad hepatobiliar

6.3.3 De exámenes especializados complementarios

- EKG evaluar alteraciones electrolíticas
- Fondo de ojo: hipertensión endocraneal

6.4 MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1Medidas generales

- NPO por 24 - 72 horas
- Corregir la deshidratación
- Mejorar los síntomas
- Corregir el disbalance electrolítico
- Mejorar la función renal
- Terapia con medicamentos
- Balance hidro electrolítico
- Peso al ingreso y control diario
- Visita restringida
- Psicoterapia de ayuda
- Nutricionista

Medidas preventivas:

- Iniciar toma de vitaminas un mes antes del embarazo, para optimizar la nutrición, en especial de la vitamina B6.
- Comidas en poca cantidad y fraccionadas cada 2 horas para evitar un estómago lleno.
- Evitar alimentos picantes o con grasa.
- Eliminar el hierro suplementario
- Alimentos secos.
- Evitar estímulos sensoriales: olores, bulla, luces parpadeantes.
- Eliminar bebidas alcohólicas y cigarrillo.
- Incrementar consumo de alimentos y bebidas frías, ayuda a disminuir los sabores metálicos.

Medidas específicas:

- En caso de enfermedad ácido péptica está indicado el uso de antiácidos o inhibidores de bomba de protones que sean categoría B.
- Reposición hidroelectrolítica: Dextrosa 10% 500 cc/8 horas alternado con Lactato de Ringer o Suero Fisiológico 500 cc/8-12 horas hasta corregir el trastorno electrolítico.
- En pacientes que requieren fluidoterapia y que presentan clínica de vómitos durante más de tres semanas se recomienda añadir suplementos de tiamina (vitamina B1) intravenosa a dosis de 100 mg/d durante 2 – 3 días
- En pacientes que presenten alteración electrolítica, se asociara 10-20 mEq de Cloruro de Potasio + en cada Dextrosa durante 24 – 48 horas o hasta corregir el trastorno hidroelectrolítico.
- Valoración por Psiquiatría o Psicología.
- Pacientes que continúan con pérdida de peso corporal e intolerancia a vía oral, debe considerarse la alimentación enteral con sonda nasogástrica antes de la alimentación parenteral.

Los fluidos endovenosos deben ser retirados cuando se resuelva la cetonuria y cuando la gestante sea capaz de la tolerar líquidos.

6.4.2 Tratamiento

Depende de la severidad de los síntomas. Usualmente la hidratación endovenosa y terapia antiemética es suficiente. Pacientes podrían requerir hospitalización cuando presentan vómitos intratables, anormalidades electrolíticas, y una severa hipovolemia.

La alimentación oral con una dieta blanda debe introducirse lentamente como se tolere. Si los síntomas son refractarios a la atención médica y de apoyo, se puede considerar una consulta a psiquiatría.

El algoritmo de tratamiento terapéutico de las náuseas y vómitos es el siguiente. (Anexo 2)
Este algoritmo asume que se han descartado otras causas de náuseas y vómitos. En cualquier paso, considere la nutrición enteral si la deshidratación y pérdida de peso persisten.
Se debe tener cuidado si se utilizan varios medicamentos antieméticos simultáneamente. El uso paralelo de algunos medicamentos puede dar lugar a un mayor riesgo de efectos adversos.

Tratamiento ambulatorio:

- Medidas dietéticas:
- Comidas fraccionadas: frecuentes y de pequeña cantidad
- Dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas y proteínas
- Evitar alimentos líquidos y calientes.
- Evitar condimentos, bebidas con gas, alcohol, olores desencadenantes
- Apoyo psicológico

6.4.3 Efectos adversos o colaterales en el tratamiento

- Vitamina B6 + doxilamina: puede causar somnolencia, cansancio en un 28% de mujeres.
- Antagonistas de dopamina; metoclopramida, prometazina, proclorperazina, o clorpromazina): sequedad de boca, somnolencia, distonia y sedación.
- Antihistamínicos:dimenhidrinato, diphenhidramina: sequedad en la boca, aturdimiento, sedación, constipación.
- Esteroides metilprednisolona: efectos teratógenicos (tratamiento crónico con metilprednisolona; dosis).(Anexo 3)
- Receptores antagonistas de la serotonina:ondasentron: cefalea,somnolencia, fatiga, constipación. Puede prolongar el intervalo QT, especialmente en pacientes con problemas cardiacos

subyacentes, hipopotasemia o hipomagnesemia. La FDA recomienda que no debe administrarse por vía endovenosa en dosis superiores de 16 mg. Se ha relacionado su uso en el 1er trimestre (antes de las 10 sem.)con hendidura de paladar. (Anexo 4)

6.4.4 Signos de alarma

Intolerancia oral
Signos de Deshidratación
Persistencia pérdida de peso
Sangrado vaginal
Anormalidades electrolíticas severas.

6.4.5 Criterios de alta

Pacientes con 48 horas asintomáticas tolerando vía oral
Curva de peso en ascenso
Correcta hidratación
Diuresis adecuada
Normalización de los electrolitos y del equilibrio acido base

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico fetal en casi la totalidad de los casos es muy bueno, en raras ocasiones se encuentran embarazos con restricciones de crecimiento y prematuridad.
El pronóstico materno es igualmente bueno por tratarse de un proceso auto limitado, de baja morbilidad, aunque puede repetirse en gestaciones posteriores.

6.5 COMPLICACIONES

Avulsión esplénica
Necrosis tubular aguda
Ruptura esofágica: síndrome de boerhaave puede causar neumotórax
Hipoprotrombinemia: vitamina k
Desgarro de MalloryWeiss: hemorragia,
Encefalopatía de Wernicke: deficiencia de tiamina que se caracteriza por confusión, signos oculares y ataxia.
Efectos fetales: bajo peso al nacer.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Criterios de referencia: como Hospital del 3er nivel tenemos un poder resolutivo adecuado para este tipo patología del embarazo.

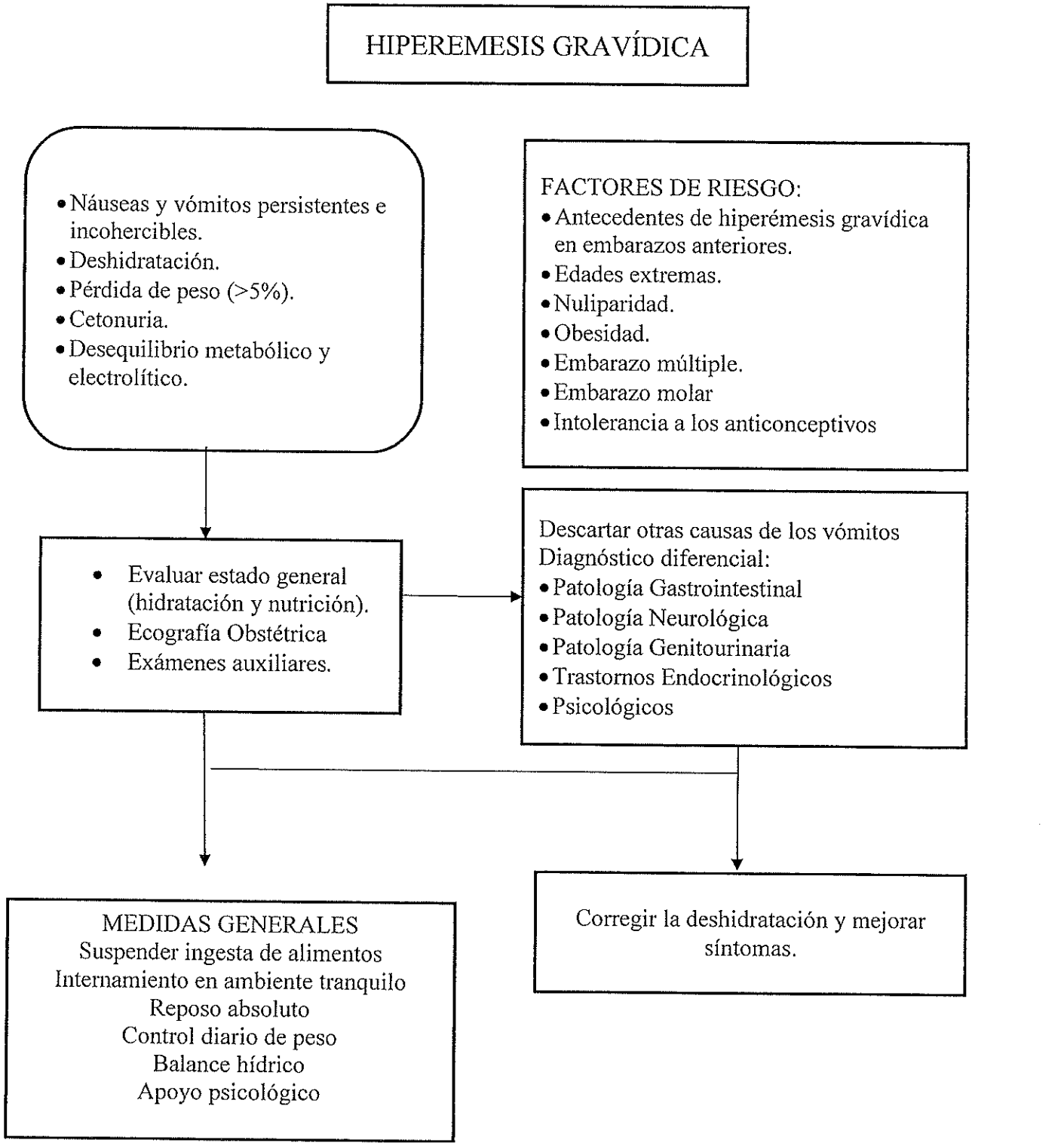
Criterios de contrarreferencia:

Paciente deberá ser referida a su Centro de Salud para continuar con sus controles pre natales cuando:

- Tolere la vía oral
- Hidratada
- Más de las 16 semanas de gestación
- Resuelto los problemas del medio interno.

Estos controles prenatales deberán evaluar y registrar sobre todo la altura uterina y la ganancia ponderal de la gestante para detectar los signos de alarma de manera oportuna.

6.7 FLUXOGRAMA



VII ANEXOS

ANEXO 1

Box 1. Diagnóstico Diferencial de Nauseas y Vómitos durante el embarazo:

Gastrointestinal:

- Gastroenteritis
- Gastroparesias
- Enfermedad del tracto biliar
- Hepatitis
- Obstrucción intestinal
- Enfermedad ulcero péptica
- Pancreatitis
- Apendicitis

Tracto Genitourinario:

- Pielonefritis
- Uremia
- Torsión ovárica
- Cálculos renales
- Leiomioma uterino degenerado

Metabólicas:

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

Neurológicos:

- Pseudotumorcerebral
- Lesiones vestibulares
- Migrañas
- Tumores del SNC
- Hipofisitis linfocítica

Misceláneas:

- Condiciones psicológicas
- Toxicidad o intolerancia a los medicamentos

Embarazo:

- Hígado graso del embarazo
- Preeclampsia

ANEXO 2: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

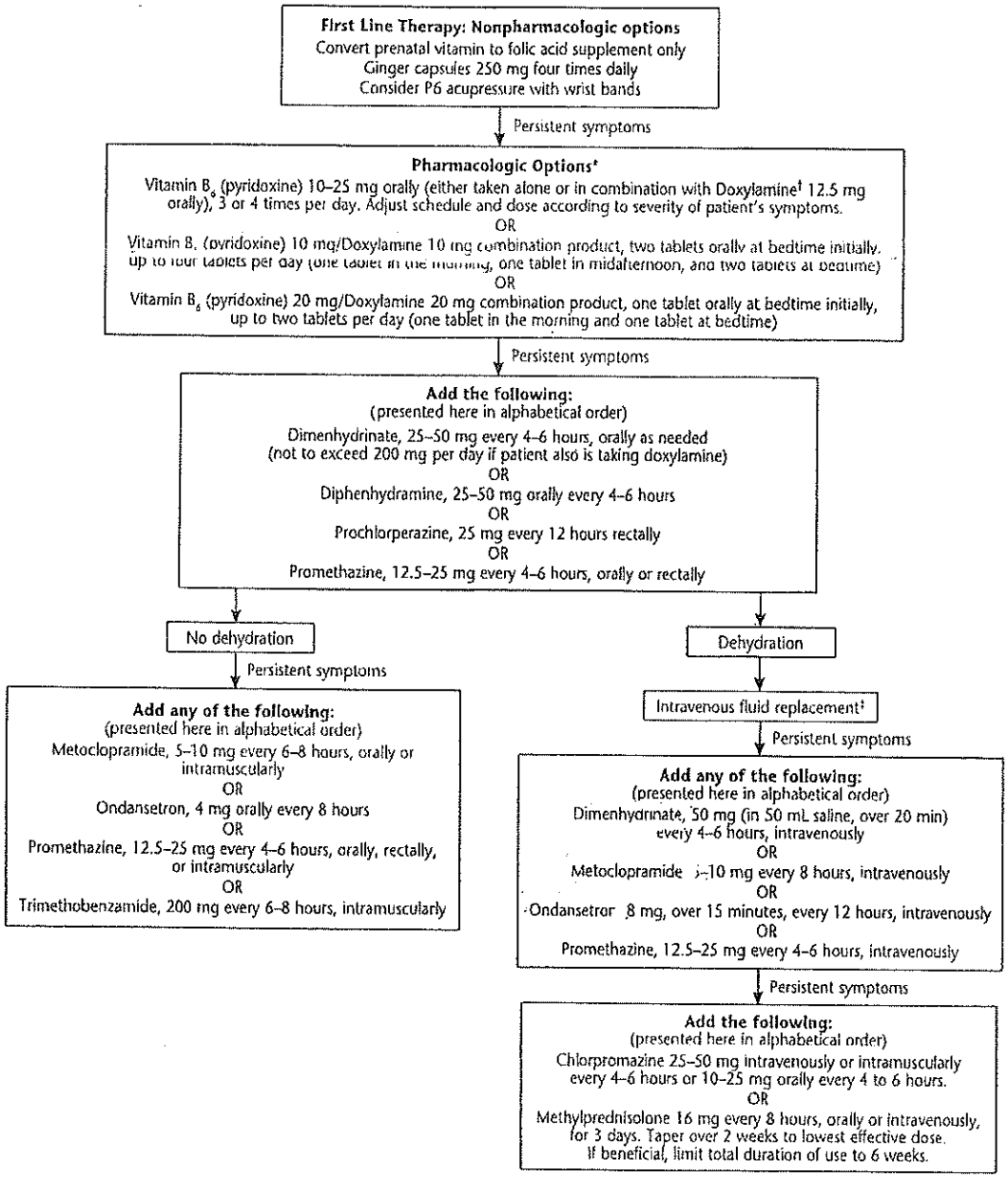


Figure 1. Algorithm of therapeutic treatment of nausea and vomiting of pregnancy (if no improvement, proceed to next step in algorithm). This algorithm assumes other causes of nausea and vomiting have been ruled out. At any step, consider enteral nutrition if dehydration or persistent weight loss is noted. *Some antiemetic medications have only been approved by the U.S. Food and Drug Administration for use in nonpregnant patients; however, off-label use is common. Obstetricians and other obstetric care providers should counsel patients and document such discussions accordingly. Care should be exercised if multiple antiemetic medications are used simultaneously. Parallel use of some medications (see text) may result in an increased risk of adverse effects. †In the United States, doxylamine is available as the active ingredient in some over-the-counter sleep aids; one half of a scored 25-mg tablet can be used to provide a 12.5-mg dose of doxylamine. ‡Thiamine, intravenously, 100 mg with the initial rehydration fluid and 100 mg daily for the next 2–3 days (followed by intravenous multivitamins), is recommended for women who require intravenous hydration and have vomited for more than 3 weeks to prevent a rare but serious maternal complication, Wernicke encephalopathy. (Modified from Levichek Z, Atanackovic G, Oepkes D, Maltepe C, Einarson A, Magee L, et al. Nausea and vomiting of pregnancy. Evidence-based treatment algorithm. Can Fam Physician 2002;48:267–8, 277.) ⇦

TERAPIA DE 1ERA LINEA: OPCIONES NO FARMACOLOGICAS
SUSPENDER VITAMINAS PRENATALES S Y CONTINUAR SOLO CON SUPLEMENTOS DE ACIDO FOLICO
CAPSULAS GINGER 250 MG 4 VECES/DIA

SINTOMAS PERSISTEN

OPCIONES FARMACOLOGICAS
VITAMINA B (PIRIDOXINA)10-25MG VO (PUEDE TOMAR SOLO O CON DOXILAMINA 12.5 MG VO) 3-4 VECES/DIA. AJUSTAR EL HORARIO Y LA DOSIS SEGÚN LA SEVERIDAD SE LOS SINTOMAS
O
VITAMINA B (PIRIDOXINA)10 MG/DOXILAMINA 10 MG, DOS TABLETAS VO AL DORMIR INICIALMENTE MAXIMO 4 TABLETAS AL DIA (1 TABLETA EN LA MANANA, 1 TABLETA EN LA TARDE Y DOS TABLETAS AL DORMIR)
O
VITAMINA B (PIRIDOXINA)20 MG/DOXILAMINA 20 MG, UNA TABLETAS VO AL DORMIR INICIALMENTE MAXIMO 2 TABLETAS AL DIA (1 TABLETA EN LA MANANA, 1 TABLETA AL DORMIR)

SINTOMAS PERSISTEN

AGREGAR
DIMENHIDRINTATO 25-50MG CADA 4-6HORAS, VO SEGÚN NECESITE
(NO EXCEDER 200 MG/DIA SI LA PACIENTE TAMBIEN ESTA TOMANDO DOXYLAMINA)
O
DIPHENHYDRAMINA, 25-50MG VO CADA 4-6 HORAS
O
PROCHLORPERAZINE, 25 MG CADA 12 HORAS VIA RECTAL
O
PROMETHAZINE, 12.5 – 25 MG CADA 4-6 HORAS VO O RECTAL

SIN DESHIDRATACION

METOCLOPRAMIDA 5-10 MGCADA 6-8H, VO/IM
O
ONDANSETRON 4 MG VO CADA 8 HORAS
O
PROMETAZINA, 12.5- 25 MG CADA 6-8H VO/IM/RECT
O
TRIMETHOBENZAMIDA 200MG CADA 6-8H IM

CON DESHIDRATACION

FLUIDOS INTRAVENOSOS

DIMENHIDRINATO 50MG (EN 50ML SOL.SALINA MAS DE 20 MIN CADA 4-6 H IV
O
METOCLOPRAMIDA 5-10MGCADA 8H IV
O
ONDANSETRON 8M MAS 15MIN, CADA 12 H IV
O
PROMETAZINA 12.5-25MG CADA 4-6H IV

CLORPROMAZINA25-50MG IV/IMCADA 4-6 H O 10-25MG VO CADA 4-6 H
O
METILPREDNISOLONA 16 MG CADA 8 HORAS, VO/IM POR 3 DIAS.

ANEXO 3: INDICACION DE METILPREDNISOLONA

METILPREDNISOLONA VO/IV (mg)			
DIA	MANANA	TARDE	NOCHE
1	16 mg	16 mg	16 mg
2	16mg	16 mg	16 mg
3	16 mg	16 mg	16 mg
4	16mg	8 mg	16 mg
5	16mg	8 mg	8 mg
6	8mg	8 mg	8 mg
7	8mg	4 mg	8 mg
8	8 mg	4 mg	4 mg
9	8 mg	4 mg	
10	8 mg	4 mg	
11	8 mg		
12	8 mg		
13	4 mg		
14	4 mg		

ANEXO 4

Medicamentos Contraindicados para Pacientes que reciben Ondansetron:

Ejemplos de medicamentos que deben evitar los pacientes que reciben Ondansetron:

- Antihistamínicos (hydroxyzine)
- Analgésicos y sedativos (metadona,oxycodona y chloralhydrate)
- Diuréticos
- Anticolinérgicos
- Antiarritmicos (amiodarona, sotalol, quinidine, procainamide y flecainide)
- Antipsicóticos (thioridazine, haloperidol, clorpromazine, clozapina)
- Antidepresivos Triciclicos y Tetraciclicos (amitriptilina, imipramine, clomipramine)
- Antibióticos: Macrolidos (eritromicina, azitromicina)
- Trazodone
- Fluoxetina
- Antimalaricos (cloroquina, mefloquina, quinina)
- Metronidazole

Inhibidores de proteasa del HIV

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY) PracticeBulletin: Nausea and Vomiting of PregnancyNumber 189, January 2018

2. Nausea and vomiying of Pregnancy, Johns Hopkins of Obstetrics and Gynocology 2016

3. Giugale LE, Young OM, Streitman DC. Iatrogenic Wernicke encephalopathy in a patientwithseverehyperemesisgravidarum.ObstetGynecol 2015; 125:1150 – 2.

4. Haro K, Toledo K, Fonseca Y, Arenas D, Arenas H, Leonher K. Hiperemesisgravídica:manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. Nutricion Hospitalaria. 2015;31(2):988-91pp.

5. Herrell HE. Nausea and Vomiting of Pregnancy. Am FamPhysician. 2014;89(12):965-70

6. Taylor Tricia. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. AustralianPrescriber2014;47:42-5.

7. McCarthy FP, Lutomski JE, Greene RA. Hyperemesisgravidarum: currentperspectives.Int J WomensHealth. 2014;6:7 19-25.