



## Original

# Abordaje clínico de las náuseas y los vómitos en el embarazo desde la atención primaria: resultados de una encuesta nacional

José Manuel Cucalón Arenal

Centro de Salud de Villamayor de Gállego (Zaragoza)

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2024

Aceptado el 1 de febrero de 2024

On-line el 28 de marzo de 2024

#### Palabras clave:

Embarazo

Náuseas y vómitos

Atención primaria

### R E S U M E N

**Objetivo.** Ofrecer una visión general de las náuseas y los vómitos del embarazo que afectan hasta al 90 % de las embarazadas y que empeoran su calidad de vida. Analizar los resultados de una encuesta realizada este año a médicos de familia (MF) y que reporta datos sobre el abordaje de esta situación.

**Material y Métodos.** Encuesta realizada a MF en toda España, difundida por medio de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) en formato digital, anonimizada y autoenviable. Se valoraron datos tanto del profesional como de las pacientes atendidas, abordaje clínico, diagnóstico y tratamiento de las náuseas y los vómitos.

**Resultados.** Se encuestó a 251 especialistas. Los datos muestran que las náuseas y los vómitos son relevantes para el profesional (73,3 %). Cursa con náuseas solamente 52,2 % de las embarazadas; con náuseas y vómitos (46,7 %), y a lo largo de todo el día (55,6 %). Se tratan principalmente con medidas higiénico-dietéticas (86,7 %) o tratamiento farmacológico (84,4 %); la combinación doxilamina/piridoxina (Cariban®) es el tratamiento mayoritario (93,3 %). Los factores para esta elección son la experiencia clínica, la experiencia de seguridad y la indicación aprobada en embarazo. La mejora en la calidad de vida, la reducción de la intensidad y el número de episodios son los beneficios principales percibidos (36,1 %).

**Conclusiones.** Las náuseas y los vómitos en el embarazo suponen un reto para el médico de familia. Existen divergencias en el abordaje terapéutico farmacológico. La combinación de doxilamina/piridoxina (10/10 mg) es la más utilizada. La intervención temprana, el abordaje farmacológico adaptable y la experiencia clínica son factores de elección del MF para el control de estos síntomas del embarazo.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

## A clinical approach to nausea and vomiting in pregnancy in primary care: results of a national survey

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Pregnancy  
Nausea and vomiting  
General practitioner

**Objective.** To offer an overview of nausea and vomiting during pregnancy, that affect up to 90% of pregnant women and impact on their quality of life during pregnancy. To analyze the results of a survey carried out this year among general practitioners (GP), and which reports data on the management of this situation.

**Material and Methods.** National survey conducted on GPs through the Spanish Society of General and Family Physicians (SEMG) in a digital, anonymized and self-sending format. Data from both professional and patients, clinical management, diagnosis and treatment of nausea and vomiting were assessed.

**Results.** 251 specialists were surveyed, revealing that nausea and vomiting are relevant for the professional (73.3%), present with nausea only (52.62%), nausea and vomiting (46.7%), and throughout the day (55.6%). Patients are mainly treated with hygienic-dietary measures (86.7%) and pharmacological treatment (84.4%), with the doxylamine/pyridoxine combination (Cariban®) being the main first-line treatment (93.3%). The factors for this choice are clinical experience, evidence of safety and the approved indication in pregnancy. Improvement in quality of life, reduction in intensity and number of episodes are the main benefits perceived (36.1%).

**Conclusions.** Nausea and vomiting in pregnancy represent a challenge for the GP. There are divergences in pharmacological therapeutic management, with the doxylamine/pyridoxine (10/10 mg) combination being the drug most commonly used. Early intervention, flexible drug posology and clinical experience are factors of choice for the GP to control these pregnancy symptoms.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

Uno de los problemas más prevalentes que afrontan las mujeres embarazadas son las náuseas y los vómitos que aparecen al inicio del embarazo<sup>1</sup>. Hasta un 90 % de las embarazadas deberá luchar contra estos molestos, cuando no serios, síntomas que cercenan la calidad de vida de la mujer<sup>2</sup>.

En general suponen un trastorno leve o moderado, que les lleva a consultar con su médico de familia u obstetra<sup>2</sup>. En casos más graves, puede llegar a desembocar en hiperémesis gravídica (HG). Afortunadamente supone un escaso porcentaje de casos (0,3-3,6 %), que en un breve periodo de tiempo desarrollan complicaciones clínicas como vómitos repetitivos, pérdida ponderal, deshidratación con alteraciones del equilibrio ácido-base y alteraciones metabólicas y neurológicas que comprometen la vida de la mujer embarazada, lo que hace necesario su ingreso hospitalario<sup>3</sup>.

La etiología de estos síntomas es multifactorial y se han planteado diferentes hipótesis. La más consistente establece que es una alteración hormonal, bien por aparición de niveles altos en sangre de hormona gonadotropa, bien por variaciones en estrógenos o progesterona, bien por la congruencia de diferentes relaciones endocrinas. Asimismo se deben considerar factores digestivos, inmunológicos, alimenticios e incluso psicológicos<sup>4</sup>. Se han descrito diferentes factores de riesgo que favorecen su aparición, como la raza (caucá-

sica más frecuente), situaciones obstétricas como embarazo múltiple, malformación fetal, enfermedad trofoblástica... (3). Por su lado, la HG suele darse con más frecuencia en mujeres obesas, nulíparas, adolescentes, de raza negra, portadoras de trisomías, con antecedentes previos de HG...<sup>5</sup>. Recientemente, se ha descubierto la posible implicación de la hormona GDF15 en esta patología<sup>6</sup>.

Clínicamente las náuseas y los vómitos se presentan con más frecuencia e intensidad de forma matutina, al despertar, pero hasta en un 80 % de los casos aparecen a cualquier hora del día<sup>3,7</sup>. Las náuseas son más frecuentes que los vómitos, en una relación 3/1<sup>8</sup>. Los síntomas se presentan desde la cuarta semana y pueden mantenerse hasta el cuarto mes<sup>2</sup>. Si continúan a partir de este momento, habrá que pensar en otros diagnósticos. Las náuseas suelen mejorar con la comida sólida y en pequeñas cantidades; sin embargo, se ven agravadas por olores, visiones o posturas diversas<sup>9</sup>.

El diagnóstico del problema es únicamente clínico, mediante una adecuada anamnesis y exploración. Para la correcta valoración de estos síntomas se puede utilizar la escala PUQE (*pregnancy-unique quantification of emesis*), que valora en 3 preguntas la frecuencia de aparición de ambos síntomas<sup>10</sup>. Puede ayudarnos a cuantificar el problema y a valorar la presentación de hiperémesis gravídica (HG) con puntuaciones altas.

Encontramos diferentes medidas de abordaje en función de la clínica presentada<sup>11</sup>:

## Medidas no farmacológicas

### Alimentación

Deberemos aconsejar comer en cuanto tengan hambre para evitar el estómago vacío. Deben ser comidas de pequeñas cantidades y frecuentes (cada 2-3 horas)<sup>12</sup>. Se deben evitar alimentos grasos o estimulantes como el café, picantes, olorosos, ácidos y muy dulces; hay que favorecer la ingestión de alimentos proteicos, cereales, tostadas, caramelos de menta suaves, líquidos fríos... Existen escasos datos en cuanto al papel de la alimentación en esta patología<sup>13,14</sup>.

### Jengibre

Está indicado y documentado con un nivel de evidencia bajo. Un metaanálisis de ensayos aleatorios concluyó que el jengibre mejora las náuseas sin obtener mejoría significativa en los vómitos. Se recomienda el consumo de alimentos que contengan 1 y 1,5 g de jengibre por vía oral al día<sup>15</sup>.

### Acupuntura y acupresión

Existen escasas fuentes de evidencia en cuanto a estas técnicas. En una revisión sistemática no se demostró que la presión sobre el punto P6 fuera más eficaz que placebo. Carecen de efectos adversos o nocivos para la embarazada. Tienen un componente psicológico reseñable<sup>16</sup>.

### Otras técnicas

Hipnosis, cánnabis, NZU (remedio africano) o psicoterapia disponen de evidencia de utilidad muy limitada para este problema<sup>11</sup>.

## Medidas farmacológicas

### Piridoxina (vitamina B6)

Dada su inocuidad y ausencia de efectos adversos puede ser una opción oportuna al inicio. La dosis recomendada se sitúa en los 10-25 mg por vía oral cada 8 horas. Se deberá tener precaución con la sobredosis, pues puede provocar neuropatía sensorial. Diversos estudios demuestran mejoría de las náuseas, así como ausencia de efectos fetales o neonatales adversos<sup>17</sup>.

### Piridoxina/doxilamina

Es el tratamiento farmacológico de elección en las diferentes guías de tratamiento de náuseas y los vómitos en el embarazo<sup>3,13,18,19</sup>. Ha sido ampliamente estudiado<sup>20</sup>. Generalmente, se presenta en dosis fijas (10/10 mg) de la combinación<sup>21</sup>. Varios ensayos aleatorizados controlados con placebo, así como estudios observacionales, han demostrado su eficacia temprana y sostenida 10/10 mg en la reducción de las náuseas y los vómitos<sup>20,22</sup>. Acorde a su ficha técnica<sup>23</sup>, la dosis máxima recomendada son 2 cápsulas al acostarse, una cápsula al desayuno y otra en la comida; esta dosis 1-1-2 es la que proporciona los niveles más constantes, pues evita fluctuaciones y picos plasmáticos a lo largo de todo el día<sup>24</sup>. Esta posología no ha mostrado mayor riesgo de efectos adversos y ha sido bien tolerada

por las mujeres embarazadas<sup>20,21</sup>. Las guías de práctica clínica más relevantes, como la de la Sociedad Española Ginecología y Obstetricia, la Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos y el American College of Obstetric and Gynecology corroboran su elección<sup>3,13,18,19</sup>. Recientemente se ha introducido también una combinación con dosis superior<sup>25</sup>.

### Otros antieméticos

Se han publicado algunos ensayos en donde aparecen algunos riesgos de malformaciones con el uso de metoclopramida<sup>17,26</sup> y de malformaciones orales y cardiovasculares con ondansetrón<sup>26</sup> por lo que deberán restringirse en lo posible, ya que estos efectos adversos pueden complicar el embarazo. Se reservan para casos en los que no se haya podido controlar eficazmente la sintomatología.

### Antihistamínicos

Pueden utilizarse tanto dimenhidrinato como difenhidramina. Ambos cuentan con algún ensayo clínico que demuestra su eficacia y seguridad<sup>17</sup>. Sin embargo, deben evitarse en pacientes que toman ondansetrón u otros fármacos que prolongan el intervalo QT.

### Otros

Se pueden utilizar antiácidos tanto para el posible reflujo como para la acidez que provocan los vómitos. Los compuestos de aluminio o calcio se consideran seguros en el embarazo y se prefieren a los de bismuto o bicarbonato por sus efectos adversos<sup>27</sup>.

---

## Objetivo

Para conocer cómo aborda el médico de familia (MF) esta situación clínica, se realiza una encuesta en este colectivo médico, con el fin de aportar información relevante y actualizada de este desafío clínico, cómo acude la paciente a ellos, cómo se traslada la información sobre el problema, como se remite al siguiente nivel y qué datos sobre la paciente y el profesional se pueden obtener para definir mejor el perfil de cada uno de ellos.

---

## Material y métodos

Estudio no intervencionista basado en una encuesta cuantitativa online, realizada entre abril y mayo de 2023.

Participaron MF que ejercieran su práctica clínica el ámbito público o privado nacional. Para su inclusión en el estudio, debían realizar el control del embarazo en su centro de trabajo.

El cuestionario comprendía 28 preguntas con respuestas cerradas (algunas de elección múltiple), sobre la incidencia y prevalencia de las náuseas y los vómitos, perfil y abordaje terapéutico (**anexo 1**). También se recogieron las características sociodemográficas de los participantes (especialidad, edad, sexo, ámbito y localización de la práctica clínica).

Se contactó con todos los profesionales pertenecientes a la base de datos de la Sociedad Española de Médicos Generales y

de Familia (SEMG) y socios de la misma. Los sujetos que aceptaron participar en el estudio accedieron al cuestionario online.

Todos los participantes fueron identificados con un código anonimizado. Los cuestionarios incompletos fueron invalidados. No se realizó la imputación de valores perdidos para ninguna variable.

El número de casos y el porcentaje se utilizaron para describir las variables categóricas. Se utilizó la media, la desviación estándar, la mediana, los cuartiles (Q1 y Q3), el mínimo y el máximo para describir las variables continuas. Se realizó un análisis descriptivo para el total de la muestra mediante hoja Microsoft Excel.

## Resultados

Las siguientes tablas y figuras muestran los principales resultados de la encuesta de 28 preguntas realizada a los MF. Un total de 251 profesionales completaron la encuesta y fueron incluidos en el análisis. Los médicos que respondieron eran su mayoría mujeres (71,7 %) de más de 40 años de edad (76,1 %), que trabajan en el sector público (91,6 %) y que llevan el control de los embarazos (35,9 %) (tabla 1).

La medicina de familia es mayoritariamente el primer contacto de las pacientes que cursan con náuseas y vómitos; allí se realiza su abordaje y seguimiento de forma habitual (87,8 %), a menudo en menos de 15 días (50 %).

Los resultados muestran que la mayoría de los especialistas (73,3 %) preguntan siempre o frecuentemente sobre las náuseas y los vómitos. Esta condición generalmente se presenta a lo largo de todo el día (55,6 %); las náuseas aisladas se dan en 52,2 % de los casos y asociadas a vómitos en 46,7 % (figura 1). Para el 25,5 % de profesionales, al menos el 50 % de estas mujeres precisa baja laboral.

Prácticamente la totalidad de estos profesionales sanitarios recomiendan siempre o frecuentemente medidas higiénico-dietéticas (96,7 %) seguido de tratamiento farmacológico (84,4 %) y, en menor medida, apoyo psicológico (48,9 %) y acupresión (20,0 %) (figura 2A).

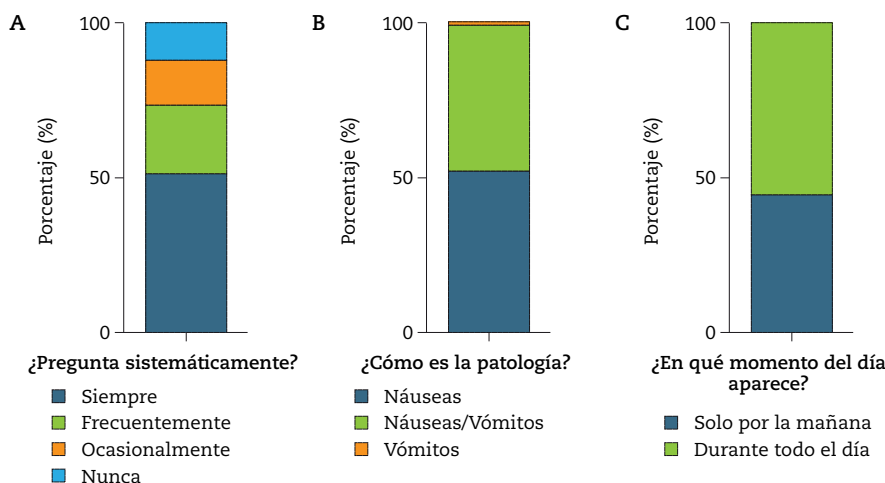
El tratamiento de primera línea mayoritariamente reportado para tratar las náuseas y los vómitos es la combinación de

**Tabla 1 – Características sociodemográficas (los datos se muestran como porcentaje).**

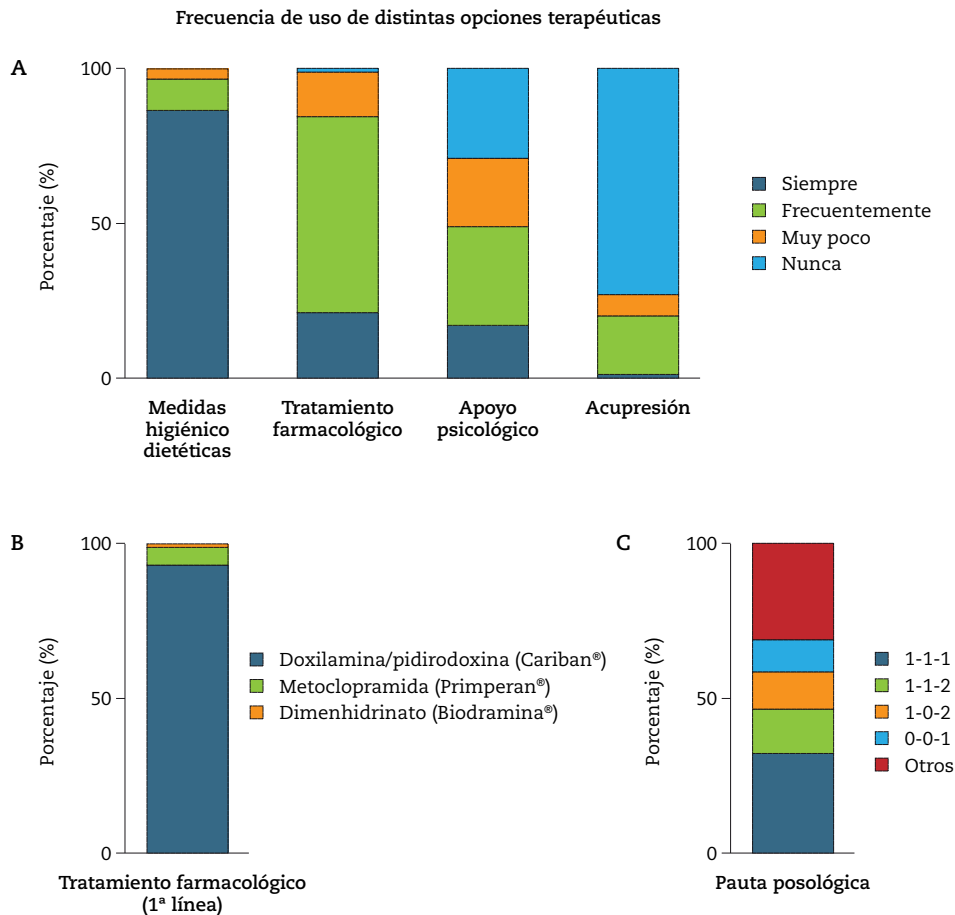
Tabla 1 – Características sociodemográficas (los datos se muestran como porcentaje).	
<b>Edad</b>	
> 40 años	76,1 %
≤ 40 años	23,9 %
<b>Sexo</b>	
Femenino	71,7 %
Masculino	27,9 %
<b>Sector</b>	
Público	91,6 %
Privado	4,8 %
Mixto	3,6 %

doxilamina/piridoxina (Cariban<sup>®</sup>) (93,3 %) (figura 2B). Se prescribe en gran medida cuando aparecen los síntomas (38,9 %) o cuando estos tienen una intensidad de moderada a grave (45,6 %). Los factores clave para elegir el tratamiento de primera línea son la experiencia de seguridad (71,1 %), la experiencia clínica con el uso del fármaco (61,1 %), la eficacia (33,3 %) y su indicación aprobada en el embarazo (71,1 %). El tratamiento de primera línea es considerado el único fármaco para tratar las náuseas y los vómitos (42,2 %), aunque hay algunos especialistas que consideran alternativas, bien en coadyuvancia al tratamiento de primera línea (16,7 %) o como opción de rescate (37,8 %).

Existe variabilidad en la posología (figura 2C) y duración del tratamiento, si bien los criterios para escoger la pauta se basan principalmente en la intensidad (73,3 %) y el momento del día en que aparecen los síntomas (50,0 %). Los profesionales evaluados reportaron hasta 14 posologías diferentes; las más frecuentes fueron la (1-1-1) (32,2 %) o la (1-1-2) (14,4 %). El tratamiento se pauta mayoritariamente hasta la desaparición de los síntomas, a criterio de la paciente (61,1 %), aunque un porcentaje menor de especialistas (26,7 %) realizan un tratamiento continuado (5-15 días), en función de la intensidad de los síntomas. Los MF consideraron que el inicio precoz (52,2 %) y la adhesión al tratamiento (50 %) son los factores más importantes para evitar complicaciones.



**Figura 1 – Cuestiones relacionadas con el perfil de paciente que presenta náuseas y vómitos (los datos se muestran como porcentaje).**



**Figura 2 – Cuestiones relacionadas con el abordaje terapéutico de la gestante con náuseas y vómitos (los datos se muestran como porcentaje).**

Hay ciertas reticencias de las pacientes a utilizar tratamiento farmacológico (71,1 %), en gran medida por reserva frente al uso de medicación durante el embarazo (50,0 %) y desconocimiento de la seguridad del fármaco (46,2 %). Esta percepción mejora considerablemente cuando el MF informa a la mujer de la eficacia y seguridad del medicamento (94,4 %).

Por último, cabe destacar que la reducción global del número de episodios es el beneficio principal percibido tras el tratamiento farmacológico (52,2 %), seguido de la mejora en la calidad de vida (47,8 %) y la disminución de intensidad de los síntomas (43,3 %).

## Comentario

Las náuseas y los vómitos del embarazo son un problema muy prevalente en el embarazo y ocasiona gran quebranto en la calidad de vida de las gestantes; incluso, puede suponer un problema grave. El MF es el profesional que está en contacto directo con la comunidad y, por tanto, con las embarazadas. En el presente trabajo se ratifica que es el primer nivel de asistencia a estas mujeres y llega a resolver prácticamente el 90 % de las náuseas y los vómitos del embarazo.

Interesa conocer cuáles son las características de los profesionales que atienden esta patología, el perfil de las mujeres y su patología, así como el abordaje de esta situación clínica.

Hasta nuestro conocimiento, la presente encuesta es el primer estudio de sus características realizada entre los MF españoles, realizada además a través de una Sociedad Médica nacional, lo que garantiza la representatividad de todo el territorio.

La encuesta arroja datos interesantes que conviene conocer y difundir por cuanto existe una gran variabilidad en la forma de afrontar este problema. Es necesaria una reflexión para poder mejorar nuestra práctica clínica e intentar acercarnos a las recomendaciones de las diferentes guías que afrontan esta patología.

Los resultados de este trabajo han mostrado que algo más del 50 % de los especialistas preguntan siempre sobre las náuseas y los vómitos. Pese a que este porcentaje es relevante, cabe destacar que esta condición clínica ocurre en el 50-90 % de las embarazadas, lo que deja con casi total seguridad mujeres que presentan estos síntomas fuera del abordaje clínico.

El MF reportó que los síntomas suelen aparecer en forma de náuseas aisladas o acompañadas de vómitos, que se presentan en cualquier momento del día (55,6 %). No obstante, cabe destacar que, aunque clásicamente denominada como náuseas matutinas, una proporción de hasta el 80 % de las mujeres con náuseas y vómitos experimentan síntomas durante todo el día, con un pico en las primeras horas de la mañana, lo que es acorde con la literatura<sup>7</sup>. Por ello, es importante adecuar el abordaje terapéutico a partir de esta fisiopatología.

El MF utiliza prácticamente con unanimidad medidas higiénico-dietéticas, seguidas en frecuencia de tratamiento

farmacológico (el 84,4 % lo recomiendan siempre o frecuentemente). Otras opciones terapéuticas, como acupresión o apoyo psicológico, se utilizan con menor frecuencia.

No hay una tendencia clara acerca de cuándo se comienza con un tratamiento farmacológico. Un porcentaje notable de especialistas tratan cuando aparece cualquier síntoma (38,9 %); o bien cuando los síntomas tienen una intensidad de moderada a grave (18,39 %); o bien si hay una mala prognosis (21,1 %); un 31,1 % de los encuestados comienza con un tratamiento farmacológico a petición de la paciente.

El 93 % de los encuestados considera como tratamiento de primera elección la combinación de doxilamina/piridoxina (Cariban®), fundamentalmente por su perfil de seguridad, experiencia clínica e indicación aprobada en el embarazo. Este tratamiento, como se ha indicado anteriormente, ha demostrado ser eficaz y seguro en el embarazo<sup>20</sup>.

La elección de la posología es un punto de divergencia en el abordaje terapéutico (14 posologías diferentes seleccionadas). Las más utilizadas son 1-1-1 (32,2 %), 1-1-2 (14,4 %), 1-0-1 (12,2 %) y 0-0-1 (10 %). En general, observamos cómo los distintos encuestados se decantan por distintas pautas posológicas, lo que revela la necesidad de un tratamiento con posología flexible. Algunos intensifican la medicación, posiblemente al asociarse con la mayor prevalencia e intensidad de las náuseas matutinas<sup>7</sup>. También se puede apreciar cómo las posologías elegidas combinan las tomas de 10 y 20 mg totales durante el día, lo que hace necesario disponer de combinaciones que permitan ambas administraciones. Mayoritariamente, los MF se decantan por prescribir 3 tomas diarias. La pauta 1-1-2 es la de elección, según la ficha técnica de la combinación fija de doxilamina/piridoxina (10/10 mg) en pacientes que necesiten aumentar la dosis para conseguir aliviar los síntomas<sup>23</sup>, y es la que ha demostrado mantener los niveles de principios activos de manera más constante, pues evita picos plasmáticos<sup>24</sup>.

La duración del tratamiento queda mayoritariamente a criterio de la paciente: cuando los síntomas comienzan a remitir (61,1 % de los casos). Solo un 26,7 % de profesionales realiza un tratamiento durante un periodo determinado (5-15 días). Esta práctica difiere de las recomendaciones de las guías, que instan a prescribir un tratamiento continuado y no a demanda, para maximizar la eficacia del mismo<sup>13</sup>.

Cabe destacar que aún hoy en día cierto porcentaje de pacientes se muestran reticentes al uso de fármacos durante el embarazo, por reservas o desconocimiento de la experiencia en cuanto a la seguridad. Esta reticencia disminuye cuando el MF informa a la mujer, lo que pone de manifiesto la relevancia de la labor de educación médica de la paciente en nuestra área.

Todos estos datos sugieren que aún es posible mejorar en el abordaje de estos síntomas, por cuanto debemos disminuir la variabilidad terapéutica, acordar la utilización de la combinación, implementar medidas higiénico-dietéticas (tal y como nos indican las Guías de práctica más relevantes), utilizar tratamientos de forma escalonada hasta el adecuado control de los síntomas y manejar la dosificación más estudiada, segura y acordada para estos tratamientos.

Este mismo año se publica por parte de los ginecólogos, en su revista "Progresos en Ginecología y Obstetricia"<sup>11</sup>, un artículo que recomendamos al tratar desde su ámbito profesional este mismo cuadro clínico. También presenta una encuesta nacional, realizada entre sus especialistas. En él se afirma implementar siempre medidas higiénico-dietéticas y proponer tratamiento con la combinación referida; otras terapias son muy residuales.

Del mismo modo, es de destacar que, a la pregunta del factor de decisión para su elección, informan a partes iguales, experiencia, datos de eficacia, datos de seguridad e indicación clínica. También presentan cierta variabilidad en la dosificación, tal y como se recoge en nuestro estudio. Por último, el artículo se refiere a los criterios para la posología y la duración del tratamiento, que están en consonancia con los pautas de los MF. Por tanto, es interesante la constatación de cierta variabilidad en el abordaje de esta situación clínica, así como el diferente manejo de la dosificación que se demuestra en ambas encuestas.

---

## Conclusiones

Las náuseas y los vómitos en la embarazada son una entidad clínica muy prevalente. Más del 80 % de las embarazadas padecerán este problema. El MF, como primer contacto con la población, debe hacerse cargo de ellas y aliviar en lo posible esta molestia que altera su calidad de vida y puede llegar a empeorar seriamente la salud de la mujer en un 0,5-2 % de los casos (hiperémesis gravídica).

El abordaje por parte del MF requerirá la aplicación de medidas higiénico-dietéticas a todas estas mujeres, así como establecer una terapia escalonada hasta la resolución de las náuseas y los vómitos. El tratamiento farmacológico con mayor experiencia y seguridad es la combinación piridoxina/doxilamina a dosis fijas (10/10 mg). La pauta posológica más adecuada es comenzar con 2 cápsulas nocturnas, a la que se añadirá otra en el desayuno, incluso otra en la comida hasta resolver el cuadro clínico. Solo en casos graves se debe ampliar el tratamiento farmacológico con otras moléculas.

Los datos de la encuesta realizada a los MF ponen de manifiesto una gran variabilidad en terapias y dosis, que es necesario disminuir mediante la formación y el consenso, siempre basado en las Guías de Práctica Clínica y en la experiencia científica actualizada. Estas encuestas aportan información relevante para seguir avanzando en el abordaje clínico de esta situación fisiopatológica y proponen puntos de mejora en nuestro ejercicio diario.

---

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

---

## Fuente de financiación

Italfarmaco S.A.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bunce E, Heine, R. Náuseas y los vómitos durante la primera parte del embarazo. MSD; 2023. Disponible en: <https://www.msdmmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%A1Da-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/náuseas-y-vómitos-durante-la-primera-parte-del-embarazo>

<b>Anexo 1 – Cuestionario sobre el perfil de paciente, manejo y abordaje terapéutico de la embarazada con náuseas y vómitos.</b>	
<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas</b>
¿Se encarga usted del control de embarazo de las pacientes de su Centro de salud o las deriva a otro equipo de médicos de familia (o unidad) específico para ello?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, me encargo</li> <li>• No, las derivo</li> </ul>
<b>INCIDENCIA Y PREVALENCIA</b>	
En el último mes, ¿cuál es el número de embarazadas que acuden a su consulta?	
De las anteriores, ¿qué número de embarazadas presentan náuseas y vómitos?	
¿Pregunta sistemáticamente a las pacientes acerca de las náuseas y vómitos en el primer trimestre?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Frecuentemente</li> <li>• Ocasionalmente</li> <li>• Nunca lo hago sistemáticamente, sólo si lo notifican las pacientes</li> </ul>
<b>PERFIL Y MANEJO DE PACIENTE</b>	
Mayoritariamente, ¿cómo es la patología con la que cursan en el momento de la consulta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> </ul>
Mayoritariamente, ¿cómo es la patología con la que cursan en el momento de la consulta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo por la mañana</li> <li>• Sólo por la tarde</li> <li>• Durante todo el día</li> </ul>
Ante esta patología, mayoritariamente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El médico de Medicina de Familia es el primer contacto con la paciente y realiza el abordaje terapéutico</li> <li>• El médico de Medicina de Familia es el primer contacto con la paciente, pero deriva a otro especialista para que sea el que realice el abordaje terapéutico</li> <li>• La paciente viene derivada de otro profesional sanitario (no médico de MF) y es usted el que inicia el abordaje terapéutico</li> <li>• La paciente acude al médico de Medicina de Familia para el seguimiento de un tratamiento instaurado por su ginecólogo</li> <li>• A veces viene ella y otras derivadas de matrona</li> </ul>
Una vez instaurado el abordaje terapéutico, de manera general, ¿cuándo se realiza el seguimiento de la evolución de la patología?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En menos de 15 días</li> <li>• A los 15-30 días</li> <li>• Más de 30 días</li> <li>• Habitualmente no se realiza</li> </ul>
¿Quién realiza el seguimiento de la mayoría de los casos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina de Familia</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Matrona</li> <li>• Como ya se ha dicho en la pregunta anterior, no se realiza seguimiento</li> </ul>
De manera estimada, ¿qué porcentaje de pacientes precisa de baja laboral?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se prescribe nunca</li> <li>• Menos del 50 %</li> <li>• En torno al 50 %</li> <li>• Más del 50 %</li> <li>• Siempre se prescribe baja laboral</li> </ul>
<b>ABORDAJE TERAPÉUTICO</b>	
Marque si utiliza las siguientes opciones terapéuticas y con qué frecuencia:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas higiénico-dietéticas</li> <li>• Tratamiento farmacológico</li> <li>• Acupresión</li> <li>• Apoyo psicológico</li> <li>• Si utiliza alguna otra opción terapéutica, indíquela, así como con qué frecuencia la usa</li> </ul>
¿En qué momento prescribe el tratamiento farmacológico? Puede elegir varias opciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cuanto aparecen los síntomas</li> <li>• Con un nivel de intensidad moderado/grave</li> <li>• Si hay una mala evolución de la patología</li> <li>• A petición de la paciente</li> <li>• Como tratamiento preventivo si existen factores de riesgo, si hay antecedentes de náuseas y vómitos en el embarazo o siempre</li> </ul>
¿Cuál es su tratamiento farmacológico de primera línea (o de elección) para las náuseas y vómitos del embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxilamina/piridoxina (CARIBAN)</li> <li>• Metoclopramida (PRIMPERAN)</li> <li>• Ondansetrón (ZAFRON)</li> <li>• Dimenhidrinato (BIODRAMINA)</li> <li>• Otro (indicar)</li> </ul>

(Continúa)

**Anexo 1 – (Cont.) Cuestionario sobre el perfil de paciente, manejo y abordaje terapéutico de la embarazada con náuseas y vómitos.**

Preguntas	Respuestas
Indique los factores clave en la decisión de su tratamiento farmacológico (primera línea): puede elegir hasta 3 opciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia de seguridad</li> <li>Evidencia de eficacia</li> <li>Experiencia clínica</li> <li>Indicación aprobada en embarazo</li> <li>Flexibilidad en la pauta posológica</li> <li>Confianza en la marca</li> <li>Confianza en el laboratorio.</li> <li>Es el único medicamento disponible en mi unidad en el primer nivel de atención</li> </ul>
¿Considera alguna otra alternativa a este tratamiento farmacológico (primera línea)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí, en coadyuvancia al tratamiento de primera línea</li> <li>Sí, como opción de rescate, si el tratamiento de primera línea no es efectivo</li> <li>Sí, otros</li> </ul>
Para su tratamiento de primera línea, ¿cuál es la pauta posológica que utiliza mayoritariamente a la hora de prescribir el tratamiento? Señalar sólo 1 pauta en una de las siguientes opciones (0-0-1 a 2-2-2, mañana-tarde-noche)	
¿Indica además otras pautas posológicas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sí</li> <li>No (en este caso, salte la siguiente pregunta)</li> </ul>
Si indica otras pautas posológicas indique hasta 2 entre las siguientes (0-0-1 a 2-2-2, mañana-tarde-noche)	
¿En base a qué criterio elige la pauta posológica? Puede elegir varios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En base a la intensidad de las náuseas y vómitos de la paciente</li> <li>En función del momento del día en que suceden las náuseas y vómitos del embarazo</li> <li>En función del momento de gestación</li> <li>En función de la evolución de la paciente</li> <li>Utilizo la pauta indicada en ficha técnica</li> <li>Otros motivos (indicar)</li> </ul>
¿Durante cuánto tiempo prescribe el tratamiento de primera línea?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante un número de días fijo, siempre el mismo</li> <li>Durante un número de días, en función de la intensidad de los síntomas</li> <li>Hasta la desaparición de los síntomas, a criterio de la paciente</li> <li>Durante el primer trimestre.</li> <li>Durante todo el embarazo</li> <li>Depende de la clínica y la evolución</li> </ul>
Si prescribe el tratamiento de primera línea durante un número de días fijo, indique el número. Si no es así pase a la pregunta siguiente.	
En relación con el tratamiento farmacológico, ¿qué opciones considera importantes para evitar las complicaciones de las náuseas y vómitos del embarazo y su progresión a hiperémesis gravídica? Puede seleccionar hasta 2 opciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio precoz del tratamiento</li> <li>Adherencia a la pauta posológica prescrita</li> <li>Realizar un tratamiento continuado y no sintomatológico</li> <li>Pautar el tratamiento en el momento de la sintomatología aguda</li> <li>Hacer un seguimiento estrecho de la paciente para ver respuesta y/o complicaciones</li> </ul>
<b>PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE</b>	
¿Qué beneficios destacaría en la paciente, tras la administración del tratamiento farmacológico de primera línea? Puede seleccionar un máximo de 3 respuestas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alivio sintomático sólo tras su administración</li> <li>Alivio de los síntomas durante todo el día</li> <li>Rápida mejoría de la sintomatología</li> <li>Reducción global del número de episodios</li> <li>Reducción global de la intensidad de los episodios</li> <li>Curación/Remisión total de la sintomatología total</li> <li>Mejora de la calidad de vida</li> </ul>
En general, ¿encuentra reticencia en la mujer embarazada a la hora de recibir tratamiento farmacológico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí</li> </ul>
Si la respuesta es sí a la pregunta anterior, ¿en cuántos casos? Indique el porcentaje estimado	
Si la respuesta es sí, ¿a qué se debe esta reticencia?:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desconocimiento/dudas sobre la seguridad del medicamento</li> <li>Desconocimiento/dudas sobre la eficacia del medicamento</li> <li>Reserva al uso de medicación durante el embarazo</li> </ul>
Si la respuesta es sí, ¿cuál es la preferencia de la paciente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No realizar ninguna acción</li> <li>Realizar cambios higiénico-dietéticos exclusivamente</li> <li>Utilizar opciones no farmacológicas</li> </ul>
¿Cree que la percepción de la paciente sobre el tratamiento farmacológico cambia cuando es informada por el profesional sanitario acerca de su seguridad y eficacia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sí</li> <li>No</li> </ul>



2. Clark SM, Costantine MM, Hankins GD. Review of NVP and HG and early pharmacotherapeutic intervention. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 2012: 252676.
3. RCOG. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum (Green-top Guideline No. 69). London; 2016. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/y3fen1x1/gtg69-hyperemesis.pdf>
4. Molina Giraldo S, Vasques Awad D, Benavides Serralde JA, Aramendiz JA, Vásquez Zapata GA, Buitrago Leal M. Manejo de las náuseas y los vómitos en el embarazo consenso de la federación colombiana de asociaciones de perinatología (FECOPEN). *Medicina (Bogotá).* 2016; 2(113): 169-86.
5. González-González A, Álvarez-Silvares E, Veiga-Vázquez A, Gómez-Mosquera MD. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y los vómitos/hiperémsis gravídica. *Med Fam SEMERGEN.* 2011; 37(10): 559-64.
6. 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.* 2023; 625(7996): 760-7. doi: 10.1038/s41586-023-06921-9.
7. Gadsby R, Ivanova D, Trevelyan E, Hutton JL, Johnson S. Nausea and vomiting in pregnancy is not just 'morning sickness': data from a prospective cohort study in the UK. *Br J Gen Pract.* 2020; 70(697): e534-9.
8. Jewell D, Young, C. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus.* 2006; 1.
9. Francés-Rivera L. Náuseas y los vómitos en el embarazo. *Matronas Prof.* 2010; 11(1): 26-8.
10. Ellilä P, Laitinen L, Nurmi M, Rautava P, Koivisto M, Polo-Kantola P. Nausea and vomiting of pregnancy: A study with pregnancy-unique quantification of emesis questionnaire. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 230: 60-7.
11. Rodrigo-Álvaro V, Ortiz-Molina, E, García-González, JJ. Manejo clínicos de las náuseas y los vómitos del embarazo en la consulta de ginecología: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol.* 2023; 66: 101-10.
12. Tiran D. NICE guideline on antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman--recommendations on the use of complementary therapies do not promote clinical excellence. *Complement Ther Clin Pract.* 2005; 11(2): 127-9.
13. Campbell K, Rowe H, Azzam H, Lane CA. The management of nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016; 38(12): 1127-37.
14. Simón Cabodevilla A, León Izard, P. Problemas en el embarazo. *El Farmacéutico.* 2010; 432: 45-6.
15. Terán Muñoz O, Moreno Maza, M. Jengibre como tratamiento de náuseas y los vómitos en el embarazo. *Rev Rol Enferm.* 2019; 42(3): 212-5.
16. Lee A, Chan SK, Fan LT. Stimulation of the wrist acupuncture point PC6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (11): CD003281.
17. de Santis A, Viroga S. Fármacos antieméticos y embarazo. *Boletín Farmacológico.* 2019; 10(2).
18. SEGO. Hiperémsis gravídica. Documentos de consenso SEGO; 2008.
19. Committee on Practice B-O. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(1): e15-30.
20. Madjunkova S, Maltepe C, Koren G. The delayed-release combination of doxylamine and pyridoxine (Diclegis®)/Diclectin® for the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. *Paediatr Drugs.* 2014; 16(3): 199-211.
21. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Arzola-Paniagua A. Revisión sistemática de la seguridad y eficacia de la combinación de doxilamina + piridoxina para el tratamiento de la náusea y el vómito durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum.* 2012; 26(4): 158-66.
22. Koren G, Clark S, Hankins GD, Caritis SN, Miodovnik M, Umans JG, et al. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(6): 571.e1-7.
23. Ficha Técnica Cariban® cápsulas duras de liberación modificada 10 mg/10 mg. 2020.
24. Saz-Leal P, Zamorano-Dominguez L, Frias J, Guerra P, Saura-Valls M, Roca-Juanes R, et al. Bioavailability of Cariban® capsules: A modified-release fixed-dose combination of doxylamine and pyridoxine to relieve nausea and vomiting during pregnancy. *Drugs R D.* 2023; 23(2): 185-95.
25. Ficha Técnica Bonjesta® 20 mg/20 mg comprimidos de liberación modificada. 2023.
26. Oliveira L, Capp SM, You WB, Riffenburgh RH, Carstairs SD. Ondansetron compared with doxylamine and pyridoxine for treatment of nausea in pregnancy. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2014; 124(4): 735-42.
27. Pellicer A, Robert L, Diego L. Fármacos de elección para las patologías más frecuentes durante el embarazo. *FMC.* 2020; 27(9): 488-97.