



Resolución Directoral

Lima, 30 de Enero de 2026

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 02516-2026, que contiene, entre otros documentos, el proyecto del documento normativo "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hiperémesis Grávidica", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que, la protección de la salud es de interés público; y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; señalando en el primer párrafo del artículo VI, del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, y modificatorias, refiere que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, establece el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud, y, 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, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3. del citado Documento Normativo, precisa que la Guía Técnica es: "El documento normativo del Ministerio de Salud con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operados seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica";

Que, el artículo 63°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, señala que el Departamento de Gineco-Obstetricia,



es el órgano encargado de la atención integral de la patología Gineco-obstétrica durante el ciclo reproductivo, pre-concepcional y post-concepcional, así como las enfermedades del sistema reproductivo de la mujer; y tiene como una de sus funciones: "f) *proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz*";



Que, el proyecto del documento normativo "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hiperémesis Gravidica", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, tiene como finalidad uniformizar criterios de diagnóstico, manejo y terapéutica de Hiperémesis gravídica, en gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional "Dos de Mayo", basados en recomendaciones con niveles de evidencia que permitan brindar atención de calidad a las pacientes con esta patología;

Que, mediante Informe N° 01-2026-DGO-HNDM, de fecha 15 de enero de 2026, el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, sustenta y justifica la elaboración del proyecto del documento normativo "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hiperémesis Gravidica", del Servicio de Obstetricia, ya que señala, entre otras cosas que: "mediante el manejo precoz de las náuseas y vómitos del embarazo se evitará la progresión a Hiperémesis Gravidica que en casos suele ser devastadora para la salud integral de la paciente y de alto costo para su familia y sociedad";

Que, con la Nota Informativa N° 025-2026-HNDM/OGC, de fecha 21 de enero de 2026, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, señala que el servicio de Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, ha elaborado en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, la mencionada guía, en cumplimiento de la normativa vigente, contando con opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutivo;

Con las visaciones, del Director Adjunto de la Dirección General, del Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 057-2026/MINSA, de fecha 17 de enero de 2026, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERÉMESIS GRAVÍDICA", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que consta de diecinueve (19) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia, difunda, monitoree y supervise el cabal cumplimiento de la Guía aprobada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
DR. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO
Director General
CMP. N° 16688 RNE. 11414

CGMS/RVTC/amdcyd

C.c.:

- Dirección General
- Dirección Adjunta
- Ofic. de Control Institucional
- Departamento de Gineco-Obstetricia
- Ofic. de Gestión de la Calidad
- Ofic. Asesoría Jurídica
- Ofic. Estadística e Informática
- Archivo

HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

GUIA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

**Departamento de Gineco-Obstetricia
Servicio de Obstetricia**

2026

DIRECTIVO

Dr. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO

Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo

Lic. JEANNETTE SUSAN TOLEDO RISCO

Director Administrativo del Hospital Nacional Dos de Mayo

Dra. GLICERIA LAVADO DE LA FLOR

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

Dr. URSO PARRA SALDAÑA

Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia

INDICE

	Pág.
I. FINALIDAD.....	1
II. OBJETIVO.....	1
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	1
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	1
V. CONSIDERACIONES GENERALES.....	2
5.1 Acrónimos, siglas y abreviaturas.....	2
5.2 Definición.....	2
5.3 Etiología.....	2
5.4 Fisiopatología.....	3
5.5 Aspectos epidemiológicos.....	3
5.6 Factores de riesgo asociados.....	3
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	4
6.1 Cuadro clínico.....	4
6.2 Diagnóstico.....	5
6.3 Exámenes auxiliares.....	6
6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.....	6
6.5 Complicaciones maternas.....	10
6.6 Criterios de referencia y contra referencia.....	11
6.7 Flujograma.....	12
VII. ANEXOS.....	13
VIII.BIBLIOGRAFÍA.....	18

Título:

**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE HIPERÉMESIS GRAVIDICA**

I. FINALIDAD.

Uniformizar criterios de diagnóstico, manejo y terapéutica de Hiperémesis gravídica, en gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, basados en recomendaciones con niveles de evidencia que permitan brindar atención de calidad a las pacientes con esta patología y evitando repercusiones sobre el producto.

II. OBJETIVO.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procesos desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con Hiperémesis gravídica en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Apoyar en la toma de decisiones basada en información reciente y con niveles de evidencia a los profesionales médicos involucrados en la atención de la gestante con esta patología.
- Reducir las complicaciones maternas de manera oportuna evitando secuelas para la madre y el feto.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Guía es de aplicación obligatoria para todo el personal profesional médico que labora en el Servicio de Obstetricia y médicos del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo que brindan atención en Emergencia.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Mujeres en edad fértil, en estado de gravidez que acuden con esta patología a los diferentes ambientes hospitalarios: consultorio externo, emergencia u hospitalización a recibir atención médica

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

4.1. NOMBRE:

- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hiperémesis Gravidica

4.2. CÓDIGO CIE 10

CODIGO CIE 10	NOMBRE
021.0	Hiperémesis gravídica leve
021.1	Hiperémesis gravídica con disturbio metabólico

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

Las náuseas y vómitos del embarazo (NV) pueden ser definidos como las náuseas y/o vómitos que se dan comúnmente en el embarazo temprano y que no tienen mayores repercusiones sobre la ingesta. Afectan al 50-80% de las gestantes. Suelen aparecer alrededor de la semana 9 y desaparecen generalmente a las 16 semanas.^{1,2}

5.1 ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

- **N y V:** náuseas y vómitos
- **HG:** hiperémesis gravídica
- **HCG:** Gonadotrofina coriónica humana
- **TSH:** hormona estimulante de la tiroides
- **ACOG:** The American College of Obstetricians and Gynecologists
- **FDA:** U.S. Foods and Drugs Administration
- **VO:** Vía oral
- **EV:** Vía endovenosa
- **IM:** Vía intramuscular



5.2 DEFINICIÓN.

Hiperémesis gravídica (HG) es una forma severa y prolongada de náuseas y vómitos que se produce durante el embarazo. Afecta al 0.3-3% de las embarazadas y consiste en vómitos incoercibles, deshidratación, cetonuria, pérdida de peso mayor al 5% y desequilibrio hidroelectrolítico. Puede ocurrir hasta la semana 16 de gestación. Suele ser un diagnóstico de exclusión, cuando ya se han descartado otras posibles causas.^{1,2}

5.3 ETIOLOGÍA.

La causa suele ser desconocida y multifactorial.^{1,2} hay muchas teorías al respecto: niveles elevados de hormonas (> β HCG, > estradiol) infecciones gastrointestinales, alteraciones de la motilidad intestinal, predisposición genética, juegan un rol importante. Se ha relacionado con infección por *Helicobacter pylori* y factores psicosociales. También con mayor masa placentaria en el caso de embarazos múltiples o enfermedad del trofoblasto y en casos de antecedente de la patología de manera personal o familiar. Se menciona como Adaptación evolutiva, es decir rechazo a sustancias tóxicas y factores genéticos como el gen placentario GDF15, hormona IGFBP7 y Gen R y R2.³

5.4 FISIOPATOLOGÍA.

La HCG y los estrógenos han sido implicados en el origen de la hiperémesis gravídica. Los síntomas se inician en el pico de concentración de HCG y en condiciones asociadas con altos niveles de HCG como gestación múltiple, enfermedad del trofoblasto y trisomía 21.

Niveles elevados de estrógenos se ha visto en pacientes obesas y esto se relaciona con el mismo desorden. Estrógenos y progesterona son causas de náuseas y vómitos por alteración de la motilidad gástrica y enlentecimiento del tránsito intestinal. Otras hormonas implicadas en la patogénesis de la hiperémesis incluyen a la supresión de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y hormonas derivadas del tubo digestivo, ghrelina y leptina. Dos tercios de las pacientes con hiperémesis suelen tener hipertiroidismo. La subunidad α HCG actúa simulando TSH y causa una elevación de la tiroxina libre (T4) que puede incluso ocasionar tirototoxicosis gestacional transitoria pero no agrava el pronóstico de la gestación ni requiere tratamiento. Otras sustancias implicadas son la nesfatin-1 y el péptido YY.

Un incremento de riesgo de hiperémesis gravídica ha sido encontrado en dos metaanálisis en caso de *Helicobacter pylori*.^{1,2,3}

Estudios recientes han demostrado que una predisposición genética puede contribuir a la hiperémesis gravídica, como lo evidencian la agrupación familiar y una tasa de recurrencia significativamente elevada en embarazos posteriores. Estudios han indicado que variantes genéticas específicas, como GDF15 (factor de diferenciación de crecimiento), IGFBP7 y PGR, podrían estar involucradas en el desarrollo de la hiperémesis gravídica debido a su influencia en la placentación, la regulación del apetito y la reacción inflamatoria.¹²



5.5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

HG se presenta en 0.3 -2% de casos y se ha visto cierta asociación con labor de parto pretérmino y preeclampsia.

La prevalencia mundial estimada gira en torno al 1,1%^{1,2,3}. Esta amplia variación en la incidencia se debe a criterios diagnósticos inconsistentes y a variaciones en las poblaciones de estudio, incluidas las diferencias en etnias estudiadas.

La hiperémesis gravídica es la principal causa de hospitalización al inicio del embarazo y ocupa el segundo lugar, después del parto prematuro, como motivo de hospitalización durante la gestación. De hecho, si bien las tasas generales de embarazo han disminuido, un estudio reciente reveló que el número de visitas a urgencias por hiperémesis gravídica ha aumentado de forma constante. También se ha demostrado que la hiperémesis gravídica afecta con mayor frecuencia a pacientes menores de 24 años y de bajos ingresos que a pacientes embarazadas mayores de altos ingresos.^{4,5,6}



5.6 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

En Europa de 955.107 embarazos, 21.702 (2,3%) se clasificaron como hiperémesis gravídica. Se observó un aumento anual promedio del 6,8% (IC del 95%: 5,3-8,3) en la prevalencia de HG.

En Perú, un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal obtuvo una prevalencia del 0.69%⁸. La edad materna más joven, los embarazos múltiples y ciertas afecciones preexistentes se asociaron con un mayor riesgo de HG, siendo el factor más importante la presencia de HG en cualquier embarazo previo (cociente de riesgos [CR]: 8,92; IC del 99%: 8,43-9,44). La

recurrencia de hiperémesis gravídica en el segundo (28,9%) y tercer (54,7%) embarazo fue alta.⁵

5.6.1 MEDIO AMBIENTE.

- Gestantes con incremento de la masa placentaria incluyendo embarazo molar y gestación múltiple.
- Aborto, nuliparidad, adolescencia, período intergenésico prolongado.
- Hipertiroidismo, enfermedad vestibular, desórdenes gastrointestinales.
- Pobre masa corporal antes del embarazo^{4,5,6}

5.6.2 ESTILOS DE VIDA.

El uso de alcohol, tabaco, pueden empeorar el pronóstico de la HG.

5.6.3 FACTORES HEREDITARIOS.

Puede existir predisposición genética sobretodo en parientes de primera línea, comprobados por estudios en hermanos y gemelos.

Sexo fetal femenino incrementa el riesgo 1.5 veces, trisomía 21 e hydrops fetalis en menor grado.^{5,6}



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1 CUADRO CLÍNICO.

6.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Pérdida de peso de > 5 % de peso preconcepcional.
- Mucosas secas, piel poco turgente.
- Hipotensión, taquicardia.
- Náuseas y vómitos, hipersensibilidad olfatoria, sialorrea, intolerancia a alimentos sólidos y líquidos (Ver Tabla 1).
- Desnutrición, deshidratación, disturbios hidroelectrolíticos incluyendo hiponatremia, hipocalcemia e hipokalemia y en casos severos acidosis metabólica hipoclorémica o Encefalopatía de Wernicke por déficit de tiamina. Hiperemesis severa puede causar sangrado digestivo alto o Síndrome de Mallory Weiss y casos de ansiedad y depresión.^{1,2,7,9,10}



6.1.2 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

Las náuseas con o sin vómito en el inicio del embarazo (NVP) son muy comunes (50–80%). Si los vómitos son severos son denominados hiperémesis gravídica. 0,3 – 3% HG. Los criterios citados para definir HG incluyen vómitos persistentes y deshidratación aguda, hambruna (cetonuria) y pérdida de peso >5%. Es un diagnóstico por exclusión. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda el tratamiento temprano de las náuseas y los vómitos del embarazo para detener la progresión a hiperémesis gravídica.

6.1.3 GRÁFICOS Y DIAGRAMAS.

TABLA N° 01

ESCALA DE CUANTIFICACIÓN DE PUQE

Pregnancy Unique Quantification of Emesis (PUQE) score

	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Duración de las náuseas en las últimas 12 horas	0	≤ 1 hora	2 - 3 horas	4 - 6 horas	≥ 6 horas
Número de episodios de vómitos en las últimas 12 horas	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	≥ 7
Número de episodios de arcadas en las últimas 12 horas	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	≥ 7

Score: 4 - 6 puntos: náuseas y vómitos leves del embarazo

7-12 puntos: náuseas y vómitos moderados del embarazo

≥13 puntos: náuseas y vómitos severos del embarazo: Hiperémesis Gravidica

FUENTE: Koren G, Piwko C, Ahh E et.al. Validation studies of the *Pregnancy Unique Quantification of Emesis (PUQE)* scores. *J Obstet Gynaecol* 2005; 5:241



6.2 DIAGNÓSTICO.

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico es de exclusión. La elaboración de la historia clínica, el examen físico y los test de laboratorio sirven para excluir otras causas. ^{1,2}

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ^{1,2,6,7,8,11}

- Patología gastrointestinal: gastroenteritis bacterianas, hepatitis, gastroparesias, litiasis vesicular, colecistitis, úlcera péptica, pancreatitis, apendicitis, obstrucción intestinal
- Pielonefritis
- Condiciones metabólicas: cetoacidosis diabética, tirotoxicosis, hiperparatiroidismo, porfiria, insuficiencia adrenal
- Intolerancia al hierro
- Patología neurológica: migraña, pseudotumor cerebral, lesiones vestibulares, tumores del sistema nervioso central
- Toxicidad a drogas



- Condiciones relacionadas al embarazo: falla aguda hepática, preeclampsia

6.3 EXAMENES AUXILIARES.

6.3.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA^{1,2,3,10}

- Dosaje de electrolitos puede revelar hiponatremia, hipokalemia, y bajos niveles séricos de úrea.
- Examen completo de orina: cetonuria o proteinuria.
- Enzimas hepáticas elevadas 2 a 3 veces por encima de lo normal.
- Bilirrubina sérica < de 4mg/dl.
- Amilasa y lipasa séricas elevados 5 veces más de lo habitual.
- Hematocrito elevado por depleción de volumen.
- Magnesio y Calcio pueden estar disminuidos.
- TSH y T4 libre: hipertiroidismo transitorio ocurre en 2/3 de gestantes con hiperémesis. Este hipertiroidismo se resuelve a las 18 semanas de gestación.



6.3.2 DE IMÁGENES

- Ultrasonido para evaluar gestaciones múltiples o embarazo molar.
- Si la paciente tiene dolor asociado en cuadrante superior derecho puede evaluarse enfermedad del tracto biliar.



6.3.3 DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS: INTERCONSULTAS

- Dosaje de hormonas tiroideas e Interconsulta a Endocrinología.
- Electrocardiograma: en pacientes que reciben Ondansetron y tienen riesgo de arritmia (prolonga intervalo QT). La literatura es controversial. No se ha demostrado que su uso en el primer trimestre se asocie a alteraciones del macizo facial.
- Evaluación por psicología o psiquiatría en caso de ser necesario.
- Interconsulta a Gastroenterología.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.^{3,7,9,10}

- Se requiere que la paciente evite grandes comidas que distiendan la cavidad gástrica.
- Pequeñas raciones de comida con regular frecuencia (cada 1 o 2 horas) deben ser administradas.
- Preferir alimentos secos, con alto contenido proteico y galletas saladas.
- Evitar alimentos de olores y sabores fuertes, picantes.

- No administrar suplementos de hierro.
- Puede administrarse ácido fólico 5 mg/24 h hasta la semana 12.
- Terapia alternativa con jengibre (Kion), tiene efecto antinauseoso, pero no disminuye los vómitos. Tiene efecto anti-inflamatorio disminuye el tromboxano B (2) y la PG E (2) en animales. No debe ser usado en pacientes anticoaguladas.
- Acupuntura y acupresión en el punto 6 de Neiguan (muñeca) no ha demostrado tener efectos significativos en la reducción de N y V.
- Para prevenir la admisión y readmisión de pacientes con HG se requiere controles prenatales más frecuentes, seguimiento y monitoreo y soporte emocional.

6.4.2 TERAPÉUTICA.^{14,15}

- Para aliviar los síntomas puede utilizarse antieméticos orales en casos de náuseas y vómitos leves o moderados (Score de PUQE) que se manejan ambulatoriamente
- Se debe prevenir y tratar complicaciones como la deshidratación y desequilibrio electrolítico evitando el deterioro de la función renal.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- No responde a tratamiento ambulatorio.
- No tolera antieméticos por vía oral.
- Cetonuria y/o pérdida de peso > de 5% a pesar del uso de antieméticos Orales.
- Cambios en la volemia y alteraciones electrolíticas.

FÁRMACOS:

Suelen brindarse de manera escalonada y progresiva.

- Piridoxina (vitamina B6): categoría A- FDA
Efectiva en reducir las náuseas, pero no los vómitos (**Nivel de Evidencia 1-a**). La dosis recomendada es de 10-25 mg cada 6-8 h si se administra por vía oral y 250 mg /24 h si es intravenoso. Puede usarse solo o en combinación con antihistamínicos.
- Fluidoterapia: con suero fisiológico al inicio y la corrección adecuada de electrolitos, luego con dextrosa al 5-10% con electrolitos, teniendo cuidado con el potasio 1mEq/K/días divididos en 3 dosis de suero a administrar
- Tiamina (vitamina B1) 100 mg por día por 3 días; iniciar previo al uso de Dextrosa, en la prevención de la Encefalopatía de Wernicke
- Antihistamínicos (antagonistas del receptor 1)
Doxilamina: categoría A-FDA (**Nivel de Evidencia 2-b**)
Piridoxina con Doxilamina (en casos de tolerancia oral) 10mg-10-mg vía oral, con dosis inicial nocturna de 20mg/20mg y luego 3 veces al día 10mg/10 mg. (**Nivel de Evidencia 1-a**)



Dimenhidrinato: categoría B – FDA, se administrará 50-100 mg c/ 4 - 6 horas dependiendo si va solo o asociado con Doxilamina.

- Antagonistas de la dopamina (Metoclopramida) Categoría B- FDA

Reduce las N y V en la gestación, pero su uso en la HG es inferior a otras sustancias. **(Nivel de Evidencia 1-a/ 3)**

Usar 10mg EV/VO cada 8 h. Si la gestante presenta depresión evitar su uso. Puede ocasionar desórdenes extrapiramidales, psiquiátricos y sequedad de boca.

- Antagonista del receptor de Serotonina 5-HT3 (Ondansetron) Categoría B -FDA

Como fármaco de segunda línea. La dosis es de 4-8 mg EV o por vía oral. Su uso se ha relacionado con efectos teratogénicos cuando se administra en el primer trimestre. Se reporta alteraciones del macizo facial y defectos del septo ventricular. En contraste con estos resultados existen estudios de cohorte en USA de un millón de pacientes (2014) en que no se reporta mayor riesgo **(Nivel de evidencia 2-b).**¹⁶

- Corticosteroides: Metilprednisolona Categoría C-FDA; en casos refractarios de HG, por cortos períodos de tiempo. No se ha demostrado que produzca malformaciones del macizo facial por la inactivación por metabolismo de la enzima placentaria 11- β -hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 2, al cruzar la placenta.

La dosis es de 125 – 250 mg cada 12 o 24 horas EV ¹⁶

- De manera complementaria puede utilizarse antiácidos que contienen aluminio o calcio; especialmente en aquellas pacientes con reflujo o acidez estomacal. El efecto beneficioso se observa entre dos o tres días.

RECOMENDACIONES

CON BUENA Y CONSISTENTE EVIDENCIA CIENTÍFICA (NIVEL 1-a)

- El tratamiento de náuseas y vómitos del embarazo con Piridoxina (B6) sola o con Piridoxina + Doxilamina es seguro y efectivo y puede ser considerado terapia de primera línea. El tratamiento farmacológico escalonado evita la progresión a hiperémesis gravídica.
- La recomendación estándar de tomar vitaminas por un mes previo a la fertilización puede reducir la incidencia y la severidad de las náuseas y vómitos
- El manejo apropiado de las pruebas de función tiroidea atribuibles a tirotoxicosis transitoria o hiperémesis gravídica o ambas, incluye terapia de soporte y no están recomendadas las drogas antitiroideas.

CON LIMITADA O INCONSISTENTE EVIDENCIA CIENTÍFICA (NIVEL 2-b)

- El tratamiento de náuseas y vómitos del embarazo con kion ha demostrado algunos efectos beneficiosos en reducir las náuseas y puede considerarse una opción no farmacológica.
- El tratamiento de náuseas severas y vómitos del embarazo o hiperémesis gravídica con metilprednisolona puede ser eficaz en casos de refractariedad, no se ha demostrado mayor riesgo de su uso y su relación con malformaciones del macizo facial.



BASADAS PRIMARIAMENTE EN CONSENSOS U OPINIÓN DE EXPERTOS (NIVEL 1-c)

- El tratamiento temprano de las náuseas y vómitos del embarazo pueden ser beneficiosas para prevenir la progresión a hiperémesis gravídica.
- Hidratación endovenosa debe ser usado para la paciente que no tolera líquidos por vía oral por un prolongado período o cuando existan signos de deshidratación severa. Corrección de la cetosis y deficiencia vitamínica deben ser fuertemente considerados. Dextrosa y vitaminas deberían estar incluidos en la terapia cuando los vómitos prolongados están presentes y la tiamina debe ser administrada para prevenir la Encefalopatía de Wernicke.
- Alimentación enteral (nasogástrica o nasoduodenal) debería ser iniciada como primera línea de tratamiento en casos de hiperémesis gravídica que no responde a la terapia y cuando la gestante no pueda mantener su peso.
- Catéteres centrales insertados periféricamente no deben usarse rutinariamente en gestantes con hiperémesis debido al potencial riesgo de morbilidad materna.

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS COLATERALES CON EL TRATAMIENTO.



- El uso de Metoclopramida y Fenotiazinas puede incrementar el riesgo de efectos extrapiramidales y rara vez síndrome neuroléptico maligno. No causa efectos en el feto
- La combinación de piridoxina con Doxilamina puede causar somnolencia, efecto sobre el SNC de la madre, sin afectar al feto
- Hay inconsistente evidencia de efectos del Ondansetrón sobre el feto. En la madre somnolencia, fatiga y constipación. Puede prolongar el intervalo QT^{10,17,18}
- En caso de uso de Corticosteroides, categoría de riesgo C para gestación y lactancia, se ha demostrado que no produce alteraciones del desarrollo neurológico ni alteraciones estructurales.^{10,17,18}



6.4.4 SIGNOS DE ALARMA.

- Intolerancia a la ingesta de alimentos y/o medicamentos
- Vómitos incoercibles
- Pérdida de peso
- Signos de deshidratación

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA.

- La vía EV se retirará de manera gradual y la paciente podrá ser dada de alta 48 horas después que tolere la vía oral.
- Se recomienda dieta fraccionada, cada una o dos horas, evitando la distensión gástrica.
- No existe una dieta ideal, pero se aconseja dietas ligeras con mayor porcentaje de proteínas que de carbohidratos y más líquidos que sólidos

- Evitar comidas picantes o grasas.
- Eliminar complementos de hierro y sustituirlos por ácido fólico.
- Puede ser útil, en los casos leves y moderados, el uso de cápsulas de kion (ginger) y/o acupuntura o acupresión. La paciente podrá adoptar este tratamiento complementario en forma extrahospitalaria.

6.4.6 PRONÓSTICO.

Suele ser favorable y requiere apoyo multidisciplinario. Algunas pacientes optan por solicitar la interrupción de la gestación ante la refractariedad del tratamiento, y en estos casos es necesario reconocer la carga física y psicológica que la hiperémesis ejerce sobre la paciente, incluso el costo laboral.

Estudios que examinaron a niños expuestos a hiperémesis gravídica indicaron una mayor incidencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno del espectro autista (TEA), así como problemas de desarrollo cognitivo y motor, y un estudio de neuroimagen reveló una reducción del volumen cortical cerebral. En consecuencia, la evidencia sugiere que la hiperémesis gravídica puede conllevar un riesgo pequeño, pero considerable, de consecuencias a largo plazo para la salud de la descendencia. Sin embargo, esto se basa en un número limitado de estudios.^{16,18}



6.5 COMPLICACIONES MATERNAS

- La persistencia de náuseas y vómitos por 3 o más semanas puede resultar en deficiencia de vitamina B1- tiamina y producir Encefalopatía de Wernicke. La triada consiste en oftalmoplejía, ataxia de la marcha y confusión mental y con menor frecuencia pérdida de memoria, apatía, alteración de la conciencia y cambios visuales. El tratamiento con Vitamina B1 revierte los síntomas, pero la falta de tratamiento ha sido asociada con muerte materna y fetal. La dosis es de 100 mg de tiamina EV o IM junto con el manejo de fluidos, previo al uso de glucosa durante 3 días.
- La rápida corrección de hiponatremia con fluidos EV puede resultar en Mielinolisis Pontina central o Síndrome de desmielinización osmótica.
- Los vómitos exigentes pueden ocasionar sangrado esofágico llamado Síndrome de Mallory-Weiss e incluso rotura esofágica, neumomediastino y desprendimiento de retina.
- Necrosis tubular aguda puede requerir diálisis.
- Rotura diafragmática, neumotórax, neumomediastino, avulsión esplénica, pueden presentarse con menor frecuencia como Síndrome de Boerhaave. (ACOG) que es una laceración transmural.
- Hipoprotrombinemia puede ser causada por déficit de vitamina K.
- En casos de hipokalemia con deshidratación severa, con o sin realimentación, puede ocurrir disfunción neuromuscular y rabdomiólisis.
- Depresión, puede ser causa o efecto de la Hiperémesis gravídica.



COMPLICACIONES PERINATALES

- Algunos estudios han reportado Restricción del crecimiento intrauterino y otros ninguna diferencia de peso o APGAR al nacer, aunque existen reportes que refieren un mayor riesgo de ingreso a UCIN.

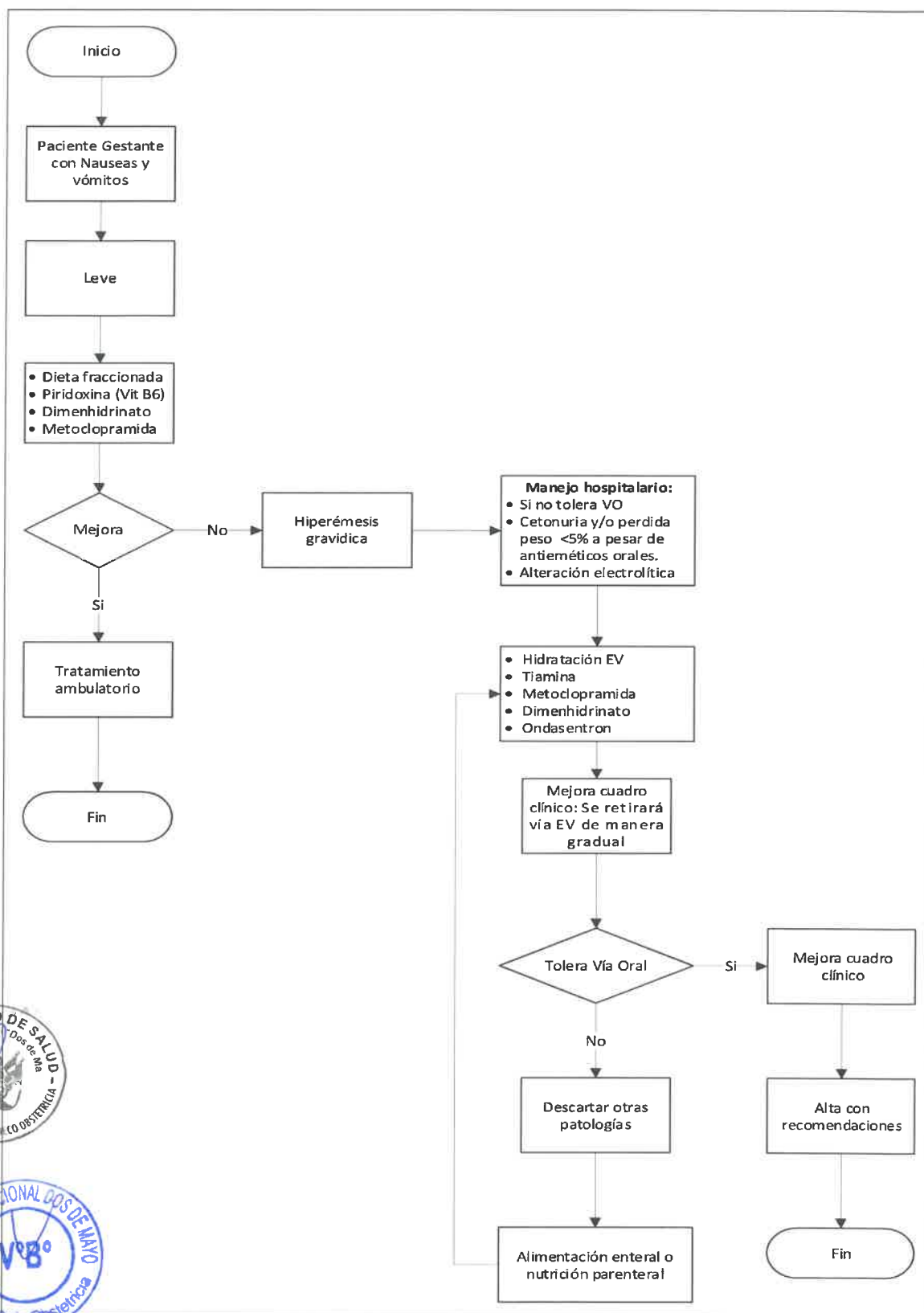
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.

Manejo en III nivel: El Hospital Nacional Dos de Mayo es de categoría III-1 y es de referencia a nivel nacional, por lo que brindará tratamiento a los pacientes con Hiperémesis grávida que sean referidos para su manejo.

El Hospital Nacional Dos de Mayo, realizará la contrarreferencia de los pacientes cuando estén en condiciones de Alta; reservándose la atención de las pacientes con complicaciones por esta patología.



6.7 FLUJOGRAMA: MANEJO DE NÁUSEAS Y VÓMITOS



VII. ANEXOS

ANEXO N°01

NIVEL DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación
1-	Metaanálisis de gran calidad RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria de riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohorte o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

* Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-” no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

** National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London. NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.



GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACION
A	Al menos un Metaanálisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestre globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal.
D (BPP)	Un buen punto de practica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía.

Símbolos empleados en las tablas de evidencias y recomendaciones de esta guía:

Evidencia



Recomendación



Punto de buena práctica



ANEXO N° 02: FORMATO DE ADHERENCIA A GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA SUPERVISIÓN DEL JEFE DE SERVICIO *

	PERU	MINSA	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A GUIA DE PRACTICA CLINICA	
Departamento:		Gineco-Obstetricia		Servicio:	Obstetricia
				N° Historia Clínica:	
Profesional que evalúa:					
Patología Evaluada		Hiperémesis Gravídica		CIE X.	O21.1
Fecha de la evaluación				Día de hospitalización	

CRITERIOS SEGÚN GUIA DE PROCEDIMIENTOS		CUMPLIMIENTO		NO APLICA	OBSERVACIONES
		SI	NO		
1.	CUADRO CLÍNICO				
	Signos y síntomas				
2.	DIAGNÓSTICO:				
	Criterios diagnósticos				
3.	EXÁMENES AUXILIARES:				
	Patología Clínica				
4.	MANEJO:				
	Imágenes				
5.	COMPLICACIONES				
	Medidas Generales				
6.	¿Si hubo, se manejaron de acuerdo con la GPC?				
	Terapéutica				
7.	CRITERIOS DE ALTA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA				
	Criterios de Alta				
8.	Criterios de referencia (si hubo necesidad)				
	Criterios de contrarreferencia				
9.					
10.					

Instructivo: Registrar la suma de cada ítem, y porcentaje de cumplimiento de la adherencia, abajo, en caso de no aplicar omitir ítem y sumar solo los que aplican.



CRITERIOS EVALUADOS	
CRITERIOS CUMPLIDOS	
% Criterios Cumplidos	

FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR

***no es parte de la historia clínica**

ANEXO N° 03: INDICADORES

1.- De adherencia a la GPC:

Número de historias clínicas con Hiperémesis grávida evaluadas
con adherencia > 90% a GPC

Número de historias clínicas auditadas con diagnóstico de
Hiperémesis Grávida por mes

2.-De complicaciones:

Número de complicaciones en la HC de pacientes auditadas con
Hiperémesis grávida

Número de historias clínicas auditadas con diagnóstico de
Hiperémesis Grávida por mes



ANEXO N° 04:
DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

El Equipo de trabajo desarrollador de la presente Guía de Práctica Clínica
DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

- a. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
- b. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
- c. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- d. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- e. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Kenneth J. Leveno, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Brian M. Casey, Barbara L. Hoffman, F. Gary Cunningham, Steven L. Bloom, Gastrointestinal disorders, chapter 57, Williams Obstetric, 26 editions, McGraw -Hill Education, 2023. ISBN 9786071518286
2. Steven G. Gabbe, Hervy L. Galan, Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo, Edición 2019, octava edición, Elsevier, ISBN 9788413820163
3. SERRA, Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus, pág 282, 5ta edición, Editorial Masson, ISBN 9788445820490
4. Susan Ramin, MD and Committee on Practice Bulletins; ACOG PRACTICE BULLETIN of Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists Committee on Obstetric Practice— Number 189, January 2023 (Replaces Practice Bulletin 153, September 2015)
5. Martínez de Tejada, B. et al. EJOG. Volumen 304(2025), 115-120. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.11.006>: www.journals.elsevier.com/european-journal-of-obstetrics-and-gynecology-and-reproductive-biology
6. Sarah Pont, Diana M. Bond, Antonia W. Shand, Iqra Khan, Helga Zoega, Natasha Nassar. Acta Obstet Gynecol Scand: Factores de riesgo y recurrencia de la hiperémesis gravídica: un estudio de cohorte de vinculación de registros de base poblacional. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/16000412/2024/103/12>
7. John T. Queenan, MD; Catherine Y. Spong, MD; Charles J. Protocols for High-Risk Pregnancies An Evidence-Based Approach, SEVENTH EDITION, EDITED Lockwood, MD, MHCM. Editorial Wiley Blackwell. 2021. ISBN 9781119635307
8. Cabrera Arroyo E, Cabrera Luna K. Hiperemesis gravídica y peso del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2013;2(1):34–8. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmpn.201318>
9. Kim Campbell, RM, Vancouver BC; Hilary Rowe, BSc (Pharm), ACPR, PharmD, Surrey BC; Hussam Azzam, MD, Thompson MB; Carolyn A. Lane, MD, Calgary AB; The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE No. 339, December 2016 (Replaces #120, October 2002) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
10. Claudia Rueda, Marti Cantallops, Míriam Illa, Montse Palacio. HIPERÉMESIS GRAVÍDICA. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. www.medicinafetalbarcelona.org. Actualización: 14/10/2024. Código Hospital Clínic: MMF-85-2017. Código Sant Joan de Déu: A-OBS-PC-0029-01
11. Clinical Overview, Clinical Key, Nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum, Elsevier Point of care, febrero 2021. Disponible en: http://www.clinicalkey.es/content/clinical_overview/67-s2,0-639def4b-3a08-4947-bac5-7687fb04d12b
12. Shilpa Mehra, John F Reinus, 593-605e9. Gastrointestinal and hepatic disorders in the pregnant patient
13. Elsa S. Vadakekut; Heba Mahdy.: Hyperemesis Gravidarum. Update: July 6, 2025. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
14. Motherisk—Sistema de puntuación PUQE (cuantificación única del embarazo de emesis y náuseas) para náuseas y vómitos del embarazo. Koren, Gideon y otros. AJOG, Volumen 186, Número 5, S228-S231. Disponible en: <https://doi.org/10.1067/mob.2002.123054>



15. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jan;198(1):71. e1-7. [PubMed]
16. Nijsten K, Jansen LAW, Limpens J, Finken MJJ, Koot MH, Grooten IJ, Roseboom TJ, Painter RC. Resultados de salud a largo plazo en niños nacidos de madres con hiperémesis gravídica: una revisión sistemática y un metanálisis. *Am J Obstet Gynecol*. Septiembre de 2022; 227 (3):414-429.e17. [PubMed]. Disponible en: [https:// doi/ 10.1016/j.ajog.2022.03.052](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.03.052). E pub 30 de marzo de 2022.
17. Morgan H., Ahmed H., Williamson C. Hyperemesis Gravidarum in the Primary Care Setting: Cross-Sectional Study of GPs. *BJGP Open*. 2022; 6:1–10. [PubMed] Disponible en: [https://doi.org/ 10.3399/BJGPO.2021.0119](https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0119).
18. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Intervenciones para el tratamiento de la hiperémesis gravídica. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010607.pub2> , 2016.
19. Nelson- Piercy C, Dean C, Shehmar M, Gadsby R, O'Hara M, Hodson K, et al; on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. (Green-top Guideline No. 69). *BJOG*. 2024;131(7): e1 e30. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.1773>

