



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo Previo a la Obtención del
Grado Académico de Obstetríz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Conducta obstétrica en múltipara de 26 Años con hiperémesis gravídica.

AUTORA

Joselyn Tatiana Delgado Zambrano

TUTOR

Dra. Aida Castro Posligua, PhD

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2021



INDICE GENERAL

TEMA:	1
INTRODUCCIÓN	2
I. MARCO TEÓRICO	3
1.1 JUSTIFICACIÓN	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo general.	10
1.2.2 Objetivos específicos.	10
1.3 Datos generales.	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	12
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	13
2.3 Examen Físico (exploración clínica)	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	14
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	18
2.8 SEGUIMIENTO.....	19
2.9 OBSERVACIONES.....	21
CONCLUSIONES.	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	25
PALABRAS CLAVES:	27



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Índice de tablas:

Tabla 1 Datos personales extraídos de historia clínica.....	11
Tabla 2 Datos Gineco-Obstétricos	12
Tabla 3 Valoración de score mama.....	14
Tabla 4 Exámenes de laboratorio.....	14



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



TEMA:
CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTÍPARA DE 26 AÑOS CON
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA.



INTRODUCCIÓN

Aunque se desconoce la causa exacta de las náuseas y los vómitos durante la gestación, se toman en cuenta factores que influyen en esta patología como lo son la elevación rápida de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana o (GCH) la cuál es liberada por la placenta. Esta situación podría agudizarse en pacientes con mola hidatiforme o embarazos gemelares por el incremento superior de dicha hormona.

Es por esta razón que ante la sospecha de hiperémesis gravídica el profesional deberá realizar distintas pruebas diagnósticas como lo son, la evaluación de cetonas en orina, el nivel de las hormonas tiroideoestimulantes, electrolitos séricos, las transaminasas, el nitrógeno ureico en sangre, creatinina, el magnesio, el fósforo e incluso el peso corporal. Además de incluir ecografía para el posible diagnóstico de mola hidatiforme o embarazo multifetal.

Durante el desarrollo en la resolución del presente caso se detallan dichas pruebas que fueron necesarias para el diagnóstico oportuno de hiperémesis gravídica asimismo como el protocolo llevado a cabo para el manejo de la paciente con el fin de la reincorporación su estado de salud y el logro de la estabilidad en la viabilidad fetal.



I. MARCO TEÓRICO

Hiperémesis gravídica.

Las náuseas y los vómitos en el embarazo son un síntoma bastante frecuentes y de duración aproximada que abarca el primer trimestre de gestación. De forma natural se presentan con uno a dos vómitos por día más una tolerancia correcta a la alimentación. Aparecen aproximadamente en la semana 9 y suelen desaparecer alrededor de la semana 16 en un 90% de las embarazadas.

Sin embargo, la hiperémesis gravídica ya incluye la forma más grave de las náuseas y los vómitos, en cuya situación los vómitos persisten durante todo el día adicional a la intolerancia de la ingesta, provocando ya signos físicos como pérdida ponderal del peso, deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas.

(Rueda, 2020)

Afecciones de la hiperémesis gravídica en la madre y el producto:

En la madre: Esta patología está fuertemente asociada a cuadros depresivos, síntomas psicossomáticos, hipocondría, ausentismo laboral prolongado y dificultades de pareja. Si no es tratada a tiempo podría ser la causante de encefalopatías por déficit de vitaminas del grupo (B), lesiones de esófago y del bazo, incluso neumotórax y alteraciones en la función renal. Cabe recalcar que gracias a la buena disponibilidad de tratamiento la mortalidad es escasa o propiamente nula.

En el feto: Las propias náuseas y vómitos no tienen influencia en el estado del feto sin embargo la hiperémesis gravídica puede provocar el nacimiento con bajo peso sin aumento de probabilidad de malformaciones, tampoco se asocia al aborto puesto que como explicación se podría decir que la hormona



causante de dichos síntomas es también la encargada del sostener el embarazo. **(Condes, 2021)**

Etiología.

Aunque se desconoce la etiología de la hiperémesis gravídica, se han sugerido muchas causas por estar estrechamente relacionadas a tal patología de las cuales se destacan las siguientes:

1. **Niveles altos de Gonadotropina Coriónica Humana (GCH):** Su estructura es muy similar a la hormona estimulante de la glándula tiroidea θ -(TSH). Es decir que la GCH en su máxima producción podría dar lugar al hipertiroidismo transitorio y con ello causar síntomas de hiperémesis, esta conclusión explicaría la enfermedad trofoblástica en mujeres con gestaciones múltiples.
2. **Predisposición familiar y/o personal:** Puede existir una tendencia de aparecer hiperémesis en hijas o hermanas de mujeres que la padecieron en sus embarazos y mencionando antecedentes personales puede ser en embarazos anteriores de la paciente, que aumentan la probabilidad de volver a repetir el cuadro. **(Rueda, 2020)**
3. **Dieta rica en grasas:** Se han relacionado con mayor frecuencia a los casos de hiperémesis gravídica por lo cual una de las principales indicaciones ante los vómitos en el embarazo es reducir las grasas en la dieta.
4. **Presión abdominal:** Con el avance de las semanas de gestación el feto y el útero aumentan de tamaño causando desplazamiento de las vísceras abdominales internas, esta presión logra que el contenido gástrico se predisponga a ascender como en el reflujo.



5. **Helicobacter pylori:** Se desconoce la manera en asociarse a la patología de hiperémesis, pero su importancia en mencionarla nace de la coincidencia de hasta un 85 y 90% de casos de hiperémesis en pacientes con Helicobacter.
6. **Embarazos múltiples:** A mayor producción de la hormona del embarazo, existirá un evidente aumento de síntomas.
7. **Obesidad:** Las pacientes con masa corporal mayor a 30 kg/m², tienen mayor probabilidad de atravesar esta patología y aunque anteriormente se pensaba que la explicación era física por la compresión de vísceras se llegó a denotar una relación con alteraciones hormonales y metabólicas. **(Corralo, 2020)**
8. **Déficit nutricional:** Incluyen vitamina B6, B1, vitamina K y algunos oligoelementos como el cobre y zinc. **(Alvarez, 2020)**

Fisiopatología.

Como ya se mencionó anteriormente, no se puede afirmar la causa exacta, pero se la relaciona principalmente con concentraciones séricas altas de GCH, estrógenos o ambas, explicando así que los receptores de Gonadotropina coriónica Humana y luteinizante (GCH/LH) se encuentra localizado en las células del cuerpo lúteo el ovario, mismo que produce el estímulo de la progesterona a la decidua para que exista la comunicación inicial entre el blastocito con el endometrio.

Asimismo, se encuentra presente en distintas áreas del cerebro, las cuales son el hipocampo, tallo cerebral e hipotálamo, lo cuál daría explicación a hiperémesis. La GCH provoca esta patología estimulando la vía secretora del tracto gastrointestinal superior. Y como dato extra se han asociado los casos



graves de hiperémesis a la probabilidad de 1.5 veces de tener un feto de sexo femenino apoyando la hipótesis de los estrógenos.

Por otra parte, el estrógeno es causante de vaciamiento gástrico y enlentecimiento en la motilidad gastrointestinal alterando el PH y dando lugar a infecciones como la de *Helicobacter pylori*.

Y por último no se pueden descartar los componentes psicológicos relacionados al embarazo que pueden influir en la patología de hiperémesis. **(Sibaja, 2019)**

Factores de riesgo que están asociados a hiperémesis gravídica.

- Enfermedad del trofoblasto.
- Embarazo múltiple.
- Hipertiroidismo.
- Primigestas adolescentes.
- Enfermedades hepáticas crónicas.
- Hábitos tóxicos (tabaquismo)
- Sobrepeso.
- Feto de sexo femenino.
- Factores psicológicos (embarazos no deseados)
- Pacientes añosas.
- Antecedentes familiares y personales **(Ramos, 2016)**

Diagnóstico.

Se sospecha de hiperémesis gravídica en función de los siguientes datos: Inicio y duración de los vómitos, factores que alteran dicha condición y los que la alivian, además del tipo y la cantidad de vómito. Las medidas en serie del



peso y el descarte de otras patologías asociadas pueden ayudar con el diagnóstico. **(Dulay, 2020)**

Pruebas de laboratorio: cetonas en la orina, perfil hepático, electrolitos séricos, perfil tiroideo, perfil pancreático, el nitrógeno ureico en sangre, creatinina, el magnesio y fósforo. **(Silva, 2006)**

Tratamiento.

Consideraciones generales:

- En caso de tolerar ingesta mínima, hacerlo en pequeñas cantidades masticando bien, además evitar la exposición a olores y movimientos que provoquen náuseas, reposar después de los alimentos sin acostarse y evitar la suplementación con hierro hasta conseguir mejoría.
- Las náuseas y los vómitos deberán ser tratados con antieméticos en la atención primaria de salud.
- **Se decide ingreso cuando:** existen náuseas y vómitos descontrolados y continuos con acción concomitante de cetonuria y/o pérdida del peso corporal superior al 5%, a pesar de el empleo de antieméticos orales, además de sospecha o confirmación de infección de tracto urinario con incapacidad de tolerar antibióticos por vía oral.
- El tratamiento de primera línea incluye a los antihistamínicos H1.
- Las gestantes que no responden a un solo antiemético deberán ser manejadas con combinaciones de fármacos.
- En hiperémesis gravídica severa la vía parenteral y rectal resultarán más eficaces.
- Se usan los corticoesteroides frente a los fracasos en terapias convencionales.
- Suplementación de tiamina (vitamina B1) orales o intravenosos.



- **Antieméticos:**

Antihistamínicos H1, antagonistas dopaminérgicos (metoclopramida), ondasetrón, corticoesteroides.

- **Hidratación:**

Intravenosa con solución salina y cloruro de potasio bajo control de electrolitos.

(Calabozo, 2016)



1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso se considera de suma importancia en la salud pública, ya que la hiperémesis gravídica ha llegado a afectar a gran número de gestantes desencadenando problemas que pone en riesgo el bienestar materno-fetal.

Razón por la cuál se pretende dar a conocer los resultados de un buen programa nutricional ante un caso de hiperémesis gravídica que incluye malnutrición materna. Además, se espera que el presente trabajo pueda cooperar como fuente de investigaciones similares que puedan ser llevadas a cabo a nivel local provincial y nacional, aportando con la recopilación de datos necesarios para concientizar en gestantes lo conveniente que resulta la prevención y/o diagnóstico oportuno de dicha patología.

El embarazo debería ser considerado una de las mejores etapas en la vida de la mujer, sin embargo, múltiples factores han afectado esta visión de dicha etapa. Como lo han sido las condiciones patológicas que se presentan durante el embarazo y entre las mismas la hiperémesis gravídica destaca por su frecuencia, es decir que son muchas las mujeres expuestas a las molestias que conlleva atravesar una hiperémesis gravídica y por lo cual no se debe dejar de difundir información que puedan ayudar a abarcar esta población con conocimiento fundamental de su existencia para buscar ayuda a tiempo además de identificarla sin necesidad de pertenecer al personal de salud.



1.2 OBJETIVOS.

1.2.1 Objetivo general.

- Conocer la conducta obstétrica a seguir en multípara de 26 años con hiperémesis gravídica.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Conocer datos fundamentales de la hiperémesis gravídica que involucra la historia natural y social que tiene este tipo de patología en la gestante.
- Analizar las causas y factores de riesgo de la hiperémesis gravídica.
- Comprender la relevancia del tratamiento oportuno de hiperémesis gravídica.



1.3 Datos generales.

Tabla 1 Datos personales de paciente

Sexo	Femenino
Nacionalidad	Ecuatoriana
Edad	26
Nivel de instrucción	Secundaria
Estado civil	Soltera
Ocupación	Ama de casa
Religión	Católica
Nivel sociocultural/económico	Bajo
Raza	Mestiza
Fecha de última menstruación	14/11/2020
Dirección	Calle Sucre y Azuay
Hospital	Alfredo Noboa Montenegro

Fuente: Historia clínica de paciente.



II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

- **Motivo de consulta:** Paciente de 26 años de edad acude a emergencia por presentar cuadro clínico de aproximadamente 6 horas de evolución, caracterizado por dolor en epigastrio acompañado de vómito de moderada cantidad, cefalea constante y salivación excesiva.
- **Antecedentes e historial clínico:**
 - **Personales:** no refiere
 - **Familiares:** no refiere
 - **Quirúrgicos:** no refiere
 - **Alergias:** no refiere
 - **Hábitos nocivos:** no refiere

Tabla 2 Datos Gineco-Obstétricos

Menarquia	13 años
Ciclos menstruales	5/30
Inicio de vida sexual	16
Planificación familiar	Hormonal
Parejas sexuales	1
Gestas	4
Partos	4
Cesáreas	0
Abortos	0



Periodo intergenésico.	2 años
Fecha de última regla	14/11/2020
Controles prenatales en embarazo actual.	1
Ecografías realizadas	1
Edad gestacional	18sg
Papanicolaou	Ninguno

Fuente: Historia clínica de paciente.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Durante las 6 horas de evolución del cuadro clínico la paciente refiere que las nauseas son incontrolables y que no tolera la ingesta, puesto que todo lo que ingiere lo vomita, incluyendo el agua, además que seguido a los vómitos el dolor de cabeza se hizo cada vez más latente por lo que también refiere sentirse agitada y con agotamiento físico.

2.3 Examen Físico (exploración clínica)

- Conjuntivas pálidas, vías aéreas libres, pabellón auditivo sin anomalías, mucosas orales húmedas y normocoloreadas.
- Cuello sin adenopatías.
- Tórax: simétrico, ruidos cardiacos rítmicos presentes, campos pulmonares ventilados.
- Mamas simétricas, aumentadas en volumen, no se palpan ganglios.
- Abdomen distendido, ruidos hidroaereos presentes y normales.
- Extremidades sin edema.



Tabla 3 Valoración de score mama

TA sistólico	100mg
TA diastólico	60mg
Frecuencia cardiaca	86
Frecuencia respiratoria	21 por minuto
Temperatura	36.2 °C
Saturación de oxígeno	99%
Estado e conciencia	Alerta
Proteinuria	No aplica

Fuente: Historia clínica de paciente.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Reporte ecográfico: Producto único, vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto. (fetometría con estándares normales)

Tabla 4 Exámenes de laboratorio

Glóbulos blancos	11.90 ul/mm
Glóbulos rojos	3.17 ul/mm
Hemoglobina	11.7 g/dl
Hematocrito	22.1 %
Volumen corpuscular medio	27.80
Concentración de hemoglobina	33.70



corpuscular medio	
Distribución de glóbulos rojos-SD	43.20
Plaquetas	212.0
Volumen plaquetario medio	11.55
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	Positivo
Tiempo de protrombina	13.8
Glucosa en ayunas	78 mg/dl
Urea	16.0 mg/dl
Creatinina	0.46 mg/dl
Acido úrico	5.1 mg/dl
Transaminasa pirúvica (ALT)	8 u/l
Transaminasa oxalacética (AST)	16 u/l
Prueba cualitativa para sífilis	No reactivo
Láctica deshidrogenasa	486.ui/l
Tiempo de tromboplastina	42.4

Fuente: resultados de laboratorio clínico.



2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnóstico presuntivo:** Gastroenteritis – hiperémesis gravídica.
- **Diagnóstico diferencial:** obstrucción intestinal – migrañas – cetoacidosis diabética – hipertiroidismo.
- **Diagnóstico definitivo:** Embarazo de 18 semanas + gran multiparidad + hiperémesis gravídica

Las patologías de cada diagnóstico se encontraron registradas en el sistema de la unidad de salud, de acuerdo al sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE10, además se incorporó al sistema las siguientes:

Z358 Otras causas que complican el embarazo.

Z354 Supervisión de embarazo con gran multiparidad



2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Origen del problema:

- De acuerdo a lo mencionado anteriormente las hormonas del embarazo han sido las principales causantes de estos síntomas, sin embargo, aunque pareciera fisiológico, amerita un manejo inmediato puesto que, como consecuencia en la hiperémesis, dichos vómitos constantes pueden producir cambios bioquímicos en el funcionamiento del organismo, desencadenando concentraciones bajas de sodio (hiponatremia) y potasio (hipopotasemia). Lo cual contribuye a un desequilibrio hidroelectrolítico que puede presentarse con producción de alcalosis metabólica.

Procedimientos a realizar:

- Ante tal complicación el manejo fue oportuno y preventivo a complicaciones mayores, como lo es la deshidratación excesiva por lo que se decide hospitalización de la paciente para control de vómito y electrolitos con las siguientes indicaciones:
 1. Control de signos vitales.
 2. Rastreo ecográfico de control.
 3. Glucosa en ayunas.
 4. Control de diuresis.
 5. Dieta blanda
 6. Cloruro de sodio al 0.9% a 500ml, 100ml/hora.
 7. Hidratación con sales de rehidratación oral 250 cc cada 15 minutos



8. Infusión de tiamina.
9. Metoclopramida 10 UI cada 12 horas iv.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Sobre el uso justificado de antieméticos:

Es primordial la atención inmediata con antieméticos, esto reflejado a evitar las complicaciones mayores que ponen en riesgo el bienestar materno-fetal: pérdida de peso, deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos y déficit de vitaminas. Otras complicaciones más graves son: lesión esofágica, mielinolisis pontina central, hemorragia retiniana, neumomediastino espontáneo y la encefalopatía de Wernike. **(Franken, 2021).**

Sobre la reposición de líquidos y electrolitos:

Conociendo ya lo complejo que resultaría la pérdida constante de líquidos y electrolitos se puede afirmar que el tratamiento de hiperémesis gravídica es de sostén, debe comprender la reposición intravenosa tanto de líquidos como electrolitos en hospitalización. Luego de corregir la deshidratación, se aconseja en muchos casos la ingesta de porciones pequeñas de alimento ricos en hidratos de carbono y bajo en grasas. **(Elsevier, 2005)**



2.8 SEGUIMIENTO.

Primer día de hospitalización:

Indicación por médico de guardia: estabilización.

- Reposición de líquidos y electrolitos (cloruro de sodio iv + hidratación con sales de rehidratación oral)
- Infusión de tiamina (complejo B)
- Profilaxis con metoclopramida.

Durante las primeras horas frente al manejo farmacológico, paciente responde de manera favorable y progresiva con disminución de cefalea y vómitos y dolor en epigastrio. Por lo que se decide la implementación de dieta blanda en porciones pequeñas.

Segundo día de hospitalización:

Paciente con signos vitales normales, orientada en tiempo y espacio, responde a interrogatorio, hemodinámicamente estable y con buen pronóstico, diuresis conservada, mucosas normales, asintomática.

Indicaciones: mantener misma medicación, cambio a dieta semisólida.

Tercer día de hospitalización:

Paciente clínicamente alerta, orientada en sus tres esferas: tiempo, espacio y persona, evoluciona satisfactoriamente, abdomen globuloso debido a gestación de 18 semanas, con feto saludable bajo control ecográfico.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



No refiere dolor, ni vómitos, ni cefaleas por lo que se decide alta hospitalaria.

Indicaciones: suspensión de vía parenteral, control de signos vitales, alta médica con medicación ambulatoria, dieta general, control por consulta externa,



2.9 OBSERVACIONES.

El presente caso trata de una paciente con apenas 18 semanas de embarazo, esto quiere decir que cursaba el segundo trimestre de gestación en el que se supone estos síntomas generales de náuseas deberían disminuir ya que de manera fisiológica la mujer requiere de mejor suplementación para la ganancia de tamaño y peso adecuado en el feto.

Aunque el mayor peligro de que el feto sufra encefalopatías por deficiencia de electrolitos en la madre disminuye al pasar el primer trimestre en el que ocurre la estructuración del sistema nervioso, podemos decir que no está exento de este peligro en su totalidad al igual que la gestante. Como observación relevante los riesgos se acumulan más para la mujer que para su producto, pero se determina el bienestar del bebé conforme al de su madre.

Un problema fundamental de salud pública, lo constituyen los recién nacidos con bajo peso y las anemias durante el embarazo, añadido a esto como factor principal el socioeconómico, pero sin dejar de lado el pobre acceso de estas mujeres a la resolución oportuna de patologías como hiperémesis gravídica que notablemente aporta con la desnutrición gestacional manteniendo el problema vigente.



CONCLUSIONES.

Mediante el manejo aplicado en el presente caso se logró conocer la conducta obstétrica pertinente para conseguir la evolución deseada en una paciente múltipara con 26 años de edad con hiperémesis gravídica. Además se resalta que la intervención al problema fue oportuna evitando complicaciones más severas, y todo aquello regido al protocolo de tratamiento de HG, que como se pudo detallar se basa principalmente en la estabilización de la paciente con vómitos, rehidratación y reposición de electrolitos.

Mediante la bibliografía consultada se establece de manera clara, la ausencia de una causa específica causante de esta patología, sin embargo según la trayectoria que involucra su historia natural y social se puede evidenciar la existencia de múltiples condiciones personales y sociales que predisponen su desarrollo en el periodo de gestación. Entre ellos se recalcó de manera general el socioeconómico, hormonal, psicológico y nutricional.

Durante el análisis de causas y factores de riesgo de hiperémesis gravídica se concluye que estas están relacionadas directamente con la gestación. Pocos fueron los motivos de padecer HG que llamen la atención por ser aislados a esta etapa en la mujer, es más cabe recalcar como ejemplo, que el factor psicológico involucra como desencadenante del mismo la negación a la gestación por lo que se afirma que dicha patología (HG) es un caso totalmente aislado a los vómitos normales de cualquier otra condición de salud, sino propiamente del embarazo.

Se consiguió comprender la relevancia de tratar de forma oportuna la hiperémesis gravídica, mediante el estudio y distinción de las amenazas frente



al bienestar materno-fetal y la disminución de dicho riesgo al manejar a tiempo la patología y lograr la estabilización de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rueda, M. C. (14 de octubre de 2020). *medicinafetalbarcelona.org*. Obtenido de Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>
- Condes. (2021). *www.clinicalascondes.cl*. Obtenido de clinica la condés:
<https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Ginecologia-Obstetricia/Maternidad/Noticias/Te-puede-interesar/Hiperemesis-gravidica-mas-que-nauseas#:~:text=Las%20n%C3%A1useas%20y%20v%C3%B3mitos%20propios,del%20esa>
- Corralo, D. S. (08 de enero de 2020). *web consultas, revista de salud y bienestar*. Obtenido de
<https://www.webconsultas.com/>:
<https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/por-que-sucede-la-hiperemesis-gravidica>
- Alvarez, P. (27 de marzo de 2020). *Revista electronica de portales medicos* . Obtenido de
<https://www.revista-portalesmedicos.com/>: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hiperemesis-gravidica-2/>
- Sibaja, V. (2019). *reVista médica de costa rica y centroamérica*. Obtenido de BINASS:
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>
- Valenzuela, G. (2021). *Universidad autonoma Deica*. Obtenido de repositorio.autonomadeica:
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1014/1/CAUTI%20VALENZUELA.pdf>
- Ramos, T. C. (2016). <http://repositorio.udch.edu.pe> . Obtenido de escuela profesional de obstetricia :
<http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/711/1/TESIS%20DE%20YEIMI.%20SET%202016doc.pdf>
- Dulay, A. (octubre de 2020). *MANUAL MSD Versión para profesionales*. Obtenido de
<https://www.msmanuals.com/>: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/hiperemesis-grav%C3%ADica>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Silva, C. (septiembre de 2006). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Obtenido de scielo: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000300008

Calabozo, B. (01 de noviembre de 2016). *portal del medicamento*. Obtenido de <https://www.saludcastillayleon.es/>:
<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/boletines/boletin-mensual/novedades-portal/manejo-nauseas-vomitos-embarazo-hiperemesis-gravidica>

Franken, G. V. (01 de julio de 2021). *revista medica sinergia* . Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/693/1259>

Elsevier. (julio de 2005). *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/en-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-aproximacion-psicologica-hiperemesis-gravidica-13078380>

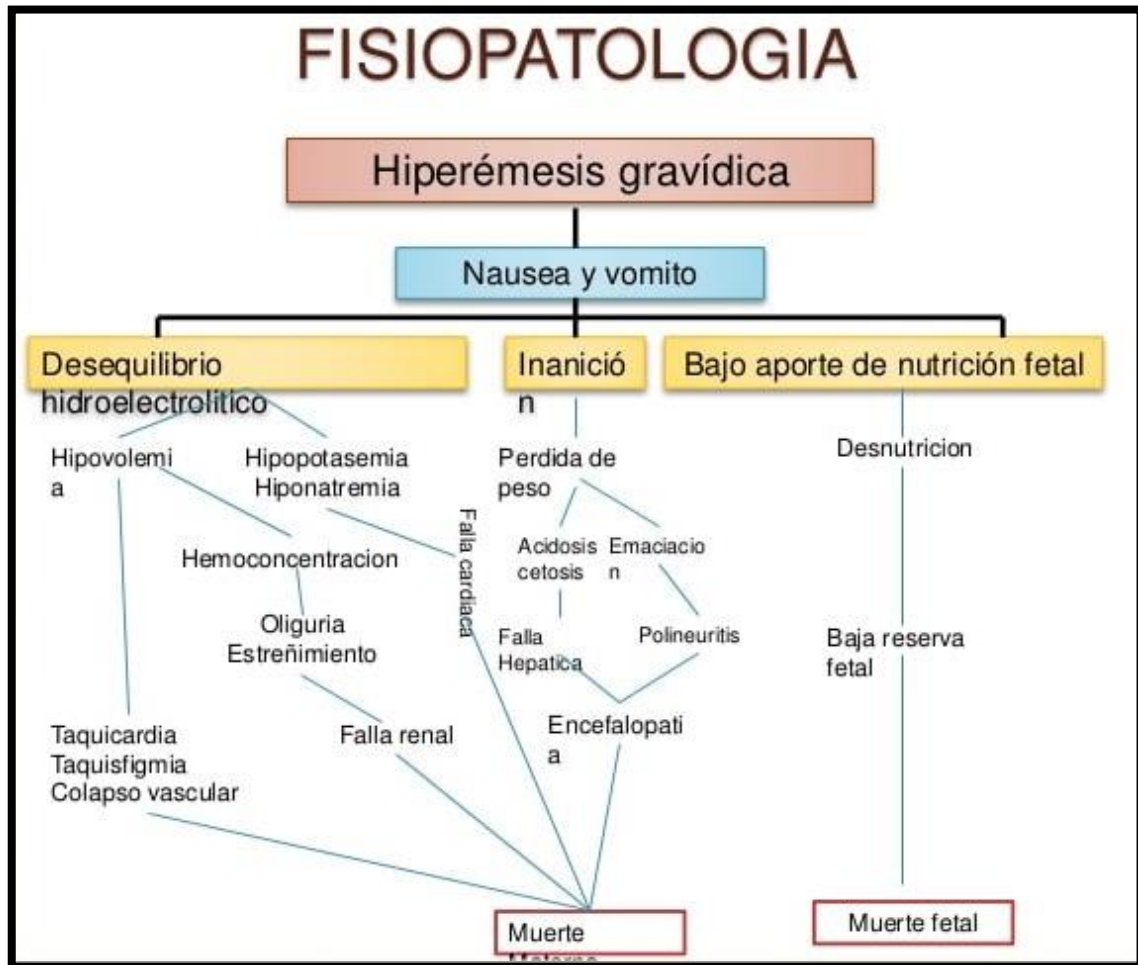


ANEXOS

10.15.1 Recomendaciones acerca de náusea, vómito, pirosis y dolor epigástrico.

El síntoma gastrointestinal más común durante el embarazo es la náusea, ocurriendo entre el 80 y 85% durante el primer trimestre y estando asociado a vómito en un 52%. Generalmente se presenta en las primeras 8 semanas y manteniéndose hasta las 20 semanas. ^{3,4}	R-III
Se debe informar a las mujeres embarazadas que la náusea y el vómito se resuelve espontáneamente entre la semana 16 y 20 y, que dichos síntomas no se asocian a complicaciones en el embarazo. ^{3,4}	R-A
La hiperémesis gravídica es menos frecuente, presentándose en 3.5/1000 embarazos causando usualmente manejo a nivel hospitalario. ^{3,4}	E-III
Se recomienda referir al especialista en gineco-obstetricia a las embarazadas con hiperémesis gravídica. ^{3,4}	R-A
La pirosis es un síntoma común dentro del tercer trimestre, presentándose en un 70%	

Anexo 1: guía de práctica clínica del Ministerio De Salud Pública (control prenatal 2015).



Anexo 2: Algoritmo (fisiopatología de la hiperemesis gravídica y afectación materno-fetal)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



PALABRAS CLAVES:

Desequilibrio hidroelectrolítico, hiperémesis gravídica, múltipara, cetosis, viabilidad fetal.