



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión practica del Examen Complexivo previo a la obtención del
Grado académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Hiperemesis gravídica, en embarazo de 16 semanas de gestación

AUTORA

Jesenia Alejandra Pupiales Rosero

TUTOR

OBST. LILIAM MUÑOZ

Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

2020



INDICE

I TEMA	4
II RESUMEN	5
III INTRODUCCIÓN	7
1. MARCO TEORICO	9
1.1 DEFINICIÓN	9
1.2 ETIOLOGIA	9
1.3 SIGNOS Y SINTOMAS	10
1.4 DIAGNOSTICO	11
1.5 TRATAMIENTO	12
1.5.1 Tratamiento ambulatorio en formas leves o moderadas	13
1.5.2 Tratamiento hospitalario en formas graves	13
1.6 COMPLICACIONES	18
1.7 PRONOSTICO	19
1.8 JUSTIFICACIÓN	20
1.9 OBJETIVOS	20
1.9.1 OBJETIVO GENERAL	21
1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
1.10 DATOS GENERALES	22
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	23
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	23
2.2 ANAMNESIS	24
2.3 EXPLORACION CLINICA	25
2.4 EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	27
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL	30
2.6 CONDUCTA A SEGUIR	31
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	32
2.8 SEGUIMIENTO	33
2.9 OBSERVACIONES	38
3. CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	42





I TEMA

HIPEREMESIS GRAVIDICA, EN EMBARAZO DE 16 SEMANAS DE GESTACIÓN



II RESUMEN

La hiperémesis gravídica es una condición clínica poco frecuente, que ocurre tras la complicación o mal manejo de las náuseas y vómitos extremadamente habituales en las fases precoces del embarazo. Ajustes en la dieta o con tratamientos farmacológicos esta enfermedad puede ser corregida, sin embargo, si avanza produce alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, pérdida de peso y deshidratación, entre otros problemas considerados de alto riesgo para salud materna- fetal. . La fisiopatología aún es incierta, al implicar complejas interacciones de factores psicológicos, biológicos y socioculturales. Los antecedentes de un estado de gravidez es la condición para el desarrollo de esta patología y se da frecuentemente en gestación múltiple, hiperémesis gravídica previa, diabetes gestacional, trastorno depresivo, trastorno hipertiroides, asma y úlcera péptica. Por el contrario de lo que se podría pensar estudios han demostrado que la multiparidad y el tabaquismo minimizan el riesgo de padecer hiperémesis gravídica, esto se debe a un menor volumen placentario por lo tanto menos producción de hormonas. El siguiente estudio analiza el caso de un embarazo de 16 semanas de gestación con hiperémesis gravídica, el tratamiento, seguimiento y evolución y su repercusión materno fetal.

Palabras clave: náuseas, embarazo, hiperemesis, estudio, tratamiento





III INTRODUCCIÓN

La presencia de náuseas y vómitos incontrolables que se dan al inicio del embarazo son considerados un fenómeno asiduo en un porcentaje elevado de las embarazadas, esto conlleva un cambio en los hábitos personales, familiares sociales u ocupacionales.

La forma más severa de esta situación clínica conocida como hiperémesis gravídica es mucho menos habitual. En nuestro país de cada 1000 embarazos solo el 3.5 suele requerir manejo a nivel hospitalario

En el presente estudio se expone el caso clínico de una paciente de 23 años la cual acude al servicio de emergencia por presentar hace más de 1 mes náuseas que lleva al vómito con contenido alimentario durante todo el transcurso del día en un total de 5 a 6 ocasiones acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio. La paciente es ingresada al servicio de ginecología donde se solicita ecografía obstétrica la cual reporta embarazo de 15.3 semanas de gestación más estándares de crecimiento fetal adecuados. Además exámenes complementarios dentro de los cuales se pide biometría hemática, electrolitos, perfil hepático alguno de los cuales refleja valores alterados. Se inicia hidratación endovenosa y se suspende temporalmente la ingesta. También se efectúa la administración de antieméticos.

Es importante manejar de la manera más adecuada todos estos signos y síntomas ya que se podrían complicar provocando una deshidratación severa, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis metabólica, alteraciones del estado nutricional entre otras. Si esta patología perdura más allá de la semana 16-18 de gestación se puede ver afectado gravemente el hígado y provocar una necrosis centrilobulillar grave. En los escenarios más graves se podría producir una encefalopatía de Wernicke o también síndrome de Mallory-Weiss.



Con el tratamiento a elección se pretende lograr una mejoría en cuanto al cuadro clínico así mismo corregir la deshidratación producida por los vómitos y disminuir las molestias en la embarazada.



1. MARCO TEORICO

1.1 DEFINICIÓN

Aunque existe cierta controversia en cuanto a la definición de la enfermedad la mayoría de literatura define a la hiperémesis gravídica como el espectro más grave de náuseas y vómitos durante el embarazo, que dificulta la capacidad de alimentarse correctamente lo que ocasiona pérdida de peso del 5% además de alteraciones en el equilibrio hidroelectrolítico y metabólico.

Se describen varias complicaciones relacionadas con este padecimiento como son daños hepáticos provocando una necrosis centrilobulillar grave, encefalopatía de Wernicke producida por la deficiencia de tiamina a consecuencia de la persistencia de vómitos por más de 3 semanas y síndrome de Mallory (desgarro esofágico)

Fuente: M.Palacio Protocolos medicina fetal y perinatal 2014

1.2 ETIOLOGIA

Se desconoce la etiología pero existen algunos factores que predisponen a la mujer embarazada a sufrir este padecimiento: trastornos hormonales (gonadotropina coriónica humana [HCG], se puede dar un hipertiroidismo transitorio en pacientes con hiperémesis gravídica el cual se resuelve antes de la semana 20 y no necesita tratamiento, metabólicos, psicológicos (en embarazos no deseados) y sociales (primigestas mayores a 35 años, no fumadoras), relajación del aparato digestivo, presión abdominal, dieta rica en grasas (grasas saturadas y de origen animal), presencia de bacteria "helicobacter pylori" la cual está presente en el 85-90% de las mujeres que sufren hiperémesis gravídica, mujeres que cursan embarazos múltiples (al tener un mayor número de fetos las



hormonas estarán aumentadas y será más fácil presentar la enfermedad), el primer embarazo es otro factor importante para padecer la enfermedad esto quizás se deba a una posible adaptación del organismo, existe cierta sospecha de relación genética pues mujeres con madres o abuelas que sufrieron hiperémesis son más propensas a también padecer la enfermedad, mujeres obesas con un índice de masa corporal mayor a 30kg/m² se creía que esto era netamente por factores físicos pues al crecer el útero había compresión con las vísceras pero se ha demostrado que puede estar relacionado con causas hormonales y metabólicas.

Fuente: J. Lombardía Prieto Semergen 2003

1.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Los vómitos y náuseas son los principales síntomas pero esto es común en todas las mujeres embarazadas durante las primeras semanas de embarazo para hablar de hiperémesis se deben cumplir las siguientes situaciones:

SINTOMAS



➤ Náuseas severas	➤ Palidez de la piel
➤ >tres episodios de vómitos	➤ Boca seca
➤ Pérdida de peso 2-3kg por semana	➤ Ojos hundidos
➤ Mareos y desmayos	➤ Ictericia
➤ Disminución del volumen de orina	➤ Incapacidad para ingerir cantidades adecuadas de líquidos o alimentos

Tabla 1. SINTOMAS DE HIPEREMESIS GRAVIDICA

Cualquier signo que evidencie deshidratación o desnutrición nos siembra sospecha de hiperémesis gravídica

FUENTE: Dr. David Saceda Corralo Revista de salud y bienestar 2020

1.4 DIAGNOSTICO

Se lo establece básicamente por la clínica pero para ello primero se deberá constatar el diagnostico de gestación a partir de entonces se diferenciara entre emesis simple del embarazo o hiperémesis gravídica, no será la última diferenciación pues además se deberá excluir una serie de patologías que pueden asociarse a náuseas y vómitos durante el embarazo (tabla 2).

<p>Tabla 2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</p> <p>PATOLOGIAS SECUNDARIA AL EMBARAZO</p> <p>Hidramnios Síndrome de Hellp Preeclampsia Mola hidatiforme Hígado graso del embarazo</p> <p>PATOLOGIAS NO SECUNDARIAS AL EMBARAZO</p> <p>Digestiva: gastroenteritis, hepatitis, apendicitis, pancreatitis. Infecciones agudas sistémicas Patologías neurológicas: meningitis, tumores, hipertensión intracraneal. Patología urinaria (pielonefritis) Hipertiroidismo Diabetes (cetoacidosis diabética) Insuficiencia suprarrenal Torsión quiste de ovario Drogas Lesión de tejidos</p>
--



Fuente: SEMERGEN 2003

En la mayoría de casos el diagnóstico se lo hará simplemente con una buena anamnesis, una analítica básica y la correcta exploración física.

Dentro de la analítica se solicitarán las siguientes pruebas: 1. Exámenes de laboratorio: hemoconcentración, alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipocalcemia, hipocloremia, alteraciones del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT <300U/L disminución de Bilirrubina <4mg/dl) pruebas pancreáticas y alteración del perfil tiroideo (>T4 y >TSH).

Ante la gravedad del cuadro clínico o aparición de complicaciones se solicitaron otro tipo de pruebas que sean de ayuda ante cualquier duda como son: ecografía obstétrica (se valorará el número de embriones, existencia de enfermedad trofoblástica y vitalidad fetal) β - HCG seriada, en los casos más graves de hiperémesis se pedirá ecografía hepatobiliar para descartar daños a nivel hepático o para hacer diagnóstico diferencial con otro tipo de enfermedades que pueden afectar el hígado, urocultivo (para descartar una infección urinaria).

Fuente: Protocolo de medicina fetal y perinatal – Hospital Clinic Barcelona 2014

1.5 TRATAMIENTO

La presencia de náuseas y vómitos en raras ocasiones van a requerir la derivación de la gestante al especialista, estas molestias cederán por sí solas, sin embargo, si continúan se diferenciarán dos situaciones:



1.5.1 Tratamiento ambulatorio en formas leves o moderadas

Dieta:

- ❖ Dieta seca, fraccionada y frecuente
- ❖ Dieta pobre en grasa y rica en hidratos de carbono
- ❖ Alimentos fríos y sólidos (evitar líquidos y alimentos a temperaturas altas)
- ❖ No consumir condimentos, bebidas con gas, tabaco, alcohol, drogas
- ❖ Evitar olores desencadenantes de nauseas como los de alimentos fritos y grasientos.

Farmacológicos

Cuando los cambios en la dieta y hábitos no son suficientes es aconsejable iniciar el tratamiento con uno de los siguientes fármacos:

- ❖ Dicyclomina: 2 comprimidos antes de las comidas
- ❖ Suplementos vitamínicos con piridoxina y tiamina.

En caso de persistir el cuadro:

- ❖ *Metoclopramida*: 5-10mg antes de cada comida
- ❖ *Sulpiride*: 1 capsula antes de cada comida

Si el cuadro empeora o no hay mejoría del mismo se utilizarán fármacos que detienen con rapidez los vómitos en la embarazada:

- ❖ *Omeprazol*: 20mg/dia
- ❖ *Ondasetron*: 8-32mg/dia

1.5.2 Tratamiento hospitalario en formas graves

Cuidados en la unidad ginecológica:

- ❖ Se aislará a la paciente en una habitación oscura
- ❖ Prohibición de visitas
- ❖ Reposo absoluto



- ❖ Dieta absoluta
- ❖ Evitar estímulos externos
- ❖ Control de constantes vitales en cada turno y valoración de peso

Farmacológicos

Hidratación y electrolitos

La administración de fluidos y electrolitos por si solas pueden mejorar los síntomas de náuseas y vómitos, en caso de no tolerar la vía oral se iniciara la intravenosa

- ❖ Sueroterapia: se utilizará 2.000-3000 cc/24h para tratar la deshidratación y las alteraciones electrolíticas, se alternaran con soluciones glucosadas al 10%. Se mantendrá hidratación por 24 horas adicionales.
- ❖ Reposición de electrolitos en función del ionograma (tabla 3)
- ❖ Corregir alteraciones acido base: esto evitará afecciones neurológicas
- ❖ *Vitamina b1*: 100mg/día
- ❖ *Vitamina c*: 1g/día
- ❖ *Vitamina b6*: 100mg/día

Tabla 3. Reposición de electrolitos

Electrolito	Reponer con:	Observación
sodio < 115 meq/l	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Suero salino hipertónico ❖ 60-150 meq de ClNa/24h 	Evitar reposición excesiva ya que se puede provocar lesión neurológica.
Potasio	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ClK 	La dosis no debe superar



		los 100-200 mEq/24h
Calcio <8,5mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gluconato cálcico 10% [0,2-0,3 mEq/día] ❖ Cloruro cálcico 10% 	No mezclar con otras soluciones
Magnesio sérico < 1,4 mEq/l	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sulfato de magnesio al 15% [0,35-0,45] 	
Fósforo < 1mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fosfato monosódico intravenoso 2,5-5mg/kg 	Diluido en 500 cc de suero glucosado
Cloro	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ClNa 60-150 mEq/24h 	

Elaborado por: Jesenia Pupiales egresada de obstetricia

Fuente: SEMERGEN 2003

Antihistamínicos

Se utiliza este medicamento por el efecto inhibitor que produce el musculo liso gastrointestinal como respuesta a su administración, también porque no se ha evidenciado la existencia de malformaciones al ser usados y por los bajos efectos secundarios que estos fármacos producen.

- ✚ Meclizina: 25mg diarios VO/IM combinado con piridoxina, no hay evidencias de alteraciones en humanos a pesar de que si las hay en animales.
- ✚ Difehidramina: 25mg/6h. estudios demuestran disminución de los síntomas y días de hospitalización de la paciente.



- + Dimenhidrinato: 50-100mg C/4h. No se debe exceder los 300mg/día.
- + Otros: clorfeniramina VO 8-12mg/día, doxilamina VO 25mg al acostarse, sin embargo estos fármacos necesitan más estudios para considerarlos como terapia de primera acción.

Antieméticos.

Deberían ser usados únicamente cuando los vómitos son tan recurrentes y severos que pueden ocasionar un daño en la madre o el feto.

- + Metoclopramida: 10mg VO/IM/IV antes de cada comida. Su uso puede estar limitado por efectos distónicos o extrapiramidales adversos.
- + Ondasetron: 8-10mg IV c/8h por 24 horas después VO c/12h

Bloqueadores H2.

Su uso permite reducir la secreción gástrica ácida, por lo tanto se mejorará la sintomatología.

- + Ranitidina: 150mg c/12h o 300mg al acostarse VO o IM
- + Cimetidina: 200mg VO c/6h, su uso es casi inexistente pues presenta muchos síntomas adversos como cefalea intensa, mareos, prurito, pérdida de la libido.

Fenotiazinas

Antagonistas de la dopamina ejercen su acción en la zona quimiorreceptora de disparo del vomito. Su administración debe ser bajo supervisión estricta por sus múltiples efectos secundarios como somnolencia, hipotensión ortostática, sequedad bucal, se limita su uso a gestantes que no responden a otros tratamientos.

- + Prometazina: 12.5 a 25 mg VO o IM c/4 a 6 h
- + Clorpromazina: 10-25 mg c/4-6h VO o VR (categoría C de la FDA)

Esteroides



Su uso se debe a la teoría de que hay una incapacidad del eje hipotalamohipofisis-suprarrenal para responder a las altas demandas de producción de hormonas esteroideas en el embarazo temprano. Se administra en pacientes con HG refractaria a tratamientos de primera elección y que hayan perdido más del 5% de peso preconcepcional.

- ✚ Metilprednisolona: 16mg tres veces al día VO por tres días, después disminución gradual hasta 5mg diarios es importante mantener la administración por dos semanas.
- ✚ Hidrocortisona: 100mg IV C/12h aunque en muchas ocasiones la primera dosis será suficiente para lograr la remisión total de las náuseas y vómitos.

Fuente: Mata J, Méndez J. Mortalidad por hiperémesis gravídica

Nutricional

La ingesta de comidas ricas en proteínas y carbohidratos secos es una buena opción para el manejo de esta condición, en pocas cantidades y varias veces al día.

Consumo de almíbar de fructosa, se ha demostrado que inhibe la peristalsis de la musculatura lisa del tracto gastrointestinal.

Es importante distribuir los requerimientos nutricionales de la siguiente manera:

- ❖ Calorías : 35-45 cal/kg/día (energía)
- ❖ Glucosa: 100-150g
- ❖ Lípidos: 1-2,5 g/kg/día
- ❖ Proteínas: 0,8-2 g/kg/día

En situaciones graves, la nutrición artificial enteral o parenteral, puede ser necesaria.

Es importante tener en cuenta que cuando la hidratación endovenosa y los fármacos no mejoran la situación de la paciente hay una gran probabilidad



de desarrollar malnutrición y problemas fetales por lo que el soporte nutricional es esencial. Para que esto se lleve a cabo de la manera correcta se empleara:

- Sondas nasointestinales
- Sonda nasoyeyunal (hasta por 40 días)
- Gastrostomía percutánea endoscópica (pacientes que no toleran sondas orales)

La nutrición parenteral es la última opción de tratamiento debido a la inadecuada alimentación fetal además del depósito de grasa en la placenta y las complicaciones infecciosas de la vía.

Fuente: Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela 2006

1.6 COMPLICACIONES

- Síndrome de Mallory-Weiss: hematemesis asociada a vómitos.
- Síndrome de Mendelson: neumonía por aspiración.
- Síndrome de Boerhaave: rotura esofágica por vómitos violentos.
- Deshidratación y pérdida de secreciones gástricas con alcalosis metabólica.
- Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff: por deficiencia de vitamina B1 es excepcional su relación con la hiperemesis gravídica.
- Infiltración grasa en hígado y riñones
- Retinitis hemorrágica
- Vasoespasmo de arterias cerebrales
- Neumotórax
- En casos extremos muerte materna

Fuente: Semergen, 2003



1.7 PRONOSTICO

Materno: la HG es una enfermedad con buen pronóstico que suele desaparecer espontáneamente antes de la semana 20 de gestación, con las medidas adecuadas. Tiene baja morbilidad, pero puede repetirse en gestaciones posteriores. Si el caso se presenta muy rebelde y no cede ante ningún tratamiento se tendrá en cuenta la finalización del embarazo.

Fetal: retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad, no existen evidencias de consecuencias perinatales graves.



1.8 JUSTIFICACIÓN

Las náuseas y vómitos son consideradas la sintomatología más común en las mujeres gravídicas sobre todo en las primeras semanas de embarazo, estas suelen ser desagradables para la mujer y de fácil diagnóstico pero es importante descartar otras patologías que cursan con una clínica similar para dar el diagnóstico de hiperemesis gravídica la cual puede desencadenar pérdida de peso cetosis deshidratación alteraciones electrolíticas entre otras es ahí donde radica la importancia de saber el correcto manejo y tratamiento de esta patología.

Los obstetras son el primer contacto en la mayor parte de los casos para las pacientes que están pasando por esta complicación por esto puede resultar de gran ayuda estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento el mismo que muchas veces puede solucionarse esporádicamente antes de la semana 20 pero en una minoría de casos este padecimiento puede no ceder entonces se tendrá que actuar de la mejor manera posible evitando ocasionar daños fisiológicos tanto en la madre como en el feto.

La redacción de este estudio de caso se realiza para brindar a la mujer gestante una mejoría en los síntomas de la HG y al profesional de la salud de primer nivel una herramienta para uso ambulatorio en el manejo correcto de la hiperemesis gravídica usando técnicas de menor complejidad durante la primera captación de la mujer gestante al introducir una dieta ajustada a las necesidades, seleccionando alimentos desencadenantes de náuseas y vómitos reiterados, hasta llegar a los más invasivos como puede ser la restricción total de alimentos, el uso de diferentes fármacos o en los casos más extremos la alimentación parenteral total. Todo esto se lo debe realizar bajo la estricta supervisión del personal cualificado y el apoyo multidisciplinario capacitado para brindar asesoría en casos especiales y evitar complicaciones materno fetales.

1.9 OBJETIVOS



1.9.1 OBJETIVO GENERAL

- Presentar una propuesta al profesional de salud en el manejo clínico ambulatorio en los casos de hiperémesis gravídica a implementar en I Nivel de atención en la captación de pacientes durante la consulta obstétrica.

1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el caso clínico con diagnósticos de hiperémesis gravídica, paciente que acudió a emergencia obstétrica en el hospital Alfredo Noboa Montenegro
- Revisar casos clínicos y artículos científicos de procedimientos, guías de manejo farmacológicos y no farmacológicos implementados en nivel mundial, nacional y local a pacientes con hiperémesis y evolución respectiva.
- Determinar el momento oportuno en la atención obstétrica para el manejo correcto en los casos de hiperémesis grávida e implementar una propuesta de valor en la salud materna neonatal.



1.10 DATOS GENERALES

NOMBRE: PATRICIA ALEXANDRA	SEXO: FEMENINO
APELLIDO: PASTO PAGUAY	EDAD:23
Nº C.I:	ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
NACIONALIDAD:ECUATORIANA	RAZA: MESTIZA
INSTRUCCIÓN: SUPERIOR	RELIGION: CATÓLICA
OCUPACION: ESTUDIANTE	Nº HIJOS: 0
NIVEL SOCIOCULTURAL:	PROFESION: -----
RESIDENCIA: GUANUJO	LATERALIDAD: DIESTRA
GRUPO SANGUINEO:ORH+	FUENTE DE INFORMACION: DIRECTA



2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 23 años que acude a emergencia por presentar náuseas y vómitos en reiteradas ocasiones, refiere además dolor en epigastrio de moderada intensidad.

HISTORIAL CLINICO

- Antecedentes patológicos personales: gastritis
- Antecedentes patológicos familiares: no refiere
- Antecedentes quirúrgicos: no refiere
- Alergias: polen
- Hábitos:
 - + No fumadora
 - + No consume alcohol/drogas
 - + Alimentación: 3 veces al día
- Antecedentes Gineco-obstétricos:
 - + Menarquia: 13 años
 - + Ciclos menstruales: regulares Dismenorrea: si
 - + Inicio de vida sexual: 22 años Planificación familiar: no refiere
 - + Parejas sexuales:1 Papanicolaou: no refiere
 - + Gestas: 0 Partos: 0
 - + Abortos: 0 Cesáreas: 0
 - + Fecha de ultima menstruación: 25/05/2019
 - + Fecha probable de parto: 3/02/2020 Edad gestacional: 15.3 S.G
 - + Vacunas en el embarazo: si 1ra dosis.



2.2 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad procedente de Guanujo sin antecedentes patológicos de relevancia cursando su primera gesta refiere que hace más o menos 1 semana presenta nauseas esporádicas alrededor de 2 o 3 veces al día las mismas que han ido aumentando hasta llegar a producirse vómito de contenido alimentario de color amarillento sin mal olor durante todo el transcurso del día en un total de 5-6 ocasiones acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e irradiado hacia mesogastrio de leve intensidad en un inicio pero que se ha incrementado según el transcurso del día hasta pasar a moderado e intenso así mismo refiere pirosis intensa resultado de los constantes vómitos, refiere dolor inicial en el pecho el cual se irradia al cuello y más tarde a la garganta la paciente también manifiesta el hecho de no haber podido ingerir alimento hace más de un día y que el líquido consumido también es expulsado motivo por el cual acude a consulta particular (no refiere el lugar) en donde es valorada y le prescriben medicación que no especifica pero cuadro no mejora por lo que acude por cuatro ocasiones al hospital de II nivel "Alfredo Noboa Montenegro" donde de igual manera es valorada y se inicia tratamiento de forma ambulatoria (no especifica quien realiza la atención ni que medicamentos le prescriben), sin embargo, no hay mejora en sintomatología motivo por el cual regresa a hospital en donde es revalorada e ingresada para mejor manejo teniendo en cuenta la clínica que estaba presentando hasta ese momento.



2.3 EXPLORACION CLINICA

Examen Físico General:

Paciente en decúbito supino, consciente, orientada en tiempo y espacio, afebril, piel de elasticidad y turgencia conservada, deshidratada.

Score mama:

Parámetros	Puntuación	Puntaje
Frecuencia cardiaca	80	0
Frecuencia respiratoria	20	0
Sistólica	70	0
Temperatura	36.5	0
Diastólica	110	0
Saturación	94%	0
Estado de conciencia	Alerta	0
Proteinuria	Negativa	0

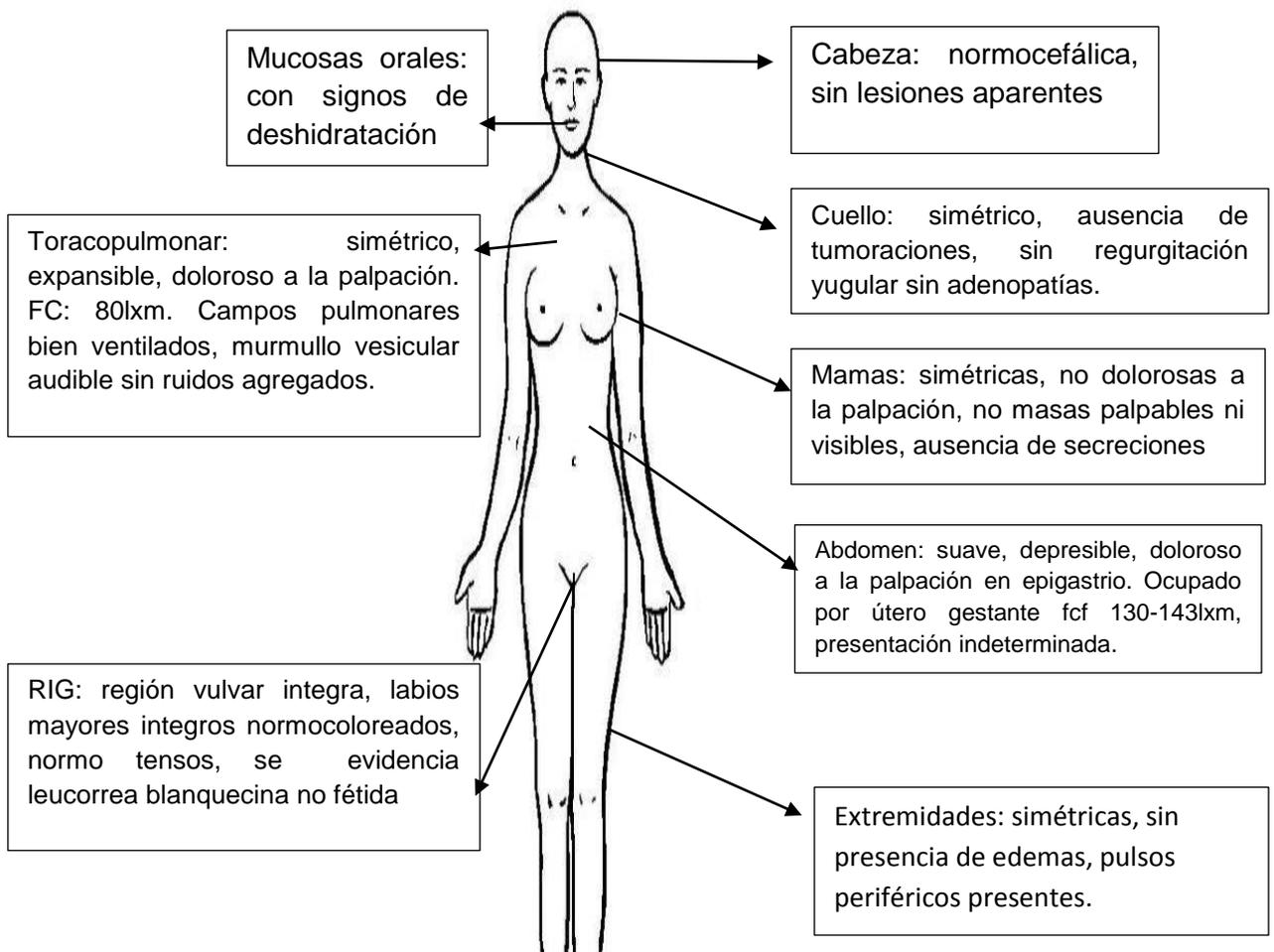
Total

score (0)

Elaborado por: Jesenia Pupiales, egresada de obstetricia,2020



Fuente: historial clínico de la paciente





Elaborado por: Jesenia Pupiales egresada de obstetricia 2020.

Fuente: Historia clínica de la paciente

2.4 EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Se detallan los exámenes realizados a la paciente en hospitalización los mismos que son solicitados por el médico tratante de turno.

- **Biometría hemática**

Se solicita el examen con la finalidad de analizar si debido a los vómitos referidos por la paciente esta había desarrollado anemia o verificar si algún otro valor estaba alterado.

HEMATOLÓGICO.					
hematocrito	40%	hemoglobina	13.0g/dl	Volumen corpuscular medio	80
Plaquetas	261.000			Grupo	O
Leucocitos	5100			Factor RH	+
Segmentados	68%	linfocitos	30%	Tiempo de protrombina	10.7
Eosinofilos	2%			Tiempo parcial de tromboplastina	30.0



QUÍMICA			
Determinación	Resultado	Unidad de medida	Valor de referencia
Glucosa en ayunas	96.4	Mg/dl	70-115
Urea	10.4	Mg/dl	15-50
Creatinina	0.52	Mg/dl	0.6 - 1.1
Proteína total	6.97	g/dl	5.7 – 8.0
Albumina	4.06	g/dl	3.5 - 5.2
Globulina	2.91	g/dl	2.3 – 8.2
Transaminasa pirúvica	64.4	u/l	31 – 41
Transaminasa oxalacética	27.3	u/l	31 - 35

- **Ionograma:** mide los niveles de los principales electrolitos del cuerpo se realizara para evaluar el grado de deshidratación que puede padecer la mujer a causa de los constantes vómitos.

Determinación	Resultado	Valor de referencia
Na (sodio)	137 mmol/l	135-155 mmol/l
K (potasio)	3.5 mmol/l	3.5-5-5 mmol/l
Cl (cloro)	109 mmol/l	98-107 mmol/l

- **Exámenes de orina:** se solicitarán para descartar otras patologías como pielonefritis o evidenciar cetonas en orina que será un mal pronóstico para hiperemesis gravídica.

UROANALISIS



Elemental		Microscópico	
Densidad	1.010	Aspecto	Ligeramente turbio
PH	6.0	Piocitos /c	10-12
Glucosa	+	Eritrocitos /c	1-2
Cetona	-	Células	Escasas
		Bacterias	Escasas

- **Ecografía obstétrica**

Útero gestante, se observa:

Embarazo único, vivo, movimientos fetales presentes y espontáneos.

Corazón con cuatro cavidades Frecuencia Cardiaca Fetal: 142 Latidos Por Minuto.

- ❖ Diametro BiParietal :32 mm
- ❖ Circunferencia Cefálica : 120 mm
- ❖ Circunferencia Abdominal: 92mm
- ❖ Longitud del Femur: 19mm
- ❖ Peso: 130gr +/- 19

Placenta posterior baja grado de madurez 0

Líquido amniótico en adecuada cantidad



Impresión diagnóstica: embarazo de 15.3 semanas de gestación por ecografía +/- 1

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Después de la observación que se le hizo a la paciente durante las primeras horas de hospitalización se confirmó que las náuseas y vómitos que ella refería no cedían, por el contrario estas iban en aumento, aun cuando la mujer no había recibido alimentación y se había iniciado un tratamiento de primera línea adicional al que ya había recibido los días anteriores de forma ambulatoria.

Es importante recordar que la literatura menciona que el diagnóstico de hiperemesis se lo realiza básicamente por descarte, por la clínica que explica la paciente y diferenciándolo de otras patologías. Además de la sintomatología ya descrita la paciente presentaba una diferencia por déficit mayor al 5% entre el peso actual y el preconcepcional. A pesar de que los exámenes complementarios no reflejaban valores alterados exceptuando el de orina (al parecer por una



infección urinaria ya diagnosticada antes) se decidió establecer el diagnóstico de hiperemesis gravídica.

2.6 CONDUCTA A SEGUIR

Conductas relacionadas con el problema:

Biológicas:

- Paciente cursando su primer embarazo
- Paciente con antecedente de gastritis (*helicobacter pylori*)

Sociales:

En la entrevista con la paciente para realizar una correcta anamnesis esta detalla factores de su vida que de cierta manera podrían desencadenar la patología que padece.

Menciona que el embarazo no fue deseado pues intervenía en sus estudios y que no tenía planificado embarazarse además manifiesta que no contaba con el apoyo de su familia y que el apoyo del padre de su hijo era intermitente, estos factores podrían influir de manera psicológica a que la paciente desarrolle la enfermedad.

Conducta a seguir en emergencia

Se mantiene a la paciente en observación, es evidente el cuadro clínico por el que está pasando por eso se decide iniciar el siguiente tratamiento:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc pasar a 14 gotas por minuto
- Omeprazol 40mg IV stat
- Metoclopramida 10 mg IV stat

Después de unas horas de observación en emergencia cuadro clínico no mejora por lo que se comunica a médico tratante quien decide su hospitalización para mejor manejo.

Conducta a seguir en hospitalización



A la espera de los resultados de exámenes complementarios se establece el diagnóstico de hiperemesis gravídica por la clínica que presentaba la paciente médico residente y médico tratante establecen las siguientes indicaciones:

- NPO
- Reposo absoluto
- Control de signos vitales + score mama c/6h
- Dextrosa 5% 1000cc alternar con Bedex pasar a 125 ml/hora
- Metoclopramida 10mg IV c/8h
- Ranitidina 50 mg IV c/ 8H
- Solicitar Biometria, electrolitos y ecografía obstétrica.

Con el tratamiento se espera revertir la deshidratación producida por los constantes vómitos y reponer la perdida electrolítica.

En cuanto a los medicamentos prescritos se los ha seleccionado por la reincidencia de la patología y porque la paciente no ha respondido a otros tratamientos de primera línea.

La paciente permanece en hospitalización con el mismo tratamiento hasta que se produzca el cambio de turno y se haga una nueva valoración de médico tratante.

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

La literatura describe un sin número de manejos o procedimientos acordes a la patología, a pesar de que la sintomatología suele radicarse espontáneamente, en algunos casos no es así y el cuadro clínico tiende a empeorar por esta razón el personal de salud debe estar capacitado para impartir un correcto tratamiento valorando riesgo-beneficio que tendría, el mismo, sobre la paciente.

El punto clave donde se debería priorizar es en la correcta educación sobre la alimentación de la mujer embarazada que empieza desde el primer nivel de atención quizás si este es más correcto y evaluando las necesidades de cada



paciente se podría evitar no solo la hiperemesis gravídica sino otras enfermedades.

En el medio de salud actual es difícil establecer un tratamiento para cada tipo de paciente pues no se cuenta con los medios necesarios para hacerlo y se opta por seguir un manejo estandarizado sin tener en cuenta las necesidades o condiciones de estos, es aquí donde empieza el problema, si por el contrario se brindasen las herramientas y el tiempo necesario para dedicarle a cada uno quizás el problema base podría solucionarse de mejor manera y no se alargaría en el tiempo. Por otro lado también es importante que siempre que sea posible los tratamientos a elección inicien por los menos invasivos y si estos fracasan continuar con los más invasivos, pero actualmente se generaliza a todos los casos y se imparte el mismo tratamiento sin importar o investigar otros de primera línea que generaran menos impacto en la mujer gestante.

Cabe recalcar que el tratamiento que se ofrece a las mujeres que sufren hiperemesis gravídica son los que proporciona el sistema de salud actual y quizás por esto es difícil manejar otros tratamientos porque no se cuenta con el apoyo de dicho sistema.

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente continúa en hospitalización cuadro clínico no mejora, refiere aumento de dolor en epigastrio tras valoración de nuevo médico de turno se prescriben las siguientes indicaciones:

- ❖ Dieta seca fraccionada
- ❖ Continuar hidratación (cloruro alternado con bedex)
- ❖ Metoclopramida 10mg IVc/8h
- ❖ Omeprazol 40 mg IV QD
- ❖ Dexametasona 12mg IV C/8H



- ❖ Interconsulta a psicología
- ❖ Interconsulta a nutrición
- ❖ Ensure c/ 8h VO
- ❖ Pendiente resultado de EMO.

Paciente es valorada nuevamente en la noche, se reciben resultados de EMO, compatibles con infección de vías urinarias (repetición)

UROANALISIS			
Elemental		Microscópico	
Densidad	1.010	Aspecto	Ligeramente turbio
PH	6.0	Piocytes /c	10-12
Glucosa	+	Eritrocitos /c	1-2
Cetona	-	Células	Escasas
		Bacterias	Escasas

Indicaciones:

- Mismas que en la mañana
- Adicional cefazolina 1gr iv stat y luego cada 6/horas.

VALORACION POR NUTRICIÓN.

- Resumen del criterio clínico:

“Se realiza una valoración antropométrica peso: 33kg, talla 143cm, IMC: 15

Diagnostico desnutrición severa”.

“Se realizó una anamnesis alimentaria de consumo habitual de alimentos y se resuelve lo siguiente: la dieta está basada en restricción de cítricos por su gastritis, ella consume normalmente sopa de cebada, acelga, colada de machica acompañado de pollo y las frutas que más consume son: papaya sandia y melón.



- **Plan de tratamiento propuesto**

Dieta hipercalorica-hiperproteica libre de condimentos y cítricos.

Dieta fraccionada en 5 tiempos de comida.

Consejería nutricional al paciente.

Próximos controles para verificar el impacto de la dieta y cambios en las medidas antropométricas.

VALORACION POR PSICOLOGIA

- **Resumen del criterio clínico**

“Paciente con síntomas gástricos que no son compatibles con algún trastorno alimenticio de tipo psiquiátrico.

Primer embarazo no deseado o planificado, actualmente lo desea tener.

Aprensión subjetiva y malestar por su condición médica.

No existen antecedentes de trastorno psiquiátrico.

Soporte familiar: cuando supo su condición de gestante no contaba con apoyo familiar, en la actualidad cuenta solo con el apoyo de su padre e intermitentemente de su pareja”

- **Plan de tratamiento propuesto**

Contención emocional

Psicoeducación de la condición médica y cambios psicológicos del embarazo.

Intervención familiar.

Se sugiere interconsulta a gastroenterología.

Control médico continuo por la gestación.



Tercer día de hospitalización de la paciente, cuadro clínico ha mejorado levemente tolera en poca cantidad la alimentación. Refiere dolor en epigastrio que se irradia a mesogastrio.

Se continúan las mismas indicaciones del día anterior esperando ver cambios en la sintomatología para sugerir alta y tratamiento ambulatorio.

Valoración nocturna: paciente refiere fuerte dolor abdominal tipo cólico.

Indicaciones:

- ❖ N butilescopolamina 1 ampolla IV c/8 horas
- ❖ Seguir indicaciones anteriores.

Paciente en su cuarto día de hospitalización se rehúsa a tomar medicación (Magaldrato + simeticona) refiere que le produce vómito médico tratante deja las siguientes indicaciones:

- ❖ Dieta seca fraccionada hipercalorica-hiperproteica
- ❖ Control obstétrico y score mamá c/6H
- ❖ Lactato ringer 1000cc pasar 40 gotas por minutos
- ❖ Omeprazol 40 mg IV C/12h
- ❖ Hidrocortisona 100 mg IV diluido en 100cc de solución salina
- ❖ Cefazolina 1gr IV C/6h
- ❖ Paracetamol 1gr IV c/8H
- ❖ Biometría hemática y EMO
- ❖ Suplemento nutricional

Se recibe resultado de biométrica con los siguientes parámetros:

HEMATOLÓGICO.					
hematocrito	36 %	hemoglobina	11.6g/dl	Volumen corpuscular medio	88
Plaquetas	224.000		Grupo	O	
Leucocitos	7800		Factor RH	+	



Segmentados	80%	linfocitos	19%	Hemoglobina corpuscular media	28.2	Indicaciones: Continuar mismas indicaciones
Eosinofilos	1%	Concentración de hemoglobina corpuscular media		30.0		

En los siguientes tres días cuadro clínico no mejora, la paciente se niega a tomar ciertos medicamentos se solicita valoración por gastroenterología. Se solicita nuevamente ionograma en el cual se refleja una disminución de sodio:

Na: 132mmol/l se continúa con hidratación para evitar mayor pérdida de electrolitos.

VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA

- Resumen del criterio clínico

“Paciente con signos de hiperemesis gravídica, previo a embarazo niega presentar vómitos, leve epigastralgia, al momento presenta vómito, no tolera dieta, presencia de dolor en epigastrio. Se solicita estudios complementarios para descartar patologías secundarias”

Se solicita TSH y FT4, la paciente se la realiza de forma particular ya que en el laboratorio de la casa de salud donde está hospitalizada no cuentan con estos exámenes, además ecografía de abdomen superior

Resultado de TSH: (anexo)

Ecografía de abdomen superior, reporta:

Hígado de forma y tamaño conservados, sin lesiones focales ni difusas, vascularización habitual. Vesícula biliar de paredes finas sin litios en su interior con barro denso espeso acorde con el cuadro clínico de la paciente. Vía biliar intra y extra hepática no dilatada, colédoco de 4 mm. Páncreas y bazo sin alteraciones. Ambos riñones son de forma, tamaño y ecoestructura conservada,



presentan buen espesor parenquimatoso y relación cortico-medular respetada. No se observan signos de uroectasia ni microlitiasis.

Conclusión: en principio barro biliar.

- **Plan de tratamiento propuesto:**

Dieta fraccionada mínimo 5 tomas

Ondasetrón 4mg IV c/8h alternar con

Metoclopramida 10mg IV c/8h

Ranitidina 50 mg IV c/8h

Magaldrato 800/60 10ml una hora después de cada comida (finalizar en 48 horas)

Indicaciones de ginecología

Paciente continua 2 días más en hospitalización recibiendo el tratamiento detallado anteriormente se mantienen las náuseas aunque los vómitos han disminuido levemente.

Después de 13 días de hospitalización paciente continua con cuadro clínico las molestias han disminuido levemente pero se niega a que le administren más medicación manifiesta que los síntomas empeoran cuando esto ocurre. Solicita alta voluntaria, no desea continuar recibiendo tratamiento, se le explica los riesgos pero continúa con su decisión de abandonar la unidad de salud.

En las indicaciones de alta se le preescribe:

❖ Omeprazol 40mg VO QD x 7 días

2.9 OBSERVACIONES

Durante el tiempo que se mantuvo a la paciente en hospitalización el cuadro clínico sufrió diversas variaciones, hubo cierta respuesta al tratamiento pero la sintomatología no cedía completamente, la literatura explica algunos



medicamentos de primera línea, con los que no se cuenta en la salud pública por esto el tratamiento de elección de los médicos encargados fue la metoclopramida si bien el fármaco cumplía con su misión, los síntomas continuaban debido a que la paciente no quería aceptar en determinados momentos que se le administrase dicha medicación.

Mientras la paciente estuvo en el área de ginecología se la mantuvo informada de cada tratamiento que se le administraba, así como por qué sus molestias continuaban se hizo énfasis en la importancia de continuar con la medicación estrictamente y que debía aceptar la administración de todas las dosis, sin embargo la paciente manifestaba que su cuadro solo empeoraba y que no quería seguir hospitalizada motivo por el cual solicita su alta voluntaria sin la mejoría total de su condición.

En cuanto a la condición de su embarazo, no había otro problema añadido este estaba desarrollándose con normalidad.

3. CONCLUSIONES

La gran mayoría de las embarazadas (80%) presentan náuseas matutinas en las primeras semanas de gestación la forma más severa es la hiperemesis gravídica



un padecimiento poco común pero de no ser controlado puede llegar a tener complicaciones importantes sobre la gestante. Esta patología se puede llegar a desarrollar por la intervención de diferentes factores ya sean biológicos psicológicos o socioculturales. El tratamiento para esta enfermedad es amplio y será el profesional de salud quien determine cuál será el más efectivo dependiendo de las condiciones del paciente.

Esta revisión se basa en investigación de la literatura referente a la patología y el estudio de un caso clínico el cual fue analizado y comentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Roseboom Tessa, Características maternas y explicaciones de malos embarazos después de la hiperemesis gravídica, revista europea de obstetricia y ginecología biológica reproductiva. (2011) 156: 56-59



2. Loma Sibaja Muñoz, Manejo de la hiperemesis gravídica, ginecología y obstetricia, revista médica de costa rica y Centroamérica (2004)
3. M. Palacio. Hiperemesis Gravídica, Servei de Medicina Materno-Fetal, guía clínica de hiperemesis gravídica. (2014)
4. Harriero Borrallo JA, Ruíz Amo P, Sánchez Cibantos JC. Náuseas y vómitos. Hiperemesis gravídica. En: Cabero L, editor. Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología. Madrid: Litofinter, (1997)
5. Wilson SB. Hiperemesis gravídica. En: Friedman EA, Acker DB, Sachs BP, editors. Toma de decisiones en Obstetricia. Barcelona: Edika-Med SA, 1990; p. 84
6. Lombardía Prieto J, et al. Emesis e hiperemesis gravídica, hospital virgen de la salud, Semergen. (2003)
7. Guzmán A. La hiperemesis gravídica como causa de muerte materna. Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela. 1990
8. Claudia Silva, hiperemesis gravídica, revista de obstetricia y ginecología de Venezuela. (2006)
9. Carrera JM. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3th ed. Barcelona: Masson SA, (1996)
10. Cole: Funciones biológicas de hCG y moléculas relacionadas con hCG, Reproductive Biology and Endocrinology (2010)
11. S. Fejzo, Borzouyeh poursharif, y col. Síntomas y resultados del embarazo asociados con la pérdida extrema de peso en mujeres con hiperemesis gravídica, Journal of women`s heath (2009)



ANEXOS

LABORATORIO CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO "VIRGEN DEL ROSARIO"

Bloq. Farm. Uta Ortiz Sánchez

SEGURO, CONFIANZA, PRECISIÓN
 MATRIZ TENA: AV. 15 DE NOVIEMBRE Y ELOY ALFARO (Frente al Hospital de Tena - Local: Casillero Jaramba) | SUCURSAL GUARANDA: ELOY ALFARO Y 10 DE AGOSTO (Frente al Hotel Mariscal) |
 Tel.: 052 848 183 | Emergencias: 0987 292565 // E-mail: laboratoriovirgenrosario@hotmail.com

NOMBRE: Sra. Patricia Alexandra Pasto Paguay.
 EDAD: 23 años.
 MEDICO SOLICITANTE: Dr. Altamirano.

CÓDIGO: 2279
 FECHA: 17-09-2019

ESTUDIOS HORMONALES

ANALISIS	RESULTADOS	INTERVALOS BIOLÓGICOS
TSH- Ultra	1.63 uIU/ml	Niños hasta 7 días: 1.99 a 28.0 Niños de 8 a 15 días: 2.30 a 12.20 Niñas hasta 15 días: 1.78 a 12.60 1 año a 10 años: 0.47 a 6.20 Adultos: 0.40 a 4.00
T3	0.77 ng/ml	1 a 7 días: 2.10 a 5.78 8 a 15 días: 0.83 a 3.77 1 mes a 12 meses: 0.50 a 2.75 1 a 3 años: 0.33 a 2.56 4 a 12 años: 0.41 a 2.36 Adultos: 0.80 a 2.00

Análisis realizado por:
 Licda. Patricia Ruiz.

Validado Por:
 Bloq. Farm. Lia Ortiz.

Lia Ortiz Sánchez
 BIQUIMICA-FARMACIA
 REG. N. 03012838



AUTORIZADO POR
 Dra. Diana Pazmiño Narváez
 MD - Patólogo Clínica
 Directora de Laboratorio

Nombre : PATRICIA ALEXANDRA PASTO PAGUAY
 Documento : 09186050-19
 Médico : NO APLICA
 Entidad : Dra. Lia Ortiz (Tena) -30-

Código : 09186050
 Edad/Sexo : 23 / F
 Fecha Ingreso : 2019-09-18 10:30:53
 Fecha Impresión : 2019-09-18 13:23:01

ANALISIS	RESULTADO	INTERVALOS BIOLÓGICOS
ESTUDIOS HORMONALES (Suero)		
FT4 (T4 LIBRE)	1.08 ng/dL	1 a 7 días: 1.71 a 6.90 8 a 15 días: 1.33 a 5.20 1 mes a 12 meses: 0.76 a 2.00 1 a 8 años: 0.93 a 2.00 9 a 11 años: 0.80 a 7.1 12 a 19 años: 0.65 a 2.10 Adultos: 0.89 a 1.76

Observaciones: Muestra recibida (No obtenida en el laboratorio)

Validado por: DRA. XIMENA MEJIA

La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico
 Página 1 de 1

Av. Gran Colombia N14-65 y Hnos Pazmiño (Frente a la Maternidad Isidro Ayora)
 Telefax: 2566-911 / 2541-891

Web: www.labpaznar.org / www.pazminonarvaez.com Mail: labpaznar@andinanet.net

Lia Ortiz Sánchez
 BIQUIMICA-FARMACIA
 REG. N. 03012838