



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTE DE 12 AÑOS  
ATENDIDA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD - IV NIVEL**

**PRESENTADO POR:**

**SAYRA BELEN CABANILLAS CARHUAZ**

**ASESOR:**

**Dra. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,  
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2022**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADOS .....	i
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	1
1.1 Descripción del problema de investigación .....	1
1.2.Justificación.....	3
1.3.Marco teórico .....	4
1.3.1.Antecedentes .....	4
1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad .....	9
CAPÍTULO II .....	20
CASO CLÍNICO .....	20
2.1.Objetivo:.....	20
2.2.Sucesos relevantes del caso clínico.....	21
2.3.Discusión.....	34
2.5. Recomendaciones.....	36
BIBLIOGRAFÍA .....	37

## RESUMEN

El presente caso clínico muestra la atención que recibió una gestante de 12 años con diagnóstico de hiperémesis gravídica, quién es referida de un establecimiento de menor resolución debido a la necesidad de que la gestante reciba una atención en un establecimiento que cuente con un equipo multidisciplinario especializado.

La hiperémesis gravídica representa una de las patologías que complican la primera etapa del embarazo y qué en algunos casos puede continuar en el segundo y tercer trimestre, el caso clínico que presentamos a continuación relata la historia de una gestante adolescente con antecedentes de abuso sexual, problemas familiares, disociación familiar y con abandono de pareja, motivo por el cual acude al establecimiento de salud, donde deciden derivar a la paciente hacia un establecimiento de mayor resolución para continuar con su atención y ayuda psicológica.

En el establecimiento de atención la gestante es atendida de acuerdo a los protocolos, y al ser menor de edad tiene la compañía de su madre durante todos los días que recibe atención por parte del equipo multidisciplinario.

Durante la atención, la gestante refiere que los síntomas de náuseas y vómitos van cediendo con el paso de los días, inicialmente no quería comunicarse con ningún miembro del equipo multidisciplinario, pero luego de 2 días se convirtió en una mejor informante, sin embargo, de acuerdo a lo sugerido por el área psicológica se debe de realizar terapias psicológicas individuales y familiares con el objeto de concientizar a la paciente acerca de su embarazo y como valorarlo.

Este caso es importante pues nos muestra el soporte que el equipo multidisciplinario brindo a la paciente para superar las molestias por las que fue internada.

**Palabras claves:** hiperémesis gravídica, alto riesgo, adolescente.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción del problema de investigación**

La hiperémesis gravídica es un síndrome que ocurre en la primera etapa del embarazo, que tiene una incidencia de 1 a 3%, generalmente se presenta como un conjunto de signos y síntomas asociados a náuseas y vómitos que no se pueden controlar y que rápidamente puede tornarse severos y considerarse una emergencia obstétrica de alta prioridad, muchas veces es motivo de consulta en emergencia, puede provocar la hospitalización de la madre porque hay un deterioro físico y corporal que requiere de suplementos nutricionales y electrolíticos que de no ser suministrados no le permitirían continuar con el embarazo, históricamente se ha relacionado a condiciones psicológicas y económicas, evaluándose cómo están repercuten en la salud de la madre, sin embargo, existen otros problemas como los sociales y demográficos que también pueden incidir en esta patología (1).

La hiperémesis gravídica se manifiesta entre las 6 y 14 semanas de la gestación, si bien es cierto solo el 15% continúa después del primer trimestre, la principal característica son las náuseas y vómitos severos afectando la vida de la gestante e impidiendo que gane peso, provocando deshidratación, desequilibrio metabólico y provocando anemia en las gestantes (2,3).

Es de etiología desconocida, existen diversas teorías para explicar cómo esta patología puede ser generada por el desbalance hormonal, psicológico gastrointestinal y como cada una de ella juega un importante papel en el desarrollo normal de un embarazo (4).

Cómo se manifiesta no hay un concepto específico que relacione con mayor facilidad los factores que condicionan la hiperémesis gravídica, pero entre las características más saltantes tenemos: primiparidad, bajo nivel socioeconómico, antecedentes de hiperémesis, cesárea previa, obesidad, mujeres muy jóvenes, problemas familiares, rechazo familiar, mala relación con la pareja, etc.

Es importante no minimizar el diagnóstico pues en muchos casos se pueden observar cuadros clínicos graves que ponen en riesgo la vida y salud de la mujer, pues como se mencionó produce deshidratación grave, desgaste muscular, que requiere pronta hospitalización que finalmente repercuten en la salud de la madre y del futuro recién nacido.

Debemos tener en cuenta que en el primer trimestre se produce la embriogénesis, por lo que cualquier patología que se desarrolle en esa etapa debe ser controlada y atendida por un equipo multidisciplinario capacitado y que identifique adecuadamente los signos y síntomas que esta patología desarrolla.

## **1.2. Justificación**

Realizar la revisión de un caso de hiperémesis gravídica es importante porque nos permitirá conocer los diversos factores que pueden generar dicha patología y permitirá comprobar como múltiples factores afectan el desarrollo del embarazo en las primeras semanas de vida.

Este caso clínico aportará conceptos relevantes acerca de la gestación en las primeras semanas del embarazo y como ello puede repercutir en la madre y el feto, las pautas que obtendremos ayudarán al personal de salud a comprender como actuar en casos como este.

La hiperémesis gravídica es un problema de consulta médica muy frecuente por lo que el determinar el perfil la gestante podría incrementar y actualizar los diagnósticos acerca de esta patología, con ello poder proponer medidas de prevención para realizar un diagnóstico oportuno y contribuir en la disminución de la severidad de los casos.

Conocer acerca de la hiperémesis gravídica es importante pues en muchos casos es subdiagnosticado y compromete a la madre y al feto, saber como tratarlo y como actuar es fundamental, en este caso clínico influían además otros factores como el abuso sexual, la mala relación familiar, la edad adolescencia temprana, el abandono social que de manera conjunta comprometían más la salud de la gestante.

### **1.3. Marco teórico**

#### **1.3.1. Antecedentes**

##### **a.- Antecedentes Internacionales**

**Franken S, et al. (Costa Rica - 2021)** titulada “Manejo de la Hiperémesis Gravídica según gravedad clínica”, el objetivo de la publicación es analizar la información más actualizada con relación al manejo y tratamiento de la patología. Para la investigación se realizó una base de datos de revistas y paginas científicas como: Uptodate, Cochrane, Pubmed, Scielo, Elsevier y Science Direct, de las cuales se realizaron 42 revisiones científicas entre los años 2015 – 2021. Publicaciones procedentes de países como España, EE. UU, Finlandia, Grecia, Reino Unido, México, entre otros. Las investigaciones contenían información sobre la epidemiología, diagnóstico y el tratamiento. Llegando a la conclusión de que las náuseas y vómitos severos son muy comunes durante el embarazo, siendo los síntomas predominantes durante el primer trimestre de embarazo, sin embargo, existe un subgrupo de pacientes que los experimentan durante todo el proceso de la gestación, la cual llega a afectar la vida de la mujer por la deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos, que, si no son tratados en su momento, podría generar una morbilidad materna considerable (5).

**Espín J, et al. (Ecuador - 2020)**, nombrada “Hiperémesis Gravídica en gestantes de 15 a 45 años”, la cual tiene como objetivo principal describir el comportamiento de la hiperémesis gravídica en gestantes en el área de ginecología del hospital en mención. Obteniendo como resultados que el 54% tenía una edad media de 26 a 35 años, la población de etnia mestiza conforma el 55%, la población que vive en áreas

urbanas fue de un 72%, población con educación secundaria es de 32%, un nivel socioeconómico bajo es de (42%), además que las personas que acudieron de 1 a 3 controles prenatales, se encontraron con un tiempo de gestación de 13 a 28 semanas (65%). Llegando a la conclusión que existen factores incidentes en el desarrollo de la hiperémesis gravídica, por lo cual, se necesita una capacitación adecuada y constante sobre los cuidados y la prevención (6).

**Pesantes M, et al. (Ecuador - 2020)** la tesis titulada "Intervenciones de Enfermería y su impacto en Hiperémesis Gravídica en primigestas", proyecto en el cual se observó un elevado nivel en gestantes con la patología, por lo cual se enfatiza lo importante que es la capacitación y orientación a las gestantes primerizas, debido a que en los resultados de la encuestas realizadas en la población se evidencio el déficit del conocimiento acerca del tema, recalcando la necesidad de intervención en la salud de las gestantes. El estudio concluyo brindando algunas recomendaciones, dentro de las cuales resalta, el plantear un equipo de trabajo que permita implementar talleres vivenciales que involucre a la población fértil que acude al centro por una atención médica (7).

**Vargas T, et al. (México - 2019)**, una revisión científica titulada “Revisión: Hiperémesis Gravídica”, concuerdan con las demás bibliografías que las náuseas y vómitos se presentan en más del 50% de las gestantes y estas son más comunes, entre las semanas 6 – 14 del embarazo. Se convierte en la causa primordial del ausentismo laboral en el 35% de los casos, la disminución de la calidad de vida de la mujer e incrementar los riesgos de comorbilidad durante el embarazo. Del 0.25

al 0.5% de las mujeres embarazadas, sufren de forma más severa de la Hiperémesis gravídica (HG). Los síntomas más severos y presentes además de las náuseas y vómitos, son la intolerancia gástrica, la cual ocasiona pérdida de peso de al menos 5%, el desgaste muscular y las alteraciones del equilibrio metabólico e hidroelectrolítico, la cual puede presentar cetonuria y deshidratación y en casos severos, se puede producir lesiones hepáticas y retinitis hemorrágica (8).

**Nieto A, et al. (Chile - 2018)**, el artículo titulado “Encefalopatía de Wernicke Secundario a Hiperémesis Gravídica: La Importancia del diagnóstico temprano”, la cual tuvo como objetivo principal el describir el primer caso de EW secundario a HG en Colombia y realizar una revisión de la literatura publicada sobre su diagnóstico y tratamiento. La cual se basa en describir el caso de la paciente de 23 años de edad, con antecedentes de gastritis crónica y trastorno depresivo previo a la gestación, desde la séptima semana presenta vómitos persistentes, a las 14 semanas del embarazo, se dio el diagnóstico de Hiperémesis Gravídica. A las 16 semanas de gestación, se presenta desorientación en tiempo y lugar, pérdida de control de esfínter, fiebre, deterioro del estado de conciencia, entre otros. A las 17 semanas se presenta muerte fetal y se induce aborto con misoprostol y un posterior legrado en el útero. A los 5 días posteriores, no se presentó ninguna mejoría neurológica y es remitida a UACO de la FVL, donde es ingresada con Glasgow 9/15, hipertensa, taquicardia, pupilas reactivas (9).

#### **b.- Antecedentes Nacionales**

**Huanca A, et al (2021)** publicaron una tesis en Ica, llamada “Asociación entre Hiperémesis gravídica con el retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al

nacer en gestantes atendidas en el Hospital María del Socorro - 2020”, la cual se enfocó en determinar la asociación entre la hiperémesis gravídica con el retardo de crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer en las gestantes del estudio. El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), conforman una de las complicaciones del embarazo que se asocian a un mayor riesgo de comorbilidad. La hiperémesis está vinculada al RCIU ya que la poca ingesta de alimentos, provoca la escasa ganancia de peso en el feto, causando morbilidad y mortalidad perinatal, la cual puede generar consecuencias hasta la adultez. En la cual se presentó en los resultados que la incidencia de hiperémesis fue de un 43.3% (leve), 39.4% (moderada) y el 17.2% (severa), en base al peso, los recién nacidos que pesan menos de 2.5kg forman el 32.8%, mientras que los recién nacidos que pesan menos de 1.5kg conforman el 42.8% y los recién nacidos con un peso menor a 1kg son del 24.4% (10).

**Verano J (2020)**, publicó su tesis en Huancayo, titulado “Características Clínicas Neonatales de madres con Hiperémesis Gravídica”, teniendo una muestra de 80 neonatos de madres diagnosticadas con Hiperémesis gravídica, el 51% de los neonatos fueron del sexo masculino. El 96% de la población tenía una edad media gestacional de 36 semanas, así mismo, el peso de del 94% tenía un peso alrededor de los 2.5kg. Normalmente las náuseas y vómitos provocados por embarazadas, suelen ser minimizadas por el personal de salud, debido a que son síntomas muy comunes que pueden ser confundidos por cualquier otro malestar, siendo disminuido por las mismas gestantes y adoptándolas con normalidad, además que

las madres también tienen el temor a la administración de medicamentos por los posibles efectos secundarios que puedan presentarse con el feto (11).

**Bonilla E. (2020)**, realizó una investigación en Piura, titulada “Prevalencia y Características Clínicas de Hiperémesis Gravídica en gestantes del primer trimestre”, el tratamiento farmacológico inicial para las pacientes diagnosticadas con hiperémesis gravídica, incluyen una combinación entre la piridoxina y la doxilamina, en algunos casos, se utiliza también la ondansetrón o fármacos antagónicos a la dopamina, como la metoclopramida o prometazina. La hiperémesis gravídica es una patología que no se encuentra asociada a un gran riesgo de mortalidad a largo plazo, debido a que esta mayormente finaliza al término del primer trimestre o inicios del segundo trimestre de gestación. En el estudio se encontró un total de 39 casos diagnosticados durante el proceso del estudio, de los cuales el 28.2% fueron gestantes de 18 a 20 años, siendo este el mayor grupo de casos (11). El 66.7% de las pacientes presentaron náuseas y vómitos. Así mismo, se concluyó que en el Hospital II – 1 Jorge Reategui Delgado se encontró una prevalencia total del 2.18 (12).

**Cerna R. et al (2019)** publicaron en Huaraz la tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la Hiperémesis Gravídica”, del cual, el presente trabajo divido en tres grandes grupos a los factores de riesgos de la HG, el primero es el factor sociodemográfico, la cual está conformado por la procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil y la edad, también tenemos el segundo factor que se basa en lo psicosocial, dentro del cual tenemos como más resaltantes a la

depresión, ansiedad, estrés y la violencia doméstica. Finalmente tenemos como tercer factor el obstétrico, dentro del cual tenemos a la paridad, peso, sexo del recién nacido. El objetivo general del estudio era, determinar los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes. Se concluyo, que los factores de riesgos sociodemográficos, psicosociales y obstétricos si presentan un nivel significativo con la HG en las gestantes de la muestra. (13).

**Rodríguez J. (2018)**, publico la tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la Hiperémesis Gravídica”, el cual tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de la HG dentro de la población del estudio, la cual consta de 146 gestantes de gineco – obstetricia, de la cual se contó con 47 casos y 99 controles. Dentro de los resultados podemos evidenciar que la media de edad oscila entre los 20 a 34 años, siendo esta un 74% de la población, la cual contiene un resultado muy similar en la media de edad presente en las gestantes. Esta investigación brindara un aporte adicional para los estudios previos y similares que se realicen en el país y sobre todo dentro del hospital, con la finalidad de poder disminuir los niveles de la problemática, buscando desarrollar una guía de manejo que brinde al paciente una mejor atención y diagnostico oportuno. (14).

### **1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad**

#### **Hiperémesis Gravídica**

##### **Definición:**

La Hiperémesis gravídica (HG) es una patología que se presenta durante el primer trimestre del embarazo, las cuales afectan a las gestantes en un porcentaje del 0.3 –

2%, el síndrome se manifiesta por síntomas de tres a más vómitos por día, las cuales se inician de la semana 4 a la 8 y en algunos casos se continua hasta la semana 14 aproximadamente. Se caracteriza por náuseas y vómitos severos, los cuales se provocan por la pérdida de peso, de al menos un 5% del peso previo al embarazo, acompañado por la deshidratación, anemia, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos. Algunos factores predisponentes para la HG más relevantes son: el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, HG previa, diabetes gestacional, trastorno depresivo, trastorno hipertiroides, asma, entre otros. En varios estudios se ha presentado que el tabaquismo y la multiparidad reducen el riesgo de presentar HG. Así mismo, la HG tiene una mayor presencia en mujeres jóvenes, primer embarazo y nivel socio económico bajo. (15).

El Centro de Clasificación Estadística de Enfermedades relacionadas a problemas de Salud, define a la HG como la persistencia de excesivos vómitos antes de la semana 23 de la gestación. En las mujeres que presentan la patología se evidencia entre un 70 a 85% de vómitos y náuseas, siendo el ausentismo laboral la consecuencia más constante debido a los malestares que se producen, lo cual conforman un 35% de los casos, dándose dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

En la actualidad no se logra encontrar una evidencia significativa definitiva en base a la patología. Durante las investigaciones de los casos clínicos se evidencia que las embarazadas no presentan una patología del aparato digestivo, así mismo, se descartan factores psicosociales relacionados al embarazo, como es el, rechazo al embarazo o un embarazo no deseado, los problemas de la relación, tanto de pareja

como familiares (mayormente con la madre), la falta de información y el tipo de personalidad de la embarazada. (16).

### **Etiología**

La emesis gravídica es presentada en un 50% de los embarazos, aunque solo el 0.2 a 0.3% presentan alteraciones metabólicas que guardan relación con la hiperémesis gravídica. La etiología es desconocida, pero su explicación se presenta debido a alteraciones hormonales, mecánicas y a eventos psicógenos. (17).

Existen distintos factores que involucran a la etiología, los cuales son los siguientes:

#### **Factor Genético:**

Se puede presentar en gemelos monocigotes, en hijas de madres que hayan padecido hiperémesis durante su o sus etapas de gestación y también se puede presentar en familias con déficit receptivos a las glicoproteínas (17).

#### **Factor Inmunológico:**

Existe la creencia de una alteración en la inmunidad celular, producida por el aumento de la concentración y de actividad de la adenosina en el organismo. (18)

#### **Factor Hormonal:**

Está relacionado en la secreción de la hormona gonadotrofina coriónica humana, debido a que se evidencian los vómitos en la etapa inicial del embarazo, las cuales coinciden en su mayor intensidad con los niveles máximos de secreción de gonadotrofinas coriónicas, siendo evidenciada en estudios y presentándose con mayor frecuencia en casos de mellizos o molares. Por otro lado, existe la sospecha

de que los estrógenos también se presentan en las complicaciones de la hiperémesis gravídica, también se sospecha de los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrofica (ACTH) que son producida por las glándulas suprarrenales, la misma hormona de crecimiento y en la prolactina.

Existe una teoría, que presenta a la disminución en la función de la glándula suprarrenal libera una menor cantidad de adrenocorticotrofica, la cual sirve en la estimulación, producción y secreción de cortisol, el cual controla el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y las grasas. (19).

#### **Factor Psicológico:**

Durante la evaluación a las mujeres que presentaron la enfermedad, se evidencio un tema muy arraigado a la no satisfacción del embarazo, debido a las situaciones conflictivas para la mujer que no se animan a comentar la ambivalencia de sentimientos que se tienen durante la gestación, debido al temor por ser criticadas, obligadas, censuradas, por lo cual, las embarazadas se desahogan mediante el vómito como acto simbólico del rechazo al embarazo de modo inconsciente (20).

Estudios demuestran que las mujeres que presentan ansiedad o tendencia a la depresión, presentan un vomito más constante e intenso. Se aconseja, considerar cada caso de manera personalidad y trabajar de manera independiente las complicaciones que pueda presentar la gestante durante el proceso del trastorno, así mismo el poder indicar las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y el malestar general que se pueda presentar. En algunos casos se ha evidenciado que es necesario el apoyo externo más presente, debido a que existe un 60% de mujeres que desarrollan una depresión secundaria post – parto. (20).

**Factor de Riesgo (21):**

- Mayor probabilidad de contraer la patología en raza blanca
- Antecedentes en hiperémesis gravídica por embarazos previos
- Embarazo múltiple
- Pérdida de peso > a 5%
- Antecedente de embarazo pretérmino
- Dolores de cabeza tipo migraña acompañados de náuseas o vómitos.
- Familia que ha padecido de hiperémesis gravídica
- Enfermedad hepática crónica
- Antecedentes de mareo por movimiento o cinetosis
- Fumadoras
- Pesos elevados (obesidad en adelante) IMC > a 30

**Otros:**

- **Déficit de vitaminas:** Mayormente la falta de vitamina “B” puede permitir que el organismo sea más vulnerable a los vómitos (20,21).
- **Motilidad gástrica:** se disminuye la motilidad muscular del estómago durante el embarazo, lo que produce los vómitos (21).
- **Helicobacter Pilory:** Es una bacteria presente en el medio del ácido estomacal, la cual infecta la mucosa gástrica produciendo gastritis y úlceras gástricas (20).
- **Dietas elevadas en grasas:** Las mujeres que consumen una dieta elevada en grasas presenta un riesgo de 5 veces más en comparación a mujeres con dietas balanceadas. (21).

## **Fisiopatología (21):**

La forma clínica y frecuencia de presentarse:

- Vómitos más de 3 veces al día
- Desequilibrio electrolítico
- Cetonuria
- Vómitos incoercibles
- Signos de deshidratación
- Alcalosis metabólica
- Neuralgias y polineuritis (debido a un déficit de la vitamina V1)
- Insuficiencia hepática
- Trastornos de coagulación
- El inicio de los síntomas entre la cuarta y octava semana.
- Presencia de síntomas continuos hasta la semana catorce o dieciséis
- En algunos casos se pueden presentar hasta la semana veinte

## **Clasificación**

- **Hiperémesis Gravídica Leve:** En este diagnóstico no hay presencia de deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor al 5% (22).
- **Hiperémesis Gravídica Moderada:** Se presentan signos de deshidratación y una pérdida de peso del 5 – 10% del total (22).
- **Hiperémesis Gravídica Severa:** Los signos que presenta de deshidratación son severos y alarmantes, acompañados de ansiedad, ictericia, cetoacidosis, estados de shock y la una pérdida del peso corporal mayor al 10%. (22).
- **Manejo y Tratamiento de la Hiperémesis Gravídica Farmacológica**

Debido a que la HG es una enfermedad multifactorial, las terapias emergentes no han presentado resultados significativos. Por lo cual, el mayor énfasis de la terapia se enfoca en la corrección de los desniveles hidroelectrolíticos. Actualmente el 10% de pacientes con HG reciben tratamiento farmacológico recibiendo suplementos vitamínicos, tales como la tiamina, la piridoxina (vitamina B6) y/o oxilamina, difenhidramina, metoclopramida u ondansetrón, las cuales ayudan a disminuir en un 70% los síntomas de náuseas y vómitos. La somnolencia es un efecto secundario de la medicación, así mismo, se presenta el tratamiento mediante el uso de corticoides, las cuales tienen un uso permitido luego de las 10 semanas de gestación para prevenir cualquier posible efecto secundario, como las malformaciones congénitas (22, 23).

- **Cambio en la ingesta y estilo de vida**

El cambio de alimentación es fundamental para mejorar los niveles de proteínas y carbohidratos, así mismo, se debe aumentar las porciones y la frecuencia en la ingesta de los alimentos, los horarios de descanso deben ser óptimos y relajantes, se debe de aumentar la ingesta de electrolitos y evitar el consumo de comidas picantes para mantener un nivel de acidez optimo y no generar reflujos gástricos (15,23).

- **Terapias Complementarias**

Existen algunas terapias no convencionales que pueden ser utilizadas por las gestantes para disminuir sus niveles de ansiedad y dolor presentados por las náuseas y vómitos, por un lado, tenemos a la medicina natural, producto de consumir jengibre, en diversas presentaciones, agregándolo mayormente

en jugos y sopas, y también tenemos a la medicina occidental representada por medio de la acupuntura, la cual permite aliviar las molestias que se presentan por la HG. (5, 23).

### **Complicaciones Maternas de la Hiperémesis Gravídica**

**Metabólicas y Nutricionales:** La madre presenta una deficiencia del 50% en su régimen nutricional, mostrando una disminución de vitamina B12 (cobalamina) y B6 (piridoxina), las cuales generan que la madre desarrolle anemia o neuropatías periféricas o alguna otra deficiencia de tiamina, riboflavina y vitamina A (12).

- **Encefalopatía de Wernicke:** Se presenta por el déficit de tiamina en conjunto con la ingesta de carbohidratos o dextrosa, suele manifestarse a partir de la séptima semana de embarazo, suele estar vinculada a una triada de: confusión, alteraciones oculares y ataxia. Para dar un diagnóstico, se debe realizar una resonancia magnética en la cual se muestren lesiones a nivel del acueducto y el cuarto ventrículo (23).
- **Beriberi:** Se origina por el déficit de tiamina, la cual genera lesiones neurológicas y en algunos puntos, complicaciones a nivel cardiovascular.
- **Trastornos Psicológicos:** El 50% de las madres diagnosticadas con HG suelen padecer de trastornos psiquiátricos, como ansiedad, depresión y en algunos casos trastornos somáticos (22).
- **Mecánicas:** Debido a episodios prolongados de vómitos, suelen predisponer a traumas esofágicos, también conocido como el síndrome de

MalloryWeiss; así mismo, puede presentar complicaciones como neumotórax a tensión, desprendimiento de retina o avulsión esplénica (22).

- **Amenaza de Aborto:** Viene acompañada de amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor lumbar, sangrado uterino antes de llegar a la semana veinte de gestación, este descarte se puede evidenciar por ecografía o auscultación del latido cardiaco fetal mediante Doppler (22).
- **Hipertensión Gestacional:** Se da una elevada presión arterial por la ausencia de proteinuria en las gestantes, luego de la veinteava semana gestacional, siendo este un diagnóstico momentáneo, luego del parto, entre las diez a doce semanas postparto, catalogándola como hipertensión transitoria y si se presenta la PA (presión arterial) por más semanas, se diagnostica como hipertensión crónica (23).
- **Embarazo Prolongado:** Es definido como aquel proceso gestacional que excede las cuarenta y dos semanas, con presencia de una amenorrea compleja o 294 días desde el último periodo menstrual. (24).

### **Complicaciones Fetales de la Hiperémesis Gravídica**

- **RN Pretérmino:** Es definido por la edad gestacional del recién nacido, anteriormente se consideraba a los recién nacidos que pesaban menos del 2.5kg., estos recién nacidos tienden a ser pequeños. Actualmente se realiza el diagnóstico cuando él bebe nace antes de cumplir las 28 semanas de gestación (22).
- **Bajo Peso del Recién Nacido:** Pueden presentar riesgos de sufrir enfermedades psiquiátricas y cardiovasculares, debido a los bajos niveles

placentarios de 11 – HSD (11 - hidroxisteroide deshidrogenasa) los recién nacidos presentan un peso menor a 2,5kg, llegando a casos extremos de menor a 1.5kg (23).

- **Valoración del Apgar:** La puntuación del APGAR es la herramienta más utilizada para evaluar a los recién nacidos, tiene como utilidad el indicar que tan bien tolero el bebé el proceso de recién nacido y de ser necesario, su utilidad radica en qué momento se debe tomar acción rápida ante cualquier emergencia (22).
- **Ictericia Neonatal:** Se caracteriza por la presencia de coloración amarilla en la piel y mucosa del recién nacido ocasionada por el depósito de bilirrubina. La ictericia se observa en primera instancia en el rostro y luego se va expandiendo por el tronco y las extremidades (22).
- **Hipoglucemia en el recién nacido:** La hipoglucemia del recién nacido es un trastorno metabólico que se caracteriza por tener valores sanguíneos de glucosa por debajo de 20mg/dl en prematuros, de 30mg/dl en recién nacidos en las primeras 72 horas y menos de 40mg/dl sea cual sea la edad gestacional o edad postnatal (22).
- **Hipoglucemia en el Recién Nacido:** Es un trastorno metabólico que es caracterizado por presentar valores de glucosa menores de 20mg/dl en prematuros, 30mg/dl en nacidos recién dentro de las primeras 72 horas y menos de 40mg/dl en bebés con más de 3 días de nacidos (22).
- **Infección Neonatal:** Es una condición médica infecciosa que presenta un riesgo de falla orgánica, presenta un nivel de morbilidad y mortalidad significativa en la población pediátrica y neonatal. Se divide en infección

temprana y tardía, la temprana se presenta antes de las 72 horas de nacimiento y la tardía ocurre después del tercer día de nacido (23).

### **Recomendaciones**

Mediante la información recolectada sobre los factores influyentes en la hiperémesis gravídica, podemos afirmar que contribuye en gran nivel a la desnutrición de la madre y los malestares que se manifiestan en el primer trimestre de la etapa gestacional. En base a ello se presenta con mayor presencia el factor psicológico, el cual afecta en el estado de ánimo y el deseo de la paciente en conseguir su mejoría, manifestándose en depresión o cuadros de ansiedad, lo cual trae como consecuencia el no deseo de alimentarse.

Por lo cual se recomienda tener un cuidado adecuado en la alimentación y el tratamiento brindado a las pacientes diagnosticadas con la patología, en la medida de lo posible realizar un acompañamiento asistido o esporádico, dando también pie a que la gestante tome el interés por mejorar su propio estado de salud. Además, se debe seguir la farmacología correcta en tiempos y dosis, para que los síntomas e incomodidades se presenten con menor énfasis. Se debe generar un diálogo con la gestante y desarrollar el compromiso para futuras ocasiones de asistir a sus chequeos prenatales y mantenerse informado de las complicaciones que puedan presentarse durante todo el proceso del embarazo, sin olvidar el hecho de continuar con el tratamiento hasta eliminar por completo la presencia de patología y puedan recuperarse hasta un estado de salud adecuado y saludable. (24).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.- Objetivo:**

##### **2.1.1. Objetivo General**

- Conocer los factores y el manejo de la hiperémesis gravídica en gestante adolescente.

##### **2.1.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los factores que predisponen a la hiperémesis gravídica.
- Evaluar el manejo recibido por la gestante con hiperémesis gravídica.

## **2.2.- Sucesos relevantes del caso clínico.**

### **Hoja de referencia**

**29 de noviembre 2021**

G1P0, Edad gestacional de 12.4 semanas por ecografía del primer trimestre, no sangrado vaginal.

PA 100/60 mmHg, FC 76x', FR 16', T 36°C.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos

Genitourinario: sangrado vaginal negativo

Por ecografía obstétrica del 29 de noviembre, gestación única activa de 12.3 semanas.

### **Diagnósticos:**

Supervisión de gestantes de alto riesgo.

Supervisión de primigesta muy joven.

### **Plan:**

Se deriva a centro de mayor complejidad por edad.

**07 de diciembre 2021**

**18:20 hrs**

- O Rh positivo

**13 de diciembre 2021**

### **Informe Ecográfico Obstétrico**

Anatomía Normal.

Gestación única activa de 14 semanas 2 días por LCN, translucencia nucal, hueso nasal y ductus venoso normal es bajo riesgo de cromosomopatías, doppler de arterias uterinas normales. LCF 158x'.

## **15 de diciembre 2021**

**08:00 hrs**

Edad 12 años

Fecha de última regla 4 septiembre 2021

Fecha probable de parto 11 de junio 2022

Edad gestacional 14 semanas

04 controles prenatales

Niega antecedentes médicos

Menarquía 11 años

Niega otros antecedentes.

Ingresa paciente procedente de consultorio externo con diagnóstico de gestación de 14 semanas, adolescente se hospitaliza para estudio por ser menor de edad, actualmente presenta náuseas y vómitos, sialorrea escasa.

No presenta otras molestias.

Al examen:

LOTEP, PA: 100/60 mmHg, FC: 80 x', T° 37°C.

Piel: pálida

Mamas: normales

Abdomen: blando depresible, no doloroso, útero grávido, altura uterina 14cm, latidos cardíacos 159x', movimientos fetales presentes.

Genitourinario: sangrado vaginal negativo, pérdida de líquido amniótico negativo.

Tacto vaginal: diferido

Miembros inferiores: no edemas

Impresión diagnóstica:

- Gestación de 14 semanas 4 días por ecografía.
- Alto riesgo adolescente
- Hiperémesis gravídica

Queda en compañía de su madre, queda en reposo y control obstétrico, se solicita resultados de laboratorio tomado en consultorio externo el día 13 de diciembre 2021.

**19:15 hrs**

Gestación de 14 semanas 4 días.

Adolescente de 12 años, paciente en reposo, LOTEPE, afebril, FC 76x', PA 110/70 mmHg, en compañía de su mamá, niega molestias.

Mamas: blandas, depresibles.

Abdomen: ocupado por feto único, AU 14 cm, FCF 146x', no sangrado vaginal.

Queda en reposo.

**22:00 hrs**

Paciente descansa

**16 de diciembre 2021**

**03:00 hrs**

Paciente descansa

**06:00 hrs**

Paciente afebril, niega molestias, LCF 156x'.

**07:00 hrs**

Paciente queda en reposo

**07:15 hrs**

- Gestante de 14 semanas 5 días por fecha de última regla
- Hiperémesis gravídica
- Adolescente

Paciente niega molestias.

Al examen:

Mamas: blandas, simétricas.

Abdomen: LCF 140x', dinámica uterina negativa, útero grávido.

Sangrado vaginal negativo

Edema: negativo

Queda reposo

**09:00 hrs**

Médico indica continuar con indicaciones.

**13:00 hrs**

LCF 136x', niega pérdida de líquido negativo y sangrado vaginal negativo.

**15:00 hrs**

Paciente niega molestias

**17:00 hrs**

Niega náuseas, vómitos, diarrea negativa.

**19:00 hrs**

Gestante de 14 semanas 5/7

Adolescente temprana.

Paciente afebril, niega molestias, en compañía de su madre, PA 100/50 mmHg, FC 76x'.

Piel: tibia, elástica.

Mamas: normales

Abdomen: ocupado, LCF 141x', sangrado vaginal negativo.

Queda en control y reposo obstétrico a las

**22:00 hrs**

Paciente descansa

**17 de diciembre 2021**

**06:00 hrs**

Paciente afebril, niega molestias, en reposo y control obstétrico. Niega náuseas, vómitos, ligera sialorrea.

**08:00 hrs**

Paciente adolescente refiere estar en buen estado, niega síntomas.

Al examen:

Piel: ligeramente pálida

Mamas: blanda

Abdomen: LCF 148x', dinámica uterina negativa, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

**09:30 hrs**

Paciente de 12 años soltera que acude a establecimiento por motivo de consulta control psicológico antecedentes de abuso sexual de abuelo materno inadecuada relación con figura paterna y vinculada afectivamente con su mamá o inicio sexual a los 12 años.

Pareja actual de 15 años quién estudió y trabaja, pero cuando mantiene una relación estable vive con su mamá y su padrastro.

Paciente ingresa por náuseas vómitos gestante de alto riesgo con antecedentes de abuso sexual y conducta de riesgo está en tratamiento psicológico y psiquiátrico, baja autoestima.

**Alto riesgo obstétrico:**

- antecedentes de abuso sexual
- embarazo precoz
- en tratamiento psicológico

**Diagnóstico presuntivo:**

- Antecedentes de abuso sexual
- Historia familiar de trastorno mental

**Plan:**

- Continuar con tratamiento psicológico
- Terapia individual y familiar

**10:00 hrs**

Al examen: LCF 150x', movimientos fetales presentes.

**10:10 hrs**

- Leucocitos 6000 por ml
- Hemoglobina 12.9 gr/dl

- Hematocrito 38%

**14:20 hrs**

- Examen de orina
- Leucocitos 4 a 6 por campo
- Hematíes 3 a 5 por campo
- Células epiteliales abundantes
- Acetona 2++

**12:50 hrs**

LCF 156x', movimientos fetales presentes.

Paciente queda en observación, queda en compañía de su mamá.

**14:00 hrs**

- Gestante de 14 semanas
- Hiperémesis gravídica

Paciente en reposo no refiere molestias.

Al examen: útero grávido, LCF 142x', dinámica negativa, movimientos fetales presentes, sangrado vaginal negativo.

**15:00 hrs** LCF 142x', dinámica uterina negativa.

Movimientos fetales presentes

**16:00 hrs** LCF 143x'

**17:00 hrs** LCF 150x'

**18:00 hrs** LCF 152x'

**19:00 hrs** LCF 143x'

Gestante de 14 semanas, no refiere molestias.

Al examen:

Piel: tibia.

Abdomen: LCF 140x'.

Genitales externos: No sangrado vaginal.

**21:00 hrs**

LCF 136x', paciente niega pérdida de líquido amniótico negativo y pérdida de sangrado vaginal negativo.

**18 de diciembre 2021**

**05:00 hrs**

LCF 142x', niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal.

**07:30 hrs**

Gestante de 14 semanas en meses gravídica

Al examen:

Paciente LOTEPE, asintomática, afebril, sin molestias.

Piel: poco pálidas

Abdomen: no doloroso a la palpación, útero grávido, LCF 150x'.

Genitales externos: no se evidencia sangrado vaginal, no edemas.

**09:30 hrs**

Pasa visita médica y deja indicaciones

**12:00 hrs**

LCF 156x', paciente niega sangrado vaginal.

**15:00 hrs**

- VIH no reactivo
- RPR no reactivo

**16:00 hrs**

Paciente descansa tranquila, queda en reposo

**19:20 hrs**

- Gestante de 14 semanas 6 días
- Hiperémesis gravídica
- Episodio depresivo severo

Paciente refiere no presentar molestias, en compañía de su madre.

PA 100/ 60 mmHg, FC 68x', AU: 14 cm

**23:00 hrs**

Paciente descansa tranquila. LCF 156x'.

**19 de diciembre 2021**

**02:00 hrs**

Paciente descansa

**06:30 hrs**

Paciente no refiere molestias, LCF 150x'.

**07:10 hrs**

- Gestante de 15 semanas
- Embarazo adolescente
- Episodio depresivo severo

Paciente en reposo sin vía junto a su madre, actualmente asintomática, no refiere molestias.

Abdomen: blando, depresible, LCF 155x', movimientos fetales presentes, no doloroso.

Genitales externos: no sangrado vaginal

Miembros inferiores: sin edemas

Queda en observación

**09:30 hrs**

LCF 148x'.

Médico deja indicaciones, LCF 142x'.

**13:00 hrs**

Paciente tolera dieta, LCF 148x'.

**16:00 hrs**

Paciente se encuentra estable, LCF 155x'.

**18:00 hrs**

Paciente asintomática, LCF 150x', tolera dieta, queda en observación y control.

**19:00 hrs**

Paciente se encuentra en reposo en compañía de su madre, no refiere molestias, no náuseas, no vómitos, tolera dieta, LCF 155x'.

Genitales externos normales.

Tacto vaginal: diferido

**23:00 hrs**

Paciente descansa, niega molestias.

**20 de diciembre 2021**

**02:00 hrs**

Paciente continua en reposo, no refiere molestias.

**05:00 hrs**

Paciente descansa sin molestias, LCF 149x'.

**07:00 hrs**

Queda paciente bajo control obstétrico, niega molestias, se reporta LCF 145x'.

**07:15 hrs**

Gestante 15 semanas, emesis gravídica, episodio depresivo grave.

Paciente adolescente temprana con alto riesgo obstétrico, niega molestias.

Al examen: PA 100/50 mmHg, FC 76x',

Mamas: blandas.

Abdomen: AU 14 cm, dinámica negativa.

Queda en reposo, se brinda indicaciones

**14:00 hrs**

Paciente descansa tranquila

**16:00 hrs**

LCF 156x', no dinámica uterina, no sangrado vaginal.

**18:00 hrs**

LCF 150x'

**19:00 hrs**

LCF 145x', queda en reposo.

**Diagnóstico:**

- Gestante de 15 semanas 2 días por ecografía de primer trimestre

- Hiperémesis gestacional

Paciente en camilla no refiere molestias.

Piel y mucosas: tibias y elásticas.

Mamas: blandas, depresibles.

Abdomen: AU 14cm, LCF 149x', movimientos fetales presentes, dinámica uterina ausente.

Genitales externos: niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal.

**20:00 hrs**

LCF 150x'.

**21:00 hrs**

LCF 148x'.

**22:00 hrs**

LCF 139x'.

**23:00 hrs**

LCF 142x'.

**21 de diciembre 2021**

**05:00 hrs**

LCF 146x'.

**08:40 hrs**

- Gestante de 14 semanas de embarazo
- Hiperémesis Gravídica

Paciente tranquila, ubicada en tiempo espacio y persona.

Abdomen: AU 14 cm, LCF 151x', niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Queda bajo cuidado obstétrico.

**10:30 hrs**

LCF 148x'.

**12:30 hrs**

LCF 154x'.

**15:00 hrs**

LCF 150x'.

**16:00 hrs**

LCF 140x'.

**17:00 hrs**

LCF 150x'.

**19:00 hrs**

Gestante se encuentra tranquila, afebril, en compañía de su madre, niega molestias niega náuseas, vómitos.

PA 100/60 mmHg, FC 76x', FR 20x'.

Abdomen: blando, depresible.

Queda en reposo y control obstétrico.

**22 de diciembre 2021**

**06:00 hrs**

LCF 147x', dinámica terminal negativa, queda en reposo.

**07:00 hrs**

Visita médica refiere que paciente no refiere molestias AU:14 cm

Gestante de 15 semanas, se encuentra lúcida, en tiempo espacio y persona, con recuerdos de hechos estresantes, pacientes refiere antecedentes de abuso sexual por parte de familiar por lo que psicólogo sugiere consejería y terapia individualizada.

### **23 de diciembre 2021**

#### **08:00 hrs**

Paciente gestante lúcida y orientada, refiere sentimientos de incapacidad para afrontar problemas, bajo nivel de autoestima y déficits en las habilidades sociales, se brinda apoyo psicoemocional.

#### **10:00 hrs**

Paciente recibe el alta con indicaciones por parte del médico.

### **2.3. Discusión**

En los estudios desarrollados por Franken S (5) y Vargas-Álvarez T (8), se muestra que las náuseas y los vómitos se presentan en más de la mitad de las gestantes entre las 6 y 14 semanas, esta evidencia clínica se manifiesta en el caso clínico revisado y son características patognomónicas de la entidad que se ha revisado, y como ellos también manifiestan los síntomas varían ampliamente en las diversas publicaciones.

Son diversos autores entre ellos Espin L.(6), Cerna R. (13), Espinoza S.(18), que refieren que existen diversos factores que están asociados a Hiperémesis Gravídica, hecho que en el presente caso clínico podemos corroborar pues se evidenció que existían factores sociales, familiares, psicológicos, económicos, afectivos que condicionaron el desencadenamiento de esta patología, si bien el

equipo multidisciplinario actuó rápidamente y la gestante pudo recuperarse, ello solo fue un atenuante pues las condiciones de vida de la paciente no eran las adecuadas y la posibilidad de una recaída era muy alta. Es por ello que considero que el seguimiento y las visitas domiciliarias serán fundamentales para el bienestar de la paciente.

Tal como refiere Pantoja M (22) en su estudio de Cuidado integral de enfermería en pacientes embarazadas” la atención que se le brinda a la gestante debe ser integral y por un equipo multidisciplinario, en el caso clínico se pone de manifiesto la atención brindada por la obstetra, médico, psicólogo, asistente social, enfermera, etc. con el objetivo de dar bienestar a la paciente.

#### **2.4. Conclusiones**

- Existen diversos factores que condicionan la aparición de la Hiperémesis gravídica entre los que refiere la literatura y son revisados en este caso clínico tenemos: factores sociales, familiares, psicológicos, económicos, personales, que en conjunto generan que la gestante tenga una serie de síntomas como vómitos, náuseas y sialorrea que ponen en riesgo la vida de la paciente.
- Entre los factores mencionados tenemos de manera preponderante los factores familiares y sociales, la paciente sufrió de abuso sexual por un familiar, y afrontaba sola el embarazo debido al abandono de su pareja, hecho que llevo a que se establezca atención psicológica permanente para

poder ayudar a la paciente, luego de recibir la ayuda terapéutica y con la ayuda materna, las náuseas y vómitos disminuyen con el transcurrir de los días.

- El manejo que se le brinda a la gestante es básicamente a través de la ayuda terapéutica con un psicólogo que brinda soporte y con el apoyo de la madre, con ello, la gestante calma los síntomas por los que inicialmente es internada.

## **2.5 Recomendaciones**

- La gestación es una etapa que requiere de atención, comprensión y apoyo, no solo de la pareja y la familia, sino también de las personas que realizan la atención de salud, por ello es importante hacer una derivación oportuna a centros de mayor resolución y complejidad que permitan brindar una atención integral, mucho más en casos en los que hay poco apoyo familiar.
- Las visitas domiciliarias y el soporte a la gestante son fundamentales en las diversas etapas de la gestación, más aún en las primeras etapas del embarazo donde hay una serie de temores, emociones y dudas que generan incertidumbre y que predisponen a incrementar el riesgo en la gestante.
- El manejo multidisciplinario es fundamental en toda atención que se pueda brindar a la gestante, es la forma más integral de dar soporte y bienestar a quien confía tanto en nosotros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Llacsahuache M. Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. (2021). [citado 2022 Ene 08] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6179>
2. Zea C. Náuseas y vómitos durante el embarazo. Revista Centroamericana de Obstetricia y ginecología Vol15(2) junio 2010. [actualizado 2020; citado 10 enero 2022]. Disponible en: <http://www.revco.org/index.php/revco/article/download/559/468>
3. Quijada L, Paredes P, García B, García M, Alcubierre E. Psicósomática y concepción relacional sistémica: A propósito de un caso de hiperémesis gravídica. Revista psicósomática y psiquiatría. [Internet]. Octubre 2021 [citado 10 de enero de 2022];6(7):e693. Disponible en: [www.psicosomaticaypsiquiatria.com](http://www.psicosomaticaypsiquiatria.com)
4. Ruiz J, Cauti I, Gamero K. Factores de riesgo asociados a la Hiperemesis Gravidica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2019. (2021). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1014>
5. Franken S, García A, Valenzuela L. Manejo de la hiperémesis gravídica según gravedad clínica. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 10 de enero de 2022];19. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/693/1259>
6. Espín L, Aguilar S. "Hiperémesis gravídica en gestantes de 15 a 45 años ingresadas en el área de ginecología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, diciembre 2019-febrero 2020." (2020). [citado 2022 enero 08]. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/14924/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-590.pdf>
7. Mirabá E, Palma E. *Intervenciones de enfermería y su impacto en Hiperémesis Gravidica en primigestas durante el primer trimestre del embarazo, Centro De Salud Venus De Valdivia 2019*. BS thesis. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2020, 2020. [citado 2022 enero 08]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5554/1/UPSE-TEN-2020-0023.pdf>

8. Vargas-Álvarez T, Acuña-Bolaños D. Revisión: hiperémesis gravídica. AA [Internet]. 19nov.2019 [citado 08 ene.2022];65(noviembre):105-18. Available from: <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/171>
9. Nieto J, Burgos J, Echeverry L, Escobar M. Encefalopatía de Wernicke secundario a hiperémesis gravídica: la importancia del diagnóstico temprano. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 Jun [citado 2022 Ene 08] ; 83( 3 ): 295-301. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000300295&script=sci\\_arttext&tlng=n](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000300295&script=sci_arttext&tlng=n)
10. Huanca A, Huamani R. "Asociación entre Hiperémesis Gravídica con el retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro–2020." (2021), [citado 2022 Ene 08] Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1017>
11. Verano M. "Características clínicas neonatales de madres con hiperémesis gravídica en un Hospital Regional 2017-2018." (2021). [citado 2022 Ene 08] Disponible en: <http://www.repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2435>
12. Bonilla E. "Prevalencia y características clínicas de hiperémesis gravídica en gestantes del primer trimestre Hospital II-1 Jorge Reátegui Delgado 2018." (2020). [citado 2022 Ene 08] Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6135>
13. Cerna R, Picón L. "Factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017." (2020). [citado 2022 Ene 08] Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3641>
14. Rodríguez J. "Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de gineco–obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero–Junio 2017." (2018). [citado 2022 Ene 08] Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1249>
15. López A, Toro M. "Hiperémesis gravídica asociada al retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer en gestantes atendidas en el Hospital II–2 Tarapoto, setiembre 2016–enero 2017." (2018). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2806>
16. Navedo D. "Calidad de relación de pareja e hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital II de Essalud de Abril a Junio de 2018."

- (2018). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/3928>
17. Mayner-Tresol G, Reyna-Villasmil E. Mielinolisis central pontina como complicación de hiperémesis gravídica. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2018 Jul [citado 2022 Ene 09]; 64(3): 469-472. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a22v64n3.pdf>
  18. Espinoza S. "Perfil epidemiológico de las gestantes con hiperémesis gravídica atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé ESSALUD DE HUANCAYO 2019." (2019). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3157>
  19. Jiménez Rojas, ER. "Relación entre la hiperémesis gravídica y restricción del crecimiento intrauterino en gestantes que acudieron al Hospital San Juan de Lurigancho, 2017." (2017). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/821>
  20. Palomino E. "Hiperémesis Gravídica en el Hospital San José de Chincha." (2018). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/315>
  21. Hernández M. "Factores de riesgo de la Hiperémesis gravídica en el Hospital Regional de Ica año 2016." (2017). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/2365>
  22. Pantoja M. "Cuidado integral de enfermería en pacientes embarazadas con diagnóstico de hiperémesis gravídica." (2017). [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/11083>
  23. Quispe Y. "Factores de riesgo asociados a complicaciones materno-perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero–diciembre 2019." (2020). [citado 2022 Ene 15] Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3999>
  24. Yunga J. Factores patológicos que contribuyen a la desnutrición en el primer trimestre de gestación. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia, 2019. [citado 2022 Ene 09] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45829>