



**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTOR:

HERNÁNDEZ DONAYRE, MARÍA FERNANDA

ICA – PERU

2017

DEDICADO A:

A **MI ABUELO**, que ya dejó de existir, por todos los valores y buenas enseñanzas que me brindó para poder encaminar mis pasos hasta lograr mis metas.

MARÍA FERNANDA

A **MIS PADRES**, que gracias a su esfuerzo estoy logrando mis mayores sueños, por su amor y apoyo incondicional, por brindarme lo mejor de cada uno de ellos.

MARÍA FERNANDA

AGRADEZCO A :

Me gustaría que estas líneas sirvan para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por bendecirme y guiarme para poder alcanzar mis metas trazadas.

A MIS PADRES, por alentarme, guiarme, y formarme con valores, y así pueda encaminarme hacia el futuro trazado.

A MI FAMILIA, Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, amistad, consejos, apoyo, ánimo y comprensión, en los momentos más difíciles de mi vida y otras que ya no se encuentran aquí, pero que guardo profundamente en mi corazón.

A MIS ABUELOS, por aconsejarme, apoyarme, alentarme a seguir adelante para así lograr mis mayores sueños.

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016”

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar los Factores de riesgo asociados a Hiperémesis Gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.

Material logístico de instrumento fue la revisión de historias clínicas y la recolección de datos, consta de 4 ítems: uno sobre datos generales, dos sobre datos personales, tres condiciones asociadas al embarazo y cuatro informaciones obtenidas de la parte estadística de los factores de riesgo asociados a Hiperémesis Gravídica. El diseño de estudio es descriptivo correlacional retrospectivo por que trata de interpretar los datos numéricos y los datos estadísticos. El análisis es analítico e inductivo de las variables en forma independiente se tomará una conclusión general y de enfoque cuantitativo.

Teniendo una muestra de 52 historias clínicas seleccionadas según criterios de inclusión y objetivos de estudio.

Los resultados obtenidos fueron: La desnutrición se asocia a cuadros de hiperémesis gravídica en el primer trimestre con 44.2, 6% con déficit de peso menor de 19.5 (IMC) según la clasificación. El sexo femenino del feto es un factor de riesgo con 55,7%. La edad encontrada para hacer hiperémesis gravídica fue entre las edades de 20-35 años con 59,6%. La paridad estuvo presente en gestantes multigestas con 65.3%. La depresión se asoció a los cuadros de hiperémesis gravídica que presentaron las pacientes atendidas durante el embarazo en 70.5%. La obesidad estuvo en el segundo lugar cuando tratamos el tema de desnutrición 13.4%. La hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para hacer disfunción placentaria 46.1%; encontrándose relación con infección del tracto urinario y retardo de crecimiento intrauterino como informan los reportes de historias clínicas. A diferencia de los que no tuvieron hiperémesis gravídica con 53.8%.

Llegando a la conclusión según a contrastación de hipótesis según su cuadrado con 12,59 con una probabilidad $p=0.012$, es decir que es significativo ($p<0.05$)

existe relación entre los factores de riesgo de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica año 2016.

PALABRAS CLAVES:FACTORES DE RIESGO, HIPEREMESIS GRAVIDICA.

ABSTRACT

RISK FACTORS OF GRAVIDIC HYPEREMESIS IN THE REGIONAL HOSPITAL OF ICA YEAR 2016 "

An investigation was conducted whose objective was to determine the risk factors associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women attended at the Regional Hospital of Ica 2016.

Logistic material of the instrument was the review of clinical records and data collection, it consists of 4 items: one on general data of the interviewee, two on personal data, three conditions associated with pregnancy and four information obtained from the statistical part of the factors Risk associated with Hyperemesis gravidarum. The study design is descriptive correlational retrospective because it tries to interpret the numerical data and statistical data. The analysis is analytical and inductive variables independently will take a general conclusion and quantitative approach.

Taking a sample of 52 clinical records selected according to inclusion criteria and study objectives.

The results obtained were: Malnutrition is associated with hyperemesis gravidarum in the first trimester with 44.2,6% with a weight deficit lower than 19.5 (BMI) according to the classification. The female sex of the fetus is a risk factor with 55.7%. The age found to cause hyperemesis gravidarum was between the ages of 20-35 years with 59.6%. Parity was present in pregnant women with 65%. Depression was associated with hyperemesis gravidarum that presented the patients treated during pregnancy in 70.5%. Obesity was in the second place when we treated the issue of malnutrition 13.4%. Hyperemesis gravidarum is a risk factor for making placental dysfunction 46.1%; Being related to urinary tract infection and intrauterine growth retardation as reported by clinical records. Unlike those who did not have hyperemesis gravidarum with 53.8%.

Coming to the conclusion according to the hypothesis test according to its square with 12.59 with a probability $p = 0.012$, that is to say that it is significant ($p < 0.05$) there is a relation between the risk factors of the hyperemesis gravidarum in pregnant women attended in the Regional Hospital of Ica year 2016.

KEY WORDS: RISK FACTORS, GRAVIDIC HYPEREMESIS.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Descripción de la Realidad Problemática	13
1.2.	Delimitación de la Investigación	14
1.3.	Formulación del Problema	15
	1.3.1. Problema Principal	15
	1.3.2. Problemas Secundario	15
1.4.	Objetivos	15
	1.4.1. Objetivo General	15
	1.4.2. Objetivos Específicos	15
1.5.	Justificación e Importancia de la Investigación	16

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	18
2.2.	Bases Teóricas	23
2.3.	Definición de términos Básicos	40

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.	Hipótesis de la Investigación	43
	3.1.1. Hipótesis General	43

3.2. Variables	43
3.1.2. Variable Independiente	43
3.1.3. Variable Dependiente	44
3.1.4. Operacionalización de las variables	45

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la Investigación	46
4.1.1. Tipo de Investigación	46
4.1.2. Nivel de Investigación	46
4.1.3. Método	46
4.2. Población y Muestra de la Investigación	47
4.2.1. Población	47
4.2.2. Muestra	47
4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	48
4.3.1. Técnicas	48
4.3.2. Instrumentos	48
4.3.3. Técnica de análisis de datos	48
4.3.4. Ética	49

CAPITULO V

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. HIPÓTESIS GENERAL	50
5.2. TOMA DE DECISIÓN	50

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS	52
7.1 DISCUSIÓN	59
- CONCLUSIONES	62

- RECOMENDACIONES	63
FUENTES DE INFORMACIÓN	64
ANEXOS	70
- Modelo de encuesta	71
- Matriz de consistencia	72

INTRODUCCIÓN

El tema a investigar en el presente trabajo es conocer cuáles son los factores de riesgo para Hiperémesis Gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica periodo de estudio de enero a diciembre del 2016.

La gestación es un proceso fisiológico que genera una serie de cambios en el organismo materno, con la finalidad de adaptarlo al desarrollo del feto, al parto y lactancia¹. Parte del cambio, que casi todas las mujeres experimentan, son las náuseas y/o vómitos, particularmente, durante el primer trimestre del embarazo².

La hiperémesis gravídica es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3-2.0%, se define como la presencia de más de tres vómitos por día aproximadamente hasta las 14 a 16 semanas; se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, anemia, acetonuria y trastornos hidroeléctricos.^{3, 4}

Algunos factores predisponentes para la Hiperémesis Gravídica son el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, Hiperémesis Gravídica previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, diabetes gestacional, trastornos depresivos, trastornos hipertiroides, úlcera péptica y asma. Ciertos estudios han documentado que la multiparidad reduce el riesgo de hiperémesis gravídica, esta observación se atribuye a un menor volumen placentario lo que produce menos niveles de hormonas. La Hiperémesis Gravídica acontece generalmente en mujeres jóvenes, primíparas, estrato social bajo y con productos de géneros femeninos.³

La hiperémesis gravídica (HG) se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2 Descripción de la Realidad Problemática

A diferencia de las náuseas matutinas que suelen experimentar muchas mujeres en las primeras semanas de embarazo, la hiperémesis puede conducir a trastornos graves como deshidratación y pérdida de peso. Las náuseas y los vómitos intensos durante el embarazo pueden suceder en caso de estar esperando gemelos (o más bebés) o si tiene una mola hidatiforme.

“**Hiperémesis**” significa exceso de vómitos y se estima que se presenta en 0.3% a 2% de los embarazos.¹⁰ La fiebre y el dolor abdominal no suelen ser síntomas característicos de la hiperémesis del embarazo. El trastorno puede llegar a ser severo de manera veloz,¹¹ por lo que se considera que la hiperémesis gravídica es una emergencia obstétrica y la intervención terapéutica es de la más alta prioridad. Es una enfermedad que puede afectar la salud del embrión o feto en gestación al no ser suplidos los requerimientos nutricionales.¹²

La presentación clínica más severa es la hiperémesis gravídica ó emésis persistente y que pueden ser de tal magnitud que ocasionan importante pérdida de peso del previo al embarazo, además deshidratación severa, anemia, cetonuria, trastornos hidroelectrolíticos y de ácido-base. En Perú se presenta entre el 1 al 3 % de las gestantes, el pico de incidencia es entre 8 y

12 semanas, es más frecuente en los primeros embarazos, en adolescentes, en multíparas, con antecedentes de hiperémesis en un embarazo anterior, en obesas y en aquellas que no desean la gestación. La mortalidad es casi nula 3/100,000.^{13, 14} Es más frecuente en los primeros embarazos, en adolescentes, en multíparas, con antecedentes de hiperémesis en un embarazo anterior, en obesas y en aquellas que no desean la gestación.^{13, 14,15}

A nivel regional y específicamente en el Hospital Regional se ha determinado riesgos en el neonato cuando las gestantes con hiperémesis tienen una pérdida de peso mayor al 5 % al peso previo y malnutrición por tiempo prolongado, se presentan restricción del crecimiento intrauterino en aproximado 32%, bajo peso al nacer, y asociados a problemas por disfunción placentaria

La hiperémesis son molestias que se presentan más temprano son muy comunes en la embarazada, afectando a más de la mitad de ellas, aparecen alrededor de las 5 semanas y se resuelven antes de las 20 semanas.

1.2 Delimitación de la Investigación

Delimitación espacial. -La investigación se realizó en el Hospital Regional de Ica.

Delimitación temporal. -La investigación se realizó de entre enero a diciembre del 2016

Delimitación social. -El estudio se realizó en gestantes que acuden al Hospital Regional de Ica en los servicios del Departamento de G-O como: Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa que presenten Hiperémesis Gravídica.

Delimitación conceptual. - El estudio pretende determinar cuáles son las causas para hacer hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional en el año 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

1. ¿La desnutrición se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?
2. ¿El sexo femenino del recién nacido se asocian con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica año 2016?
3. ¿La edad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica en el 2016?
4. ¿La paridad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?
5. ¿La depresión se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?
6. ¿La obesidad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?
7. ¿Cuál es la frecuencia de los desórdenes de disfunción placentaria y su relación con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que predisponen a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional durante el año 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar si la desnutrición se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.
2. Identificar si el sexo femenino del feto se asocian con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica año 2016.
3. Determinar si la edad materna se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica en el 2016.
4. Determinar si la paridad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.
5. Identificar si la depresión se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016
6. Determinar si la obesidad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.
7. Conocer si los desórdenes de disfunción placentaria se asocian a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.

1.5 Justificación e Importancia de la Investigación

La Hiperémesis Gravídica se justifica porque constituye uno de los puntos controversiales de la obstetricia moderna por la relación del cuadro clínico que presenta con el área de la salud mental que pudiera coexistir y las consecuencias negativas que pudieran observarse en los productos a su nacimiento.

En años recientes el conocimiento de que las complicaciones maternas son a menudo severas , han orientado a investigaciones acerca de lo que podría ocurrir con el feto o neonato en la evolución de la gestante como consecuencia de ello, hay opiniones contradictorias lo que justifica que los estudios deben de continuar para precisar más los resultados fetales y perinatales, por ello el objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo que predisponen a las gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica en el Hospital Regional de Ica, siendo un establecimiento referencial, que alberga cerca del 12% de pacientes con

diagnóstico de hiperémesis gravídica así como la presencia de disfunción placentaria con hipertensión arterial y diabetes, por ello es necesario conocer la frecuencia y las causas para poder evitar la morbimortalidad materno perinatal.

Es conveniente el estudio por el incremento de hiperémesis en nuestra institución así como el número de frecuencia de atenciones de partos gemelares, diabetes, hipertensión inducida por el embarazo y obesidad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación:

- **INTERNACIONALES**

- **De Haro K. (2015):** Hiperémesis gravídica: Manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de Caso Clínico .Servicio de Nutrición Clínica, Unidad de Falla Intestinal SANVITE, Guadalajara. 2 Servicio de Cirugía General, Unidad de Falla Intestinal SANVITE, Nutr. Hosp.; Rev.31.Vol.2: Pag: 988-991Guadalajara. México.

Resultados: La nutrición materna óptima es fundamental para un resultado exitoso tanto para la madre como para el feto. La Hiperémesis Gravídica puede tener consecuencias negativas sobre el estado nutricional de la madre que colateralmente ponen en riesgo la vida del feto. El objetivo general del soporte nutricional de la Hiperémesis Gravídica es aliviar los síntomas asociados y garantizar la administración continúa de nutrientes hasta que el paciente sea capaz de restaurar la ingesta oral adecuada. Las intervenciones de acuerdo a la gravedad pueden variar desde modificaciones en la dieta, estilo de vida, hidratación intravenosa, y las estrategias farmacológicas. Aunado a esto la terapia nutricional enteral y parenteral representan una vía útil y segura para cubrir requerimientos durante el embarazo, sin embargo, se deben considerar

las complicaciones potenciales que se pueden presentar y contar con un equipo multidisciplinario para prevenir y/o corregir dichas complicaciones.¹⁵

- **Jiménez D. (2012):** “Valores Elevados de BHC-G en relación con Hiperémesis Gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja” Universidad Nacional de Loja. Post Grado Loja-Ecuador.

Resultados: La hiperémesis gravídica se presentó en el 0,8% de las gestantes que ingresan al área de Ginecología y Obstetricia, el 21,7% de las pacientes que padecen esta entidad patológica presentan niveles elevados de gonadotrofinas corionica humana. La pérdida de peso se presentó en 21,7% de ellas. Los principales factores asociados que agravan la intensidad de esta entidad patológica son: edad materna entre 29-33 años en un 39,1% el estado civil (madres solteras y en unión libre) en 60,8% pacientes nulíparas en 43,5% y antecedente familiar de hiperémesis gravídica en 26,0%. Presentaron niveles elevados de gonadotrofinas corionicas en un 21,7% a diferencia de las que no padecen esta patología que presentan un 4,3% de niveles elevados.¹⁶

- **NACIONALES**

- **Oscanoa I. (2011):** Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal.

Resultados. Hubieron 166 casos, prevalencia 1.10%. Fueron adolescentes 22.9%, primigestas 37.3%, hubo cuadro emético en gestación anterior 8.4% y no desearon el embarazo 18.7%. La edad gestacional de ocurrencia de hiperémesis fue entre 8 y 12 semanas 40.4%. En 83.3% la culminación del embarazo fue a término y se efectuó cesárea en 32.6% con diagnóstico principal de sufrimiento fetal agudo, pre eclampsia severa y cesareada anterior. De los recién nacidos 55.1% fue de sexo femenino, 65.9% pesó entre 3000y 3999 gramos y 92% tuvo Apgar más de 7 x minuto. De los recién nacidos 3.6% ingresó a UCI, 9.4% presentaron dificultad respiratoria y 8.4% trastorno metabólico. Se identificaron asociaciones significativas de riesgo de hiperémesis con, grupo etáreo, adolescente ($p < 0.01$) y con primigestas ($p < 0.01$) y en el recién nacido identificamos asociaciones muy significativas con:

nacidos por cesárea ($p < 0.008$), apgar <7 x min ($p < 0.000$), síndrome de distres respiratorio ($p < 0.006$) y trastorno metabólico ($p < 0.000$).¹⁷

- **Caisan M. (2016)** “Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para desordenes de disfunción placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo para optar el título de médico cirujano. Universidad privada Antenor Orrego

Resultados: La frecuencia de hiperémesis gravídica en los pacientes con y sin desordenes de disfunción placentaria fue de 9% y 4% respectivamente. El odds ratio de hiperémesis gravídica en relación a desordenes de disfunción placentaria fue de 5.09 ($p < 0.05$). Donde la hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para desordenes de disfunción placentaria en el hospital de Trujillo.¹⁸

- **Minchola V. (2013):** Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. Enero a diciembre.

Resultados: La frecuencia de pacientes con Hiperémesis Gravídica y RCIU en nuestro estudio fue de un 10,2% y de 7,7% respectivamente; con una asociación altamente significativa ($p < 0,001$). El promedio de pacientes con poca ganancia de peso y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con RCIU ($p < 0.001$). Conclusiones: El promedio de pacientes que presentaron hiperémesis con baja ganancia de peso y anemia si constituyen factores de riesgo asociados con el retardo en el crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre.²⁰

- **Gonzales E. (2015)** “Hiperémesis Gravídica como Factor de Riesgo para parto prematuro” Hospital Regional Docente de Trujillo, 2010-2014” Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo –Peru.

Resultados: La frecuencia de hiperémesis gravídica en los pacientes con y sin parto prematuro fue de 14% y 4% respectivamente. El odds ratio de hiperémesis gravídica en relación a parto prematuro fue de 4,68% ($p < 0.05$). Los promedios de edad gestacional en el grupo con y sin hiperémesis gravídica fue de 37.6 y 38.7 semanas respectivamente ($p < 0.05$).²¹

- **García M. (2011)** “Resultado Neonatal En Gestantes Con Hiperemesis Gravídica. Hospital Belén De Trujillo”.

Resultados: Determinar el resultado neonatal en gestantes con hiperemesis gravídica atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante el período 2000-2011.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, con 220 historias clínicas de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Hiperemesis Gravídica (HG), en el período comprendido del 01 de Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2011. El análisis de la información se realizó a través del cálculo de frecuencias relativas y porcentuales. Para procesar la información utilizamos una hoja de cálculo de Excel 2007. **Resultados:** Se encontró que el 32.73% (n=72) de las gestantes con HG fueron sometidas a cesárea, el 1.82% (n=4) requirieron inducción. De los recién nacidos de madres con HG, el 10.45% (n=23) fueron prematuros, el 9.55% (n=21) presentaron bajo peso al nacer, el 8.18% (n=18) fueron pequeños para la edad gestacional, el 0.46% (n=1) presentaron puntuación de Apgar <7 a los 5 minutos y el 56.36% (n=124) fueron de sexo femenino. **Conclusiones:** Las gestantes con hiperemesis gravídica presentaron resultado neonatal adverso en lo relacionado a prematuridad, bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional; con excepción de Apgar <7 a los 5 minutos. En los recién nacidos, predominó el sexo femenino. La terminación del embarazo mediante cesárea fue más frecuente, ocurriendo lo contrario que con la inducción del parto. **Palabras claves:** Hiperemesis Gravídica, prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, Apgar<7 a los 5 minutos.

- **Valderrama B. (2013):** “Violencia intrafamiliar y su influencia en las complicaciones del Embarazo en adolescente atendidas en el Centro de Salud Morales mayo a Octubre del 2013” Universidad Nacional de San Martín.

Resultados: Existe una relación estadísticamente significativa positiva entre la Violencia Intrafamiliar y las Complicaciones del Embarazo en Adolescente. En orden de precedencia, el 76.6% de las adolescentes embarazadas presentaron infecciones del tracto urinario; el 51.1% hiperémesis gravídica; el 42.6%

presentaron anemia, el 14.9% retardo de crecimiento intrauterino; la violencia psicológica prevalece en una puntuación media de 4.83.²³

- **Goycochea R. (2013):** “Hiperémesis Gravidica y El Peso del Recién Nacido en el Hospital Rezola Cañete”.

Resultados: La hiperémesis gravídica es un síndrome que se presenta en la mujer entre 6 a 16 semanas de gestación, este se caracteriza por la presencia de náuseas y vómitos excesivos que provoca desnutrición y deshidratación que atentan contra la vida de la madre y de su hijo, por eso es conveniente realizar el presente estudio con el fin de determinar las características de la hiperémesis gravídica y su relación con el peso del recién nacido en el Hospital Rezola de Cañete periodo 2013, para ello se empleó el diseño descriptivo no experimental, retrospectivo, deductivo, recolectando datos de una muestra de 27 gestantes que presentaron el problema durante el año 2013. Llegando a la conclusión que el 48% se presentó en múltiparas entre 8 y 12 semanas.²⁴

- **Gutiérrez C. (2015).** “Hiperémesis gravídica y resultados perinatales. Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique”.

Resultados: Determina los resultados perinatales de los recién nacidos de gestantes con Hiperémesis Gravidica en el Hospital nacional Sergio E. Bernales - Collique 2014 - 2015. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Población estuvo conformado por 214 gestantes. La muestra estuvo conformada por 105 gestantes con hiperémesis gravídica y sus recién nacidos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: La edad promedio fue de 25 ± 6.6 años, la mayoría en unión estable 70.5% (n= 74), educación secundaria 80.0% (n=84), y amas de casa 80.0% (n=84). La edad gestacional al diagnóstico fue de 8 a 12 semanas con 61.0% (n=64) respectivamente, paridad de 40.0% (n=42) en nulíparas, el tipo de parto fue 58.1% (n=61) cesárea. El análisis de los resultados perinatales fue: sexo femenino 57.1 % (n=60), edad gestacional < 37 semanas 9.5% (n=10), peso del recién nacido < 2500 gr 7.6% (n=8), peso para la edad gestacional 1.9% (n=2) fueron pequeños para la edad gestacional. Conclusión: En las madres con hiperémesis gravídica predominó el sexo femenino; de acuerdo con los

resultados perinatales adversos en lo relacionado a la edad gestacional fueron prematuros, bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional.

- **LOCALES**

- **Alejo L. (2015):** “Prevalencia y Factores sociodemográficos asociados a la Hiperémesis Gravídica en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2014” Universidad Alas Peruanas.

Resultados: La prevalencia de hiperémesis gravídica fue del 2% siendo la edad de la gestante el 80% de los casos entre 20-34 años, la edad gestacional de la gestante fue entre las 8-13 semanas de gestación, el 52% fue un embarazo no planificado, el 54% fue un embarazo no planificado.²⁴

- **Cárdenas R. (2013):** “Prevalencia y Factores predisponentes de Hiperémesis Gravídica en el Hospital Santa María del Socorro-Ica ” Universidad Alas Peruanas

Resultados: La prevalencia fue del 8,3%, el 73% se presentaron entre las edades de 20-35 años; el embarazo no planificado fue un factor predisponente más importante en la presencia de Hiperémesis gravídica presentándose entre 8va -12va semana de gestación, la edad, paridad, estado civil son factores predisponentes para la hiperémesis gravídica. ²⁵

- **Huarcaya F. (2015):** “Factores predisponentes de la Hiperémesis Gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro”. Universidad Alas Peruanas.²⁶

Resultados: El 84.7% se presentaron en edades entre 20-35 años, donde existe la mayor probabilidad en mujeres a mayor edad, el 29.1% presentaron mala relación de pareja, el 51% de los fetos fueron de sexo femenino.²⁶

2.2 .-BASES TEÓRICAS

2.2.1.- HIPEREMESIS GRAVIDICA

- **CONCEPTO:** Se llama “Hiperémesis gravídica” a la presencia de náuseas y vómitos en forma grave, pudiendo producir un cuadro de deshidratación en la mujer. La embarazada tienen una intolerancia gástrica absoluta o casi absoluta, con vómitos persistentes o repetitivos que alteran su estado general, con desequilibrio de su medio interno (liquido extracelular) y electrolitos), deficiencia nutricional y pérdida de peso mayor de 5% del peso inicial del embarazo. La incidencia de la hiperémesis gravídica es de 0,3% de los embarazos.
- **ETIOLOGIA**
- **FACTORES GENETICOS:** Debido a que se presenta en gemelas monocigotas, hijas de madres con hiperémesis también desarrollan esta patología y porque se presentan en familias con déficit de receptor a glicoproteínas.
- **FACTORES INMUNOLOGICOS:** Se cree que existe una alteración en la inmunidad celular manifestada por el aumento de la concentración y actividad de la adenosina.
- **FACTORES HORMONALES:** Se enfoca a la hiperémesis gravídica desde el punto de vista orgánico, el factor más comúnmente asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotrofinas corionicas humana, ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo con su mayor intensidad con la máxima secreción de las gonadotrofinas corionicas. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la “Hiperémesis gravídica” se presenta con más frecuencia en los embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molas. Se ha propuesto la influencia de otras hormonas como causa de la hiperémesis gravídica, como los estrógenos, los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrofica (ACTH) producida en

las glándulas suprarrenales, la hormona de crecimiento y la prolactina. También hay teorías que su causa podría deberse a una disminución en la función de la glándula suprarrenal, liberando menor cantidad de hormona adrenocorticotrofina (que sirve para estimular la producción y la secreción de cortisol en el cual controla el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas). Esta teoría se basa en que la administración de esta hormona muchas veces hace desaparecer la enfermedad.

- **FACTORES PSICOLOGICOS:** Cuando se ha enfocado este cuadro clínico desde el punto de vista psicológico, llamo la atención que las mujeres con hiperémesis gravídica” no desean estar embarazadas aunque continúe con su embarazo, situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene la gestación, por miedo a ser criticada o por autocensurarse, las embarazadas vomitan. Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de s descargar sus sentimientos. Algunos estudios encuentran que tienen más vómitos las mujeres ansiosas, con tendencia a la depresión. Sin embargo también se presenta la hiperémesis gravídica en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas. Lo aconsejable es o particular, sin generalizar, indicando las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y mejorar el estado general, valorando lo necesario el apoyo psicológico. Hay autores que han comprobado que el 60% de las mujeres con hiperémesis gravídica desarrolla depresión secundaria.
- **OTROS FACTORES**
 1. **Motilidad Gástrica:** Durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir los vómitos.
 2. **Déficit de vitaminas:** La falta de vitamina B puede producir los vómitos.

3. **Presencia de Helycobacter Pylori:** Es una bacteria que vive exclusivamente en el medio ácido del estómago, y que infecta la mucosa gástrica, produciendo gastritis o úlcera gástrica.
4. **Dieta elevada en Grasas:** Las mujeres que mantienen una dieta alta en grasas tienen el riesgo mayor de desarrollar hiperémesis gravídica. El riesgo aumenta cinco veces más por cada 15 gramos adicionales diarios de grasa saturada.²⁸

- **FACTORES DE RIESGO:** Un factor de riesgo es aquella que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

1. Más frecuente en raza blanca
2. Antecedente de hiperémesis gravídica en embarazos previos
3. Enfermedad de trofoblasto
4. Embarazo múltiple
5. Antecedente de embarazo múltiple
6. Antecedente de embarazo pre término
7. Madre o hermana que padeció de hiperémesis gravídica
8. Primigrávida adolescente
9. Enfermedad hepática crónica.
10. Fumadoras
11. Peso mayor de 77 kilos o IMC > 20 kg/m²
12. Producto de sexo femenino
13. Factores emocionales y psicológicos, pueden asociarse a factores como embarazo no deseado o planificado o falta de atención del esposo.

- **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Es muy importante no confundir los vómitos simples del embarazo, pasajeros y que revierten fácilmente, con aquellos vómitos que aumentan en intensidad y frecuencia y que implican un riesgo para la embarazada.

Los **vómitos** van precedidos por náuseas, aparecen en las mañanas y son desencadenados por olores fuertes a tabaco, comida o perfumes entre otros.

La evolución de este cuadro es progresivo. El diagnóstico se realiza en base a síntomas. Se considera que es excesivo cuando ocurre de tres o cuatro veces al día. Estas pueden ser náuseas severas después del primer trimestre. Vómitos no relacionados con los alimentos, pérdida de peso mayor de 2 kilos durante un periodo de 2 semanas.

Cuando los vómitos persisten, pueden haber síntomas de deshidratación y aturdimiento, dolores de cabeza, desmayo, confusión, dolor en epigastrio, disminución de la presión arterial, disminución de la cantidad de orina, desmayo, sequedad de la piel, ojos hundidos, mucosas y labios secos, piel pálida y amarillenta, aumento del pulso, en un último periodo aparecen trastornos nerviosos, como pérdida de los reflejos, solo se le observa cuando no ha sido tratada en forma correcta.

- **FISIOPATOLOGÍA**

Tempranamente en el curso de la enfermedad los vómitos continuos llevan a la deshidratación severa, hipovolemia con hemoconcentración, disminución del volumen extracelular, depleción de electrolitos y pérdida de peso, concomitante con aumento del hematocrito, nitrógeno ureico, sanguíneo, ácido úrico, osmolaridad sérica y urinaria y gravedad específica de la orina, y disminución del volumen urinario y del aclaramiento de la creatinina. La frecuencia cardíaca aumenta y la presión arterial disminuye. Con la ingesta calórica negativa y múltiples deficiencias vitamínicas, particularmente del grupo B y la vitamina C.

Los vómitos severos causan pérdida de iones de hidrógeno, sodio, potasio y cloro, dando como resultado hiponatremia, hipotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica.

La producción de ácido acetoacético y beta-hidroxibutirato y su excreción en la orina es resultado de la oxidación imperfecta de las grasas, secundaria a una falta de carbohidratos disponibles para el metabolismo. El hígado puede presentar infiltración grasa y rara vez áreas de necrosis centrolobulillar.

La causa no se conoce muy bien aunque la hiperémesis parece relacionarse con concentraciones séricas altas o en aumento rápido de gonadotropina coriónica,

estrógenos o ambos. Se ha demostrado que el receptor hCG/ LH el cual se encuentra presente en las células del cuerpo lúteo del ovario produciendo el estímulo de la progesterona sobre la decidua para la comunicación inicial entre el blastocito y el endometrio, además se encuentra presente en distintas áreas del cerebro como en el hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral lo cual explica HG.¹ También se ha postulado que la HCG causa HG estimulando la vía secretora del tracto gastrointestinal superior.⁶ Se ha informado que las mujeres con enfermedad grave tienen aumento de 1.5 veces de la probabilidad de tener un feto del sexo femenino, lo que apoya la hipótesis de los estrógenos. Dentro de los efectos de los estrógenos durante el embarazo se sabe que causan retraso en el vaciamiento gástrico y enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal esto altera el pH y da paso al desarrollo de infección por *Helicobacter pylori* lo que se relaciona con síntomas gastrointestinales.⁴ Por último los casos más graves quizá tengan un componente psicológico interrelacionado.⁶

- **CLASIFICACION**

- **HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE:** En este tipo no hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor al 5%.
- **HIPEREMESIS GRAVIDICA MODERADA:** Signos de deshidratación y pérdida de peso entre 5 al 10%.
- **HIPEREMESIS GRAVIDICA SEVERA:** Signos de deshidratación severa, ansiedad, ictericia, cetoacidosis, pérdida de peso mayor al 10%, oliguria y schok.
- **DIAGNÓSTICO**

ANAMNESIS

Detallar anamnesis, preguntando por el inicio, duración y tipo de síntomas. Generalmente el embarazo provoca un inicio gradual de la sintomatología, con anorexia a las 5-6 semanas de gestación, seguido de náuseas y después vómitos.

Una presentación aguda de los síntomas es más frecuente en procesos inflamatorios como apendicitis, gastroenteritis aguda, pancreatitis o colecistitis.

Una larga historia de vómitos con poca o ninguna pérdida de peso sugiere vómitos psicógenos.

La relación temporal de los vómitos con la ingesta puede resultar de gran utilidad diagnóstica, así los vómitos que aparecen predominante por la mañana son característicos del embarazo, los vómitos que se producen durante o poco después de la ingesta sugiere origen psicógeno o úlcera péptica con espasmo pilórico. Asimismo pérdida de peso y deshidratación.²⁷ Ausencia de otras sintomatologías, no fiebre, no dolor abdominal, no cefalea, no alteraciones neurológicas. No todas las pacientes que vomitan al inicio de la gestación presentan una hiperémesis.

EXAMEN FISICO, En el que aparecen varios de los signos clínicos indicados anteriormente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE URGENCIA

- Aumento de la densidad de la orina y cetonuria.
- Elevación del nitrógeno ureico.
- Elevación del hematocrito(hemoconcentración)
- Alteración del equilibrio ácido base (acidosis metabólica)
- Electrolitos séricos disminuidos (K,NA,CL)
- Elevación de las transaminasas y bilirrubina total.
- Examen completo de orina(se descartara infección urinaria)
- HCG en caso de duda para descartar enfermedad del trofoblasto.
- Ecografía Obstétrica (valorar la viabilidad fetal, número de fetos y enfermedad del trofoblasto)
- Ecografía abdominal (descartar enfermedades hepatobiliares)
- Hormona tiroidea (descartar hipertiroidismo)
- ECG, cuando las alteraciones electrolíticas o la sintomatología lo requieran.²⁷
- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Entidades asociadas al embarazo

- Mola hidatiforme
- Embarazo múltiple

- Hidramnios

Afectación gastrointestinal Gastroenteritis

- Gastroparesia
- Acalasia
- Afectación biliar
- Hepatitis
- Obstrucción intestinal
- Úlcera péptica
- Pancreatitis
- Apendicitis.

Afectación del tracto urinario

- Pielonefritis
- Uremia
- Torsión anexial
- Cólico renal
- Degeneración de mioma

Afectación metabólica

- Cetoacidosis diabética
- Porfiria
- Enfermedad de Addison
- Hipertiroidismo

Afectación neurológica

- Pseudotumor cerebral
- Lesiones vestibulares
- Migrañas
- Tumor del SNC

Otros

- Toxicidad farmacológica ²⁸

Causas relacionadas con la Gestación:

- ✓ Enfermedad trofoblástica
- ✓ Gestación múltiple
- ✓ Hidramnios
- ✓ Preeclampsia
- ✓ Síndrome de hellps
- ✓ Hígado graso en el Embarazo
- ✓ Inicio de trabajo de parto
- ✓ Reflujo gastroesofágico.²⁹

• TRATAMIENTO

Tratamiento Ambulatorio (Nivel 1)

1. Medidas Higienico-dietéticas:

Comidas fraccionadas: frecuentes y de pequeña cantidad según tolerancia. Dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas y proteínas. Evitar condimentos, bebidas con gas, alcohol, drogas y olores desencadenantes.

2. Consejería sobre signos de alarma. Explicarle que su trastorno se autolimitará entre las semanas 14 y 18 semanas de gestación.

Programar visita domiciliaria

3. Medicación: dar vitamina B6 y B1 (300 mg/día de ambas)

Antiemético en vía oral: Dimenhidrinato por vía oral 50 mg. c/4-6 horas, metoclopramida de 10 mg c/8 horas (condicional a náuseas y vómitos)

Tratamiento Hospitalario (Nivel 2)

1. Hospitalización a la paciente.

2. NPO de 24 a 48 horas.

3. Colocar vía endovenosa con catéter N18

4. Administrar por lo menos 3000ml. de Cloruro de sodio en 24 horas, colocar a chorro la primera hora.

4. Sonda Foley No 14.

5. Medidas generales: control de signos vitales, control de peso diario, balance hídrico, suspender la vía oral de 48-72 horas.
6. Reponer electrolitos,
7. Requerimientos nutricionales. Hidratos de carbono: 150-220 g/24 horas, lípidos: 0,5-3g/kg/24 horas y proteínas: 0,8-2/kg/24 horas.
8. Añadiremos vitamina B6 (piridoxina) 100-300 mg/día, vitamina B1 (tiamina) 100 mg/día y vitamina C 1g/día. Se considera que ayuda a disminuir las náuseas y vómitos.
9. Antieméticos: Dimenhidrinato por vía oral 50 mg. c/8 horas EV, o metoclopramida de 10 mg c/8 horas/EV.
10. Psicoterapia de apoyo.
11. Bloqueadores de la H₂. Ranitidina 50 mg. EV. C/8horas, para evitar la gastritis por ayuno prolongado.
12. Retirar soluciones parenterales lo más precoz que se pueda a las 24 horas sin síntomas y empezar con dieta seca y fraccionada

- **Criterios del Alta.**

Buena tolerancia oral por lo menos 48 horas, ganancia de peso, buen estado general y restitución de electrolitos. Comenzaremos con alimentos espesos, y escasos, indoloros progresivamente, recomendando los consejos higienico-dieteticos y los antieméticos por vía oral.

COMPLICACIONES

- **COMPLICACIONES MATERNAS**

Metabólicas y Nutricionales: Deficiencia del 50% del requerimiento nutricional, déficit de vitaminas B12 (cabalamina) y B₆ (piridoxina), conducen anemias y neuropatías periférica, otras deficiencias de tiamina, rivo flavina y vitamina A.

Encefalopatía de Wernicke: Causado por deficiencia de tiamina, precipitada por la ingesta de carbohidratos o infusiones de dextrosa, se manifiesta en la séptima semana de gestación, la presentación clínica

está dada por la triada: confusión, alteraciones oculares y ataxia. El diagnóstico se da con resonancia magnética, donde se evidencian lesiones simétricas en el acueducto y cuarto ventrículo.

Beriberi: Se presenta por deficiencia de tiamina, causa lesiones neurológicas y puede haber compromiso cardíaco.

Hiponatremia: (sodio sérico menor de 120 mmol/L) puede generar síntomas leves como: anoxia, cefalea, náuseas, vómito y letargia. Severa: cambios de comportamiento, calambres y debilidad muscular, confusión ataxia, hiporreflexia y convulsiones. En casos severos por reposición de sodio de manera rápida puede complicarse con cuadro como mielolisis pónica.

Mielinólisis pontina: Si la hiponatremia se trata con demasiada rapidez a las mujeres pueden desarrollar mielinólisis central pontina causada por la destrucción simétrica de la mielina en el centro de la protuberancia basal y puede resultar en los signos del tracto piramidal, cuadriparesia espástica, parálisis pseudobulbar y alteración de la conciencia.

Trastornos psicológicos: Se ha observado que las gestantes que vienen padeciendo de hiperémesis gravídica, el 50% tienden a padecer trastornos psiquiátricos desde la ansiedad, pasando por trastornos somáticos, hasta la depresión mayor.

Mecánicas: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de Mallory Weiss), neumotórax a tensión desprendimiento de retina y avulsión esplénica.

Disfunción placentaria: Se define como la incapacidad de este órgano para suplir los requerimientos nutricionales del feto durante el embarazo, lo que repercute sobre la madre como sobre el feto. El síndrome materno es la consecuencia de una alteración difusa de la función endotelial, que provoca trastorno circulatorio generalizado en el organismo materno, como los estados hipertensivos del embarazo. El síndrome fetal se produce por falta de aporte de las necesidades

nutricionales y respiratorias fetales por la placenta.^{30, 31} El papel del lecho placentario y sus complicaciones se ha investigado los últimos 50 años; ahora se reconoce que los trastornos de la interface materno fetal han sido implicados en una amplia gama de condiciones patológicas, incluyendo la pre-eclampsia, restricción de crecimiento uterino, desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, parto pre término, ruptura prematura de membranas, síndromes obstétricos.³² En la gestación el sistema de intercambio materno-fetal con capacidad alta y eficiente es crucial para el crecimiento y desarrollo del feto. La placenta actúa como un conducto entre las circulaciones materna y fetal y facilita la transferencia gaseosa y nutritiva entre la madre y el feto.

La placenta se asocia con la remodelación fisiológica de las arterias espirales que implica una decidua y una etapa de trofoblasto asociado. La decidua y los segmentos miometrales, zona de unión.

En el embarazo 90% de las arterias espirales son transformadas. El grado y la extensión de la transformación fisiológica de las arterias varía según el área de inserción de la placenta y es menor en la periferie que en la parte central.

Las células trofoblasticas son las unidades funcionales de la placenta y factores clave para el establecimiento de la interface materno fetal. Los cambios fisiológicos de las arterias espirales son los resultados de la acción destructiva de los trofoblastos invasores sobre el musculo liso vascular y la membrana elástica. Un paso esencial es el proceso de remodelación invasiva con el trofoblasto extra vellosos (EVT), que se infiltran en las arteriolas y reconfigura a un diámetro ancho, de baja resistencia. Se logra mediante la eliminación de células endoteliales y de musculo liso en redes de los vasos y su sustitución por EVT, regulados por citoquinas CCL11, CCL24, CCL26 que apoyan la migración, invasión y adhesión, en el primer trimestre del embarazo humano. Se dan 4 pasos en la remodelación de la arteria espiral, la etapa inicial de la decidua asociada a remodelación, seguida de migración del trofoblasto intraarterial, luego trofoblasto intramural, asociado a remodelación y finalmente reendotelialización. En remodelación actúan

células asesinas naturales, y macrófagos a través de la inducción la apoptosis o degradación de la matriz extracelular. Los trastornos de la placenta se caracterizan por: 1; el grado de restricción de la transformación fisiológica de las arterias espirales y 2: la presencia de lesiones arteriales en la zona de unión. Se puede identificar tipos diferentes de transformación defectuosa de la arteria espiral, con transformación parcial, ausencia de transformación defectuosa de la arteria espiral; como transformación parcial, ausencia de transformación y lesiones obstructivas. En la pre eclampsia, disminución de transformación del número de arterias espirales del segmento del miometrio. La transformación defectuosa es más grave en el miometrio, que en la decidua, la pre eclampsia asociada con retraso de crecimiento intrauterino, se observa lesiones obstructivas: aterosclerosis, trombosis y no transformación de arterias espirales del miometrio. La placentación anormal está asociada con pre eclampsia, pequeño para la edad gestacional, desprendimiento de la placenta y muerte fetal y existe un riesgo de recurrencia en la mujer.³⁰ La pre eclampsia es un enfermedad caracterizada por tensión arterial diastólica elevada, se presenta durante el tercer trimestre, aunque puede aparecer a partir de las 20 semanas de gestación. El crecimiento intrauterino restringido es la condición en la que el feto tiene un peso menor al percentil 10 para esa población a una determinada edad gestacional.³³

La etiología más frecuente es la insuficiencia uteroplacentaria, debido a un suministro inadecuado de nutrientes y oxígeno para el crecimiento del feto, consecuencia de mala adaptación vascular uteroplacentaria de la invasión trofoblástica endovascular.³⁴

Hormonal: Si se enfoca a la hiperémesis gravídica desde un punto de vista orgánico, el factor más común asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotropina coriónica ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo su mayor intensidad con la máxima secreción de gonadotropina coriónica. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la hiperémesis gravídica se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una

producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares (embarazo en que la placenta se forma mal y se transforma en una masa; el feto no se desarrolla o lo hace de forma defectuosa y no puede vivir). Se ha propuesto la influencia de otras hormonas como causa de la "hiperemesis gravídica", como los estrógenos, los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) producida en las glándulas suprarrenales, la hormona del crecimiento y la prolactina. Las náuseas y los vómitos intensos se han asociado en algunos estudios con fetos femeninos.

Malnutrición.

El término "malnutrición" significa alteración en las etapas de la nutrición, tanto por defecto/déficit que conlleva a la desnutrición; como por exceso o hipernutrición que trae consigo la obesidad. Es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes^{1,8}. En la práctica clínica, este término también se utiliza para referirse a las situaciones de desnutrición que incluyen un amplio espectro de formas clínicas que vienen condicionadas por la intensidad y duración del déficit, la edad del sujeto y la causa que lo condiciona. Sin embargo, en la actualidad cuando se habla de malnutrición se expresa como malnutrición por déficit a la desnutrición y a la obesidad como malnutrición por exceso.

Según la OMS, "la malnutrición es una emaciación o adelgazamiento morbosos y/o un edema nutricional incluye también las carencias de micronutrientes y el retraso del crecimiento". Esta condición clínica a nivel internacional está incluida dentro de la clasificación de enfermedades denominada CIE-9-MC donde las deficiencias nutritivas comprenden los códigos del 260-269, la cual fue creada para facilitar la codificación de morbilidad en los hospitales³.

Métodos de evaluación del estado nutricional

El estado nutricional es el reflejo del estado de salud. Aún cuando no existe el estándar de oro en este sentido, las más utilizadas son la

evaluación global objetiva (VGO)¹² y la valoración global subjetiva (VGS)¹¹.

1. Evaluación Objetiva¹²: indicada en pacientes desnutridos/en riesgo de desnutrición y cuando sea necesario para hacer indicaciones nutricionales precisas con el objeto de corregir alteraciones originadas por la malnutrición. Se lleva a cabo mediante la aplicación de indicadores de manejo simple y práctico, i.e. clínicos, antropométricos, dietéticos, socioeconómicos.
2. Evaluación Global Subjetiva¹¹: integra al diagnóstico de la enfermedad que motiva la hospitalización, parámetros clínicos obtenidos de cambios en el peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, y capacidad funcional. El valor de este método de evaluación es identificar pacientes con riesgo y signos de desnutrición; se le han realizado modificaciones de acuerdo con las entidades clínicas adaptándolas a pacientes oncológicos y renales¹³. La Evaluación global subjetiva presenta una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82-83%. No es útil en pacientes con malnutrición por exceso.

Clasificaciones clásicas cualitativas de la desnutrición

1. Marasmo o Desnutrición calórica: desnutrición crónica por déficit/pérdida prolongada de energía y nutrientes. Existe importante disminución de peso por pérdida de tejido adiposo, en menor cuantía de masa muscular y sin alteración significativa de las proteínas viscerales, ni edemas.
2. Kwashiorkor o Desnutrición proteica: por disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos en infecciones graves, politraumatismos y cirugía mayor. El pánículo adiposo está preservado, siendo la pérdida fundamentalmente proteica, principalmente visceral.

3. Desnutrición mixta: o proteico-calórica grave o Kwashiorkor-marasmático. Disminuye la masa muscular, tejido adiposo y proteínas viscerales. Aparece en pacientes con desnutrición crónica previa tipo marasmo (generalmente por enfermedad crónica) que presentan algún tipo de proceso agudo productor de estrés (cirugía, infecciones).
4. Estados carenciales: deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), por disminución de ingesta o pérdida aumentada. Generalmente se asocia alguno de los tipos anteriores.
5. Desnutrición oculta: a pesar de acceso a una alimentación saludable, existe una dieta inadecuada, principalmente dada por un bajo consumo de vegetales y frutas. En los niños la falta de nutrientes surge cuando los alimentos ingeridos son hipercalóricos, pero son deficientes en otros nutrientes fundamentales para el crecimiento, como el hierro, el calcio, el fósforo o las vitaminas A y C. La predisposición a padecer desnutrición oculta también se ha observado en las mujeres embarazadas y en los adultos mayores. Se ha considerado como la desnutrición oculta de América latina a la deficiencia de hierro.

Clasificación cuantitativa de la desnutrición

Para esta clasificación se consideran los valores obtenidos del porcentaje de Peso de Referencia (Peso/peso ideal, P/PI) obtenidos a través de la valoración global objetiva¹⁰:

- Normal: P/PI > 90% del normal
- Desnutrición leve: P/PI = 80-90% del normal
- Desnutrición moderada: P/PI = 60-79% del normal

- Desnutrición grave: P/PI < 60% del norma

Indicadores objetivos de diagnóstico del estado nutricional

1. Evaluación Antropométrica: Medición de las dimensiones y composición global del cuerpo humano, variables éstas que son afectadas por la nutrición durante el ciclo de vida. Los indicadores antropométricos miden, por un lado, el crecimiento físico del niño y del adolescente, y por otro las dimensiones físicas del adulto, a partir de la determinación de la masa corporal total y de la composición corporal tanto en la salud como en la enfermedad. Son de fácil aplicación, bajo costo y reproducibilidad en diferentes momentos y con distintas personas.

- Indicadores que evalúan Masa Corporal Total: Índice de Peso para la Talla (IPT), porcentaje de peso de referencia (%PR), porcentaje de peso usual o habitual (%PU) y Porcentaje de pérdida reciente de peso (%PRP).

- Indicadores de Masa Grasa o de adiposidad: La masa grasa está constituida principalmente por el tejido adiposo subcutáneo y perivisceral, incluye el Índice de masa corporal (IMC), % de grasa corporal (%GC), circunferencia de cintura (CC), pliegue tricípital (PT), pliegue subescapular (PSe), pliegue suprailíaco (PSi) y pliegue abdominal (PAb). En el adulto sano, la masa grasa tiene valores de 10 a 20% en el hombre y de 15 a 30% en la mujer¹⁰.

- Indicadores de Masa Muscular o magra o masa libre de grasa (MLG): representa aproximadamente 80% del peso corporal total, incluye todos los componentes funcionales del organismo implicados en los procesos metabólicamente activos. Por ello, las necesidades nutricionales están generalmente relacionadas con el tamaño de este compartimiento. Comprende huesos, músculos, agua extracelular, tejido nervioso y todas las demás células que no son adipocitos o células grasas. Los métodos que se utilizan para medir la masa

muscular son: a) las áreas musculares de los segmentos corporales, b) el componente mesomórfico del somatotipo antropométrico de Health y Carter, c) los índices de relación peso-talla, d) la masa libre de grasa del modelo bicompartimental de fraccionamiento químico de la masa corporal total y e) las ecuaciones antropométricas para estimar la masa muscular esquelética total y apendicular¹⁰.

- **COMPLICACIONES FETALES**

Las mujeres con hiperémesis gravídica y pérdida de peso mayor a 7 kg. Tenían más probabilidad de tener recién nacidos de bajo peso al nacer o con apgar menor a 7 a los 5 minutos en embarazos de 37 semanas; y una tasa de parto pre terminado tres veces mayor en mujeres con hiperémesis gravídica, con pérdida de peso. Algunos estudios comparten la teoría de que la hiperémesis gravídica podría tener un factor protector contra la mortalidad y malformaciones como labio leporino paladar hendido. En algunos casos se cree que el 38% o más de los niños cuyas madres fueron expuestas a hiperémesis gravídica terminar con una probabilidad de tener ansiedad, ser bipolar, y la adquisición de otras alteraciones del comportamiento a medida que envejecen.

2.3.- DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- **Ansiedad:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.
- **Apetito:** Impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos o necesidades básicas. El apetito es el deseo de ingerir alimento, sentido como hambre.
- **Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

- **Deshidratación:** Extracción del agua que contiene una sustancia, un organismo o un tejido orgánico.
- **Desordenes de disfunción placentaria:** Se evaluó con la presencia del diagnóstico según CIE-10 en cada una de las historias clínicas.
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** Separación de una placenta normoinsera en gestaciones mayores de 20 semanas.³⁶
- **Electrolitos:** Sustancia o cuerpo que se descompone en la electrolisis.
- **Epigastralgia:** Es un dolor agudo o crónico que está localizado en el epigastrio, es decir, en aquella zona del abdomen que empieza en la parte inicial del esternón, la “boca” del estómago y termina cerca del ombligo.
- **Gonadotrofina:** Hormona producida en la hipófisis que actúa sobre las glándulas sexuales.
- **Gravidad:** Mujer que se encuentra embarazada.
- **Helicobacter Pylori:** Es una bacteria que infecta el epitelio gástrico humano.
- **Hiperémesis Gravídica:** Náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetoanuria y trastornos hidroelectrolitos. Se evaluó con la presencia del diagnóstico según CIE-10, en las historias revisadas.
- **Metabólico:** El organismo puede utilizar esta energía de inmediato o almacenarla en tejidos corporales, como el hígado, los músculos y la grasa corporal. Un trastorno metabólico ocurre cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso.
- **Muerte fetal:** Muerte fetal desde la semana 22 de gestación o desde que el feto tenga un peso de 500 gramos hasta el momento del parto.³⁷
- **Náusea:** Sensación de malestar en el estómago que se experimenta cuando se tienen ganas de vomitar y que suele culminar en vómitos.
- **Nuliparidad:** Es cuando una mujer no ha tenido hijos. El término nuliparidad se aplica también a una mujer que ha estado embarazada pero cuyo embarazo no ha llegado a término.

- **Nutrientes:** Un nutrimento o nutriente es un producto químico procedente del exterior de la célula y que ésta necesita para realizar sus funciones vitales.
- **Obesidad:** Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.
- **Paridad:** Es cuando una mujer ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más.
- **Pre eclampsia:** presión arterial >140 mm Hg sistólica o >90 mm Hg diastólica en 2 ocasiones en por lo menos 4 horas, después de las 20 semanas de gestación y >300 mg en orina en 24 horas.³⁵
- **RCIU:** La condición en la que el feto tienen un peso <al percentil 10 para esa población a una determinada edad gestacional.³⁰
- **Sialorrea:** La elaboración de niveles excesivos de saliva recibe el nombre de sialorrea. Este trastorno, que también se conoce como hipersalivación, puede deberse a la estimulación en exceso del sistema nervioso parasimpático.
- **Sobrepeso:** El *sobrepeso* estrictamente es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla
- **Vértigo:** Sensación ilusoria de que las cosas externas están rotando o desplazándose alrededor de uno o de que es uno mismo quien está dando vueltas en el espacio; es debido a una alteración de los órganos del oído que regulan el equilibrio o del sistema nervioso central.
- **Vómitos:** Expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis de la Investigación

3.1.1 Hipótesis General

- **Hipótesis Alternativa Ha:** Existe relación entre los factores de riesgo y la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.
- **Hipótesis nula Ho:** No existe relación entre los factores de riesgo y la hiperémesis gravídica gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.

3.2 Variables

3.2.1 Variable Independiente

Factores de Riesgo

INDICADOR

1. Edad de la gestante
2. Paridad de la gestante
3. Sexo femenino del recién nacido
4. La desnutrición de la gestante
5. La Obesidad de la gestante
6. Depresión de la gestante.

7. Desordenes de disfunción placentaria

3.2.2 Variable Dependiente

Hiperémesis Gravídica

DIMENSIONES:

Leve hasta el 5%

Moderado entre el 5 y 10%

Severo Mayor del 10% mas shock y oliguria.

3.2.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO	FUENTE
Factores de Riesgo	Independiente	1. Edad 2. Paridad 3. Sexo femenino 4. La desnutrición 5. La Obesidad 6. Depresión. 7. Desordenes de disfunción placentaria	1. Presentes 2. Ausente	Cuantitativo	Ficha de datos	HC/SIP
Hiperémesis Gravídica	Dependiente	1. Leve hasta el 5%. 2. Moderado entre el 5 y 10%. 3. Severo Mayor del 10% mas schock y oliguria.	1. presentes 2. ausentes	Cualitativo	Ficha de datos	HC/SIP

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

La investigación es de tipo no experimental, descriptiva observacional de casos y controles porque no se modifican las variables, retrospectiva pues los datos serán obtenidos en el pasado, transversal ya que realizaremos un estudio rápido y fácil y analítica pues se analizan dos variables.

4.1.2 Nivel de Investigación

Relacional.

4.1.2 Método

Analítico e Inductivo pues del análisis de las variables en forma independiente se tomará una conclusión general.

4.2. Población y Muestra de la Investigación

4.2.1.- Población

La población constituida por las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2016, entre las edades de 15-40 años que presentaron hiperémesis gravídica teniendo una población de 282 durante el periodo de estudio según reportes del SIP e Historias clínicas.

4.2.2 Muestra

Ingresaarán al estudio todas las historias que cuenten con los datos completos y requeridos por la investigación. La muestra, objeto de estudio, está comprendida por gestantes de 15-40 años que tuvieron como diagnóstico hiperémesis gravídica y su relación con desnutrición, paridad, depresión asociada, obesidad y disfunción placentaria.

Para dicha investigación se aplicara la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	0.25
q	=	1-p = 0.75

N=52 gestantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente de 15 a 40 años que se atendieron en el Hospital regional de Ica enero a diciembre del 2016
- Pacientes con diagnóstico de hiperémesis gravídica y su relación con desnutrición, paridad, depresión asociada, obesidad y disfunción placentaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historia clínica incompleta de acuerdo al instrumento de recolección de datos.
- Gestantes con otras patologías según criterios de inclusión.

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.2.2 Técnicas

Previa autorización de la jefatura del Hospital Regional se procedió a la revisión de todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Hiperémesis gravídica entre 15 a 40 años que se atendieron en el servicio de Obstetricia se utilizó como técnica la observación y como instrumento una ficha de recolección, se revisaron historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión. La presencia de desórdenes de disfunción placentaria se evaluara en pacientes con pre eclampsia como principal patología.

4.3.2 Instrumentos

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin tomando como criterios los objetivos del estudio.

4.3.3 Técnica de análisis de datos

Los datos serán procesados en el programa estadístico para las ciencias de la salud SPSS V22 y las tablas de frecuencias y gráficos serán elaboradas en el programa. Se utilizó el análisis descriptivo donde se expresaron en

porcentajes y se elaborara cuadros de doble entrada en la aplicación del estudio. Para la estadística inferencial se relacionara las variables dependientes e independiente y se usó la contrastación del Chi-Cuadrado con un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

4.3.4 ETICA

Los datos serán utilizados solo para fines de la investigación por lo que las fichas no incluye nombre la paciente se le asignara un código.

CAPITULO V

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

5. Hipótesis de la Investigación

5.1. Hipótesis General

- Hipótesis Alterna Ha: Existe relación entre los factores de riesgo y la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.
- Hipótesis nula Ho: No existe relación entre los factores de riesgo y la hiperémesis gravídica gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.

Para realizar nuestra prueba de hipótesis, se definió con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Posteriormente operación analizamos el estadístico de la Prueba del Chi-Cuadrado; para ver la relación entre variables, donde

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$
; asumiendo los siguientes grados de libertad de 6 y un Chi cuadrado de $X^2=12,59$, aceptando la hipótesis alterna donde existen relación entre los factores de riesgo y la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital regional de Ica 2016.

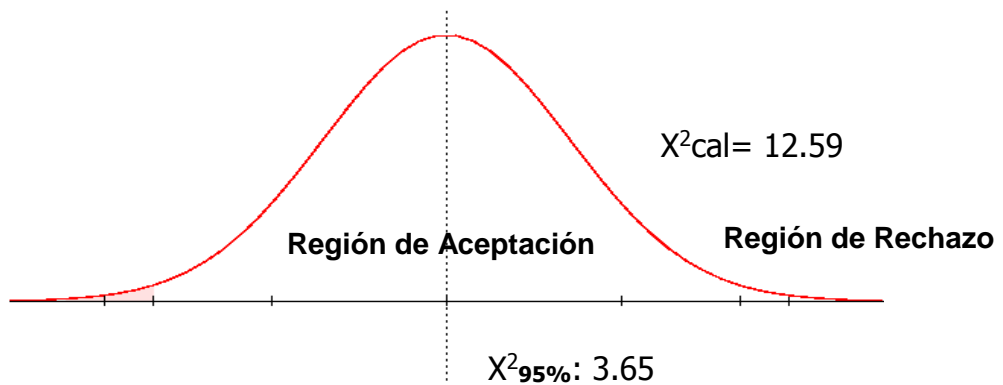
5.2 TOMA DE DECISIÓN.

El valor calculado de $X^2 = 12,59$, pertenece a la Región de Rechazo, lo cual indica que se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis

alternativa, con un nivel de significancia del **5%**. ($p < 0.05$); $p = 0.012$, es decir que es significativa la relación entre los factores de riesgo y la hiperémesis gravídica con un grado de libertad de 6.

TOMA DE DECISIÓN

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,59 ^a	6	0,000
Corrección por continuidad ^b	4,312	2	0.012



CAPÍTULO VI

PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016”

TABLA 1

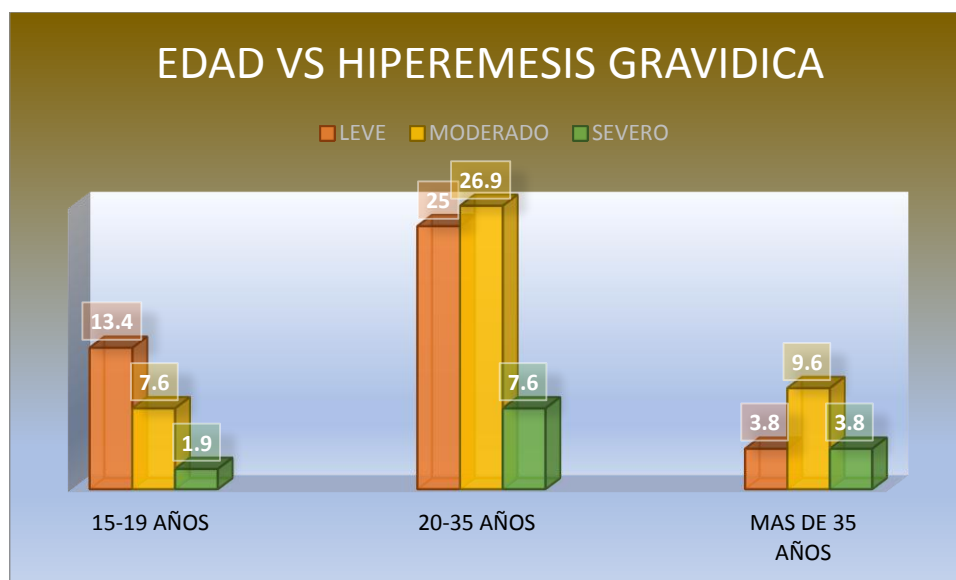
EDAD MATERNA SE ASOCIA CON HIPEREMESIS GRAVIDICA

EDAD	HIPEREMESIS GRAVIDICA			Total
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
15-19 AÑOS	7	4	1	12
	13.4%	7.6%	1.9%	22.9%
20-35 AÑOS	13	14	4	31
	25%	26.9%	7.6%	59.6%
MAS DE 35 AÑOS	2	5	2	9
	3.8%	9.6%	3.8%	17.3%
Total	22	23	7	52
	42.3%	44.2%	13.4%	100.0%

Fuente: ESTADISTICA HRI 2016

TABLA 1: La Hiperémesis Grávidica se presenta más entre (20-35)años con 59.6% . Siendo una deshidratación moderada el 26.9%(14)

GRAFICO 1



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016”

TABLA N° 02

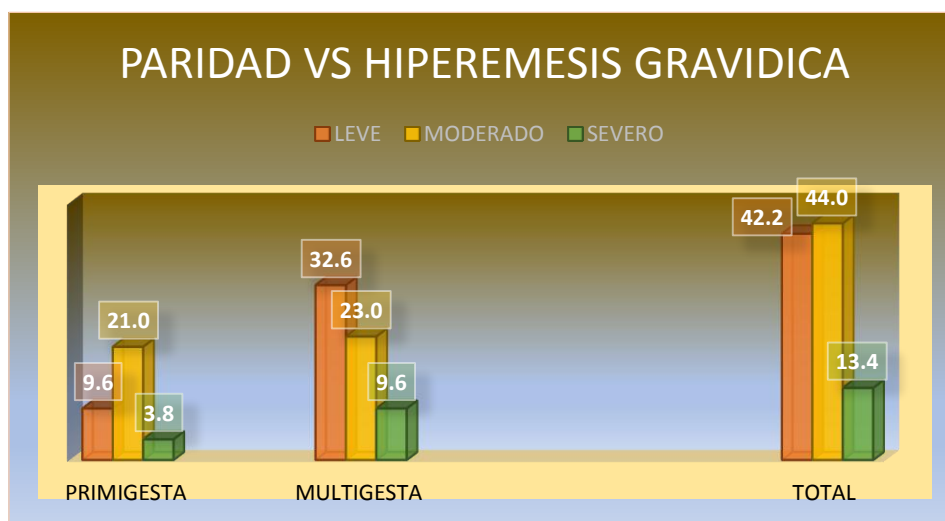
PARIDAD SE ASOCIA CON HIPEREMESIS GRAVIDICA

PARIDAD	HIPEREMESIS GRAVIDICA			Total
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
PRIMIGESTA	5	11	2	18
	9.6%	21.0%	3.8%	34.6%
MULTIGESTA	17	12	5	34
	32.6%	23.0%	9.6%	65.3
TOTAL	22	23	7	52
	42.2%	44.0%	13.4%	100.0%

Fuente: ESTADISTICA HRI 2016

TABLA 2: La paridad es un factor predisponente para Hiperémesis Grávida se presenta más en pacientes multigestas con un 65.3%. En relación al grado de deshidratación se presenta con una deshidratación moderado con un 44.0%.

GRAFICO 2



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016”

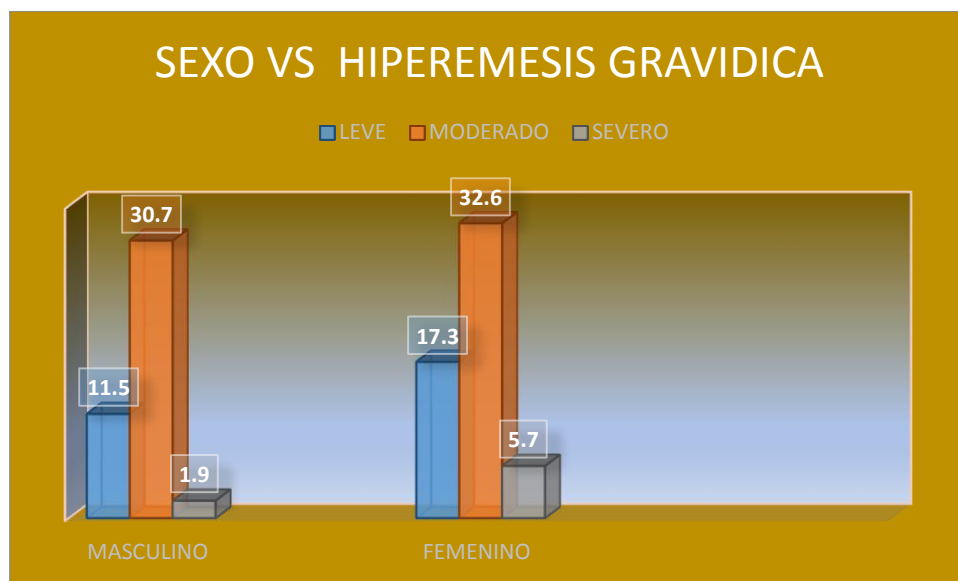
**TABLA N° 03
SEXO FEMENINO SE ASOCIA CON HIPEREMESIS GRAVIDICA**

SEXO	HIPEREMESIS GRAVIDICA			Total
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
MASCULINO	6	16	1	23
	11.5%	30.78%	1.9%	44.2%
FEMENINO	9	17	3	29
	17.3%	32.6%	5.7%	55.7%
Total	15	33	4	52
	28.8%	63.4%	7.6%	100.0%

Fuente: ESTADISTICA HRI 2016

TABLA 3: El sexo femenino del feto; es un factor de riesgo para presentar Hiperémesis Gravídica y se presenta en un 55.7% en relación al grado de deshidratación se presentó mayor frecuencia moderado con 63.4%

GRAFICO 3



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016

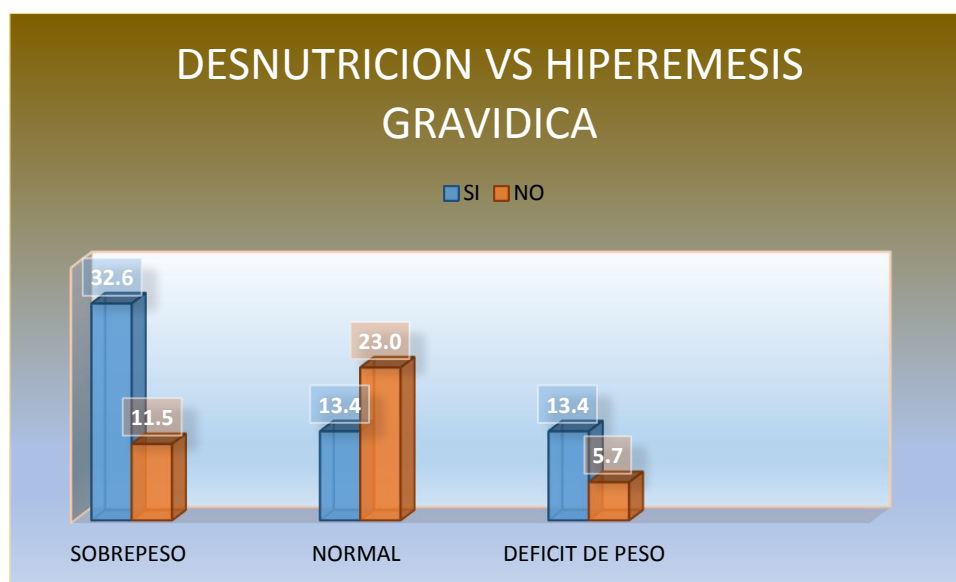
**TABLA N° 04
DESNUTRICION SE ASOCIA CON HIPEREMESIS GRAVIDICA**

DESNUTRICION	HIPEREMESIS GRAVIDICA		Total
	SI	NO	
SOBREPESO	23	6	29
	44.2%	11.5%	55.7%
NORMAL	21	12	33
	40.3%	23.0%	63.4%
DEFICIT DE PESO	8	3	11
	15.3%	5.7%	21.1%
TOTAL	52	21	73
	59.6%	40.3	100.0%

Fuente: ESTADISTICA HRI 2016

TABLA 4: Según IMC, el sobrepeso materno no se asocia a cuadros de hiperémesis gravídica presentándose en un 55.7%. Siendo gestantes normales 63,4%.

GRAFICO 4



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016

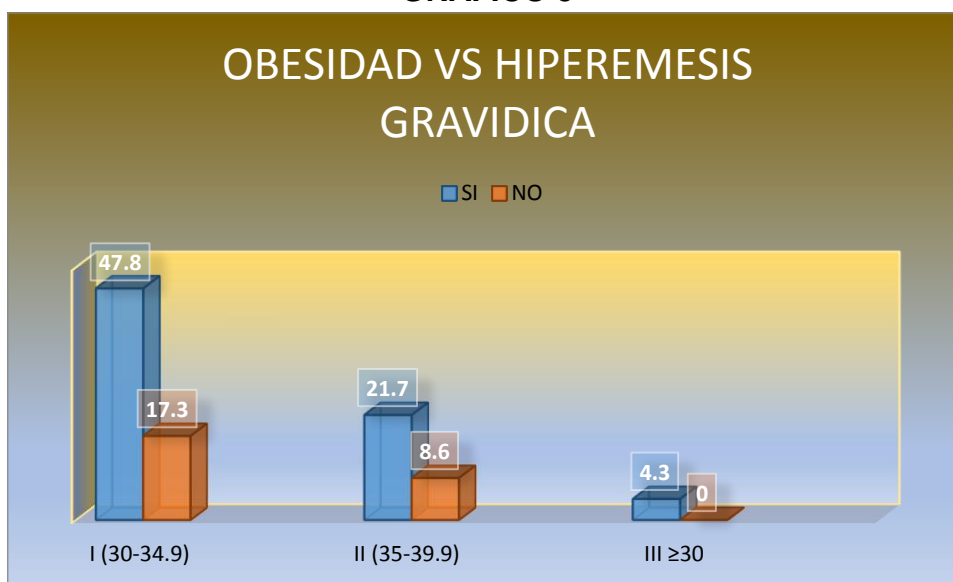
**TABLA N 05
OBESIDAD SE ASOCIA CON HIPEREMESIS GRAVIDICA**

OBESIDAD	HIPEREMESIS GRAVIDICA		Total
	SI	NO	
I (30-34.9)	11	4	15
	47.8%	17.3%	65.2%
II (35-39.9)	5	2	7
	21.7%	8.6%	30.4%
III ≥30	1	0	1
	4.3%	0%	4.3%
TOTAL	17	6	23
	73.9%	26.0%	100%

Fuente: ESTADISTICA DEL HRI 2016

TABLA 5: Se aprecia que las gestantes obesas presentaron hiperémesis y presentaron obesidad de I grado 47.8%. Siendo las gestantes normales el 63,4%. Por lo tanto no se relaciona con Hiperémesis Gravídica.

GRAFICO 5



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016

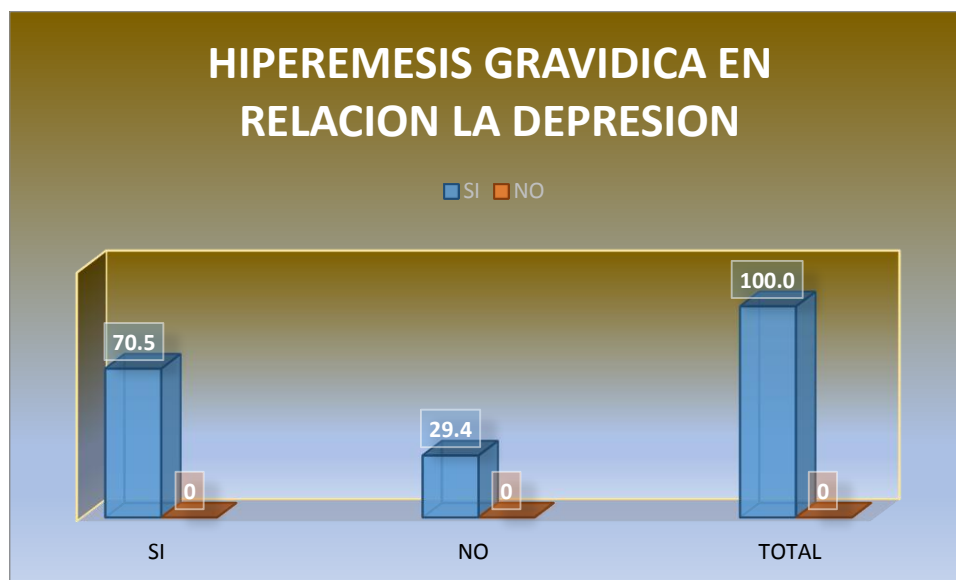
**TABLA 06
HIPEREMESIS GRAVIDICA EN RELACION LA DEPRESION**

DEPRESION	HIPEREMESIS GRAVIDICA		Total
	SI	NO	
SI	17	0	17
	32.6%	0.0%	32.6%
NO	35	0	35
	67.3%	0.0%	67.3%
TOTAL	52	0	52
	100.0%	0.0%	100.0%

Fuente: ESTADISTICA HRI 2016

TABLA 06: La Depresión se presenta en los cuadros de hiperémesis grávidica en un 32.6%.

GRAFICO 6



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016

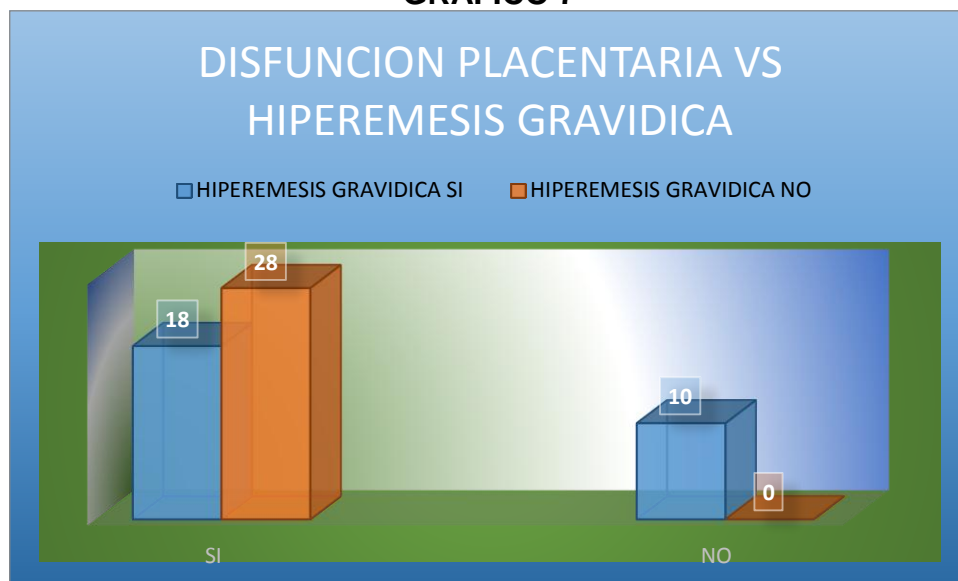
**TABLA 07
DISFUNCION PLACENTARIA SE ASOCIA A HIPEREMESIS GRAVIDICA**

DISFUNCION PLACENTARIA	HIPEREMESIS GRAVIDICA		Total
	SI	NO	
SI	24	0	46.1%
	46.1%	0.0%	
NO	28	0	28
	53.8%	0.0%	53.8%
TOTAL	52	0	52
	100.0%	0.0%	100.0%

FUENTE: ESTADISTICA HRI 2016.

TABLA 7: La disfunción placentaria no es un factor de riesgo para la hiperémesis gravídica ya que se presenta 46,1%. Según el estudio.

GRAFICO 7



FACTORES DE RIESGO DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2016

TABLA 08

TERMINO DEL EMBARAZO

TERMINO DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
PARTO VAGINAL	1424	53.5%	53.5%	53.5%
PARTO CESAREA	1235	46.4%	46.4%	100.0%
TOTAL	2659	100,0%	100,0%	

FUENTE: ESTADISTICA HRI 2016.

Tabla 6: Se observa que la terminación de parto de las gestantes atendidas el 46,4 termina por cesárea encontrándose la tasa por encima de los estándares nacionales (24%) e internacionales (18%)

GRÁFICO 8



DISCUSIÓN

En el trabajo titulado “Factores de Riesgo de la Hiperémesis Gravídica en el Hospital Regional de Ica año 2016” encontramos lo siguiente:

TABLA 1: Encontramos que la hiperémesis gravídica se presentó en 12% de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica. En relación a los cuadros de Hiperémesis Gravídica estos presentan en grado moderado con 44.2%; en relación a la edad esta se presenta entre las edades de 20-35 años 59,6%. Nuestros resultados coinciden con **Salas, Alejandro** et. al. “Frecuencia, Diagnóstico y Manejo de la Hiperémesis Gravídica” donde encontró que la edad de los pacientes entre 20-35 años osciló 81%. Igual con los estudios en la región de Ica siendo las infecciones del tracto urinario las que se presentaron con mayor incidencia en 32% para nuestro trabajo.

TABLA 2: La Hiperémesis Gravídica se presenta más en pacientes multigestas con un 65.3%. En relación al grado de deshidratación se presenta más en moderado con un 44.0% nuestros resultados difieren con los encontrados **Jiménez Aguirre, Diana Soledad** “Valores Elevados de BHC-G en relación con Hiperémesis Gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja” Ecuador 2012. La pérdida de peso se presentó en 21,7% de ellas. Los principales factores asociados que agravan la intensidad de esta entidad patológica son: pacientes nulíparas en 43,5% y antecedente familiar de hiperémesis gravídica en 26,0%.

TABLA 3: La Hiperémesis Gravídica se asocia con los embarazos de sexo femenino con 55.7% nuestros resultados coinciden con los estudios de **Oscanoa Huamán, Imelda**. Et.al. Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. 2011. Donde el sexo femenino, se presentó en 65.9%, y Huarcaya Gonzales, Fiorella Lucia “Factores predisponentes de la Hiperémesis Gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2015. Donde, el 51% de los fetos fueron de sexo femenino

TABLA 4: Se aprecia que la desnutrición está presente 59.5%, en pacientes que cursaron hiperémesis y que tuvieron sobre peso materno y déficit de peso. El 44.2% de los casos estudiados presentaron sobrepeso materno con cuadros de hiperémesis gravídica observándose en la recolección de la muestra casos de hipertensión, nuestros resultados difieren con los presentados por **Minchola Álvarez, Vanesa**. Donde; el promedio de pacientes que presentaron hiperémesis con baja ganancia de peso y anemia si constituyen factores de riesgo asociados para tener niños de bajo peso y disfunción placentaria.

TABLA 5: Se aprecia que las gestantes que presentaron hiperémesis gravídica presentaron una desnutrición siendo la variable de evaluación según índice de masa corporal (IMC), obesidad grado I, con 38,4% observándose que las gestantes atendidas no conocen formas de nutrición de calidad, encontrándose en la tabla 4, , no se encontraron estudios similares por lo que hace que nuestra investigación sea inédita y servirá para futuros trabajos. **Los resultados de** déficit de peso (N=14) 26.9% obtenidos en nuestra investigación son diferentes al de **Minchola Álvarez, Vanesa**. Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para retardo del crecimiento 2013. Donde el promedio de pacientes con poca ganancia de peso fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con RCIU ($p < 0.001$). Conclusiones: El promedio de pacientes que presentaron hiperémesis con baja ganancia de peso y anemia si constituyen factores de riesgo asociados con el retardo en el crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre.

TABLA 06: En la tabla se aprecia que los cuadros de hiperémesis se asociaron a cuadros depresivos durante el embarazo en 32.6%, según las interconsultas realizadas al servicio de psicología en la mayoría se presentaron en los primigestas y adolescentes en mayor incidencia.

TABLA 7: Se observa que las pacientes que presentaron disfunción placentaria se presentaron en el grupo que no tuvieron antecedente de hiperémesis gravídica en el primer trimestre con 53.8%. El 46.1% si presentaron antecedentes de hiperémesis gravídica en el primer trimestre y dentro de la interrogación de historia clínica

cursaron con antecedente de infección del tracto urinario y según la clasificación de Lubchenco (Ecografía) se encontraron RCIU leve entre P5-10.

Nuestros resultados coinciden con los estudiados por **Caisan Guevara, Maylin** “Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para desordenes de disfunción placentaria en gestantes 2016. Donde la hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para desordenes de disfunción placentaria en el hospital de Trujillo.¹⁸

CONCLUSIONES

1. La desnutrición se asocia a cuadros de hiperémesis gravídica que presentaron las gestantes en el primer trimestre de gestación donde estuvo presente en 63,4% con peso materno normal según (IMC) de nuestra muestra (52).
2. El sexo femenino del feto; es un factor de riesgo para presentar Hiperémesis Gravídica y se presenta en 55.7% en relación al grado de deshidratación se presentó mayor frecuencia moderado con 63.4%
3. La edad es un factor de riesgo de presentar la morbilidad de hiperémesis gravídica en el embarazo encontrándose entre las edades de 20-35 años con 59,6%.
4. La paridad estuvo presente en gestantes multigesta con 65.3%; es decir que la paridad es un factor de riesgo para hacer los cuadros hiperémesis gravídica en el primer trimestre del embarazo.
5. La Depresión se presenta en los cuadros de hiperémesis gravídica en un 32.6%.
6. La obesidad no se relaciona con la hiperémesis gravídica presentándose en 55.7%.
7. La hiperémesis gravídica no es un factor de riesgo para hacer disfunción placentaria 46.1%; en el primer trimestre.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una atención prenatal enfocada priorizando los controles antes del primer trimestre para el diagnóstico oportuno de cuadros depresivos que se relacionan con gestantes que hacen hiperémesis gravídica
2. Hacer un seguimiento de la ganancia de peso materno para evitar el déficit de ganancia de peso y obesidad hacer las interconsultas con nutrición para los requerimientos nutricionales y evitar los fetos con retardo de crecimiento intrauterino que traerán fatales consecuencias neurológicas. Así como la obesidad que encontramos como segunda enfermedad y promover la toma de sulfato ferroso diario para evitar la anemia en gestantes y el retardo de crecimiento fetal que se asocian con gestantes con desnutrición materna hasta el puerperio. Es decir, encontramos que nuestra población no sabe comer alimentos nutritivos priorizando los alimentos enlatados y comida rápidas.
3. Referir a un establecimiento de mayor complejidad cuando se diagnostiqué pacientes con infecciones del urinario y retardo de crecimiento intrauterino en gestantes con altura uterina menor a la edad gestacional.
4. Vigilancia ecográfica de pacientes con diagnóstico clínico de retardo de crecimiento intrauterino y disfunción placentaria para evitar la muerte perinatal.
5. Promover el uso de métodos de planificación familiar en pacientes multigestas para espaciar los nacimientos y evitar la morbilidad materna y perinatal. Sobre todo, que sea planificado para evitar los cuadros de hiperémesis gravídica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. González GA, Alvarez SE, Veiga VA, Gomez MM. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica. *Semergen*. 2011;37(10):559-564.
2. Matthews A, Dowswell T, Haas D, Doyle M, O'Mathúna D. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 9. Art. No.: CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575.
3. Vikanes Ase, MD, et al. *Maternal Body* 11. Composition, Smoking and Hyperemesis Gravidarum, Elsevier Inc (2010) 2:592-598.
4. Ernst E. Hyperemesis gravidarum. *Postgrad Med J* 2009; 78(921):443; discusión 444. CITA
5. González GA, Alvarez SE, Veiga VA, Gomez MM. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica. *Semergen*. 2011;37(10):559-564.
6. Zea FC. Náuseas y vómitos durante el embarazo. *REVCOG* 2010; 15:(2):40-49.2010.
7. Sibaja MN, Vargas QN. Manejo de la hiperemesis gravídica. *Rev Med Cost Ric y Centroam* LXVIII (599) 441-445 2011.
8. Velasquez N. La hormona gonadotrofina coriónica humana. Una molécula ubicua y versátil. Parte I. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2014;74(2):122-133.

9. Sibaja MN, Vargas QN. Manejo de la hiperemesis gravídica. Rev Med Cost Ric y Centroam LXVIII (599) 441-445 2011.
10. Wilcox, Susan Renee; Alison Edelman y Judith R Logan (diciembre de 2008). «Pregnancy, Hyperemesis Gravidarum». *Emergency Medicine* (en inglés). Medicine.com. Consultado el 9 de mayo de 2009.
11. Scott Forbes *A natural history of families* (en inglés). Publicado por Princeton University Press, 2005; pág 66. ISBN 0-691-09482-9
12. Nutrition issues in gastroenterology, series #63 *Management of Hyperemesis Gravidarum with Enteral Nutrition* (en inglés). University of Virginia Health System. Consultado el 9 de mayo, 2009.
13. Silva C, Pages G. Hiperémesis gravídica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(3):178-186.
14. Hernando F, MR, Alvarado Bestene R. MD. Hiperémesis gravídica. Acta de Reunión de Equipo Medicina Familiar. Dic. 2008 Colombia Pontificia Universidad Javeriana
15. De Haro, Karina et.al. Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de Caso Clínico .Servicio de Nutrición Clínica, Unidad de Falla Intestinal SANVITE, Guadalajara. México. Revista [31Vol.2] Pag: 988-991Guadalajara. México
16. Jiménez Aguirre, Diana Soledad “Valores Elevados de BHC-G en relación con Hiperémesis Gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja” Universidad Nacional de Loja. Post Grado Loja-Ecuador.2012.
17. Oscanoa, I.L et. al *Resultados Perinatales en gestantes que presentaron Hiperémesis Gravídica - Instituto Nacional Materno Perinatal.*

2011. Recuperado.

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/223/1/Oscanoa_il.pdf.

18. Caisan Guevara, Maylin “Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para desordenes de disfunción placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo para optar el título de médico cirujano. Universidad privada Antenor Orrego 2016
19. **Salas, Alejandro. Et. al.** “Frecuencia, diagnóstico y Manejo de la Hiperémesis Gravídica”. de Ginecología y Obstetricia 2000.
20. Minchola Álvarez, Vanesa. Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013.
21. Gonzales Felipa, Elizabeth. ”Hiperémesis Gravídica como Factor de Riesgo para parto prematuro” Hospital Regional Docente de Trujillo, 2010-2014” Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo –Peru.2015.
22. Salas, Alejandro et. al. “Frecuencia, Diagnóstico y Manejo de la Hiperémesis Gravídica” Revista de Ginecología y Obstetricia [Volumen 46 N °3] Julio 2000.
23. Valderrama Araujo, Bania Karen et.al. “Violencia intrafamiliar y su influencia en las complicaciones del Embarazo en adolescente atendidas en el Centro de Salud Morales mayo a Octubre del 2013” Universidad Nacional de San Martín 2013.
24. Alejo Mantari, Lili Rebeca. “Prevalencia y Factores sociodemográficos asociados a la Hiperémesis Gravídica en gestantes del hospital Santa María del Socorro Ica 2014” Universidad Alas Peruanas. 2015.

- 25.** Cárdenas Palomino, Rosmery Lisette “Prevalencia y Factores predisponentes de Hiperémesis Grávidica en el Hospital Santa María del Socorro-Ica 2013” Universidad Alas Peruanas 2014.
- 26.** Huarcaya Gonzales, Fiorella Lucia “Factores predisponentes de la Hiperémesis Grávidica en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Marzo-2014 a Marzo 2015. Universidad Alas Peruanas 2016.
- 27.** <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>.
- 28.** Cánton, C. (2012) *Infección por Helicobacter Pylori como Factor como Factor de Riesgo en mujeres embarazadas con náuseas y vómitos en las primeras 20 semanas de embarazo.* Recuperado <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/61633c16.pdf>
- 29.** Universidad de Barcelona. “Hiperemesis grávidica” Proceso de atención a la Mujer. Instituto de Formación continua. 2000. Barcelona. España.
- 30.** Serrano Dávalos JJ. Marcadores de riesgo de insuficiencia placentaria en el primer trimestre de la gestación. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba 2012.
- 31.** Pijnenborg R, Brosens I, Romero R. Placental BED disorders: Basis Science and its translation to obstetrics. 1 ed. New York: Cambridge University Press: 2010.
- 32.** Lewis G, Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mother's lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2003-2005. In the seventh report of the Confidential Enquiries into maternal Deaths in the United Kingdom. London 2007.

33. Brosens I, Pijnemborg R, Vercruysse L, Romero R. The “great obstetrical Syndromes” are associated with disorders of deep placentation. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(3):193-201.
34. Krihna U, Bhalerao S. Placental Insufficiency and Fetal Growth Restriction. *India J Med. Res.* 2011;61(5):505-511.
35. Zamorano M, Barranco M, Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario. Virgen de las Nieves. Granada 2015.
36. Grupo de trabajo de la American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Practice Guideline 2013;p:IX.
37. Pongs A, Sepulveda E, Leiva J, Recoret G, Germain A. muerte fetal. *Revista Medica Clinica Condes* 2014;25(6):908-916.
38. Papponetti, M. (2012) *Hiperémesis Gravídica y sus complicaciones durante la etapa del embarazo*. Recuperado <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=65714>
39. Munch, S. (2011) *La Hiperémesis Gravídica como problema controversial de la ciencia social y Medicina*. Recuperado <http://www.elpartoestuestro.es/informacion/embarazo/hiperemesis-gravidica-hg>
40. Meza, J.P. (2011-2012) Factores de riesgo biológico relacionado con el embarazo en las adolescentes entre los 14 y 18 años de edad, atendidas en el centro de salud de Echandi, provincia bolívar durante el periodo octubre 2011 a marzo del 2012. Recuperado <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1453/1/DOCUMENTO.pdf>

- 41.** Estrada Pancho, N.B (2010) Malos Hábitos Alimenticios y los Factores culturales en las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa en el Hospital Eduardo Montenegro del Canton chillanes Provincia de Bolívar 2012. Recuperado <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1062/1/34T00193.pdf>

ANEXOS

- Modelo de Ficha de recolección de datos.
- Matriz de Consistencia.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016”

1. N° DE FICHA:
2. EDAD:
 - A. 15-19 AÑOS B. 20-35 años C 36-40 años
3. EDAD GESTACIONAL (I TRIMESTRE):.....

4. PRESENTA HIPEREMESI GRAVIDICA:
 - A.SI () B.NO ()

5. FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPEREMESIS GRAVIDICA:
 - A. PARIDAD () B. OBESIDAD() C. SEXO FEMENINO DEL R,N ()
 - D. DESNUTRICION () E. DESORDEN DE DISFUNCION PLACENTARIA()
 - A. PARIDAD:
 1. PRIMIGESTA 2. MULTIGESTA.

 - B. PESO GESTACIONAL: -----GANANCIA-----
IMC: OBESIDAD () SOBREPESO () NORMAL ()
 - C. SEXO DEL RECIEN NACIDO:
 1. FEMENINO () 2. MASCULINO () .
 - D. DESORDENES DE DISFUNCION PLACENTARIA:
 1. PE () 2. DPP () 3. RCIU () 4. MUERTE FETAL ()
6. TERMINO DEL EMBARAZO FUE:
 1. PARTO () 2. CESAREA ()

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional en el año 2016?</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>1. ¿La desnutrición se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?</p> <p>2. ¿El sexo femenino del recién nacido se asocian con la hiperémesis gravídica?</p> <p>3. ¿La edad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital regional de Ica en el 2016?</p> <p>4. ¿La paridad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes</p>	<p>Determinar los factores de riesgo que predisponen a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional en el año 2016.</p>	<p>1. Identificar si la desnutrición se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.</p> <p>2. Identificar si el sexo femenino del recién nacido se asocian con la hiperémesis gravídica.</p> <p>3. Determinar si la edad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital regional de Ica en el 2016.</p> <p>4. Determinar si la paridad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016.</p> <p>5. Identificar si la depresión se asocia a hiperémesis gravídica en</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Hiperémesis Gravídica</p> <p>Variables independientes</p>	<p>1. Leve 2. Moderado 3.severo</p>	Ficha Epidemiológica SIP	HC
			Factores de Riesgo	Ficha Epidemiológica SIP	HC	
			Edad	<p>1. 15-19 a 2. 20-35 a. 3. 36-40 a</p>	Ficha Epidemiológica SIP	HC
			Paridad	<p>1.primipara 2. multípara</p>	Ficha Epidemiológica. SIP	HC
			Depresión	<p>1. Si 2. no</p>	Ficha Epidemiológica	HC

<p>atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016?</p> <p>5. ¿La depresión se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital regional de Ica 2016?</p> <p>6. ¿La obesidad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica 2016?</p> <p>7. ¿Cuál es la frecuencia de los desórdenes de disfunción placentaria y su relación con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica 2016?</p>		<p>gestantes atendidas en el Hospital regional de Ica 2016</p> <p>6. Determinar si la obesidad se asocia a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica 2016.</p> <p>7. Identificar la incidencia de los desórdenes de disfunción placentaria y la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica 2016.</p>			<p>SIP</p>	
			<p>Obesidad</p>	<p>IIMC:</p> <p>1.normal</p> <p>2.sobrepeso</p> <p>3.Obesidad</p>	<p>Ficha Epidemiológica SIP</p>	<p>HC</p>
			<p>Sexo del recién nacido</p>	<p>1.mujer</p> <p>2. varón</p>	<p>Ficha epidemiológica SIP</p>	

