



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TITULO

**“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA
HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA
DEL SOCORRO ICA 2014”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

ALEJO MANTARI, LILI REBECA

ICA – PERU

2015

Dedicado a:

Dios por estar siempre conmigo, por dejarme ver la luz del día, por iluminar mi mente, por darme oportunidad de hacer hoy las cosas mejor que ayer durante todo el periodo de estudio de investigación.

A mi madre por apoyarme en cada momento en mi carrera profesional, siendo día a día un reto para toda mi familia, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron en los momentos más difíciles de mi carrera profesional.

Se agradece a:

En primer lugar a Dios quien me distes la oportunidad de vivir, por darme sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria durante esta etapa de mi vida, por permitir la culminación de mi carrera profesional y tesis.

Gracias a mi madre, pilar fundamental en mi vida le dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio y paciencia que demostró durante todos estos años.

Gracias a mis hermanos por estar conmigo y apoyarme para seguir adelante para el desarrollo de este proyecto.

Quiero agradecer a mi asesor de tesis, el Dr. Hugo Montalvo Valdez, por sus conocimientos invaluable que me brindo para llevar a cabo esta investigación y culminar este trabajo.

Resumen

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Santa María del Socorro Ica 2014, entre los objetivos que se plantearon fueron: Determinar la prevalencia de hiperémesis gravídica en el grupo de estudio e identificar los principales factores sociodemográficos asociados. Los materiales y métodos utilizados en éste trabajo están basados en un estudio retrospectivo, descriptivo y no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente atendidas en el área de gineco obstetricia con diagnóstico de hiperémesis gravídica en el periodo establecido. Se procedió de forma minuciosa con la recolección de datos de las historias clínicas mediante una encuesta.

Los resultados muestran que la prevalencia de hiperemesis gravídica fue el 2%, siendo la edad de gestantes el 80% de casos, en el rango de 20 y 34 años de edad, el 43% de las pacientes tenían secundaria completa, el 69% de las pacientes eran convivientes, en cuanto a la ocupación las pacientes se dedicaban a las labores hogareñas con un 62%, el 54% provenían de zonas rurales, la edad gestacional con mayor frecuencia se encontraron entre las 8 a 13 semanas con un 79% y el 52% tenían un embarazo no planificado. En relación a la violencia de género el 75% de las pacientes no manifestaron violencia. Así mismo se encontró que el 54% eran primigestas.

Los hallazgos muestran la existencia de mayor frecuencia de factores sociodemográficos en la hiperemesis gravídica son: La edad materna, primigestas y el embarazo no planificado que es el factor predisponentes más importante para la presencia de hiperemesis gravídica; presentándose entre las 8 a 13 semanas.

Palabras claves: Hiperemesis gravídica, factores sociodemográficos.

Abstract

This research was conducted at the Hospital Santa María del Socorro Ica 2014, was held between the proposed objectives were: to determine the prevalence of hyperemesis gravidarum in the study group, identify major socio-demographic factors associated. The materials and methods used in this work are based on a retrospective, descriptive and non-experimental study. Data were obtained from medical records gives each patient seen in the area of gynecology obstetrics diagnosed with hyperemesis gravidarum in the set period. We proceed thoroughly with data collection from medical records through a survey.

The results show that the prevalence of hyperemesis gravidarum was 2 %, the age of pregnant women 80% of cases, in the range of 20 and 34 years of age, 43% of the patients had completed high school, 69% of patients were cohabiting, in terms of occupation patients were engaged in housework with 62 %, 54% came from rural areas, gestational age is most often found between 8 to 13 weeks with 79 % and 52 % had a pregnancy planificado. En relation to gender violence 75 % of patients did not show violence. It also found that 54 % were primiparous.

The findings show the existence of higher frequency of sociodemographic factors in hyperemesis gravidarum are: maternal age, primipara, unintended pregnancy is the most important for the presence of hyperemesis gravidarum predisposing factor; appearing between 8 to 12 weeks.

Key words: Hyperemesis gravidarum, sociodemographic factors.

INDICE

CARATULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Descripción de la Realidad Problemática	11
1.2.	Delimitación de la Investigación	12
1.3.	Formulación del Problema.....	13
	1.3.1. Problema Principal.....	13
	1.3.2. Problema Secundario	13
1.4.	Objetivos de la Investigación.....	13
	1.4.1. Objetivo General	13
	1.4.2. Objetivo Específicos	13
1.5.	Justificación e Importancia de la Investigación.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	16
	2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	16
	2.1.2. Antecedentes Nacionales	21
	2.1.3. Antecedentes Locales.....	25

2.2.	Bases Teóricas.....	26
2.2.1.	Hiperemesis Gravídica	26
2.2.2.	Etiología.....	27
2.2.3.	Factores Sociodemográficos	29
2.2.4.	Fisiopatología	34
2.2.5.	Diagnostico	36
2.2.6.	Exámenes auxiliares.....	36
2.2.7.	Manejo y Tratamiento	37
2.3.	Definición de Términos Básicos	41

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.	Hipótesis de la Investigación	44
3.2.	VARIABLES	44
3.2.1.	Variable	44
3.2.2.	Operacionalización de Variables.....	45

CAPITULO IV METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1.	Diseño de la Investigación.....	48
4.1.1.	Tipo de Investigación.....	48
4.1.2.	Nivel de Investigación	48
4.1.3.	Método de la Investigación	48
4.2.	Población y Muestra de la Investigación	48
4.2.1.	Población	48
4.2.2.	Muestra.....	48
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
4.3.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	49

4.3.1. Técnica	49
4.3.2. Instrumento	49
4.3.3. Técnica de Análisis de Datos.....	49
4.3.4. Ética de la Investigación	49

CAPITULO V

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis e Interpretación de Tablas y Gráficos.....	51
Discusión.....	67
Conclusiones.....	69
Recomendaciones.....	70
Fuentes de información	71

ANEXOS

Matriz de consistencia	78
Modelo de ficha de recolección de datos	79

INTRODUCCION

Desde las primeras semanas de gestación las mujeres experimentan cambios físicos y psíquicos que en muchas ocasiones les producen problemas serios de salud. Las molestias que se presentan más temprano son las náuseas y el vómito, que 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. La presentación clínica más severa es la hiperémesis gravídica o emesis 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 el pasado, se creía que esta rara condición médica era puramente psicológica. No obstante, en la actualidad se sabe que esa no es la causa de esta dolencia. La hiperémesis gravídica no es provocada por factores psicológicos, pero esta causa aún debe ser estudiada y determinada con mayor precisión. La presente tesis nos permitió conocer los factores sociodemográficos asociados a la hiperémesis gravídica, poder iniciar medida preventiva reduciendo el número de nuevos casos, disminuyendo la incidencia y prevalencia logrando una mejor atención a nuestros pacientes.

El centro de clasificación estadística de enfermedades relacionadas a problemas de salud (The International Statistical Classification of Disease And Related Health Problems) La define como la persistencia de excesivos vómitos iniciados antes de la semana 23 de gestación. Muchos factores se han relacionado con su etiología, desde un componente genético, niveles hormonales elevados, mayor masa placentaria como en embarazos múltiples, enfermedad de trofoblasto, así mismo es más frecuente en primigrávidas, en adolescentes, que la gestante haya tenido hiperémesis en un embarazo anterior y factores familiares como madres o hermanas que la padecieron. Resalta pues la importancia de realizar una investigación que permita identificar los factores de riesgos que presentan las gestantes así como su morbilidad en nuestro medio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

En el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro, se observa un porcentaje de hiperémesis gravídica, que ascienden aproximadamente 2% de mujeres gestantes que acuden con frecuencia presentando náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. En la actualidad se ha señalado que las mujeres que presentan esta enfermedad tienen con mayor frecuencia un aumento de ansiedad, estrés y tensión emocional, así como también dependencia, inmadurez, histeria y depresión. Sin embargo, no se debe atribuir siempre como primera causa los factores psicológicos porque puede existir una causa orgánica que explique la sintomatología y que no sea descartada. ⁽¹⁾

La hiperemesis del embarazo es un problema que requiere atención, acontece generalmente en mujeres jóvenes primíparas, estrato social bajo y con productos de género femenino. Los neonatos de madres con hiperemesis gravídica presentan mayor riesgo de malformaciones congénitas del Sistema Nervioso Central, bajo peso al nacer menor al 10 percentil y un apgar a los 5 minutos <7.

Siendo por lo tanto una prioridad en el sector de la salud, la madre gestante, es necesario conocer las patologías asociadas al embarazo, tal es así que durante las primeras semanas de gestación la presencia de náusea y vómitos son una manifestación clínica muy frecuente, generalmente aparecen en la 5ta semana de gestación, alcanzan un pico máximo a la 9na semana y desaparecen aproximadamente entre la 20va semana de gestación, pero en algunos casos suele prolongarse hasta el final del embarazo. ⁽²⁾

1.- Jiménez D; Bolívar S. Valores elevados de BHC-G en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja - Especialidad de ginecología y obstetricia ciudad Ecuador. Universidad de Guayaquil 2012.
2.- Sibaja L; Vargas N. Manejo de la hiperémesis gravídica. Revista médica de costa rica y Centroamérica LXVIII (599) 441-445 2011.

En su etiología incluyen: teorías hormonales, psicológicas, digestivas, alérgicas inmunológicas. Factores de riesgo: primigrávidas adolescentes, embarazo múltiple, antecedente de hiperémesis gravídica, raza blanca, fumadoras y productos de sexo femenino. Factores sociodemográficos como son: La edad materna, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, violencia de género y embarazo planificado.

La prevalencia de hiperémesis gravídica en el Instituto Nacional Materno Perinatal año 2011 es de 1.10% (1 por cada 90 partos), se halla dentro del promedio latinoamericano que es de 0.3 a 2%. Tasas más altas se describen en la India o Lanka donde la prevalencia es 3.2%. ⁽³⁾

1.1. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Espacial: El estudio se realizó en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. En el servicio del centro obstétrico.

1.2.3. Delimitación Social: Se realizó en las gestantes que presentaron hiperemesis gravídica.

1.2.4. Delimitación Conceptual: La investigación busca conocer la prevalencia y factores sociodemográficas de hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

1.2.2. Delimitación Temporal: Se realizó durante los meses de Enero a Diciembre del 2014.

3.- Oscanoa I; Flores C. Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma ciudad Perú 2013 N° 1: 21 – 25.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es la prevalencia y factores sociodemográficas asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014?

1.2.2. Problema Secundario

1. ¿Cuál es la prevalencia de hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014?
2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar cuál es la prevalencia de hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014
2. Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación

1.4.1. Justificación de la Investigación

Conocer los principales factores de riesgo y sociodemográficos que predisponen a la hiperemesis gravídica es importante en medicina, estos factores pueden disminuirse a través del tiempo, por ello el presente estudio se pretende conocer aquellos factores sociodemográficos que predisponen la hiperemesis gravídica, de esta manera recomendar algunas prácticas que pudiesen ayudar a reducir su prevalencia.

Durante el periodo de gestación las mujeres experimentan cambios físicos que en algunas ocasiones producen problemas de salud. Los médicos de atención primaria deben estar prestos a identificar tales cambios, para brindar información oportuna o dar los tratamientos indicados. Las náuseas y los vómitos más comunes del embarazo afectan negativamente la calidad de vida de las mujeres embarazadas, disminuye la productividad del trabajo, y afecta negativamente a la dinámica familiar. ⁽⁴⁾

1.5.2. Importancia de la Investigación

Se calcula un costo por salud de 1300 millones por año en el sistema norteamericano y se estima una pérdida de 206 horas de trabajo por cada mujer que sufre de náuseas y vómitos al inicio del embarazo. Generalmente, estas molestias se autolimitan, desapareciendo en forma espontánea antes de las 18 semanas de gestación. ⁽⁵⁾ Uno de los síntomas más tempranos que se presenta son las náuseas y el vómito, o su presentación clínica más severa: La hiperemesis gravídica, que se presenta entre el 1 al 3% de las gestantes, obligando a los médico de cuidado primario a que garanticen intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para la protección del binomio madre e hijo durante el control prenatal. ⁽⁶⁾

4.- Lacasse A, Ferreira E. Las náuseas y los vómitos en el embarazo Boletín Práctica Clínica y de gestión para proveedores de atención médica. Educación subvención prevista de Salud de la Mujer y el Centro de Educación (WHEC) 2014.

5.- Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción Tomo I. Lima, Perú segunda edición 2007.

6.- Hernández F. Hiperémesis gravídica. Actas de las Reuniones del Equipo de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia 2008.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

1.- Jiménez D; Bolívar S.- 2012 - **valores elevados de BHC-G en relación con hiperemesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja – Ecuador.**

En un estudio hospitalario prospectivo de corte transversal, que tuvo un Universo de 2663 gestantes, con una muestra de 23 pacientes con hiperémesis gravídica, los resultados obtenidos se detallan a continuación. Los factores asociados que agravan esta patología son la nuliparidad en un 43,5%, la edad materna entre 29 – 33 años en un 39,1%, antecedente familiar en un 26,0% y la semana 11 de edad gestacional en un 17,3%. Se utilizó el método inductivo-deductivo, porque mediante éste se buscó a cada paciente con hiperemesis gravídica de acuerdo a sus niveles hormonales y el impacto en la sintomatología, para poder llegar a un consenso general tomando en cuenta los aspectos más relevantes de la mayoría. Al determinar los niveles de BHCG elevados como responsables de la hiperémesis gravídica, hizo un análisis de esta hormona como posible responsable de esta patología, para al final reunir los casos encontrados y emitir resultados mediante una síntesis completa de todos los casos hallados. ⁽⁷⁾

2.- Vikanez A; Skjaerven R.- 2010 - **Hiperemesis gravídica – Ciudad Noruega.**

Un estudio noruego comprobó que si en el primer embarazo hubo hiperemesis gravídica, el riesgo de que se repita en el segundo fue 15,2%, comparado con solo 0,7% si no hubo hiperemesis gravídica. Después de haber cambiado de pareja, el riesgo de en el segundo embarazo de las mujeres que tuvieron hiperémesis gravídica en el primero fue 10,9%, mientras que con la misma pareja mantuvieron la misma tasa del 16.0%. Estos hallazgos indican que en la hiperemesis gravídica habría un efecto genético con participación de los genes maternos y fetales, aunque no se pueden descartar los factores ambientales. Los resultados sugieren una mayor influencia del genotipo materno comparado con el genotipo fetal o de la covariación de factores ambientales a lo largo de la línea materna. ⁽⁸⁾

3. - Matthews A; Dowswell T; Haas D. .- 2010 - **Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo** - Estados Unidos.

Se hicieron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) 28 mayo 2010.

Cuatro revisores, en pares, examinaron la elegibilidad de los ensayos, evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo y extrajeron los datos de los ensayos incluidos. Veintisiete ensayos, con 4041 mujeres, cumplieron los criterios de inclusión. Estos ensayos abarcaron muchas intervenciones, incluida la acupresión, la acuestimulación, la acupuntura, el jengibre, la vitamina B6 y varios fármacos antieméticos. No se identificaron estudios de intervenciones dietéticas ni de otras intervenciones sobre el estilo de vida. Las pruebas con respecto a la efectividad de la acupresión P6, la acupresión auricular (oído) y la acuestimulación del punto P6 fueron limitadas. La acupuntura (P 6 o tradicional) no mostró beneficios significativos para las mujeres embarazadas. El uso de los productos de jengibre puede ser útil a las mujeres, pero las pruebas de su efectividad fueron limitadas y no consistentes. Los ensayos sólo proporcionaron pruebas limitadas para apoyar el uso de agentes farmacológicos incluida la vitamina B6 y los fármacos antieméticos para aliviar las náuseas y los vómitos leves a moderados. Hubo poca información sobre los resultados adversos maternos y fetales y sobre los resultados psicológicos, sociales o económicos. No fue posible agrupar los hallazgos de los estudios para la mayoría de los resultados debido a la heterogeneidad en las participantes del estudio, las intervenciones, los grupos de comparación y los resultados medidos o informados. Conclusiones: Debido a la alta prevalencia de las náuseas y los vómitos en el primer trimestre de embarazo, los profesionales de la salud necesitan proporcionar a las mujeres orientación clara, según pruebas revisadas de forma sistemática. Aunque faltan pruebas de alta calidad para apoyar el asesoramiento. ⁽⁹⁾

7.- Jiménez D; Bolívar S. Valores elevados de BHC-G en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja - Especialidad de ginecología y obstetricia ciudad Ecuador. Universidad de Guayaquil 2012.

8.- Vikanez A; Skjaerven. Hiperémesis gravídica. Artículos Intramed. Ciudad de Noruega Per Magnus BMJ 2010; 340:c2050.

9.- Matthews A; Dowswell T; Haas D. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo 2010.

4.- Altamirano D; Santana K; Aviles D.- 2012 - **Hiperemesis gravídica estudio a realizar en pacientes que cursan su embarazo de 6 a 14 semanas de gestación en la consulta externa del área de obstetricia del centro materno infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo – Ecuador.**

La investigación tiene carácter descriptivo, el estudio se basó en la realidad de las gestantes frente al hecho de padecer la hiperemesis gravídica, y la importancia que tiene que llevar los controles adecuados, y en ellos conocer acerca de los síntomas leves a graves que llevarían a hospitalizar a una paciente, por desconocimiento de esta anomalía no asisten al centro de salud, haciendo caso omiso a estos síntomas pero que acuden ya con el cuadro avanzado. Por cuanto se logra caracterizar un objetivo de estudio, señalar su característica y propiedades sirviendo de base para investigaciones que requieren mayor nivel de profundidad, se analiza la etiología de las hiperémesis gravídicas ocurridas, que durante el desarrollo de la presente investigación, se pudo comprobar cómo influye el desconocimiento de las gestantes sobre la hiperémesis gravídica. ⁽¹⁰⁾

5.- González A; Álvarez E; Veiga A. – 2011 - **Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica - España.**

Estudio descriptivo transversal de 330 gestantes provincia de Ourense, elegidas aleatoriamente. Se les entrega un cuestionario, sobre la presencia de náuseas y vómitos de la gestación durante la última semana previa a la entrevista, entre la semana 8 y 10; y entre las semanas 22 y 24, y la última entre las semanas 37 y 38. Durante el primer trimestre fue del 60,90%, durante el segundo trimestre decreció a 24,84% y en el tercer trimestre el descenso fue alcanzando al 16,66%. Conclusiones: Las gestantes tienen con frecuencia sensaciones nauseosas y vómitos (emesis gravídica) que no alteran su estado general ni afectan al desarrollo del embrión, pero cuando la intensidad del cuadro clínico requiere la hospitalización de la paciente, por alteraciones metabólicas, nos encontramos ante un cuadro de hiperémesis gravídica y presenta en extremo náuseas y vómitos de la gestación. ⁽¹¹⁾

10.- Altamirano D; Santana K; Aviles D. Hiperémesis gravídica estudio a realizar en pacientes que cursan su embarazo de 6 a 14 semanas de gestación en la consulta externa del área de obstetricia del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo desde enero a junio del 2012. Tesis de grado profesional de obstetricia, Babahoyo-Los Ríos-Ecuador 2012.

11.- González A; Álvarez E; Veiga A. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/ hiperémesis gravídica 2011.

6.- De Haro K; Toledo K; Fonseca Y.- 2015 - **Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura** –México.

La nutrición parenteral total en una forma severa de hiperemesis gravídica asegura el satisfacer los requerimientos y permite el mayor beneficio para el desarrollo fetal. Aunque se reportan efectos adversos relacionados con el método como trombosis y la sepsis, esto depende fundamentalmente de la calidad y seguridad que proporcione el equipo multidisciplinario en su atención. Conclusiones: 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 hiperemesis 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 pueden variar en la dieta, estilo de vida, hidratación intravenosa y farmacológica. ⁽¹²⁾

7.- Menkes C.- 2011- **Condiciones Sociodemográficos del Embarazo en Adolescentes** – México

El porcentaje relativamente elevado (14%) del total de nacimientos que corresponde a las mujeres de 15 a 19 años y porque existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, así como una mayor morbilidad y mortalidad materno-infantil. Las diferencias según niveles de escolaridad continúan siendo relevantes ya que 156 (85%) sin escolaridad o con primaria incompleta tuvieron un embarazo a diferencia 28(15%) de las que cursaron algún año de preparatoria. También hay claras diferencias en las tasas por condición de indigenismo, ya que la tasa de las no indígenas es de 67 por cada mil adolescentes mientras que la de las indígenas es de 106. Respecto al estrato socioeconómico del hogar, las variaciones van desde 97 por cada mil mujeres en el estrato más bajo a 15 en el estrato alto. Finalmente las tasas son de 87 en las zonas rurales y 64 en las urbanas. ⁽¹³⁾

12.- De Haro K; Toledo K; Fonseca Y. Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales;

13.- Menkes C.- Condiciones Sociodemográficos del Embarazo en Adolescentes – México 2011. Disponible en Artículo el Sevier Doyma Semergen. España 2011; 37(10):559-564.

8.- Pluvio J; Fasero M; Álvarez A. – 2014 -**Prevalencia y persistencia de náuseas y vómitos durante el embarazo**- España.

Se estudió una cohorte de 263 mujeres embarazadas con edad gestacional <12 semanas. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas telefónicas al final de cada trimestre del embarazo, cuestionario validado para su uso en la población española. La variable principal fue la presencia de náuseas y vómitos del embarazo en cada trimestre y su persistencia a lo largo del embarazo.

Resultados: La prevalencia de náuseas en cada trimestre fue de 63,5%, 33,8%, 26,2% y vómitos fue del 29,3%, 22,1%, 14,1%, respectivamente. Los factores asociados con náuseas en el primer trimestre fueron de origen latinoamericano y la educación primaria; los vómitos se asoció con origen latinoamericano y se asoció inversamente con el aumento de peso. Persistencia de náuseas y vómitos del embarazo solamente se asociaron con el sufrimiento del síntoma en el trimestre anterior ($p < 0,01$), y no encontró otros factores predictores. Conclusiones: La prevalencia de náuseas y vómitos del embarazo a lo largo, se asocia con la raza e inversamente con el aumento de peso, y su persistencia en el tiempo no se puede predecir. ⁽¹⁴⁾

14.- Pluvio J; Fasero M; Álvarez A. Prevalencia y persistencia de náuseas y vómitos durante el embarazo. Revista Española. Enferm. Dig. vol.106 no.5 Madrid mayo 2014.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

9.- Loyola C. – 2013 - **Hiperemesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo - Perú**

Se realizó una investigación observacional y comparativa con diseño analítico, longitudinal y de cohorte retrospectiva en 116 puérperas de parto eutócico que durante su gestación han presentado hiperemesis gravídica y en 116 puérperas de parto eutócico que durante su gestación no ha presentado hiperemesis gravídica en el Hospital Regional Docente de Trujillo; durante los meses de enero del 2002 a diciembre del 2012.

Se usó la prueba no paramétrica de independencia ji cuadrado, con un nivel de significancia de 5 % ($p= 0.05$) y se concluyó que si existe relación significativa ($p=0.04<0.05$) entre la hiperemesis gravídica y el parto pretérmino; además con el Cuantificador Riesgo Relativo (RR) se concluyó que la hiperemesis gravídica es un factor de riesgo materno para prematuridad. ⁽¹⁵⁾

10.- Villanueva L; Zelada E .- 2015 - **Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperemesis gravídica Hospital Belén – Trujillo Perú.**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo comparativo cuya muestra estuvo conformada por dos grupos: uno conformado por gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de hiperemesis gravídica en los hospitales Belén y Regional de la ciudad de Trujillo y otro grupo conformado por gestantes sin diagnóstico de hiperemesis gravídica atendidas en el consultorio externo de obstetricia en los mencionados nosocomios. Para el análisis de datos se emplearon las pruebas estadísticas de Mann Whitney y de diferencia de proporciones Chi Cuadrado. Por otro lado, a pesar de no encontrar significancia estadística en el grupo con hiperemesis gravídica se encontró mayor frecuencia en edades comprendidas entre 22-30 años con un 43% y el 60% eran convivientes, Se encontró también significancia estadística en el grado de instrucción secundaria completa con 47%, y la no planificación del embarazo en 77%. ⁽¹⁶⁾

15.- Loyola C. Hiperemesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo enero 2002-diciembre 2012. Tesis para titulación de médico cirujano. Trujillo Perú 2013.

11.- García M. -2012 - **Resultado neonatal en gestantes con Hiperemesis Gravidica. Hospital Belén Periodo 2000-2011** -Trujillo Perú.

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, 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 hiperemesis gravídica fueron sometidas a cesárea, el 1.82% (n=4) requirieron inducción. De los recién nacidos de madres con hiperemesis gravídica, 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. ⁽¹⁷⁾

16.- Villanueva L; Zelada E. Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperemesis gravídica. Revista de psicología Universidad Cesar Vallejo Trujillo 2015.

17.- García M. Resultado neonatal en gestantes con Hiperemesis Gravidica. Hospital Belén Periodo 2000-2011. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina. Universidad nacional de Trujillo Perú 2012.

12.- Oscanoa I; Flores C. – 2013 - **Resultados perinatales en gestantes que presentaron hiperemesis gravídica – instituto nacional materno perinatal – Lima Perú.**

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo y transversal. Hubieron 166 caso de gestantes que presentaron hiperemesis gravídica que constituye una frecuencia de 1.10% del total de atenciones; el grupo etario más afectado fue entre 20 y 34 años, 70.5%, y adolescentes en 22.9%; igualmente las multigestas presentaron más el cuadro, 57.2% y las primigestas fueron 37.3%; y mayormente fue entre las 8 y 12 semanas de gestación el 65.7% se dedicaba a su casa y no deseaban el embarazo 18.7%. De los casos un 8.4% tuvo un cuadro emético similar en un embarazo anterior, 19.9% tuvieron entre 1 y 2 controles prenatales, y no deseaban el embarazo un 18.7%. La edad gestacional de culminación del embarazo fue de término entre las 37 y 41 semanas en 83.3% de casos y en 32.6% por cesárea, siendo los diagnósticos principales para la cirugía sufrimiento fetal agudo en 24.4%, preeclampsia severa en 13.4% y cesareada anterior en 11.1%. De los recién nacidos el 55.1% fue de sexo femenino, en 65.9% pesaron entre 3000 y 3999 gramos y en 92% tuvieron APGAR al minuto más de 7. Concluyendo, Considerando que la población total de adolescentes que acude a la Institución, este grupo etáreo menor de 20 años y las primigestas constituyen riesgo para la presentación de hiperémesis; y con el recién nacido mayor probabilidad de nacimiento por cesárea y más riesgo de tener apgar menor a 7 por minuto, hacer síndrome de distres respiratorio y trastorno metabólico. ⁽³⁾

3.- Oscanoa I; Flores C. Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma ciudad Perú 2013 N° 1: 21 – 25.

13.- Larrabure G ; Farfan H; Aragón R. - 2012 - **Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperemesis gravídica Instituto Nacional Materno Perinatal –** Lima Perú.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo. En los recién nacidos de 45 gestantes con diagnóstico de hiperemesis gravídica, se obtuvo antropometría del recién nacidos(peso, talla) y CCF. Se consideró RCIU al peso fetal estimado por biometría por debajo del percentil 10 en la curva de crecimiento fetal; macrosomía, al peso al nacer de 4 kilos o mayor; peso bajo al nacer, al peso menor de 2,5 kilos. Principales medidas de resultados: Características de gestantes y de los recién nacidos. Resultados: Promedios maternos: edad gestacional 10,7 semanas, edad 24,5 años, ganancia de peso durante la gestación 12,2 kg, parto a las 38,8 semanas. Promedios de los RN: peso 3 430,5 g (dos macrosómicos), talla 50,2 cm. Nacimiento de los niños en Lima 66,7%, sierra 22,3%, costa no Lima 6,6%, selva 4,4%; parto en el INMP 31,1% (14); primigestas 57%, secundigestas 28, 5% tercigestas 14, 5%, partoeutócico 50% (nueve RN femeninos, cinco masculinos), apgar a los 5 minutos 92%. No hubo peso menor de 2 500 g ni RCIU. Conclusiones: La hiperémesis gravídica en el Instituto Nacional Materno Perinatal no se relacionó con peso bajo al nacer o con restricción del crecimiento intrauterino. ⁽¹⁸⁾

18.- Larrabure G; Farfan H; Aragón R. Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperémesis gravídica Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista de investigación Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ciudad Perú Vol. 73, Núm. 1 (2012).

2.1.3. Antecedentes Locales

14.- Cárdenas P, - 2013 - **Prevalencia y factores predisponentes de hiperémesis gravídica en el Hospital Santa María del Socorro, 2013** Ica – Perú.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, aplicada, prospectivo y transversal en gestante del Hospital Santa María del Socorro; la muestra estuvo conformada por las pacientes que presentaron hiperemesis gravídica, para la recolección de datos se contó con una ficha de recolección de datos debidamente elaborada y validada.

Los resultados muestran que la prevalencia de hiperémesis gravídica es del 8.3%, siendo la edad en que mayormente se presenta se encuentra entre los 20 a 35 años con un 73.2%, el 60.7% se encontraba entre las 8 y 12 semanas de gestación, el estado civil conviviente con un 55.3%, la paridad donde se presenta la hiperémesis gravídica en mayor porcentaje es del primigestas con un 58.9%; siendo el grado de instrucción el de secundaria completa con 42.9%, y el embarazo no planificado es el factor predisponentes más importante para la presencia de hiperémesis gravídica; con una 60.7% .⁽¹⁹⁾

19.-Cárdenas R;- Prevalencia y factores predisponentes de hiperémesis gravídica en el Hospital Santa María del Socorro- Ica. (Tesis para optar el grado de licenciada en obstetricia) Ciudad Perú Universidad Alas Peruanas 2013.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Hiperemesis Gravídica

a) Emesis

Los Vómitos matutinos, precedidos de náuseas aparecen entre 5ta y 16ta semanas matutinos, postprandiales, con náuseas, sialorrea no alteran el estado general responden a medidas generales explicaciones, contención dietas fraccionadas livianas antieméticos buen pronóstico, ocurre en el 50% de embarazos.

b) Hiperemesis

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 tiene una intolerancia gástrica absoluta o casi absoluta, con vómitos persistentes y repetitivos que alteran su estado general, con desequilibrio de su medio interno (líquido extracelular y electrolitos), deficiencia nutricional y pérdida de peso mayor del 5% al peso inicial del embarazo. La incidencia de la “hiperémesis gravídica” es del 0,3 a 1,5% de los embarazos.

c) Clasificación de Hiperémesis gravídica

- Hiperemesis gravídica leve: En este tipo no hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor al 5%.
- Hiperémesis gravídica moderada: Signos de deshidratación y pérdida de peso entre 5 a 10%.
- Hiperémesis gravídica severa: Signos de deshidratación severa, ansiedad, ictericia, cetoacidosis, pérdida de peso mayor al 10%, oliguria y shock. ⁽⁷⁾

7.- Jiménez D; Bolívar S. Valores elevados de BHC-G en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja - Especialidad de ginecología y obstetricia ciudad Ecuador. Universidad de Guayaquil 2012.

2.2.2 Etiología

La etiología de la hiperémesis gravídica es desconocida, aunque diferentes causas han sido propuestas: Niveles elevados de Beta-HCG y estrógenos, la masa placentaria (las mujeres con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan con mayor frecuencia sintomatología de náuseas y vómitos), factores psicológicos y factores familiares (mujeres que tienen madres o hermanas que hayan presentado náuseas y vómitos tienen más probabilidad de presentarlas). Aunque se han propuesto varias teorías, la causa de este cuadro clínico sigue siendo desconocida, si bien la experiencia indica que son varios factores los que desencadenan los vómitos. Se mencionan algunas: ⁽²⁰⁾

1) Factores Hormonales:

El factor más comúnmente asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotrofina coriónica humana, ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo su mayor intensidad con la máxima secreción de gonadotrofinas coriónicas. Se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares. 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 del crecimiento y la prolactina.

2) Factores Psicológicos:

Se presenta con mayor frecuencia en las primíparas que en las multíparas, ya que en el primer caso, el medio familiar les es más propicio al desarrollo de un complejo psíquico. Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de 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.

3) Factores Digestivos:

Se ha descrito una mayor incidencia de anticuerpos anti-Helicobacter pylori en pacientes con hiperemesis gravídica. Este dato se podría utilizar como método de cribado en las pacientes con riesgo de presentar hiperemesis gravídica. Helicobacter pylori: es una bacteria que vive exclusivamente en el medio ácido de estómago, y que infecta la mucosa gástrica, produciendo gastritis o úlcera gástrica.

4) Factores alérgicos o inmunológicos:

5) Se trataría de una reacción materna a las sustancias del embrión o por las diferencias genéticas entre el feto y el trofoblasto con respecto al sistema inmunológico materno. ⁽¹¹⁾

Factores de riesgo asociados

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de Contraer una enfermedad o condición.

- Primigravidas adolescentes.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de hiperemesis gravídica en embarazos previos.
- Más frecuente en la raza blanca, menos frecuente en la negra.
- Fumadoras.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Producto de sexo femenino.
- Enfermedad hepática crónica.

11.- González A; Álvarez E; Veiga A. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/ hiperemesis gravídica. Artículo el sevier Doyma Semergen. España 2011; 37(10):559-564.

20.- Palacio M. Guía clínica: hiperemesis gravídica. Protocolos medicina fetal y perinatal Servei De Medicina Materno Fetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona 2014.

2.2.3 Factores sociodemográficos de la hiperémesis gravídica

Es importante obtener la información de la edad materna, nivel educacional, estado civil, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, ya que todo esto también influye en el bienestar de la actual gestación. En definitiva es importante conocer todas las condiciones o factores pre-existentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño en el embarazo actual. Estos son:

La edad materna:

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. ⁽²¹⁾

La hiperémesis gravídica es más frecuente en primigestas, ,adolescentes que es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre debido a problemas tales como anemia grave, toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa (la placenta crece más abajo del útero y cubre parte o todo el cuello uterino) o un embarazo prematuro. Una adolescente que no ha llegado al tope de su desarrollo físico tiene mayores probabilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto. ⁽²²⁾

21.- Donoso E; Vera C. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chile 2014; 142: 168-174.

22.-Ferrer R. Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas. Revista Electrónica de Portales Médicos.

A) El estado civil:

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en demografía. ⁽²³⁾ El papel del padre es importante desde el momento de la fecundación. Las investigaciones han demostrado que aquellas mujeres cuyas parejas que les brindan apoyo durante este periodo tienen menos problemas médicos en el embarazo y aceptan de forma mejor los cambios que se producen en su cuerpo. Las primeras 14 semanas del embarazo se denominan primer trimestre. Durante ese periodo su pareja puede necesitar descansar más. Algunas mujeres también experimentan lo que comúnmente se conoce como náuseas y vómitos matutinos, aunque estas pueden ocurrir a cualquier hora del día o de la noche. Son comunes también los cambios en el estado de ánimo. Una manera de sentirse más involucrado y de apoyarla es ir con su pareja a las consultas de prenatal. ⁽²⁴⁾

B) Grado de instrucción:

El nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Tomar mayor importancia y reflexionar sobre el problema educativo existente con respecto a la deserción escolar en las embarazadas adolescentes; dado que una adolescente sin educación ni conocimiento alguno, se vuelve más vulnerable a embarazarse; así como también, conlleva a una situación en la cual perjudica tanto a su propia persona, al niño que lleva en su vientre, a su familia y a su entorno social, es decir, a su sociedad propiamente dicha. Al parecer las mujeres con bajo nivel educativo acumulan más estrés psicológico y cuentan con estilos de vida poco saludables como tabaquismo, consumo de alcohol y un mayor índice de masa corporal además de problemas económicos y otras dificultades. ⁽²⁵⁾

23.- Cordero M; Gonzales J. Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión. Artículo de revisión: marzo – 14 – 2011.

24.- El padre en el embarazo. PDF Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Hospital Materno Infantil. Servicio de Obstetricia y Ginecología. España Mayo 2013.

D) La Procedencia:

Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. El crecimiento del proceso de urbanización tiene efectos condicionantes positivos y negativos en la salud de la población, este permite a la población a un mayor acceso a los bienes y servicios sanitarios, pero cuando estos no son suficientes se constituye como un factor de riesgo. ⁽²⁶⁾

El incremento de la sexualidad pre-marital y el embarazo adolescente fuera de una unión, se atribuye a la introducción de los valores y modos de conducta permisivos, los cuales se producen más en el contexto urbano que en el rural, debido a que en el área urbana los medios de comunicación disponibles influyen enviando mensajes favorecedores de la sexualidad y el erotismo. En el área rural, como norma, las adolescentes constituyen pareja a una edad más temprana. Las diferencias entre los contextos geográficos es significativa. La residencia urbana, significa: mayor acceso a la educación, mayor oferta de empleo, diversidad de oportunidades entre otras. En el medio rural, el tamaño de los centros poblados es pequeño, y por lo tanto el control social que se ejerce sobre los comportamientos desviantes es mayor. ⁽²⁷⁾

25.- Nakandakari M; De la Rosa D; Jamarillo J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. Artículo Original Lima 2012.

26.- César S. Proyecto: Construcción y equipamiento del Centro Materno Infantil de la Ciudad De Pischo. Estudio de pre inversión a nivel del perfil Ica, mayo de 2009.

27.- Juan B. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverendo De Santa Marta en los años 2008- 2009. Tesis para optar el título de Magister en Salud Pública Colombia 2011.

E) La Ocupación:

Algunos de los factores y condicionantes que se han estudiado y que determinan la relación trabajo-embarazo para que éste llegue a feliz término sin complicaciones: los factores clínicos y de hábitos perjudiciales, el entorno psicosocial y laboral, los factores psicosociales que determinan la relación del trabajo durante el embarazo, el bajo peso al nacer y algunos trastornos que se producen durante el mismo; los peligros que genera la ocupación, el ambiente físico de trabajo, las cargas físicas, los peligros osteomusculares y vasculares durante este periodo, y los factores organizacionales y de las características de la tarea que afectan la interrelación embarazo-trabajo.⁽²⁸⁾

Ello hace que en la mujer embarazada se vea afectada su respuesta ante la temperatura (menos resistentes al calor) e incrementada la tasa de incorporación de los contaminantes químicos y biológicos, tanto de los que se presentan en aerosol, por la inhalación de mayores volúmenes de aire contaminado, como los que actúan por vía dérmica, dado el natural incremento de la sudoración y de la circulación de sangre periférica.

Los agentes teratógenos, químicos y biológicos, pueden afectar más a la fase embrionaria (según distintos autores, hasta la semana 10) durante la organogénesis - diferenciación de los órganos del cuerpo, ocasionando malformaciones físicas o funcionales, dependiendo del sistema que se encuentre afectado.⁽²⁹⁾

28.- Marrero M. Embarazo y trabajo. Factores que los relacionan. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, marzo de 2008.

29.- Arenas M. Protección de la maternidad en el trabajo. Protocolo de la maternidad del trabajo respecto a los factores de riesgo de higiene Industrial. España 2010.

F) Embarazo planificado:

Definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja. Se considerará: embarazo deseado, embarazo no deseado. Planificar el número de hijos deseados es el primer paso para asegurar la disponibilidad de recursos económicos de la familia y la calidad de vida de los integrantes de la misma. Pocos estudios han profundizado en el deseo o no deseo de un embarazo. Algunos de los que han abordado este tema muestran la existencia de un riesgo social mayor para el binomio madre-hijo cuando el embarazo es no deseado y está asociado con la elección del aborto, el escaso cuidado de la salud durante la gestación, las complicaciones perinatales, el abuso infantil y algunos problemas en el desarrollo de los niños. ⁽³⁰⁾

G) Violencia de género:

La violencia contra las mujeres es una de las principales formas de violación de los derechos humanos a la vida y a la salud, es un problema mundial de salud pública no determinado por clase social, religión, estado civil, escolaridad u orientación sexual, demanda esfuerzos de diversos sectores para su prevención y para la intervención. La violencia contra la mujer es considerada uno de los principales problemas, que tiene serias repercusiones sobre su salud. Esta violencia es denominada “violencia basada en género” ejecutada por su pareja e incluso contra la mujer embarazada. Sin embargo, debido a la complejidad del problema, éste se vuelve visible a los demás solo cuando provoca graves daños físicos, sexuales y/o psicológicos. La violencia contra la mujer embarazada afecta la salud física y mental, provocando un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, anemias, infecciones de transmisión sexual, abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer. ⁽³¹⁾

30.- Menkes C; Suarez L. El embarazo en adolescentes en México ¿es deseado? Coyuntura demográfica - México 2014.

31.- Fonseca M; Dos santos J. Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo. La importancia de la formación del profesional de la equipo de enfermería para su afrontamiento. Rev. Latino-Am. Enfermagem - Brasil 2015.

2.2.4 Fisiopatología

➤ Fisiopatología del vomito

A nivel del sistema nervioso central, existen diferentes estímulos capaces de provocar vómitos responden por lo general, a dos tipos de mecanismos.

Centro del vómito: Se encuentra en la formación reticular del tronco del encéfalo y recibe impulsos aferentes viscerales procedentes del tracto gastrointestinal (faringe, estómago, intestino, conductos biliares, mesenterio y peritoneo) y de otros órganos como el corazón y sistema uroexcretor.

La zona gatillo quimiorreceptora: Ésta se localiza, en el suelo del cuarto ventrículo e integra diversos receptores (D2, H1, M1 y HT3) que responden a diversos estímulos químicos, neurotransmisores endógenos y neuropéptidos. Entre ellos se incluyen, agentes quimioterápicos, diversas drogas y toxinas y la hipoxia. Se piensa que la ZGQ transmite la señal generada por estos estímulos directamente al centro del vómito. Una vez activado el CV, éste transmite señales eferentes a través del vago, nervio frénico y nervios espinales hacia el estómago, intestino delgado, diafragma y musculatura abdominal, responsables, en última instancia, de la secuencia final del vómito: el aumento de la presión intragástrica y la expulsión del contenido gastroesofágico hacia la boca. ⁽³²⁾

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 blastocisto y el endometrio, además se encuentra presente en distintas áreas del cerebro como en el hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral lo cual explica hiperemesis gravídica. También se ha postulado que la hCG causa hiperemesis gravídica estimulando la vía secretora del tracto gastrointestinal superior.

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. Por último los casos más graves quizá tengan un componente psicológico interrelacionado.

➤ **Consecuencias del vómito**

❖ Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas :

Deshidratación y desequilibrio electrolítico.- Según la severidad del cuadro clínico los pacientes pueden presentar alteraciones electrolíticas (hipocloremia, hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia e hipomagnesemia).

La alcalosis hipoclorémica.- Se debe a la pérdida de hidrogeniones con el vómito y a la disminución de hidrogeniones extracelulares.

❖ Déficit nutricional:

El vómito crónico severo provoca déficit de ingesta calórica y aumento de las pérdidas alimentarias que pueden originar desnutrición y pérdida de peso. ⁽²⁾

2.- Sibaja L; Vargas N .Manejo de la hiperémesis gravídica. Revista médica de costa rica y Centroamérica IXVIII (599) 441-445 2011.
32.- Miguel A; Julio D. **Náuseas y vómitos** - Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Departamento de Medicina - Madrid 2015.

2.2.5 Diagnóstico

El diagnóstico de hiperémesis gravídica es muchas veces un diagnóstico de exclusión y básicamente clínico:

1. Paciente que explica varios vómitos al día en relación o no con las comidas. Intolerancia total o parcial a la ingesta.
2. Ausencia de otra sintomatología: No fiebre, no dolor abdominal, no cefalea, no alteraciones neurológicas. No todas las pacientes que vomitan al inicio de la gestación presentan una hiperémesis (diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan vómitos).
3. Alteraciones analíticas: Hemograma (hemoconcentración), Alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica), alteración del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT < 300U/L, y Bilirrubina < 4 mg/dl) y alteración del perfil tiroideo (aumento de la T4 y la TSH).⁽²⁰⁾

2.2.6 Exámenes auxiliares

Solicitar según criterio medico con frecuencia:

- Hemograma hematocrito y pruebas de coagulación.
- Examen completo de orina.
- Urea, creatinina ácido úrico.
- Bilirrubinas totales y fraccionadas, Transaminasas.
- Electrolitos: hiponatremia, hipocaliemia e hipocloremia.
- Proteínas totales y equilibrio acido – base.
- De ser posible realizar análisis de gases en sangre arterial (AGA).
- Dosaje cuantitativo de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (HCG).

De imágenes y otros:

- Ecografía obstétrica.
- Endoscopia digestiva alta.⁽³³⁾

20.- Palacio M. Guía clínica: hiperémesis gravídica. Protocolos medicina fetal y perinatal Servei De Medicina Materno Fetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona 2014.

33.- Olivera A; - guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas. Ministerio de salud Perú 2010.

2.2.7 Manejo y tratamiento

Las náuseas y los vómitos simples (emesis) no requieren en principio la derivación de la gestante al especialista, salvo que no cedan o empeoren. Por ello, diferenciamos dos situaciones:

Tratamiento ambulatorio

- a. Reposo en cama: La gestante tendrá que adaptarse rápidamente a hacer las cosas de otra manera, evitando la fatiga, tanto física como emocional ya que incrementaría las náuseas matutinas, permanecer en cama unos 20 minutos más en la mañana, ingiriendo galletas, aliviando así considerablemente la sintomatología.
- b. Dieta: Durante los primeros meses, el cuerpo de una mujer produce una serie de hormonas provocando náuseas y vómitos en la gestante. Se recomiendan alimentos ricos en proteínas y carbohidratos secos, tales como galletas integrales de harina y frutas secas en poca cantidad, varias veces al día, en especial antes de sentir hambre y antes que sobrevengan las náuseas. Los líquidos se aceptan mejor que el agua (limonada, bebidas deportivas, jugos de fruta diluidos, té liviano). Se debe evitar los alimentos fritos grasos, ricos o sazonados, así como olores fuertes, humo de cigarrillo o perfumes, la gestante no deberá estar con el estómago vacío - recurrir a colaciones pequeñas entre las comidas.
- c. Infusiones naturales (jengibre): Culturas milenarias han empleado tradicionalmente el jengibre para el tratamiento de la embarazada, que permiten reducir las náuseas y el número de vómitos. Las dosis a usar son cápsulas de raíces pulverizadas de *Zingiber officinale*, de 250 mg por vía oral cuatro veces al día (1 g diario) por 4 días, se omite 2 días y se puede repetir el esquema de acuerdo a la mejoría de la sintomatología.
- d. Acupresión y acupuntura: La acupresión comprende la estimulación del punto P6 de Neiguan, ya sea manual (N. del T: digitopuntura) o con bandas elásticas. El punto P6 está en la parte interior de la muñeca, a unos 2 a 3 traveses de dedo, proximal al pliegue de la muñeca, entre los tendones, más o menos a 1 cm. de profundidad. La digitopuntura se aplica en este punto durante 5 minutos cada 4

horas. Se puede aplicar presión alternativamente con los dedos y con bandas elásticas que tienen un botón plástico redondo de 1 cm que sobresale en el centro del punto de acupresión. Con la acupuntura se ha señalado disminución de las náuseas y menor uso de antieméticos; sin embargo estos efectos no se han logrado cuando se realiza la acupresión. ⁽¹⁹⁾

e. Tratamientos alternativos: Psicoterapia, terapia conductual e hipnoterapia.

❖ Tratamiento Hospitalario

Hospitalizar a la paciente en el servicio de gineco obstetricia en una habitación oscura, con reposo absoluto y evitando todo tipo de estímulos externos. Suspender la ingesta de alimentos (NPO) por 24 - 72 horas.

Al ingreso se debe realizar control de signos vitales, control de peso diario, valoración del estado nutricional, aspecto del vómito, analítica de sangre y orina (hemograma, pruebas de función hepática y pancreática, ionograma, reserva alcalina, glucemia, nitrógeno ureico, iones y cuerpos cetónicos en orina), ecografía, balance hídrico y todas las pruebas complementarias que se consideren necesarias.

1. Colocar vía endovenosa permeable para la hidratación CLNA 0,9% (catéter intravenoso N°18) y sonda Foley N°14.
2. En caso severo colocar otra vía dextrosa al 5% para el aporte calórico.
3. Antieméticos: Dimenhidrinato 50 mg C/8hrs EV o Metroclopramida 10 mg C/6-8hrs IM o EV.
4. En casos resistentes usar ondansetron: 4-8 mg EV en infusión (pasar en 15 minutos) C/8-12hrs.
5. Considerar el uso de sedantes parentales (fenotiazinas) y/o corticoides (metilprednisolona 16 mg VO C/8hrs por 3 días (después de las 10 semanas de gestación) si las medidas terapéuticas previas fallan.
6. Tiamina 100 mg EV o IM por tres días (evita la encefalopatía de Wernicke)
7. Bloqueadores H2: Ranitidina (50mg EV C/8hrs) para evitar gastritis.

8. Retirar soluciones parenterales lo más precoz que se pueda (a las 24 horas sin síntomas) y empezar con dieta seca y fraccionada, se pueden dar galletas de soda, helados o líquidos fríos que puedan ser ingeridos.

❖ Criterios de alta:

Buena tolerancia oral por lo menos 48 hrs, evidencia de ganancia de peso, buen estado general y restitución del equilibrio hidroelectrolítico. ⁽³³⁾

MEDIDAS ESPECIFICAS DE LA HIPERMESIS GRAVIDICA	
1.- Hidratación	
2.- Sueroterapia y Reposición de Electrolitos:	Dextrosa al 5%. CLNA 20% 1 ampolla. CLK 20% 1 ampolla. Viscyneral 1 ampolla a 40 gotas por minuto.
3.- Tratamiento Farmacológico:	Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas. Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas. Metrocolopramida 10 mg EV cada 8 horas.
4.- Alteraciones Neurológicas:	Vitamina B6 (Piridoxina) 100 mg/ día. Vitamina B1 (Tiamina) 100 mg / día.
Los fluidos endovenosos deben ser retirados cuando se resuelva la cetonuria y cuando la gestante sea capaz de la tolerancia oral a líquidos.	

19.-Cárdenas R;- Prevalencia y factores predisponentes de hiperémesis gravídica en el Hospital Santa María del Socorro- Ica. (Tesis para optar el grado de licenciada en obstetricia) Ciudad Perú Universidad Alas Peruanas 2013.

33.- Olivera A; - guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas. Ministerio de salud Perú 2010.

Complicaciones

Complicaciones maternas

- Metabólicas y nutricionales: Deficiencia del 50% del requerimiento nutricional, déficit de vitamina B12 (cobalamina) y B6 (piridoxina), conducen anemias y neuropatías periférica, otras deficiencias de tiamina, riboflavina 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.
- Beriberi: Se presenta por deficiencia de tiamina, causa lesiones neurológicas y puede haber compromiso cardiaco.
- 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.
- Otras: Ictericia persistente, albuminuria persistente, hipertermia mayor de 38° C, taquicardia persistente.

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 pretérmino 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 mortalidad y malformaciones como labio leporino y paladar hendido. En algunos casos se cree que el 38% o más de los niños cuyas madres fueron expuestas a hiperemesis gravídica, terminan con una mayor probabilidad de tener ansiedad, ser bipolar, y la adquisición de otras alteraciones del comportamiento a medida que envejecen. ⁽¹⁾

1.- Jiménez D; Bolívar S. Valores elevados de BHC-G en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja - Especialidad de ginecología y obstetricia ciudad Ecuador. Universidad de Guayaquil 2012.

Definición De Términos Básicos

Arcada: Actividad rítmica respiratoria que con frecuencia precede a la emesis.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Electrolitos: Son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica. Los electrólitos afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la acidez de la sangre (el pH), la actividad muscular y otros procesos importantes. Usted pierde electrólitos cuando suda y debe reponerlos tomando líquidos que los contengan.

Emesis: Náuseas y vómitos esporádicos, generalmente matutinos (suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día) y que no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación.

Hiperemesis: Náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impiden la correcta alimentación de la gestante (conduce a una intolerancia gástrica absoluta frente a alimentos sólidos y líquidos).

Hipocloremia: Es un trastorno hidroelectrolítico en el que existe un nivel anormalmente bajo de ion cloro en la sangre.

Hiponatremia: La hiponatremia es un desequilibrio electrolítico, con un nivel bajo de sodio en la sangre.

Metoclopramida: Es un antiemético y agente procinético. Se utiliza comúnmente para tratar la náusea y el vómito, para facilitar el vaciamiento gástrico en pacientes con gastroparesis y como un tratamiento para la estasis gástrica a menudo asociado con la migraña.

Náusea: Sensación de deseo inminente de vomitar y que la paciente refiere en el epigastrio o en la garganta.

Nuliparidad: Hablamos de nuliparidad 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.

Peristalsis: Es una serie de contracciones musculares como oleadas que transportan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

Piridoxina: Es la forma natural de la vitamina B₆. Una vez absorbida en el tracto gastrointestinal, se convierte en el hígado en una coenzima, el piridoxal-fosfato, que participa en numerosos procesos metabólicos.

Prevalencia: Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Vasoespasmio: Contracción de las fibras musculares lisas que forman parte de la pared de los vasos sanguíneos, particularmente las arterias, que disminuye marcadamente el calibre de ellos y dificulta por lo tanto el paso de sangre.

Vómito: Expulsión bucal forzada del contenido gástrico.

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis de la Investigación

3.1.1. Hipótesis

Por ser una investigación descriptiva no presenta hipótesis.

3.2. Variables

3.2.1. Variable

Factores sociodemográficos de gestantes con hiperémesis gravídica:

- Edad materna
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Ocupación
- Embarazo planificado
- Violencia de género
- Paridad

3.2.2. Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Definición correlacional	Por su naturaleza	Clasificación	Indicador	Instrumento
Factores sociodemográficos de gestantes con hiperemesis gravídica	Edad	Tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso.	Cuantitativo	Ordinal	Adolescentes (<19 años) Adulthood (20 a 34 años) Años (>35 años)	Historia clínica ficha de recolección de dato
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Cualitativo	Nominal	Soltera Casada Conviviente	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción	Proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido.	Cualitativo	Ordinal	Primaria Secundaria Completa Secundaria Incompleto Superior Completo Superior Incompleto	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
	Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.	Cualitativo	Nominal	Zona urbana Reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Zona rural Reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
	Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Cualitativo	Nominal	Estudiante Ama de casa Comerciantes Profesionales o técnicos Agricultores Obreros	Historia Clínica Ficha de recolección de datos

Factores sociodemográficos de gestantes con hiperemesis gravídica	Embarazo planificado	Es aquella preparación física, económica y emocionalmente para la gestación y la llegada del niño.	cualitativa	Nominal	Si No	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
Factores sociodemográficos de gestantes con hiperemesis gravídica	Violencia de Género	Presencia de violencia en cualquiera de sus modalidades por parte de su pareja.	Cualitativa	Nominal	Si No	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
	Paridad	Número de partos de una mujer.	Cuantitativa	Ordinal	Primípara (<1 parto) Multípara (2- partos) Gran Multípara (> 5 partos)	Historia Clínica Ficha de recolección de datos
Hiperemesis Gravídica	Leve Moderada Severa	Es la presencia de vómitos severos, persistentes e incoercibles que llevan: deshidratación, Inanición y pérdida del 5% del peso desequilibrio electrolítico y del estado ácido - base.	Cualitativa	Ordinal	Leve: Signos de deshidratación, pérdida de peso corporal < 5%. Moderada: Signos de deshidratación, pérdida de peso corporal entre 5 a 10%. Severa: Deshidratación severa y pérdida de peso corporal >10%.	Historia Clínica Ficha de recolección de datos

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA

INVESTIGACION

4.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación estuvo clasificada como un estudio no experimental, pues no se modifica las variables, transversal pues se mide las variables en una sola oportunidad, retrospectiva pues se analizan con datos obtenidos en el 2014.

4.1.1. Tipo de Investigación

Es observacional porque el investigador examinó la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los resultados.

4.1.2. Nivel de Investigación

Es retrospectivo porque la investigación se realizó en meses pasados.

4.1.3. Método de la Investigación

Para el desarrollo de esta investigación se ha utilizado el método inductivo.

4.2. Población y Muestra de la Investigación

4.2.1. Población

Para el presente estudio, la población fueron todas las mujeres gestantes con patologías que acudieron al servicio de gineco - obstetricia en el hospital Santa María del Socorro 2014.

4.2.2. Muestra

La muestra se considera censal pues se va a trabajar con el 100% de la población ya que para aplicar la fórmula de la muestra es muy pequeña por lo que puede generar mayor sesgo o mayor probabilidad de error en la investigación.

Criterios de Inclusión

- Gestantes que presentaron hiperémesis gravídica.
- Gestantes sin patología hepática, renal o gástrica.

Criterios de Exclusión

- Gestantes sin hiperémesis gravídica.
- Gestantes con patología hepática, renal o gástrica.
- Gestantes con patologías obstétricas.

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1. Técnicas

Se acudió al departamento de estadística, previa autorización de la dirección ejecutiva, en busca del número de historias clínicas, luego se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos para el análisis correspondiente.

4.3.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos donde se incluyen los datos de interés para la investigación.

4.3.3. Técnica de Análisis de Datos

Para la recolección de datos, se empleó lo siguiente: Ficha de recolección de datos, revisión de la información recopilada, análisis dinámico de indicadores y variables, tabulación de datos, análisis e interpretación de datos, mediante cuadros, gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel 2013.

4.3.4. Ética

En el presente estudio de investigación se recolectaron datos específicos de los libros e historias clínicas los cuales serán anónimos y se utilizó número de ficha como medio de identificación, (códigos) de fichas los cuales son guardados con absoluta reserva con el fin de resguardar y proteger la privacidad de las gestantes.

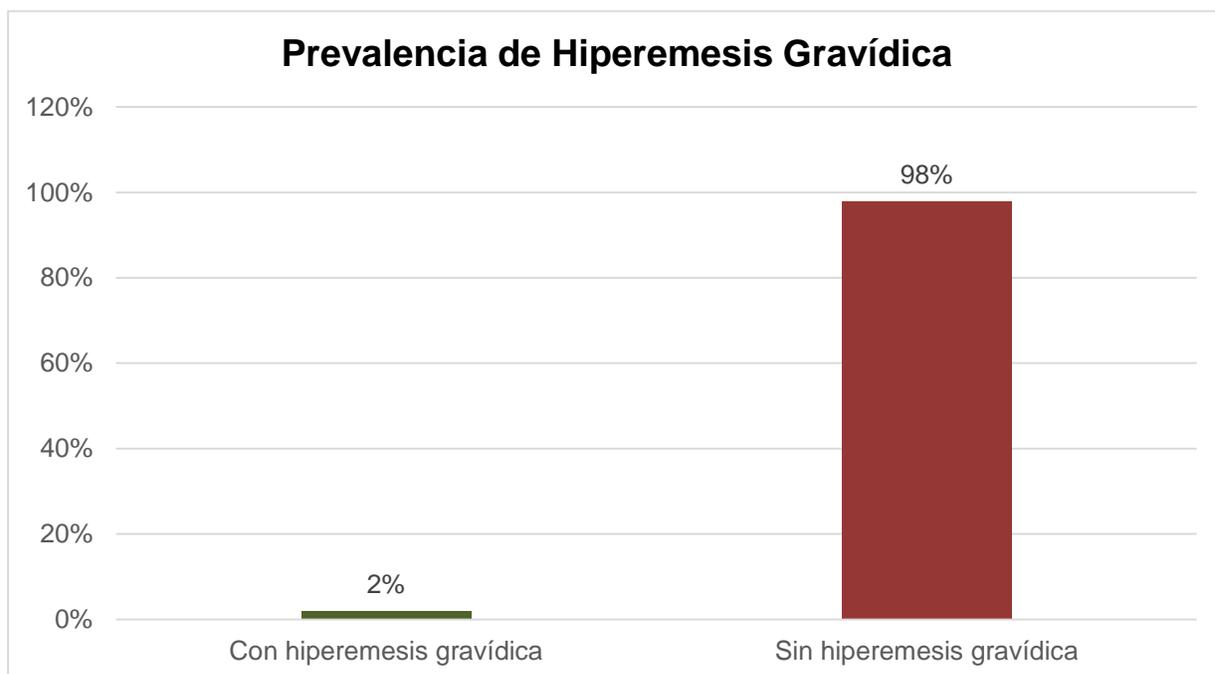
CAPÍTULO V PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 1
SEGÚN FRECUENCIA DE GESTANTES**

Frecuencia de Gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Con hiperemesis gravídica	61	2%
Sin hiperemesis gravídica	2987	98%
Total	3048	100%

GRAFICO N° 1



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

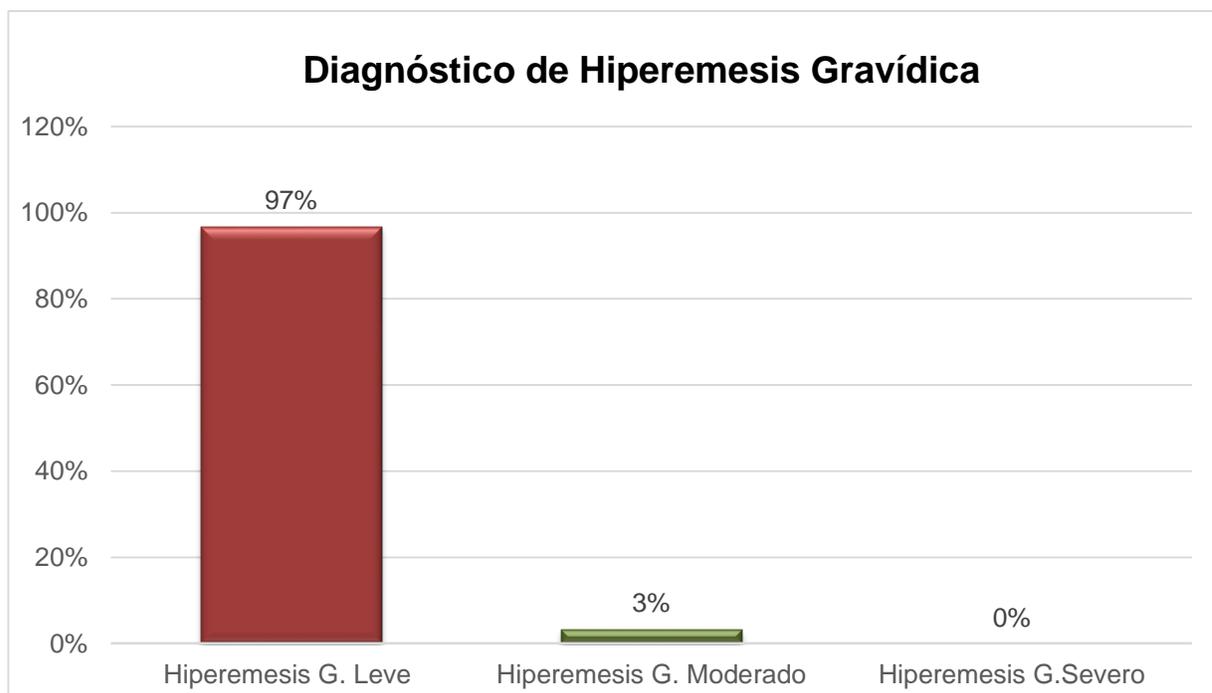
En el grafico N° 1; Según los datos obtenidos se determinó que de 3048 gestantes con patologías, el 2% de gestantes presentaron hiperemesis gravídica y el 98% no presentaron esta patología.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 2
SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Hiperemesis gravídica Leve	59	97%
Hiperemesis gravídica Moderado	2	3%
Hiperemesis gravídica Severo	0	0%
Total	61	100%

GRAFICO N° 2



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

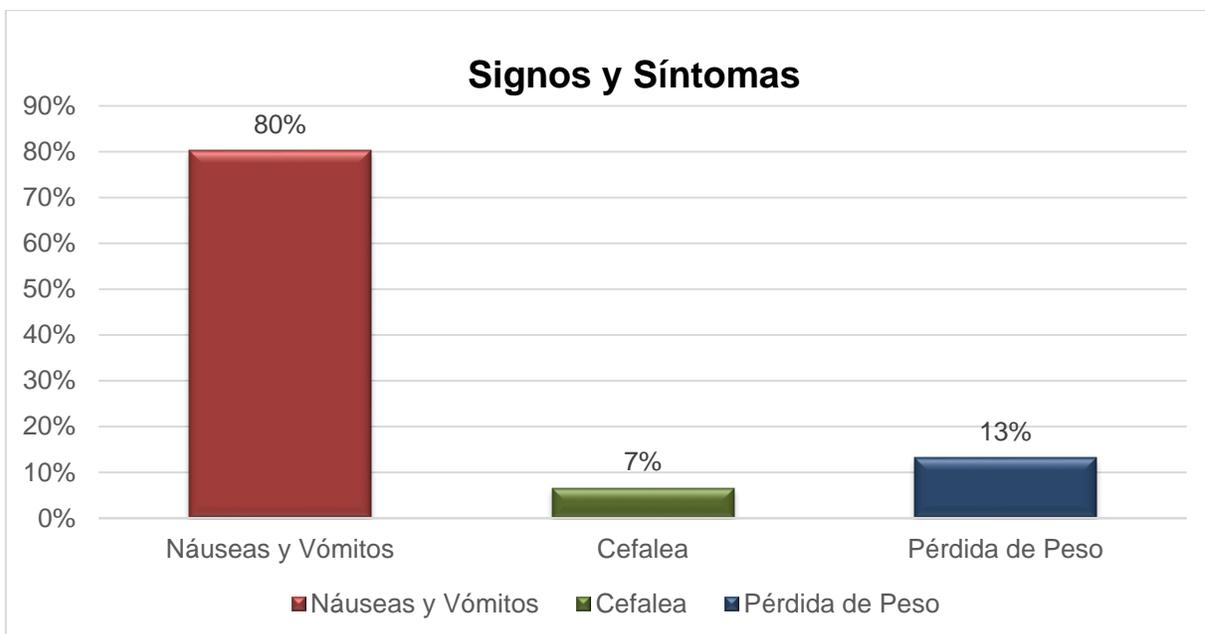
En el gráfico N° 2; De los datos obtenidos se determinó el 97% de casos con hiperemesis gravídica leve y el 3% de hiperemesis gravídica moderada, no se presentó ningún caso de hiperemesis gravídica severa, que corresponde al 0%.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 3
SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES**

Signos y Síntomas Frecuentes	Frecuencia	Porcentaje
Náuseas y Vómitos	49	80%
Cefalea	4	7%
Pérdida de Peso	8	13%
Total	61	100%

GRAFICO N° 3



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

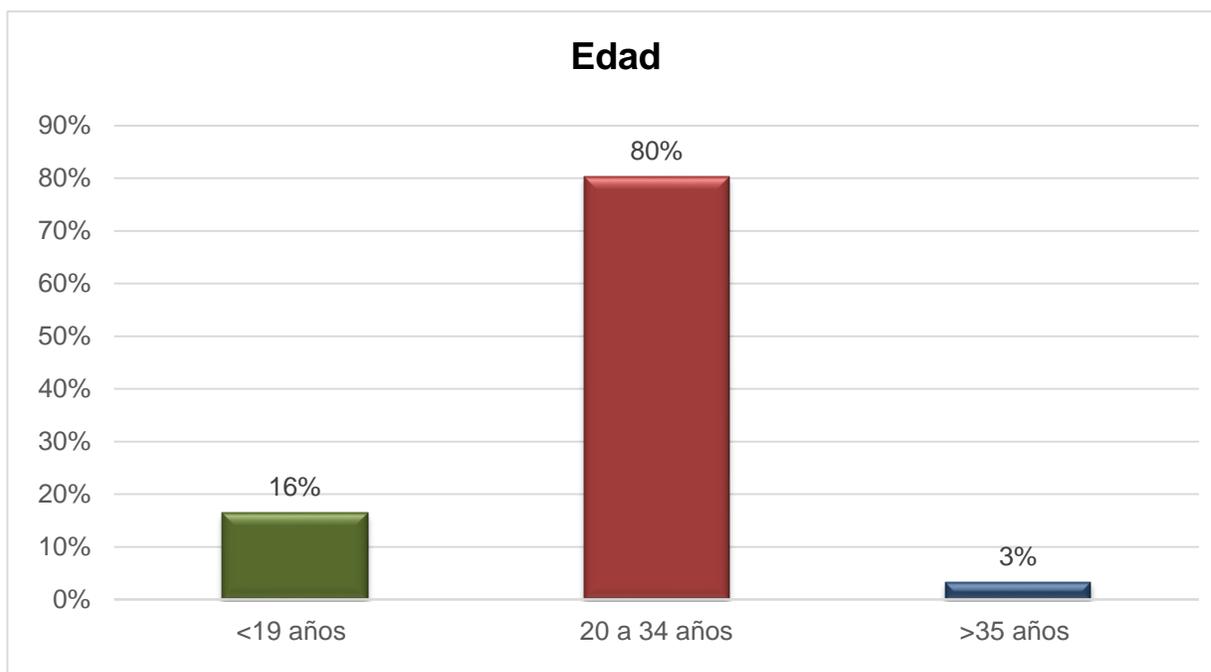
En el grafico N° 3; Según los datos obtenidos se puede observar que el 80% de gestantes presento con mayor frecuencia, náuseas y vómitos, con respecto a la pérdida de peso se registraron el 13% y solo 7% presentaron cefalea.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 4
SEGÚN LA EDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<19 años	10	16%
20 a 34 años	49	80%
>35 años	2	3%
Total	61	100%

GRAFICO N°4



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

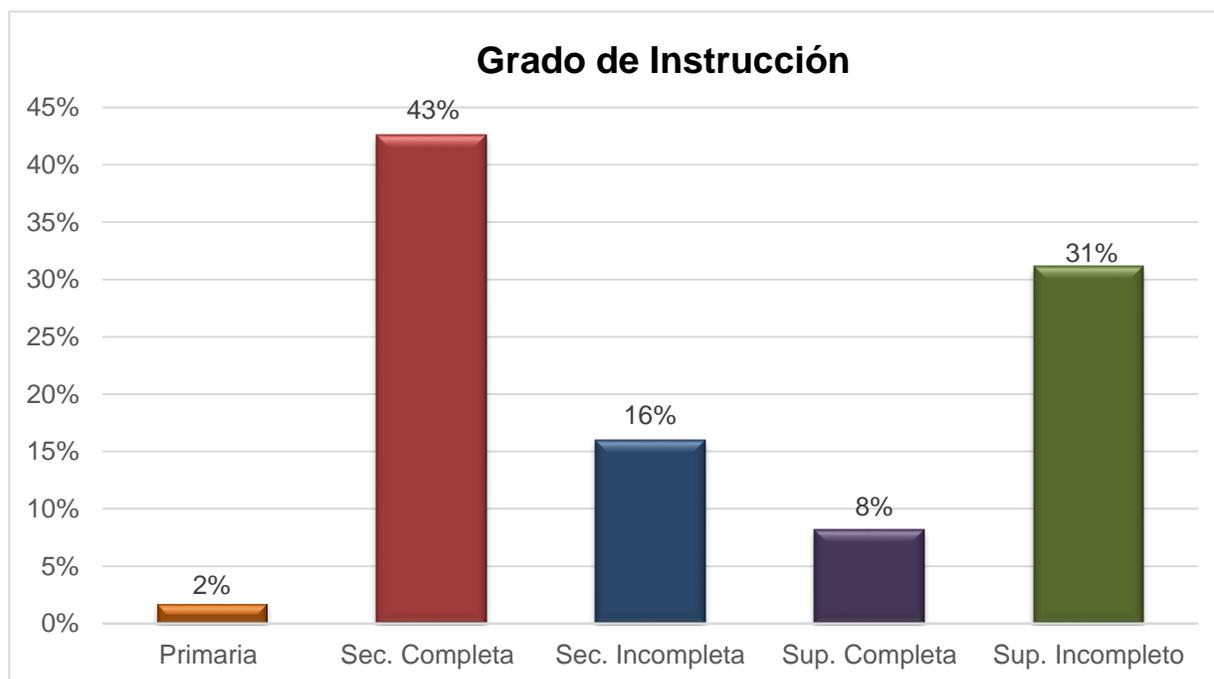
En el grafico N° 4; Según los datos obtenidos se puede observar que el 80% de gestantes que presentaron hiperemesis gravídica tuvieron edades comprendidas entre 20 a 34 años, el 16% fueron menores de 19 años y el otro 3% fueron mayores de 35 años.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 5
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	2%
Secundaria Completa	26	43%
Secundaria Incompleta	10	16%
Superior Completa	5	8%
Superior Incompleto	19	31%
Total	61	100%

GRAFICO N°5



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

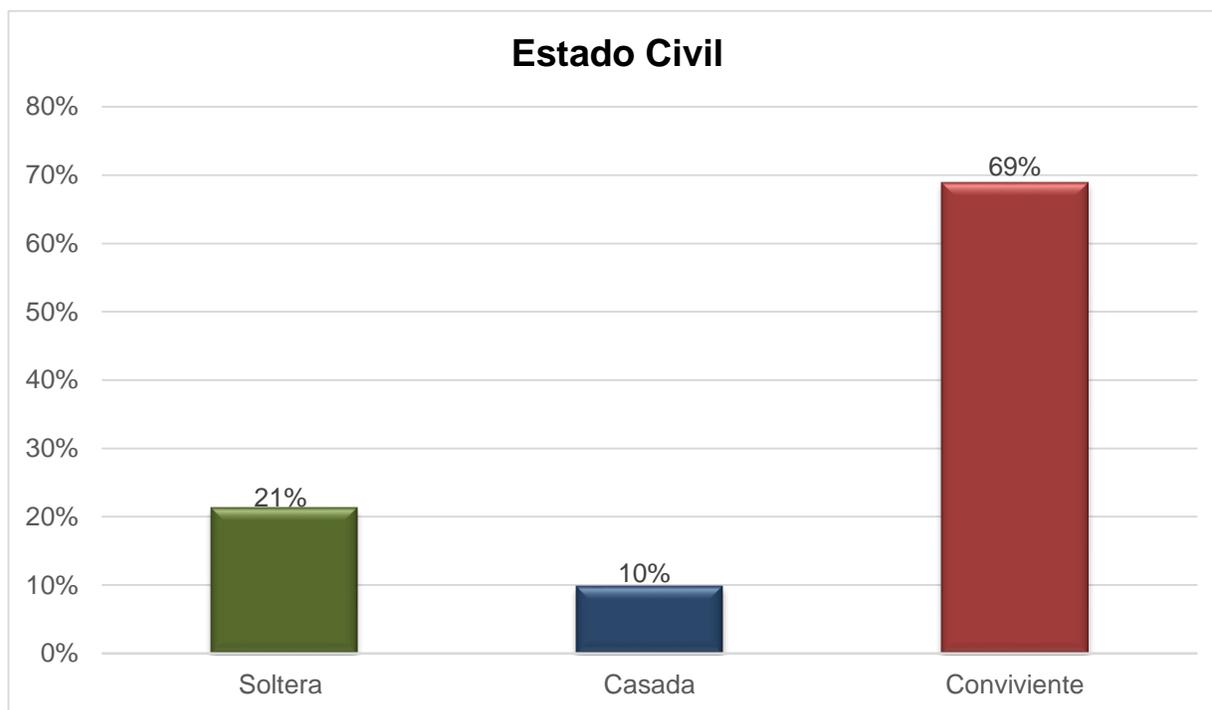
En el grafico N° 5; Según los datos obtenidos se puede observar un 43% de las gestantes con educación secundaria completa, seguido del 31% con superior incompleto, el 16% con secundaria incompleto, el 8% con superior completo y solo 2% han finalizado sus estudios en primaria.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 6
SEGÚN EL ESTADO CIVIL**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	13	21%
Casada	6	10%
Conviviente	42	69%
Total	61	100%

GRAFICO N° 6



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

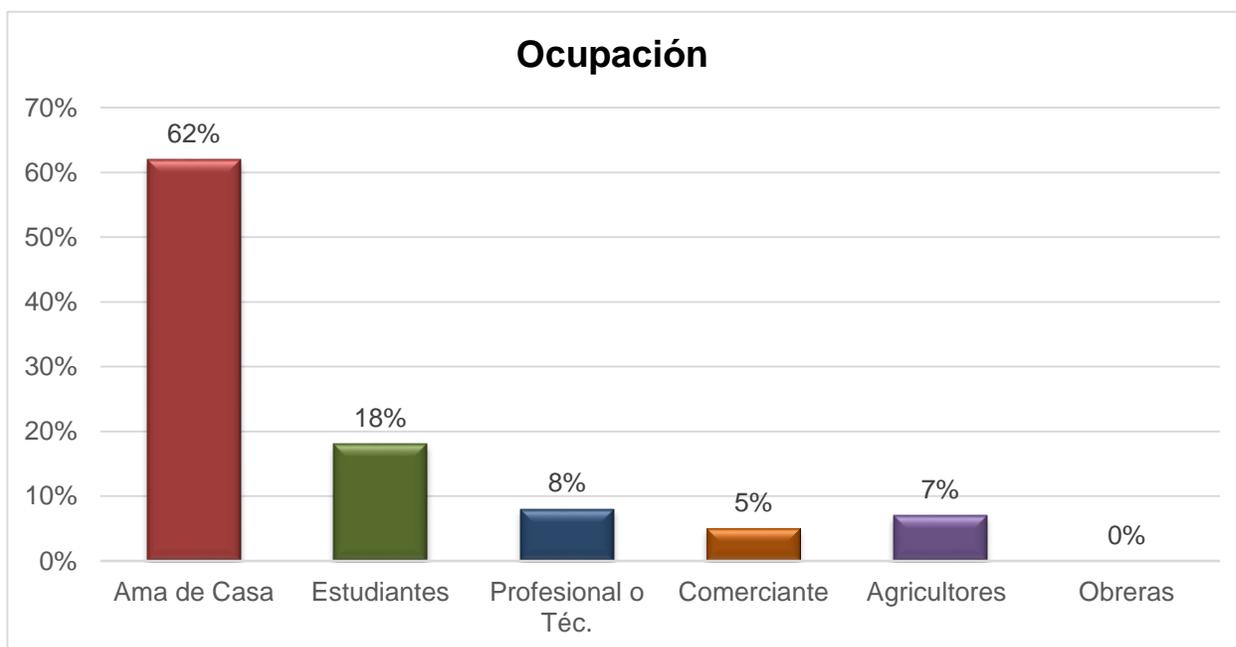
En el grafico N° 6; Según los datos obtenidos con respecto al estado civil se puede observar un claro dominio en convivientes que corresponde a un 69% seguido por gestantes solteras con un 21% y casadas con el 10%.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 7
SEGÚN LA OCUPACIÓN**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	38	62%
Estudiantes	11	18%
Profesionales o Técnicos	5	8%
Comerciantes	3	5%
Agricultores	4	7%
Obreros	0	0%
Total	61	100%

GRAFICO N° 7



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

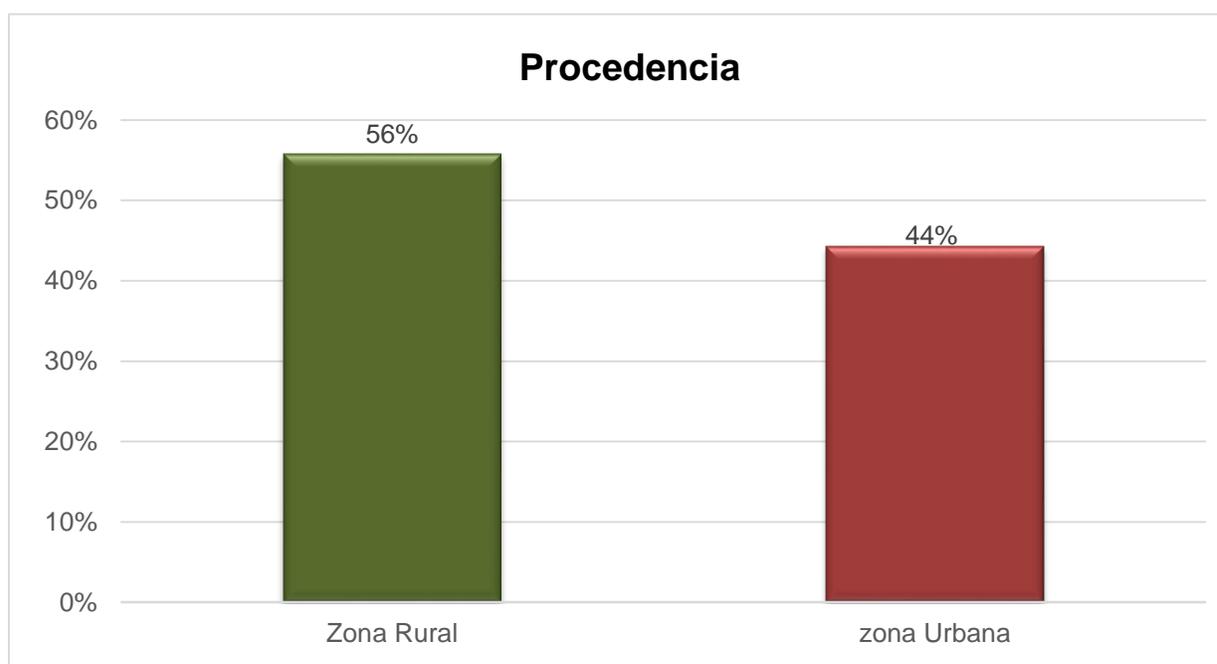
En el grafico N° 7; De los datos obtenidos la ocupación de mayor frecuencia fueron amas de casa con un 62%, el 18% fueron estudiantes, el 8% profesionales o técnicos, el 7% agricultores y solo el 5% comerciantes, no encontrando en nuestro estudio obreras.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 8
SEGÚN LA PROCEDENCIA**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona Rural	34	56%
Zona Urbana	27	44%
Total	61	100%

GRAFICO N° 8



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANALISIS E INTERPRETACION:

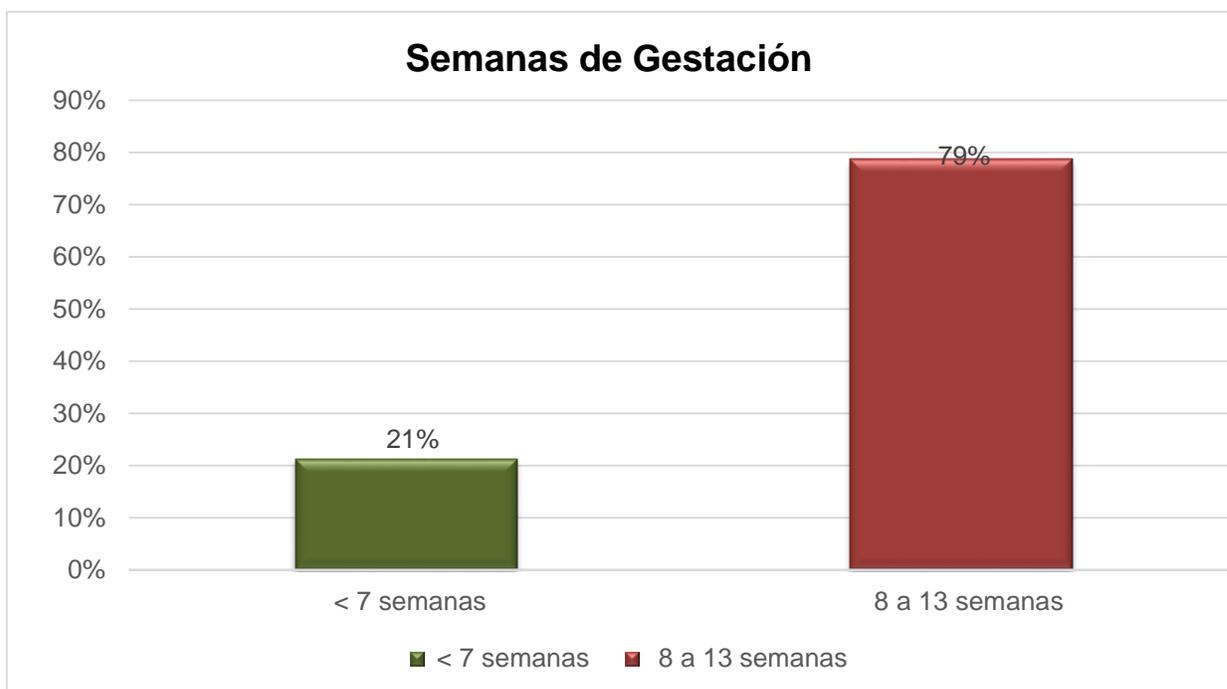
En el grafico N° 8; Según la procedencia de las gestantes con hiperemesis gravídica se observó un predominio de casos en pacientes que provienen del sector rural representando el 56% mientras que en menor porcentaje provienen del sector urbano representando el 44%.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 9
SEGÚN EDAD GESTACIONAL**

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
< 7 semanas	13	21%
8 a 13 semanas	48	79%
Total	61	100%

GRAFICO N° 9



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

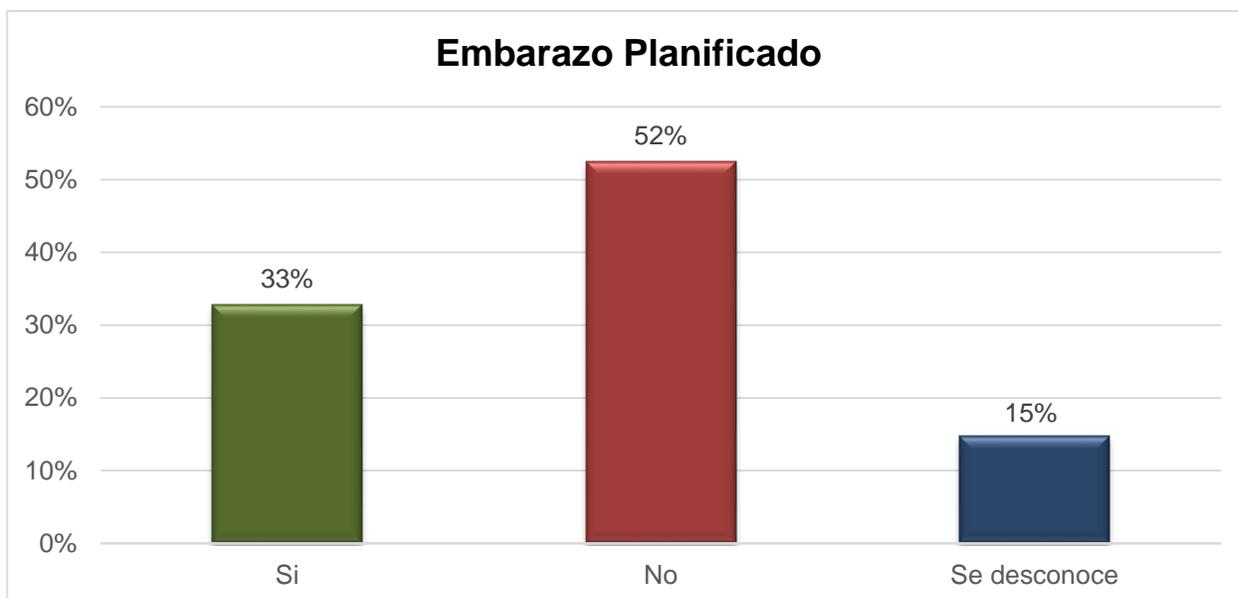
En el grafico N° 9; Según los datos obtenidos se puede observar que el 79% de casos se encontraba entre las 8 y 13 semanas, seguido del 21% menor de 7 semanas.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 10
SEGÚN EMBARAZO PLANIFICADO**

Embarazo planificado	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	33%
No	32	52%
Se desconoce	9	15%
Total	61	100%

GRAFICO N°10



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

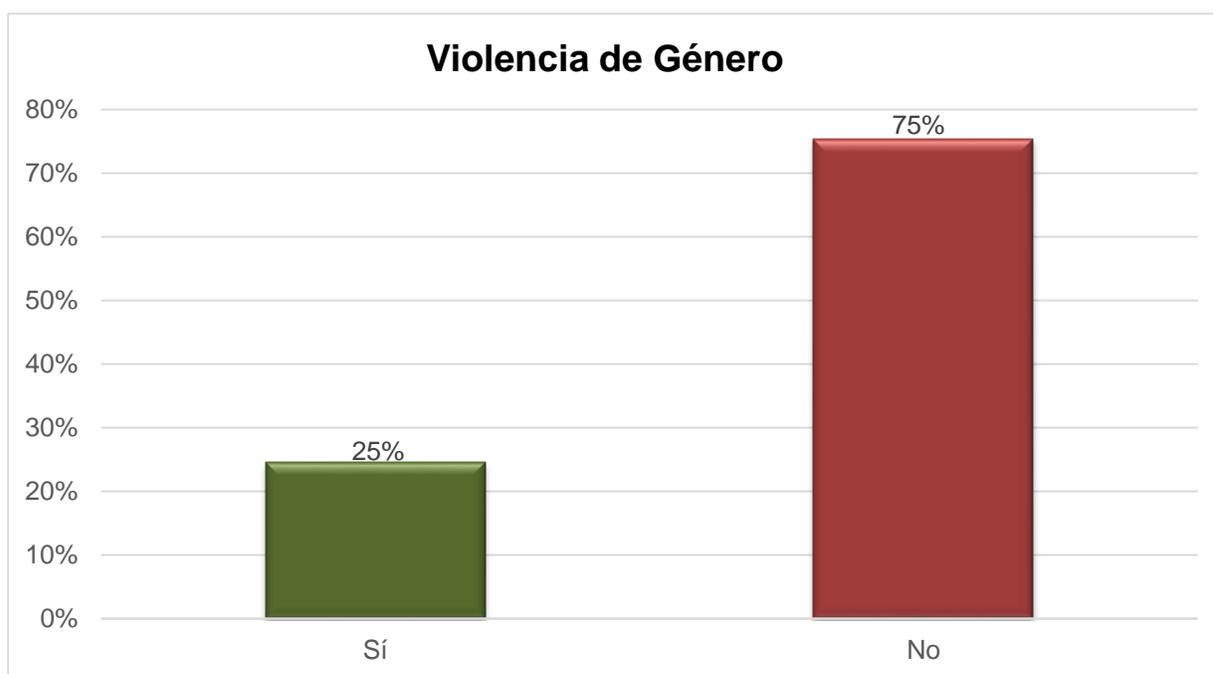
En el grafico N° 10; De los datos obtenidos se puede observar que un 52% de gestantes no planifico su embarazo, el 33% de gestantes si planifico su embarazo y el 15% se desconoce.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 11
SEGÚN VIOLENCIA DE GÉNERO**

Violencia de Género	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	25%
No	46	75%
Total	61	100%

GRAFICO N° 11



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

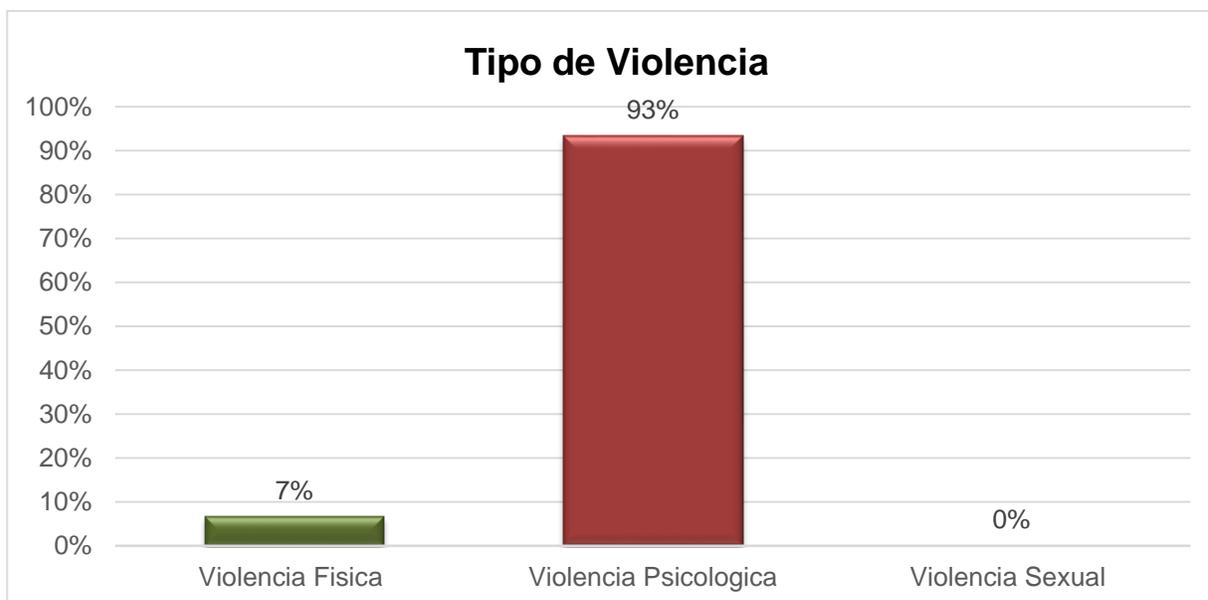
En el grafico N° 11; De los datos obtenidos se puede observar que el 75% de las gestantes sufrió violencia durante el embarazo, y el 25% no sufrió violencia durante el embarazo.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 12
SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA**

Tipo de Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Violencia Física	1	7%
Violencia Psicológica	14	93%
Violencia Sexual	0	0%
Total	15	100%

GRAFICO N° 12



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

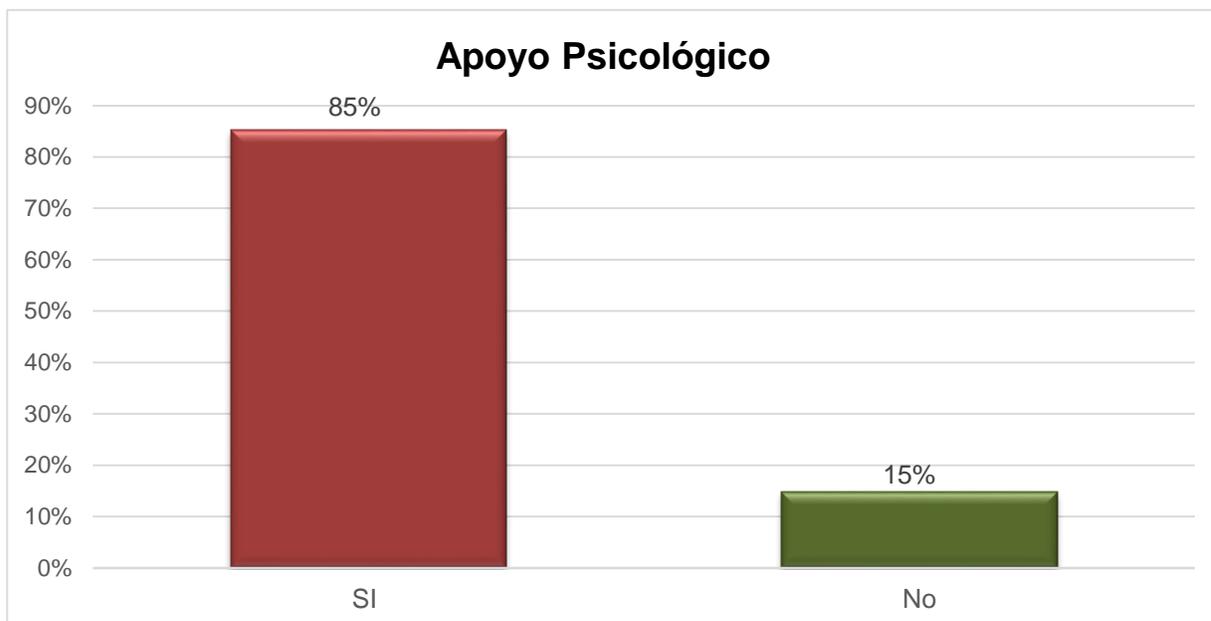
En el grafico N° 12; Según tipo de violencia en las gestantes, el mayor porcentaje fue el 93% con violencia psicológica y violencia física con un 7%, no se presentó ningún caso de violencia sexual, que corresponde al 0%.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 13
SEGÚN APOYO PSICOLÓGICO**

Apoyo Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	85%
No	9	15%
Total	61	100%

GRAFICO N° 13



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

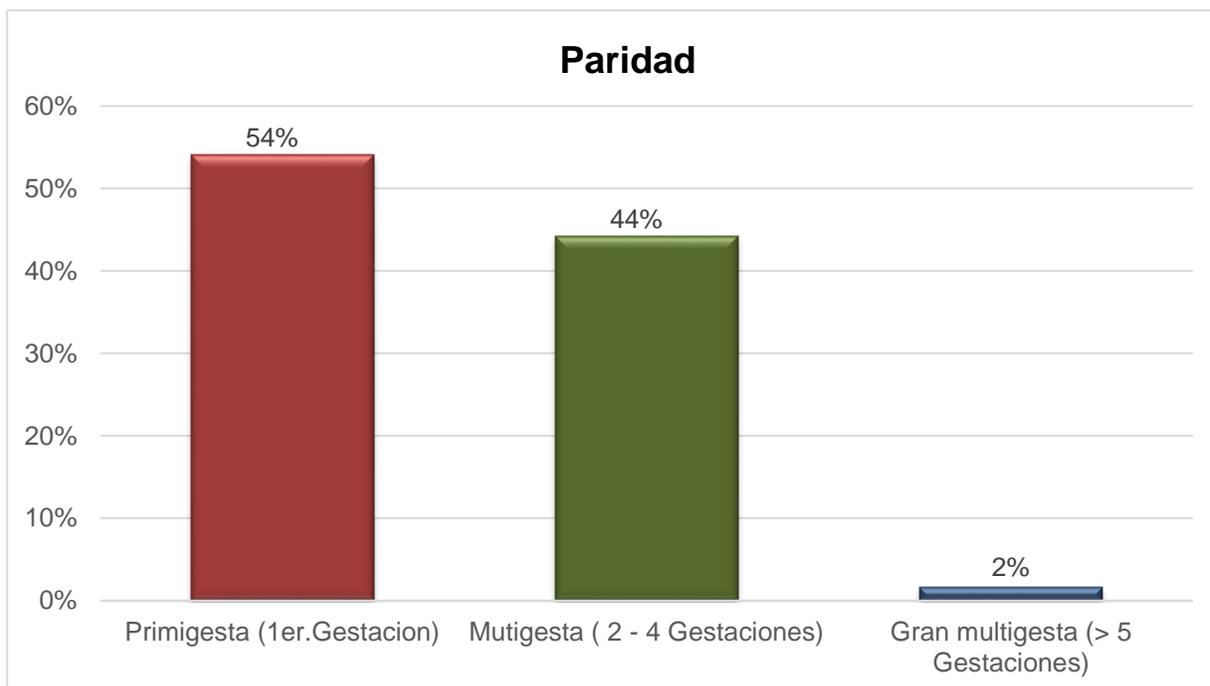
En el grafico N° 13; De los datos obtenidos se puede observar que el 85% de las gestantes recibió apoyo psicológico y el 15% no recibió apoyo psicológico.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 14
SEGÚN PARIDAD**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	33	54%
Multigesta	27	44%
Gran multigesta	1	2%
Total	61	100%

GRAFICO N° 14



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANALISIS E INTERPRETACION:

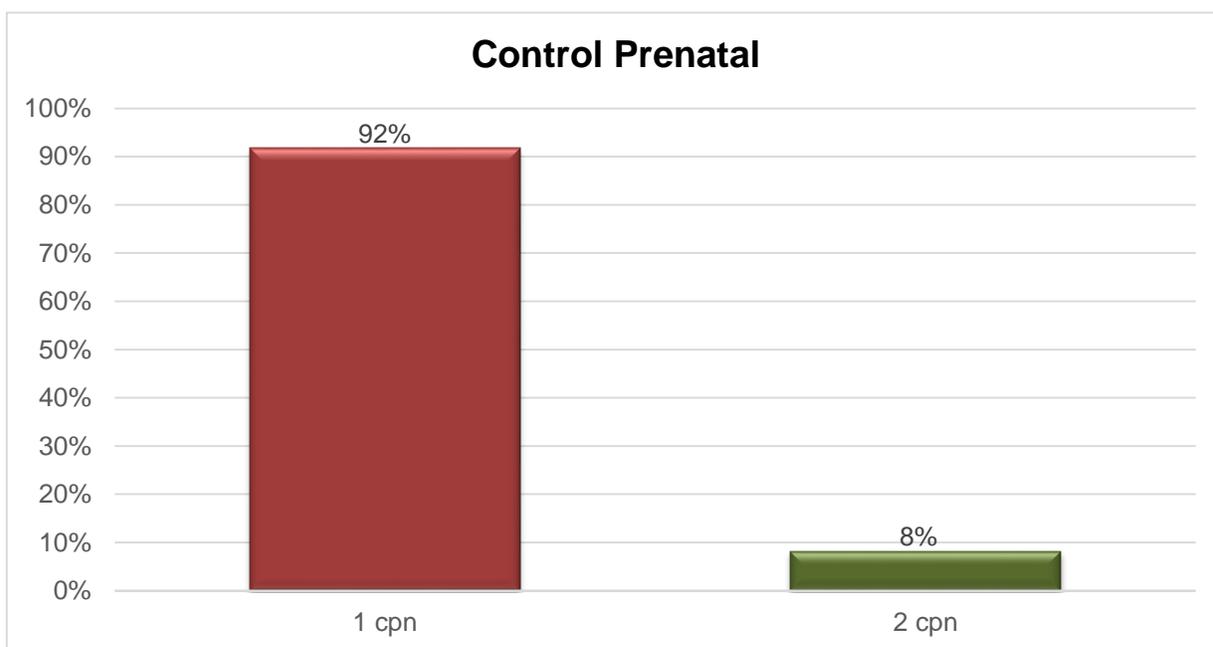
En el grafico N° 14; Según la paridad de las gestantes con hiperemesis gravídica se observó que el 54% fueron primigesta, el 44% multigestas y el 2% gran multigestas.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 15
SEGÚN CONTROL PRENATAL**

Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
1 cpn	56	92%
2 cpn	5	8%
Total	61	100%

GRAFICO N° 15



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

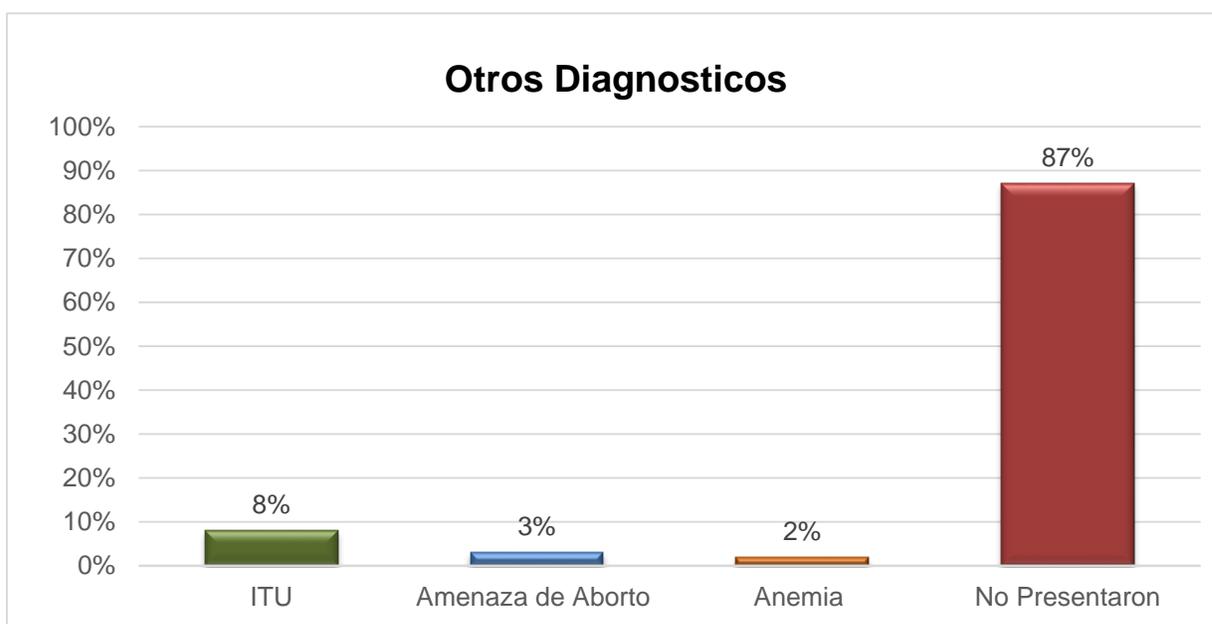
En el grafico N° 15; De los datos obtenidos se puede observar que el 92% de las gestantes tuvieron su primer control prenatal y solo el 8% tuvieron el segundo control prenatal.

“PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA 2014”

**CUADRO N° 16
SEGÚN OTROS DIAGNOSTICOS**

Otros Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
ITU	5	8%
Amenaza de Aborto	2	3%
Anemia	1	2%
No Presentaron	53	87%
Total	61	100%

GRAFICO N° 16



FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa María del Socorro – Ica

ANALISIS E INTERPRETACION:

En el grafico N° 16; Según otros diagnósticos patológicos maternos en la investigación un 87% de casos no presentaron otras patologías, el 8% de casos con infección del tracto urinario, el 3% correspondieron a amenaza de aborto y el 2% de casos con anemia materna.

Discusión

- La prevalencia de gestantes que presentaron hiperemesis gravídica y que acudieron al Hospital Santa María del Socorro para su manejo de 2%, se encuentra en el promedio latinoamericana que es de 0.3 a 2%. Llegando a la misma conclusión en dos estudios: el primero realizado por Oscanoa y Flores en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2012 con un 1.10% por lo que aceptamos dicho estudio y un estudio regional realizado por Cárdenas en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 con un 8,3% por lo que rechazamos dicho estudio.
- En relación a la edad de las gestantes que presentaron hiperemesis gravídica, el 80% fluctuaron entre los 20 a 34 años; coincidiendo con el estudio realizado por Oscanoa y Flores en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2012, donde se observa que el 70.5% obtuvo el mayor porcentaje en esas edades y 73.2% por Cárdenas en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 por lo que aceptamos dicho estudio.
- En relación al grado de instrucción de las gestantes que presentaron hiperemesis gravídica, el más frecuente fue el nivel Secundaria completa con 57%; coincidiendo con el estudio realizado por Lorena y Esther en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015, donde se observa 47% y 42.9% por Cárdenas en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 por lo que aceptamos dichos estudios.
- En relación al estado civil se observó que el 69% de las gestantes fueron convivientes, llegando a la misma conclusión en dos estudios: el primero por Villanueva y Zelada en el Hospital Belen de Trujillo en el año 2015, con un 60% y el segundo por Cárdenas en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 con un 55.3% que reflejan la tendencia mayoritaria a evadir la posibilidad de una unión formal bajo el vínculo matrimonial por lo que aceptamos dicho estudio.
- En relación a la ocupación de las gestantes el 62% son amas casa. Lo cual coincide con el estudio realizado por Oscanoa y Flores en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2012, donde se observa el 65.7% de gestantes por lo que aceptamos dicho estudio.

- En relación a la procedencia de las gestantes con hiperemesis gravídica el 54% proceden de las zonas rurales y el 46% de las zonas urbanas; lo que indica la alta población que se encuentra en zonas rurales, pues una gran parte se encuentra en la actividad agrícola. Resultados similares fueron encontrados por Menkes c. México 2011; encontró tasas de gestación 87 en las zonas rurales y 64 en las urbanas por lo que aceptamos dicho estudio.
- En relación a la edad gestacional el más frecuente fue entre las semanas 8 – 13 con un 79%; la cual coincide con el estudio realizado por Cárdenas con 58.9% en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 que podría ser atribuida a los elevados niveles de la hormona gonadotropina coriónica entre esas semanas por lo que aceptamos dicho estudio.
- En relación al embarazo planificado se determinó que las gestantes en un 52% tuvieron un embarazo no planificado, mientras que el 33% lo planificaron llegando a la misma conclusión en dos estudios: el primero realizado por Oscanoa y Flores Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima año 2012, no deseaban el embarazo en un 18.7%, y el segundo realizado por Cárdenas en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 en el cual concluyo que el 60.7% tenían un embarazo no planificado por lo que aceptamos dicho estudio.
- En relación a la violencia de género el 25% de las gestantes si manifestaron que se encontraba en esta condición y el 75% no manifestaron violencia; no encontrando similitud con los trabajos revisados.
- En relación a la paridad se observó que el 54% de las gestantes fueron primigestas, siendo el valor más significativo para presentar hiperemesis gravídica; 44% fueron multigesta y el 2 % fueron gran multigesta. Coincidiendo con el estudio realizado por Jiménez en el en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el año 2012, donde se observa un 43.5 %, por otro lado el estudio realizado por Cárdenas en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 donde menciona que la mayor frecuencia de hiperemesis gravídica corresponde a las primigesta con un 58.9% por lo que aceptamos dicho estudio.

Conclusiones

- La prevalencia de hiperemesis gravídica en el Hospital Santa María del Socorro fue menor en el año 2014.
- La edad de la gestante, oscila en un rango de 20 a 34 años de edad.
- Las gestantes con hiperemesis gravídica tuvieron secundaria completa.
- Las gestantes que presentaron hiperemesis gravídica fueron convivientes, amas de casa, la edad gestacional se observó entre las 8 – 13 semanas, no planificaron su embarazo y pertenecían a la zona rural.
- Las gestantes que presentaron hiperemesis gravídica fueron primigestas.

Recomendaciones

- Capacitar al personal de salud periódicamente sobre los diversos problemas de salud pública que aquejan nuestro medio y que los avances de la medicina puedan estar al alcance de toda la población, ya sea incrementando los servicios de salud en aquellas zonas rurales y de difícil acceso para las pacientes.
- Identificar grupos de riesgos como adolescentes y adultas para priorizar la información sobre método anticonceptivo para que los embarazos sean planificados.
- Educar a la población sobre la sintomatología propia del embarazo para evitar que éstas se intensifiquen.
- Realizar actividades preventivas promocional priorizando la zona peri urbana sobre todos en amas de casa y consejería en planificación familiar.
- Trabajar actividades preventivas y de psicoprofilaxis para la aceptación del embarazo en primigestas.

Fuentes de Información

1.- Jiménez D; Bolívar S. **Valores elevados de BHC-G en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja** - Especialidad de ginecología y obstetricia ciudad Ecuador. Universidad de Guayaquil 2012. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6783/1/Jim%C3%A9nez%20Agui%20Diana%20Soledad.pdf>

2.- Sibaja L; Vargas N .**Manejo de la hiperémesis gravídica**. Revista médica de costa rica y Centroamérica LXVIII (599) 441-445 2011. Disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>

3.- Oscanoa I; Flores C. **Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011**. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma ciudad Perú 2013 N° 1: 21 – 25, Disponible en:

<http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/163/122>

4.- Lacasse A, Ferreira E. **Las náuseas y los vómitos en el embarazo** Boletín Práctica Clínica y de gestión para proveedores de atención médica. Educación subvención prevista de Salud de la Mujer y el Centro de Educación (WHEC) 2014.

<http://www.womenshealthsection.com/content/obssp/obs033.php3>

5.- Pacheco J. **Ginecología Obstetricia y Reproducción Tomo I**. Lima, Perú segunda edición 2007.

6.- Hernández F. **Hiperémesis gravídica**. Actas de las Reuniones del Equipo de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia 2008. Disponible en:

<https://preventiva.wordpress.com/2008/12/04/hiperemesis-gravidica/>

7.- Jiménez D; Bolívar S. **Valores elevados de BHC-G en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja** - Especialidad de ginecología y obstetricia ciudad Ecuador. Universidad de Guayaquil 2012, Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6783/1/Jim%C3%A9nez%20Agui%20Diana%20Soledad.pdf>

8.- Vikanez A; Skjaerven R. **Hiperémesis gravídica**. Artículos Intramed. Ciudad de Noruega Per Magnus BMJ 2010; 340:c2050. Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65714>

9.- Matthews A; Dowswell T; Haas D. **Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo** 2010.

<http://www.cochrane.org/es/CD007575/intervenciones-para-las-nauseas-y-los-vomitos-en-la-fase-temprana-del-embarazo>

10.- Altamirano D; Santana K; Aviles D. **Hiperémesis gravídica estudio a realizar en pacientes que cursan su embarazo de 6 a 14 semanas de gestación en la consulta externa del área de obstetricia del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo desde enero a junio del 2012**. Tesis de grado profesional de obstetricia, Babahoyo-Los Ríos-Ecuador 2012. Disponible en:

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/351/1/T-UTB-FCS-0010.pdf>

11.- González A; Álvarez E; Veiga A. **Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/ hiperémesis gravídica**. Artículo el Sevier Doyma Semergen. España 2011; 37(10):559-564. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90055376&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=107&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v37n10a90055376pdf001.pdf

12.- De Haro K; Toledo K; Fonseca Y. **Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura**. Caso

clínico Nutr. Hosp. 2015; 31(2):988-991 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318 México. Disponible en:

<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8143.pdf>

13.- Menkes C. **Condiciones Sociodemográficos del Embarazo en Adolescentes** – México 2011. Disponible en:

http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/M_8_1.pdf

14.- Pluvio J; Fasero M; Álvarez A. **Prevalencia y persistencia de náuseas y vómitos durante el embarazo.** Revista Española. Enferm. Dig. vol.106 no.5 Madrid mayo 2014. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082014000500004&script=sci_arttext

15.- Loyola C. **Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo enero 2002-diciembre 2012.** Tesis para titulación de médico cirujano. Trujillo Perú 2013. Disponible en:

http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/279/LoyolaRios_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16.- Villanueva L; Zelada E. **Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperémesis gravídica.** Revista de psicología Universidad Cesar Vallejo Trujillo 2015 Vol. 5, No 1 Disponible en:

http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/457

17.- García M. -2012 - **Resultado neonatal en gestantes con Hiperémesis Gravídica. Hospital Belén Periodo 2000-2011.** Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina. Universidad nacional de Trujillo Perú 2012. Disponible en:

http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/265/GarciaZegarra_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18.- Larrabure G; Farfan H; Aragón R. **Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperémesis gravídica Instituto Nacional Materno Perinatal.** Revista de investigación Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ciudad Perú Vol. 73, Núm. 1 (2012). Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2221>

19.-Cárdenas R. **Prevalencia y factores predisponentes de hiperémesis gravídica en el Hospital Santa María del Socorro- Ica.** (Tesis para optar el grado de licenciada en obstetricia)Ciudad Perú Universidad Alas Peruanas 2013.

20.- Palacio M. Guía clínica: **hiperémesis gravídica.** Protocolos medicina fetal y perinatal Servei De Medicina Materno Fetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona 2014. Disponible en:

https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf

21.- Donoso E; Vera C. **La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.** Revista Médica Chile 2014; 142: 168-174. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>

22.-Ferrer R. **Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas.** Revista Electrónica de Portales Médicos.com Barcelona Publicado: 8/10/2010. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2497/1/Factores-de-Riesgo-en-las-Adolescentes-Embarazadas.html>

23.- Cordero M; Gonzales J. **Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión.** Artículo de revisión: marzo – 14 – 2011. Disponible en:

http://www.revista.spotmediav.com/pdf/2-1/10_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

24.- **El padre en el embarazo.** PDF Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Hospital Materno Infantil. Servicio de Obstetricia y Ginecología. España Mayo 2013. Disponible en:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/consejos_durante_el_embarazo/el_padre_en_el_embarazo.pdf

25. - Nakandakari M; De la Rosa D; Jamarillo J. **Grado de instrucción de embarazadas adolescentes.** Artículo Original Lima 2012. Disponible en:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetGradoDeInstruccionDeEmbarazadasAdolescentes-4687235.pdf>

26.- Sanchez C. Proyecto: **Construcción y equipamiento del Centro Materno Infantil de la Ciudad De Pisco.** Estudio de pre inversión a nivel del perfil Ica, mayo de 2009.

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Perfil%20Centro%20Materno%20Infantil%20Pisco.pdf>

27.- Contreras J. **Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend De Santa Marta en los años 2008- 2009.** Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública Colombia 2011. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf>

28.- Marrero M. **Embarazo y trabajo. Factores que los relacionan.** Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, marzo de 2008. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst10208.html

29.- Arenas M. **Protección de la maternidad en el trabajo.** Protocolo de la maternidad del trabajo respecto a los factores de riesgo de higiene industrial. España 2010. Disponible en:

https://www.udc.gal/export/sites/udc/prl/galeria_down/vixilancia/protec_maternidade_Hixiene_Industrial.pdf

30.- Menkes C; Suarez L. **El embarazo en adolescentes en México ¿es deseado?** Coyuntura demográfica - México 2014. Disponible en:

http://www.coespomor.gob.mx/investigacion_poblacion/coyuntura%20demografica/2e/embarazo.pdf

31.- Fonseca M; Dos santos J. **Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo** - La importancia de la formación del profesional de la equipo de enfermería para su afrontamiento. Rev. Latino Am. Enfermagem - Brasil 2015. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00855.pdf

32.- Miguel A; Julio D. **Náuseas y vómitos** - Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Departamento de Medicina - Madrid 2015. Disponible en:

<http://docplayer.es/8370787-Nauseas-y-vomitos-introduccion-definiciones-sintomas-gastrointestinales-frecuentes.html>

33.- Olivera A; **Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas**. Ministerio de Salud Perú 2010. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM487-2010-MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf>.

32.- Montoro M; Ducons J. **Náuseas y vómitos** - Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Departamento de Medicina - Madrid 2005.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO “PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2014”

AUTOR: ALEJO MANTARI LILI REBECA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la prevalencia y factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014?</p> <p>Problema Secundario</p> <p>1: ¿Cuál es la prevalencia de hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014?</p> <p>2: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014?</p>	<p>Objetivo Principal</p> <p>Determinar la prevalencia y factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1: Determinar cuál es la prevalencia de hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014</p> <p>2. Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hiperemesis gravídica en gestantes del Hospital Santa María del Socorro - Ica de Enero a Diciembre del 2014</p>	<p>Por ser una investigación descriptiva no presenta hipótesis.</p>	<p>Factores sociodemográficos de gestantes con hiperemesis gravídica</p> <p>Hiperemesis gravídica</p>	<p>Edad materna</p> <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Procedencia</p> <p>Ocupación</p> <p>Embarazo planificado</p> <p>Violencia de genero</p> <p>Paridad</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p>	<p>Adolescentes <19 años</p> <p>Adultez (20 a 34 años)</p> <p>Añosa (>35 años</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Conviviente</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Superior incompleto</p> <p>Superior completo</p> <p>Zona urbana: lugar céntrico o dentro del perímetro de la ciudad.</p> <p>Zona rural: caseríos aledaños de la ciudad.</p> <p>Ama de casa</p> <p>Estudiantes</p> <p>Profesionales o Técnicos</p> <p>Comerciante</p> <p>Obreros</p> <p>Agricultores</p> <p>Sí, No</p> <p>Sí, No</p> <p>Primípara (<1 parto)</p> <p>Múltipara (2- partos)</p> <p>Gran Múltipara (> 5 partos)</p> <p>Leve Pérdida del peso corporal< 5%.</p> <p>Moderada Perdida del peso corporal entre 5 a 10%.</p> <p>Severa Perdida del peso corporal>10%.</p>	<p>1Historia Clínica</p> <p>2Ficha de recolección de datos</p> <p>Zona urbana: lugar céntrico o dentro del perímetro de la ciudad.</p> <p>Zona rural: caseríos aledaños de la ciudad.</p> <p>1Historia Clínica</p> <p>2Ficha de recolección de datos</p>

MODELO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

Ficha:

Fecha:

Historia clínica: N°

Datos generales:

Edad: ≤19 años 20 – 34años ≥35años

Grado de instrucción:

Primaria Secundaria incomp. Secundaria comp.
Superior comp. Superior incomp.

Estado civil:

Soltera Conviviente Casada

Ocupación:

Estudiante Su casa Profesionales o Tec.
Comerciantes Obreros Agricultores

Procedencia:

Zona rural zona urbana

G =.....P =.....

Edad gestacional:

Hiperemesis gravídica: Leve Moderada Severa

Embarazo planificado: Si No

Violencia de género: Sí No

Apoyo psicológico: Sí No

Tiene CPN: Si No Cuantos.....

Otros Diagnósticos Sí No Cual.....

