

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“RELACION ENTRE HIPEREMESIS GRAVIDICA CON LA INFECCION DEL
TRACTO URINARIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA
MARIA DEL SOCORRO, 2016”**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: NURIA CAROLINA SAYRITUPAC CALLAYE

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi madre, por estar siempre a mi lado
brindándome su apoyo incondicional,
por ser la base que me impulsa a llegar
a cumplir mi meta, el de ser profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios ya que gracias a sus bendiciones logrado concluir mi carrera profesional

A la universidad Alas Peruanas por haberme permitido estudiar mi carrera en sus aulas.

A mis docentes, quienes me enseñaron con paciencia y detenimientos los conocimientos que he adquirido en estos cinco años.

A todas las personas que de una u otra manera me ayudaron a culminar mi carrera profesional.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo principal fue Determinar la relación que existe entre la hiperemesis gravídica con la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016; la población estuvo conformada por las gestantes con patologías que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Santa María del Socorro durante el año 2016 y la muestra estuvo conformada por las gestantes que presentaron infección del tracto urinario e hiperemesis gravídica, siendo un total de 65 pacientes, con un muestreo probabilístico por conveniencia.

El tipo de investigación utilizado fue el correlacional, con un nivel de investigación descriptivo, retrospectivo y transversal y un método Inductivo - observacional; el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos donde se registraron los datos obtenidos de las historias clínicas. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 24.

Los resultados arribados en este estudio fueron el 58.3% de las gestantes con hiperemesis gravídica presentan infección del tracto urinario; la incidencia de la hiperemesis gravídica fue del 8.81% siendo la edad gestacional en que mayormente se presenta entre la 9 y 12ava semana de gestación con un 40%, la edad de las gestantes oscila entre los 20 a 34 años de edad con el 70%; las nulíparas son en 58.3% y las convivientes con 51.7%.

Concluyéndose que existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016 con 95% de confianza y $p < 0.001$ a 1 grado de libertad.

PALABRAS CLAVES: Hiperemesis Gravídica – Infección del tracto Urinario – Gestantes.

SUMMARY

An investigation was carried out whose main objective was to determine the relationship that exists between hyperemesis gravidarum and urinary tract infection in pregnant women attended at the Hospital Santa María del Aventureiro in 2016; the population consisted of pregnant women with pathologies who attended the Gynecology-Obstetrics Service of the Santa María del Socorro hospital during 2016 and the sample consisted of pregnant women who presented urinary tract infection and hyperemesis gravidarum, a total of 65 patients, with a probabilistic sampling for convenience.

The type of research used was the correlation, with a level of descriptive, retrospective and transversal research and an Inductive - observational method; The instrument used was the data collection form where the data obtained from the medical records was recorded. The data were analyzed in the statistical package SPSS version 24.

The results arrived at in this study was 58.3% of pregnant women with hyperemesis gravidarum have urinary tract infection; the incidence of hyperemesis gravidarum was 8.81% with the gestational age in which it mostly occurs between 9 and 12 weeks of gestation with 40%, the age of pregnant women ranges from 20 to 34 years of age with 70 %; the nulliparas are in 58.3% and the cohabitants with 51.7%.

Concluding that there is a direct relationship between hyperemesis gravidarum and urinary tract infection in pregnant women treated at the Santa María del Socorro Hospital in 2016 with 95% confidence and 0.001 to 1 degree of freedom.

KEY WORDS: Hyperemesis Gravidarum - Urinary Tract Infection - Pregnant

ÍNDICE

| | |
|---------------------|------|
| Caratula..... | i |
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Resumen..... | iv |
| Abstract..... | v |
| Indice..... | vi |
| Introducción..... | viii |

CAPÍTULO I:

Planteamiento Metodológico

| | |
|---|----|
| 1.1. Descripción de la realidad problemática..... | 10 |
| 1.2. Delimitación de la investigación..... | 11 |
| 1.3. Formulación del problema | |
| 1.3.1. Problema principal..... | 11 |
| 1.3.2. Problemas secundarios..... | 11 |
| 1.4. Objetivos | |
| 1.4.1. Objetivo general..... | 12 |
| 1.4.2. Objetivos específicos..... | 12 |
| 1.5. Hipótesis de la Investigación | |
| 1.5.1. Hipótesis general..... | 12 |
| 1.5.2. Variables..... | 12 |
| 1.5.3. Operacionalización de Variables..... | 14 |
| 1.6. Diseño de Investigación | |
| 1.6.1. Tipo de investigación..... | 15 |
| 1.6.2. Nivel de investigación..... | 15 |
| 1.6.3. Método | |
| 1.7. Población y Muestra de investigación | |
| 1.7.1. Población..... | 15 |
| 1.7.2. Muestra..... | 15 |
| Criterios de inclusión | 15 |

| | |
|---|----|
| Criterios de exclusión..... | 16 |
| 1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | |
| 1.8.1. Técnicas..... | 16 |
| 1.8.2. Instrumentos..... | 16 |
| 1.8.3. Técnica de procesamiento de datos | 16 |
| 1.9. Justificación e importancia de la investigación..... | 16 |

CAPÍTULO II

Marco Teórico

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes de la investigación..... | 18 |
| 2.2. Bases teóricas..... | 21 |
| 2.3. Marco conceptual..... | 38 |

CAPÍTULO III

Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

| | |
|--|----|
| Contrastación de hipótesis | 41 |
| Resultados..... | 43 |
| Discusión..... | 49 |
| Conclusiones..... | 50 |
| Recomendaciones..... | 51 |
| Anexos..... | 52 |
| 1.- Fuentes de información..... | 53 |
| 2. Matriz de consistencia..... | 55 |
| 3.- Ficha de recolección de datos..... | 57 |

INTRODUCCION

La gestación es un proceso fisiológico que genera una serie de cambios en el organismo materno, con la finalidad de adaptarlo al desarrollo del feto, al parto y lactancia¹. Parte del cambio, que casi todas las mujeres experimentan, son las náuseas y/o vómitos, particularmente, durante el primer trimestre del embarazo¹.

Las náuseas y los vómitos en la gestación son los síntomas más frecuentes que pueden llegar a afectar al 70-80% de las mujeres embarazadas. En el 70% de los casos, la sintomatología aparece entre la cuarta y la séptima semana, tras la última regla, aunque en el 7% se inician antes de la primera falta menstrual¹.

La hiperémesis gravídica (HG) se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, como alcalosis por pérdida de ácido clorhídrico con el vómito e hipopotasemia; y que son atribuidos al pico hormonal de la HCG (gonadotropina coriónica humana) y el estradiol^{1,2,4,5}. Su secreción está relacionada a la masa de tejido trofoblástico, siendo correlacionada con la extensión trofoblástica desde la 4ª a las 20 semanas y con el peso desde las 20 a las 28, de tal manera que la rápida elevación entre las 3ª-9ª semanas del embarazo coincide con la proliferación de la vellosidad trofoblástica inmadura y una extensa capa sincicial^{4,1}. Se ha postulado que la HCG causa HG estimulando la vía secretora del tracto gastrointestinal superior².

Su incidencia en América Latina se estima entre el 0,3 y el 2% de las gestantes. Estudios preliminares en el Perú muestran que la prevalencia de HG en el Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2011, es de 1.1% (1 por cada 90 partos), hallándose dentro del promedio latinoamericano. Tasas más altas se describen en la India o Sri Lanka donde la prevalencia es 3.2%³.

Una de las patologías más frecuentes en las gestantes es la infección del tracto urinario ocupan el segundo lugar¹, sólo precedida por la anemia.

La forma de verificar su existencia es por medio de un urocultivo; esta infección es causada por el aumento de la producción de progesterona que compromete la función de las vías urinaria. La velocidad del peristaltismo ureteral se reduce y el tiempo de tránsito entre los riñones y la vejiga se prolonga. La vejiga está hipotónica y el volumen residual de orina aumenta. La sumatoria de estos cambios produce estancamiento de la orina y este ambiente estimula el sobre crecimiento de bacterias y el desarrollo ulterior de infecciones. Estas situaciones aumentan el crecimiento en el cual se identifica en el 2% al 10% de las mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática. La prevención es el punto de partida para el tratamiento de las infecciones en el embarazo, el cual elimina las complicaciones de las infecciones sintomáticas¹.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El comienzo del embarazo es un período en el que son frecuentes las náuseas y los vómitos, y en el que a menudo se producen cambios transitorios en el apetito y en las preferencias y aversiones alimentarias de la gestante¹

Los vómitos acompañan a las náuseas en gran número de ocasiones, pero estos síntomas a veces se remiten en el tercer o cuarto mes del embarazo en la mayoría de las gestantes. Hasta en 5 de cada 1.000 embarazos, según las estadísticas más precisas en determinar el concepto, los vómitos son incoercibles, intratables y persistentes, y originan el diagnóstico de hiperémesis gravídica, un trastorno de origen incierto y para el que se ofrecen numerosos tratamientos, lo que indica que la causa, el efecto y el remedio en gran medida todavía se desconocen. Se han propuesto varios mecanismos etiológicos, fisiológicos y psicológicos²

La ITU representa una gama de padecimientos clínicos y anátomo patológicos, que varían desde la bacteriuria asintomática hasta el absceso peri renal con sepsis; cada una tiene su propia epidemiología, evolución natural y peculiaridades diagnósticas, cuya diferenciación tiene importantes repercusiones sobre el tratamiento y el pronóstico

En más de la mitad de los casos la infección del tracto urinario es unilateral y ubicada en el lado derecho, esto debido a obstrucción urinaria que aumenta con la estasis la que a su vez, es causada por la influencia de la hormona progesterona, por alargamiento uterino y dextro – rotación uterina³

El agente etiológico que con más frecuencia se encuentra en la ITU es la E. Coli en un 86 a 90%, el 10 a 14% restante se distribuye entre Klebsiella sp., Proteus, Enterobacter sp., Enterococcus y Pseudomonas sp.,(esta última asociada a malformaciones de vías urinarias y vejiga neurogènica)⁴

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación social.-** la investigación se realizó en gestantes que presentaron hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario.
- **Delimitación conceptual.-** la investigación trata de explicar si existe relación entre hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario.
- **Delimitación temporal.-** este estudio se realizó entre los meses de enero a diciembre del 2016.
- **Delimitación espacial.-** el estudio se realizó en el departamento de Gineco obstetricia y unidad de estadística del Hospital Santa María del Socorro

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Qué relación existe entre la hiperemesis gravídica con la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la incidencia de la hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016?
- ¿A qué edad gestacional se presenta la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016?

- ¿Es el estado civil, paridad y la edad factores condicionantes para la presencia de hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la hiperemesis gravídica con la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuál es la incidencia de la hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016
- A qué edad gestacional se presenta la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016
- Es el estado civil, paridad y la edad factores condicionantes para la presencia de hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016

1.5.2. VARIABLES

Variable Independiente

- Infección del tracto urinario

Variable Dependiente

- Hiperemesis gravídica.

Variables Intervinientes:

- Edad.
- Estado civil
- Paridad

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición | Dimensión | Naturaleza | Escala | Unidad medida | Prueba de significancia | Fuente |
|--|--|--|---------------------|----------------|---|---|--------|
| V ,Interviniente. Edad | Años cronológicos de vida | Edad en años | Cuantitativa | Nominal | 15-19 años 20-34 años ≥ a 35 años | Distribución porcentual Prueba estadística de chi cuadrado | H.C. |
| V ,Interviniente Estado civil | Estado en que se encuentra la persona | Estado civil | Cualitativa | Nominal | Soltera. Casada. Conviviente | | |
| V ,Interviniente Paridad | Número de partos de una mujer. | Nº de partos | Cuantitativa | Nominal | Nulípara, Primípara. Múltipara. | | |
| V. Dependiente Hiperemesis gravídica | Náuseas y vómitos exagerados durante el primer trimestre de la gestación que puede comprometer la salud de ésta. | Presencia de hiperemesis gravídica | Cualitativa | Nominal | Si No | | |
| V ,Independiente Infección del tracto urinario | Infección a nivel de todo el tracto urinario que va de la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis. | Presencia de infección del tracto urinario | Cualitativa | Nominal | Si No | | |

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Correlacional ya que se relacionó la variable independiente, infección del tracto urinario y la variable dependiente, hiperemesis gravídica

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es **retrospectivo** por que los datos se obtuvieron de meses anteriores.

Es **Transversal**, porque las variables se miden en una sola ocasión, y porque no habrá seguimiento para estudiar la evaluación de las unidades de análisis en el tiempo.

Es **descriptivo** porque sólo describe la distribución de una variable o resultado, sin intentar explicar dicha distribución.

1.6.3. MÉTODO

Inductivo - observacional

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Estuvo determinado por las gestantes con patologías que acuden al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro durante el año 2016 que fueron en número de 681

1.7.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por todas las gestantes que presentaron hiperemesis gravídica durante el año 2016 que fueron 60, teniendo un muestreo probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas completas y legibles.
- Gestantes con hiperemesis gravídica.
- .Gestantes con infección del tracto urinario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas e ilegibles.
- Gestantes con hiperemesis gravídica y con infección del tracto urinario.
- Gestantes con patologías diferentes a las estudiadas.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Cuestionario estructurado

1.8.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos previamente elaborada y destinada a investigar la Hiperemesis Gravídica e Infección del Tracto Urinario en el Hospital Santa María del Socorro, 2016

1.8.3. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico de SPSS versión 23, en base a ello se confeccionaron tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos del presente estudio; para la contrastación de la hipótesis se utilizó el programa de Chi cuadrado.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La hiperémesis gravídica (HG) afecta a una proporción comprendida entre el 0,3 y el 2% de las embarazadas, si bien se han descrito algunas poblaciones en las que la prevalencia de estas entidades es significativamente mayor.

En la mayoría de los casos, representa la manifestación mas extrema de las náuseas y los vómitos asociados al embarazo, los cuales afectan aproximadamente al 75% de las gestantes, de las que el 25% solo presentan náuseas y el 50% refieren ambas complicaciones.

En la práctica clínica, la HG se identifica por los vómitos de etiología desconocida, resistentes al tratamiento y a la deshidratación. En los estudios de investigación, se aplica un criterio de adelgazamiento generalmente mayor del 5% respecto al peso previo al embarazo para

confirmar este diagnóstico. Hasta mediados del siglo XX, alrededor del 10% de los casos de hiperémesis se asociaban a la muerte de la madre.⁵

La infección del tracto urinario se encuentra dentro de las patologías más, comunes que se presenta en las gestantes, estas patologías como vemos traen consecuencias negativas no sólo para la madre sino también para el producto como la amenaza de aborto y partos prematuros. Dentro de la sintomatología observamos dolor lumbar, fiebre, escalofríos puede haber o no náuseas que llegan al vómito.

Cuando el cuadro se agrava presentando vómitos continuos e intensos que imposibilitan la correcta alimentación de la gestante nos encontramos ante una hiperémesis gravídica (HG), que puede llevar a un cuadro de deshidratación, deficiencias nutricionales y alteración metabólica, requiriendo en muchas ocasiones tratamiento hospitalario para corregir las alteraciones hidroelectrolíticas presentes y múltiples complicaciones tanto digestivas como neurológicas.

La hiperemesis gravídica provoca complicaciones en la madre como en el recién nacido. en la madre puede provocar complicaciones metabólicas y nutricionales provocando 50% del requerimiento nutricional provocando muchas veces la encefalopatía de Wernicke causado por deficiencia de Tiamina o síndrome de Mallory Weiss que es el trauma esofágico por los vómitos prolongados. En el recién nacido, cuando la pérdida de peso en la madre es mayor a 7 Kg tienen más probabilidad de tener recién nacidos de bajo peso al nacer,

La realización del presente estudio es factible ya que se cuenta con el apoyo del personal de obstetricia del hospital donde realicé mis prácticas hospitalarias.

Esta investigación la realizo con la finalidad de conocer si existe alguna asociación entre hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario ya que en mi internado hospitalario observé que algunas pacientes tenían estas dos complicaciones y también para que sirva de apoyo bibliográfico a los estudiantes que deseen realizar temas de investigación a fines a éste.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

- **Rivas, M, López, J, Colmenares, B, Silva, D- 2007-2008 Hiperemesis gravídica en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" . Puerto Cabello, Edo. Carabobo. Venezuela**

La incidencia fue de 0,11%, un caso por cada 963 partos. Predominó el grupo de edad de 20-24 años en el 50% de los casos. Ninguna paciente tuvo control prenatal. Su aparición más frecuente fue en el primer embarazo con 47%. La edad de gestación predominante fue entre 8-12 semanas. El 52,94% de las pacientes presentó desequilibrio hidroelectrolítico. El 78% de los embarazos llegó a término. La mayoría de las pacientes recibió tratamiento con hidratación parenteral, metoclopramida, prometazina y complejo B. Hubo un caso de muerte materna.

Conclusión: La hiperemesis gravídica es una patología poco frecuente que se caracteriza por náuseas y vómitos incoercibles, que ameritan hospitalización, y puede llegar a comprometer la vida de la paciente.⁶

- **Calderón, U.- Doren, A. – Abarzúa, F.: “Pielonefritis Aguda en el Embarazo y Susceptibilidad Antimicrobiana de Uropatógenos. Comparación de dos décadas – Venezuela – 2012.**

Se revisaron las historias clínicas de 112 embarazadas que cursaron ITU durante 2010, determinando la frecuencia de pielonefritis aguda (PNA), agente infeccioso y susceptibilidad a los antimicrobianos. Se compararon estos datos con los registrados en 2001 y 2009 mediante el cálculo de Odds Ratios. *Resultados:* La proporción de PNA mostró una tendencia decreciente entre 2001, 2009 y 2010 ($p < 0,001$). *Escherichia Coli* fue el agente infeccioso más frecuente, sin embargo, su frecuencia disminuyó entre 2001 y 2009 (OR 0,32; IC95% 0,17-0,58). Se observó un aumento de ITU por *Streptococcus agalactiae* (SGB) (OR 3,98; 1,85-8,67) durante igual período. La sensibilidad antimicrobiana a ampicilina, gentamicina, nitrofurantoina y cotrimoxazol no presentó diferencias significativas entre 2001-2010. *Conclusión:* Se documentó un cambio en el perfil clínico y microbiológico de las ITU en embarazadas, reduciéndose la proporción de PNA e ITU por *Escherichia coli*⁷.

NACIONALES

- **Oscanoa, I.: Resultados Perinatales en Gestantes que presentaron Hiperemesis Gravídica en el INMP-Lima,2011**

Hubieron 166 casos de gestantes que presentaron hiperémesis 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. 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 en 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. En cuanto a morbilidad, 3.6% ingresaron a UCI neonatal; el 9.4% presentó distres respiratorio y en 8.4% trastorno metabólico. En el análisis estadístico efectuado, identificamos asociaciones significativas de riesgo de la hiperémesis gravídica materna con, grupo etáreo adolescente ($p = 0.01$) y con primigestas ($p = 0.01$) y en el recién nacido se halló las siguientes asociaciones muy significativas con: parto por cesárea ($p = 0.008$), Apgar < 7 x min ($p = 0.000$), Síndrome de distres respiratorio ($p = 0.006$) y Trastorno metabólico ($p = 0.000$). Conclusiones: Considerando 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.⁸

Amasifuen, LI. – Ruíz, N. “Diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de Población Mestiza y Nativa Quechua de la Ciudad de Lamas, Junio – Setiembre 2012”

Los resultados encontrados fueron: La incidencia ITU en la población mestiza fue el 63% (34) y de la población nativa Quechua el 37% (20). Un 73.53% (25) en las gestantes mestizas y con un 55% (11) en las gestantes nativas Quechua se encontraron entre las edades de 20 -34 años. Nivel educativo de gestante mestiza con 47.06% (16) estudios de nivel secundaria; mientras en las nativas Quechua el 50% (10) solo alcanzan el nivel de educación primaria. El estado civil en las gestantes mestizas es conviviente con 58.82% (20) al igual que las nativas Quechua el 65% (14). Las complicaciones atribuidas a la ITU se presentaron en un 23.53% (8) en las gestantes mestizas y en las nativas Quechua un 25% (5). Y entre las complicaciones la más frecuente fue en

las gestantes mestizas La amenaza de parto prematuro (3 casos) y en las nativas Quechua el Aborto (2 casos). Con predominio de gestantes en el II trimestre, el 52.94% (18) fueron primigestas en las mestizas y un 70%(14) eran multigestas en las nativas Quechua. Se llegó a la conclusión de que la ITU y complicaciones se presentan en mayor incidencia en las gestantes mestizas en comparación de las gestantes nativa Quechua.⁹

REGIONALES:

- **Cárdenas, R.: Prevalencia y factores predisponentes de Hiperemesis Gravídica- Hospital Santa maría del Socorro, Ica - 2013**

Los resultados muestran que la prevalencia de hiperemesis 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 estado civil conviviente constituye el 55.3%, la paridad donde se presenta la hiperemesis gravídica en mayor porcentaje son la nulíparas del 58.9%; siendo el grado de instrucción el de secundaria completa con 42.9%, el embarazo no planificado es el factor predisponentes más importante para la presencia de hiperemesis gravídica; presentándose entre la 8^{va} a 12^{ava} semana, los factores de edad, paridad, estado civil son factores predisponentes para la Hiperemesis gravídica.¹⁰

- **BASES TEÓRICAS**

2.2.1. HIPEREMESIS GRAVIDICA:

Se denomina Hiperémesis Gravídica (HG) a la presencia de náuseas y vómitos de manera muy frecuente e incontenible durante la primera mitad del embarazo la cual ocasiona alteraciones electrolíticas muy importantes con pérdida de peso. Este trastorno puede tornarse peligroso de manera muy rápida por lo que debe procurarse tener cuidado y acudir inmediatamente al médico.

El vómito es la expulsión violenta del contenido gástrico, duodeno yeyunal a través de la cavidad bucal. Es ocasionado por trastornos diversos: gastrointestinales, metabólicos, infecciosos , nerviosos, consumo de múltiples fármacos como expresión de sus reacciones adversas (morfina, digitálicos, fenitoína, histamina, quimioterápicos, aminofilina, salicilatos, antimicrobianos) y otros como infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca. También son frecuentes durante la primera mitad de la gestación, después de una intervención quirúrgica y en pacientes con cáncer terminal.¹¹

Para el manejo de este síntoma resulta imprescindible identificar la causa, ya que el tratamiento antiemético sin tener en cuenta su origen, puede enmascarar cuadros graves como los que ocasionan hipertensión intracraneal. La embarazada constituye una población especial y como tal debe ser atendida.¹¹ Los vómitos en el embarazo pueden ser simples o graves.

Los vómitos simples o emesis: son los que pueden presentarse en cualquier momento del día, no impiden la alimentación de la paciente y no repercuten sobre su estado general. La mayoría de las mujeres tienen al menos algunas náuseas y buena parte de las mismas pueden presentar vómitos. El diagnóstico es clínico, estos aparecen generalmente al levantarse y después de la ingestión de alimentos, sin esfuerzo y sólo contienen parte de lo ingerido .

Los vómitos graves o hiperemesis gravídica: Es el síndrome caracterizado por vómitos que ocurren tempranamente en el embarazo sin causa médica específica y son severos como para provocar deshidratación. Estos desaparecen generalmente después de tres o cuatro meses de gestación. El diagnóstico está dado por el detrimento del 6% o más del peso corporal o pérdida rápida de más de 10 libras de peso, mareos o desmayos, signos de deshidratación e hipovolemia.¹²

- **FACTORES DE RIESGO:**

- Antecedentes de hiperemesis gravídica en embarazos anteriores

- Estilo de vida inadecuados.
- Baja estatura.
- Edades extremas.
- Obesidad.
- Embarazo gemelar.
- Embarazo molar.
- Intolerancia a los anticonceptivos.
- Enfermedad vesicular.
- Hepatitis.

- **CAUSAS O ETIOLOGÍA**

Se desconoce con exactitud el origen de la “Hiperemesis gravídica”, y aunque se han propuesto varias teorías, la causa de este cuadro clínico sigue siendo oscura, si bien la experiencia indica que son varios factores los que desencadenan los vómitos. Se mencionan algunas de las teorías propuestas.

a) Hormonal: si se enfoca a la “Hiperemesis gravídica” desde un punto de vista orgánico, 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 esta hormona. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la “Hiperemesis gravídica” se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de embarazos múltiples o molares (embarazo en que la placenta se forma mal y se transforma en una masa; el feto no se desarrolla o lo hace de forma defectuosa y no puede vivir). Se ha propuesto la influencia de otras hormonas como causa de la “hiperemesis gravídica”, como los estrógenos, los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) producida en las glándulas suprarrenales, la hormona del

crecimiento y la prolactina. Las náuseas y los vómitos intensos se han asociado en algunos estudios con fetos femeninos.

b) Psicológica: Cuando se ha enfocado este cuadro clínico desde un punto de vista psicológico, llamó la atención que las mujeres con “Hiperemesis gravídica” no desean estar embarazadas aunque continúe con su embarazo, situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tienen ante la gestación. Al no poder expresar verbalmente este sentimiento, por miedo a ser criticadas o por autocensurarse, las embarazadas vomitan. Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de descargar sus sentimientos. Algunos estudios encuentran que tienen más vómitos las mujeres ansiosas, con tendencia a la depresión. Sin embargo también se presenta la “Hiperemesis gravídica” en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas. Lo aconsejable es considerar cada caso en particular, sin generalizar, indicando las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y mejorar el estado general, valorando si es necesario el apoyo psicológico. Hay autores que han comprobado que el 60% de las mujeres con “Hiperemesis gravídica” desarrolla depresión secundaria.

Es muy bueno que la embarazada hable con su obstetra quien, le explicará que la “Hiperemesis gravídica” es una situación transitoria, al mismo tiempo que le indica el tratamiento adecuado para evitar el deterioro de su salud.

c) Motilidad gástrica: durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir vómitos.

d) Déficit de vitaminas: la falta de vitamina “B” puede producir vómitos.

e) Presencia de “Helicobacter pilory”: es una bacteria que vive exclusivamente en el medio ácido de estómago, y que infecta la mucosa gástrica, produciendo gastritis o úlcera gástrica¹³

- **DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN**

La Hiperemesis gravídica se debe considerar como diagnóstico después de excluir una serie de patologías que pueden asociarse a vómito y embarazo. Entre estas alteraciones se encuentran las siguientes:

- **Gastrointestinales:** gastroenteritis viral, apendicitis, enfermedad vesicular, hepatitis, preeclampsia, hígado graso agudo, pancreatitis, hernia hiatal, enfermedad ulcerosa péptica.
- **Metabólicas:** cetoacidosis diabética, gastroparesia diabética, tirotoxicosis.
- **Renales:** cistitis, pielonefritis, urolitiasis, uremia.
- **Psiquiátricas:** desórdenes de la alimentación.

La sintomatología generalmente se inicia en las primeras semanas de embarazo y con frecuencia mejora después del primer trimestre, por tanto si el inicio de las náuseas y vómitos antecede el embarazo o aparecen después de las 20 semanas de gestación, se debe considerar seriamente otro diagnóstico.

A toda paciente con sospecha de HG, además de una adecuada evaluación clínica, se le deben realizar exámenes paraclínicos como los siguientes:

- **Exámenes de laboratorio general,** que incluye hematología completa, química, electrolitos y examen de orina.
- **Exámenes especiales** como pruebas de función hepática, renal y tiroidea, amilasas, proteínas totales y fraccionadas, urocultivo, gases arteriales y serología para Helicobacter pylori; que se realizan de

acuerdo a la clínica y severidad de la enfermedad. Estas pacientes también pueden presentar urea sérica disminuida, hematocrito elevado, alcalosis metabólica, acetonuria, peso específico urinario elevado , cobre sérico disminuido, zinc plasmático aumentado¹⁴

- Ecografía, que debe incluir un examen pélvico en busca de embarazo molar o gemelar; y una evaluación de las vías biliares, para descartar estasis de las mismas.

- **FISIOPATOLOGÍA**

Los vómitos frecuentes producen, deshidratación (perdida de electrolitos) y desnutrición grave provocando consigo la pérdida de peso de un 5% a 10% y por tanto comienza una producción y un aumento de los cuerpos cetónicos como combustible alternativo al faltar los requerimientos nutricionales, estos cuerpos cetónicos al acumularse en la sangre producen acidosis o desequilibrio ácido base del cuerpo, hay hemoconcentración e hipotensión.¹⁵

- **MANEJO Y TRATAMIENTO**

Los objetivos del manejo de la paciente con Hiperemesis Gravídica deben ser reducir las náuseas y vómitos, evitar el desequilibrio hidroelectrolítico y mejorar la nutrición. Sin embargo, el tratamiento específico debe ser individualizado con base en los siguientes criterios:

- Estado general y antecedentes médicos de la mujer embarazada.
- Gravedad de la enfermedad.
- Tolerancia de la paciente a medicamentos, procedimientos o terapias.
- Expectativas para la evolución de la Hiperemesis Gravídica.
- Opinión o preferencia de la paciente.

El manejo puede incluir tratamiento con medidas generales y terapias alternativas o con medicamentos específicos, como se señala a continuación:

a) No farmacológico

. Reposo en cama.- Cada gestante debe cambiar su conducta de acuerdo a su propio bienestar y evitar agregar estímulos para mejorar su condición, porque cada caso es diferente. La fatiga, tanto física como emocional, incrementa las náuseas matutinas y el solo hecho de permanecer en la cama unos 20 minutos más en la mañana, ingiriendo galletas, alivia considerablemente la sintomatología.

. Dieta.- Es el primer paso en el manejo de la Hiperemesis Gravídica y muchas pacientes no requieren de medicamentos adicionales. Se recomiendan comidas ricas en proteínas y carbohidratos secos, tales como galletas integrales, de harina de trigo y frutas secas, en poca cantidad, varias veces al día, en especial antes de sentir hambre y antes que sobrevengan las náuseas. Un estómago vacío o muy lleno es menos tolerado que un estómago parcialmente lleno, porque tanto la acidez gástrica como la hipoglicemia por períodos largos entre comidas, pueden desencadenar náuseas.¹⁶

Se debe eliminar el consumo de comidas muy condimentadas, fritas o grasosas, así como olores fuertes, humo de cigarrillo o perfumes. También es recomendable la ingesta de mucho líquido de sorbo a sorbo con sorbete, sobre todo si hay vómitos copiosos. Sin embargo, algunas mujeres se sienten aún más incómodas con la ingesta de líquido, por lo que se les puede recomendar frutas y verduras frescas con elevado contenido de agua como lechuga, melón, cítricos, etc. Se ha señalado el uso de almíbar de fructosa para controlar los vómitos, porque inhibe el peristaltismo de la musculatura lisa del tracto gastrointestinal^{13,15}.

Se recomienda, además, lavarse los dientes con una pasta que no aumente las náuseas, después de cada comida o vómito para mantener la boca fresca, reducir las náuseas y evitar lesiones en encías y dientes.

. Infusiones naturales.- jengibre. Se han recomendado una gran variedad de hierbas en forma de infusiones, como la menta, la frambuesa, la hierbabuena, el hinojo, el anís y el jengibre. Este último es el más estudiado por sus propiedades aromáticas, carminativas y absorbentes, 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. Actualmente también se encuentra disponible, en Estados Unidos, en forma de goma de mascar. Se ha señalado, que los gingeroles extraídos de la raíz del jengibre inhiben *in vitro* el antígeno del *Helicobacter pylori*, por lo cual también puede beneficiar a las pacientes que presentan esta infección. No se han señalado casos de malformaciones congénitas ni efectos secundarios.

. Acupresión y acupuntura. El efecto antiemético del punto Pc6, que se localiza en el antebrazo cerca de la muñeca, con el uso de brazaletes y acupuntura se ha evaluado en varios estudios. 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.

. Psicoterapia, hipnosis. Debido al componente psicossomático descrito desde hace años en la etiología de la HG, se han usado tratamientos alternativos, que no impliquen riesgo para la madre y el feto, entre estos se encuentran la psicoterapia, la hipnosis, el control de estímulos, el procesamiento de imágenes y las técnicas de relajación^{14,16,17}.

b) Farmacológico

Cerca del 10 % de las pacientes no responde a las medidas antes mencionadas y requerirán de terapia con los siguientes agentes farmacológicos:

. **Hidratación y electrolitos.**- En pacientes con cetonuria y deshidratación, la sola administración de fluidos y electrolitos puede mejorar el cuadro de náuseas y vómitos. Si la vía oral no es tolerable, se debe considerar la vía intravenosa; que puede ser de forma ambulatoria en la mayoría de las pacientes, pero en un 2 % de los casos requerirá de hospitalización. Se indica reposo gástrico las primeras horas, con una hidratación acorde a las pérdidas (3 000 a 4 500 mL/ 24 horas), alternando soluciones electrolíticas, como fisiológica o Ringer lactato con glucosadas; así como reposición de electrolitos séricos, según los resultados que se obtengan en los exámenes de laboratorio. Luego se inicia progresivamente la vía oral con una dieta como la descrita con anterioridad y una hidratación de mantenimiento 24 horas adicionales.

. **Piridoxina.**- Una reducción de la concentración de fosfato piridoxal en sangre de embarazadas y mujeres que ingieren anticonceptivos orales ha llevado a usar durante más de 40 años, de manera empírica, la vitamina B6 como tratamiento, a dosis de 10 a 25 mg vía oral tres veces al día por 5 días, con una reducción importante de los vómitos los primeros 3 días, pudiéndose repetir según persista la clínica. No se han encontrado efectos teratogénicos.

. **Antihistamínicos.**- Estos medicamentos se usan debido a los efectos inhibitorios de la respuesta del músculo liso gastrointestinal, a la sedación que producen por bloqueo de los receptores H1, a que no existe evidencia de malformaciones fetales con su uso y a los pocos efectos secundarios. Los más conocidos son los siguientes:

- Dimenhidrinato.- Es un fármaco antihistamínico, anticolinérgico, antivertiginoso y antiemético activo por vía oral y parenteral. La dosis es 50 a 100 mg cada 8 horas sin exceder los 300 mg/día.

- Otros: Se han usado otros fármacos antihistamínicos como la clorfeneramina, por vía oral a la dosis de 8 a 12 mg/día, en grageas de acción prolongada; y la doxilamina, por vía oral a la dosis de 25 mg al acostarse o 12,5 mg dos veces al día. Sin embargo, se necesitan más estudios para que se recomiende como terapia de primera elección.

. **Antieméticos.-** A pesar de que son medicamentos específicos para prevenir las náuseas, su uso se reserva para los casos en que los vómitos son tan severos y persistentes que pueden representar un riesgo potencial tanto para la madre como para el feto. Los más usados son los siguientes:

- Metoclopramida. Actúa como antagonista central de los receptores de dopamina y de forma periférica aumentando la acción de la acetilcolina en las sinapsis muscarínicas, estimulando el vaciado gástrico. La dosis es 10 mg, por vía oral, intramuscular o endovenosa, antes de cada comida; sin embargo, sus efectos distónicos o extra piramidales adversos pueden limitar su uso.

- Ondansetron. Es un antagonista de los receptores de serotonina (5-hidroxitriptamina), usado por primera vez en 1992. Como la serotonina no se ha visto implicada en la patogénesis de la Hiperemesis Gravídica, se ha reservado su uso para casos severos, con efectividad similar a la prometazina. La dosis en pacientes hospitalizadas es de 8 a 10 mg por vía endovenosa cada 8 horas las primeras 24 horas, luego se pasa a la vía oral cada 12 horas. Los efectos adversos más frecuentes son cefalea y sedación. No se han descrito efectos teratogénicos en ningún trimestre del embarazo^{15.18}.

. **Bloqueadores H2.-** Estos medicamentos no tienen una acción directa sobre los centros que producen náuseas o vómitos; sin embargo, su uso en mujeres embarazadas con Hiperemesis Gravídica permite reducir la secreción gástrica ácida, con lo que se logra mejorar la sintomatología

Los más usados son la ranitidina a la dosis de 150 mg cada 12 horas o 300 mg, al acostarse, vía oral o intramuscular, que es la que tiene menos efectos colaterales; y la cimetidina, a la dosis de 200 mg, vía oral, cada 6 horas; usada con menos frecuencia porque puede presentar efectos adversos como cefalea, mareos, malestar general, mialgias, prurito, diarrea y pérdida de la libido

. **Fenotiazinas.**- Ejercen su acción como antagonistas de la dopamina en la zona quimiorreceptora de disparo del vómito. Se deben administrar supervisión estricta porque producen somnolencia, hipotensión ortostática, congestión nasal, sequedad bucal, reacciones cutáneas y síntomas extra piramidales como trismo, rigidez y temblor en reposo. Su uso está limitado a pacientes que no responden a otro tratamiento y muchas veces requieren de hospitalización para su vigilancia. Potencian los efectos de otras drogas y del alcohol. Los más usados son la prometazina, que es la más segura y efectiva de las fenotiazinas en el tratamiento de Hiperemesis Gravídica y la dosis es de 12,5 a 25 mg, vía oral o intramuscular, cada 4 a 6 horas (59,62); y la clorpromazina, a la dosis de 10 a 25 mg cada 4 a 6 horas, por vía oral o rectal. Se considera inocuo para el feto, pero se han señalado efectos secundarios extra piramidales y somnolencia.

. **Esteroides.**- El uso de esteroides en hiperemesis fue introducido, en 1953, basado en la teoría de que existe una incapacidad del eje hipotálamo hipófisis- suprarrenal para responder a las elevadas demandas de producción de hormonas esteroideas en el embarazo temprano. A pesar de que este tratamiento fue desechado, por los efectos secundarios de los esteroides; se retomó recientemente como alternativa terapéutica, en mujeres con Hiperemesis Gravídica refractaria a otros tratamientos, con buenos resultados¹⁹, y tomando como criterio de severidad del cuadro la pérdida de peso materna mayor del 5 % al peso previo al embarazo. Los esteroides más usados son los siguientes:

-Metilprednisolona. Se considera de elección en mujeres con hiperemesis que no cede al tratamiento, debido a que la prednisolona, que es la forma bioquímicamente activa de la prednisona, se metaboliza en la placenta, con paso lento a través de la misma, por lo que el feto recibe aproximadamente el 10 % de la droga circulante en la madre. Además, la metilprednisolona tiene mayor potencia antiinflamatoria y menor retención de sodio que la prednisolona. El efecto antiemético, en casos severos es excelente, porque el 94 % responde dentro de los primeros 3 días. La dosis recomendadas son 48 mg diarios (16 mg tres veces al día) por vía oral por 3 días, luego se disminuye gradualmente hasta 5 mg diarios y se mantiene hasta por dos semanas. No se han descrito efectos adversos sobre el feto, peso al nacer, ni puntuación Apgar.

-Hidrocortisona. Se recomienda su uso en pacientes hospitalizadas que no responden a hidratación y antieméticos. Se administra 100 mg vía intravenosa cada 12 horas, siendo una primera dosis, en muchas ocasiones, suficiente para lograr la remisión total de los vómitos.

. **Nutrición enteral o parenteral.**- Cuando los fluidos intravenosos y la medicación no mejoran el cuadro, hay alto riesgo de desarrollar malnutrición y efectos adversos sobre el feto, por lo que el soporte nutricional es lo más importante en estas pacientes. Se puede recurrir a sondas naso enterales, porque se sabe que en mujeres con Hiperemesis Gravídica, el intestino distal al estómago es funcional. También se ha usado la sonda naso yeyunal, colocada con gastroscopio hasta por 40 días, observando adecuado aumento de peso materno. No tiene mayores efectos sobre la madre y el feto y es más económica que la nutrición parenteral. La desventaja es que puede necesitar cambios frecuentes cuando se obstruye por el vómito¹⁶. Otra

alternativa es la gastrostomía percutánea endoscópica en pacientes que no toleran las sondas orales.

- PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

. **Sobre la madre.**- La Hiperemesis Gravídica es una afección auto limitada y con buen pronóstico, que con adecuadas medidas remite espontáneamente alrededor de la semana 20. Suele recurrir en embarazos posteriores y no hay asociación con preeclampsia o parto pretérmino. Se han descrito casos de encefalopatía de Wernicke por deficiencia de vitamina B1 (tiamina), con nistagmus, cefalea, ataxia y alteraciones de conciencia. Se diagnostica cuando la paciente presenta niveles de piruvato sérico elevado que mejoran con la administración de glucosa. Se recomienda la profilaxis con 100 mg diarios de tiamina vía oral o intravenosa con soluciones glucosadas. Otras complicaciones son la mielinosis pontina cerebral por hiponatremia severa, la cual es mortal; coagulopatía por deficiencia de vitamina K, vaso espasmos de arterias cerebrales, neumomediastino espontáneo, ruptura esofágica y muerte¹⁶.

. **Sobre el feto.**- En casos de pacientes con una pérdida de peso mayor al 5 % al peso previo y malnutrición por tiempo prolongado, se ha señalado aumento en el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Algunos autores señalan malformaciones esqueléticas y del sistema nervioso central, y otros no encuentran teratogenicidad relacionada con hiperemesis, ni cambios en la puntuación Apgar al nacer, ni en la tasa de aborto y de mortalidad perinatal con respecto a la población general.¹⁹

-PREVENCIÓN

En pacientes con antecedentes de Hiperemesis Gravídica en embarazos anteriores ha resultado beneficioso la administración de multivitamínicos orales antes de la concepción y de antieméticos las primeras semanas de embarazo, previo al inicio de los síntomas, con lo que se disminuyen las

formas graves y se evita la aparición de esta patología en la mayoría de las mujeres²⁰

- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

. Patología no secundaria al embarazo:

- Patología Gastrointestinal.- gastroenteritis, hepatitis, colecistitis, apendicitis, pancreatitis, úlcera péptica, obstrucción intestinal, etc.
- Patología Neurológica.- migraña, tumores del SNC, lesiones vestibulares.
- Patología Genitourinaria.- pielonefritis, torsión quiste de ovario.
- Trastornos metabólicos y endocrinológicos.- hipertiroidismo, cetoacidosis diabética, insuficiencia suprarrenal.
- Efectos colaterales de fármacos, toxinas o sustancias químicas.
- Psicógenas.

. Patología secundaria al embarazo:

- Embarazo molar.
- Gestación múltiple.

2.2.2. INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO

La infección de tracto urinario es la presencia de bacterias en la orina acompañada de sintomatología irritativa urinaria y leucocituria, con respuesta inflamatoria de urotelio a la invasión bacteriana, que usualmente se acompaña de bacteriuria y piuria.¹⁵

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la presencia de bacterias en el tracto urinario que producen alteraciones morfológicas y/o funcionales. Cuando en una muestra de orina se detectan bacterias que no proceden del tracto urinario (puede deberse a una deficiente conservación de la muestra, uso de recipientes no estériles, mezcla con el flujo vaginal etc.) se habla de orina contaminada²¹.

- CLASIFICACIÓN

- a) **Bacteriuria asintomática:** Presencia de bacteriuria significativa en una mujer sin síntomas de infección del tracto urinario.
- b) **Cistitis:** Presencia de síntomas de la parte baja de las vías urinarias con bacteriuria significativa en un urocultivo.
- c) **Pielonefritis aguda:** Infección de la vía excretoria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones y que suele presentarse en el último trimestre de gestación y es casi siempre secundario a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o no tratada correctamente y que presenta signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente.

- FRECUENCIA Y EPIDEMIOLOGIA

Las infecciones del tracto de las vías urinarias como grupo constituyen la complicación médica más frecuente durante el embarazo con una incidencia de 5 a 10 %.

La tasa de bacteriuria asintomática durante el embarazo es similar a la de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo.

Un 20 a 40 % de las bacteriurias asintomáticas no tratadas evolucionan a pielonefritis aguda durante la gestación^{1,2,6} y con tratamiento antibiótico adecuado la progresión disminuye a un 3% ⁷.

La cistitis en el embarazo se considera una infección de las vías urinarias primaria, pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. Hasta un 50% de mujeres con clínica de cistitis resultan con urocultivo negativo y estos casos se denominan síndrome uretral agudo o cistitis abacteriana, y está asociado a infección por Chlamydia.

Hasta un 70% de las pielonefritis agudas durante la gestación son precedidas de bacteriuria asintomática y una correcta erradicación de la bacteriuria asintomática durante la gestación reduce en un 80% la evolución a pielonefritis aguda. La pielonefritis aguda es más frecuente durante la segunda mitad del embarazo, 4% se da durante el primer

trimestre, 67% durante el segundo y tercer trimestre y 27% en el puerperio²¹.

Aproximadamente el 33% de la pacientes con bacteriuria asintomática tratadas correctamente tendrán una recurrencia durante el embarazo, de igual manera sucede en las pacientes con cistitis, y el 25% de las pacientes con pielonefritis aguda tratadas tendrán una recurrencia.

- **ETIOLOGIA**

La mayor parte es producido por enterobacterias en un 90%, principalmente *Escherichia coli* en un 80 a 90%, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter spp*; otras bacterias Gram negativas como *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter*; y Gram positivos como *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus* del grupo B, y otros organismos como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*²¹.

Los organismos aislados en bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda son similares en mujeres gestantes y no gestantes. Además los uropatógenos que han sido aislados en cistitis es similar a los vistos en bacteriuria asintomática y los aislados en pielonefritis aguda son similares a los encontrados en cistitis y bacteriuria asintomática.

Los pacientes con bacteriuria por *Streptococcus* del grupo B deben recibir además tratamiento profiláctico con antibióticos en el intraparto

- **FACTORES DE RIESGO:**

Las mujeres tienden a presentar infecciones de las vías urinarias más a menudo que los varones debido a que la uretra es más corta en la mujer. Esto quiere decir que las bacterias pueden llegar a la vejiga más fácilmente.¹⁵

Un factor de riesgo es cualquier cosa que altere o impida el fluido normal de la orina, el vaciamiento vesical o facilite el acceso de gérmenes. Estos factores pueden clasificarse como:

- . Estado socioeconómico bajo,
- . Hemoglobina drepanocítica (Drepanocitemia),
- . Antecedente pregestacional de infección del tracto urinario,

- . Diabetes Mellitus y diabetes gestacional,
- . Vejiga neurógena, cálculos renal o uretral,
- . Multiparidad,
- . Inmunodeficiencia²¹

- CUADRO CLINICO

- . **Bacteriuria asintomática:** La complicación más importante es la pielonefritis aguda, además se ha demostrado relación con parto pretérmino y bajo peso al nacer. La asociación con anemia, preeclampsia, enfermedad renal crónica y endometritis son controversiales y poco probables.
- . **Cistitis:** La sintomatología se caracteriza por presencia de urgencia urinaria, polaquiuria, disuria, tenesmo vesical, dolor supra púbico, además se puede presentar hematuria, piuria y orina con mal olor. La cistitis no progresa a pielonefritis aguda, pero también se ha asociado a parto pretérmino y bajo peso al nacer.
- . **Pielonefritis aguda:** Fiebre, hipersensibilidad en el flanco, náuseas, vómitos, escalofríos, sudoración, hipersensibilidad del ángulo costo vertebral, puño percusión lumbar homo lateral suele exacerbar el dolor. Un 40% de pacientes tienen síntomas de infección del tracto urinario bajo principalmente disuria y polaquiuria ²⁴

-DIAGNOSTICO

- . **Bacteriuria asintomática:** mediante un urocultivo que demuestre la presencia de > 100,000 UFC/ml de un solo germen uropatógeno en una paciente sin clínica urinaria²².
- . **Cistitis:** principalmente por las manifestaciones clínicas y se debe incluir un urocultivo con por lo menos 100,000 UFC/mL de un uropatógeno. Los casos de pacientes con sintomatología urinaria pero sin una evidencia de una infección bacteriológica serán clasificados como síndrome uretral agudo.
- . **Pielonefritis aguda:** el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y se confirma con urocultivo con por lo menos 10,000 UFC/mL de un único uropatógeno de una muestra de chorro medio.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Hiperemesis gravídica.-** Es la presentación clínica más severa dentro del espectro de náuseas y vómitos que hace necesaria terapia intrahospitalarias. La sintomatología inicia entre 4 y 10 semanas, alcanzando su nivel máximo en 8 y 12 semanas. En la mayor parte de los casos se resuelve alrededor de las 20 semanas de gestación, pero hasta el 10% de los síntomas se extienden más allá de este periodo inclusive puede persistir a lo largo de todo el embarazo.
- **Gestación.-** La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.
- **Factores Predisponentes.-** Cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que el individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés .Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.
- **Edad.-** tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad
- **Paridad.-** deriva de la palabra parir, número de hijos que tiene una mujer
- **Estado civil.-** situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Infección del tracto Urinario.-** grupo heterogéneo de condiciones con etiologías diferentes, que tienen por denominador común la presencia de gérmenes en el tracto urinario, cuando este es habitualmente estéril, asociada a sintomatología clínica variable.
- **Bacteriuria asintomática.-** La bacteriuria asintomática se diagnostica en ausencia de manifestaciones clínicas de ITU por la presencia de bacteriuria significativa en muestras de orina adecuadamente obtenidas²².
- **Cistitis.-** La cistitis es una infección de la parte baja del tracto urinario, en concreto de la vejiga, que es causada por bacterias. La presencia de síntomas diferencia a la cistitis de la bacteriuria asintomática; esta última implica solo presencia de bacterias en un análisis de orina, pero sin

molestias de ningún tipo, y por tanto, no precisa de tratamiento excepto en casos concretos²².

- **Pielonefritis.-** La cistitis es una infección de la parte baja del tracto urinario, en concreto de la vejiga, que es causada por bacterias. La presencia de síntomas diferencia a la cistitis de la bacteriuria asintomática; esta última implica solo presencia de bacterias en un análisis de orina, pero sin molestias de ningún tipo, y por tanto, no precisa de tratamiento excepto en casos concretos²².

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

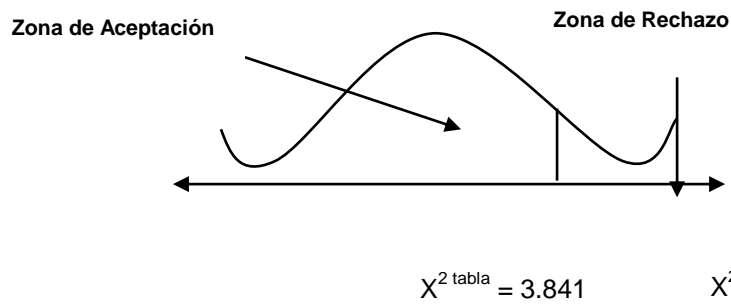
H_a = Existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016

H_0 = No existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016

Para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados arribados en el procesamiento de datos, con un margen de error del 5% se graficó la prueba del Chi- cuadrado con la siguiente formula: $X^2 = \sum \left(\frac{f_o f_e}{f_e} \right)^2$ con un 95% de confianza y grado de libertad de 1.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

| Hiperémesis gravídica e Infección del tracto urinario | | | | | |
|--|---------------------|----|--|--|---|
| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
| Chi- cuadrado de Pearson | 11,094 ^a | 1 | 0.001 | | |
| Corrección de continuidad^b | 8.544 | 1 | 0.003 | | |
| Razón de verosimilitud | 13.580 | 1 | 0.000 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | 0.001 | 0.001 |
| Asociación lineal por lineal | 10.909 | 1 | 0.001 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | |



Como el chi cuadrado calculado es mayor que el chi cuadrado de la tabla, se rechaza la H_0 y se acepta la H_a concluyéndose que:

Existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016.

RESULTADOS

“Relación entre Hiperemesis Gravídica con la Infección del Tracto Urinario en Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2016”

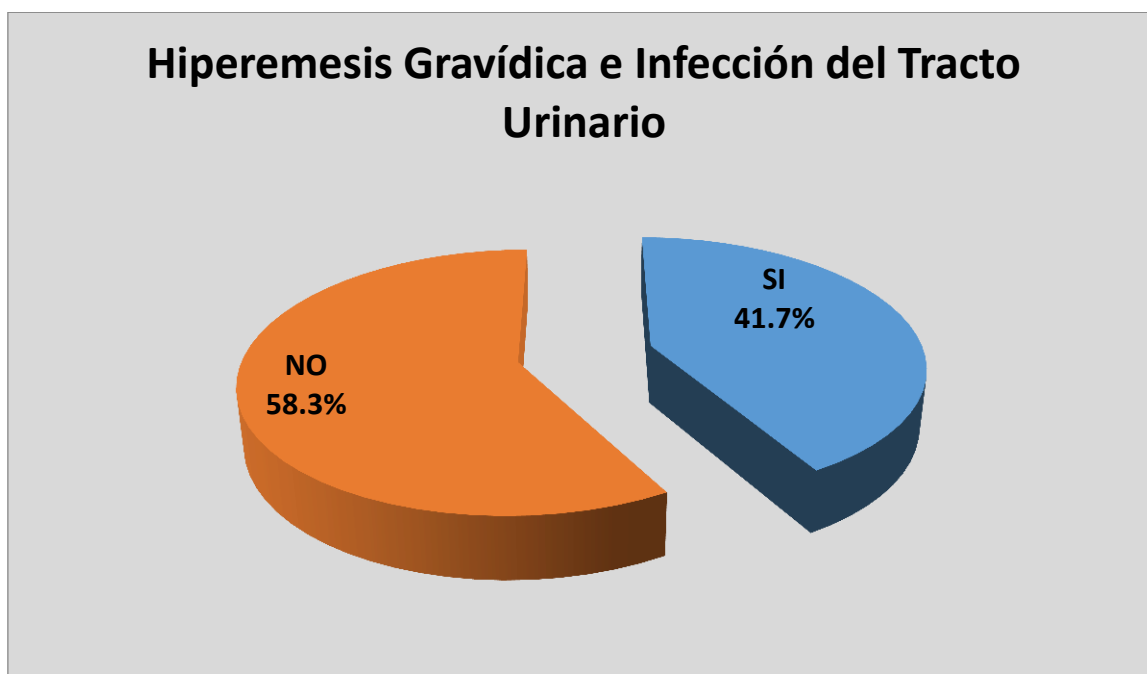
Tabla N° 01

Hiperemesis Gravídica e Infección del Tracto Urinario

| Infección del Tracto Urinario | Hiperemesis Gravídica | |
|-------------------------------|-----------------------|------------|
| | N° | Porcentaje |
| Si | 25 | 41.7% |
| No | 35 | 58.3% |
| Total | 60 | 100% |

Fuente: ficha de recolección de datos

Se observa que del total de pacientes Hiperemesis gravídica el 41.7% presentó infección del tracto urinario y el 58.3% no presentaron.



“Relación entre Hiperemesis Grávidica con la Infección del Tracto Urinario en Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2016”

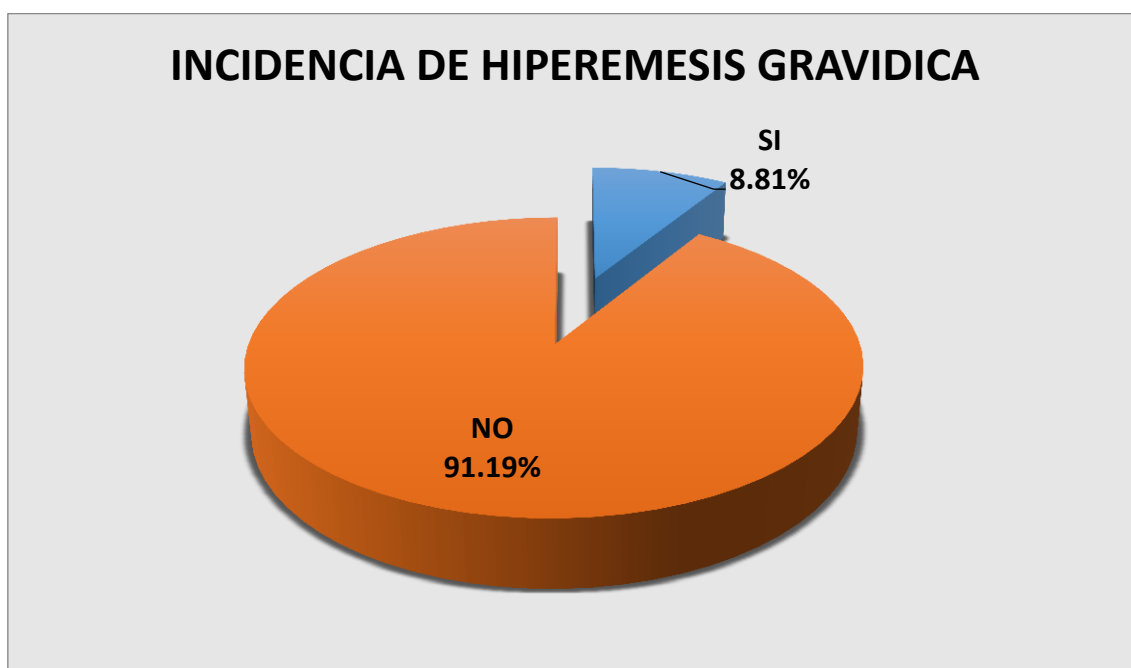
Tabla N° 02

Según Incidencia de Hiperemesis Grávidica

| HIPEREMESIS GRAVIDICA | N° | Porcentaje |
|------------------------------|-----------|-------------------|
| SI | 60 | 8.81% |
| NO | 621 | 91.19% |
| TOTAL | 681 | 100% |

Fuente: ficha de recolección de datos.

La incidencia de la hiperemesis grávidica es del 8.81%, el 91.19% no presentaron esta patología obstétrica.



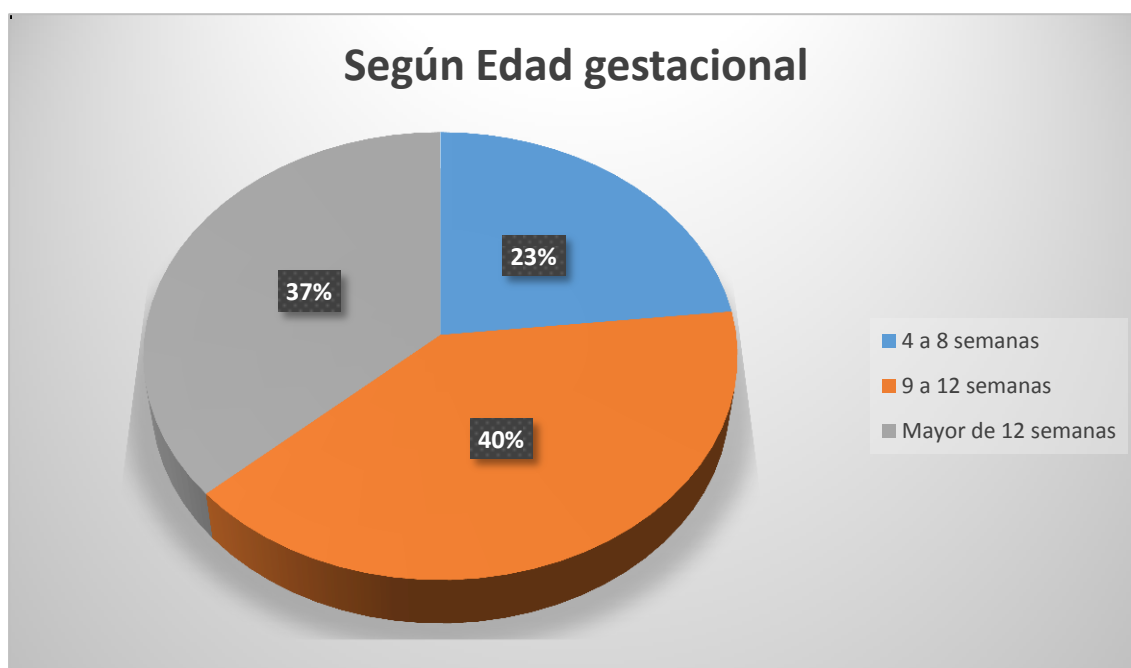
“Relación entre Hiperemesis Grávida con la Infección del Tracto Urinario en Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2016”

Tabla N° 03
Según Edad Gestacional

| EDAD GESTACIONAL | | |
|----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 4 a 8 semanas | 14 | 23.3 % |
| 9 a 12 semanas | 24 | 40.0 % |
| Mayor de 12 semanas | 22 | 36.7 % |
| Total | 60 | 100.0 % |

Fuente: ficha de recolección de datos

El 40% de gestantes que presentó tuvieron una edad gestacional entre 9 a 12 semanas, el 36.7% mayor a 12 semanas y el 23.3% entre 4 a 8 semanas



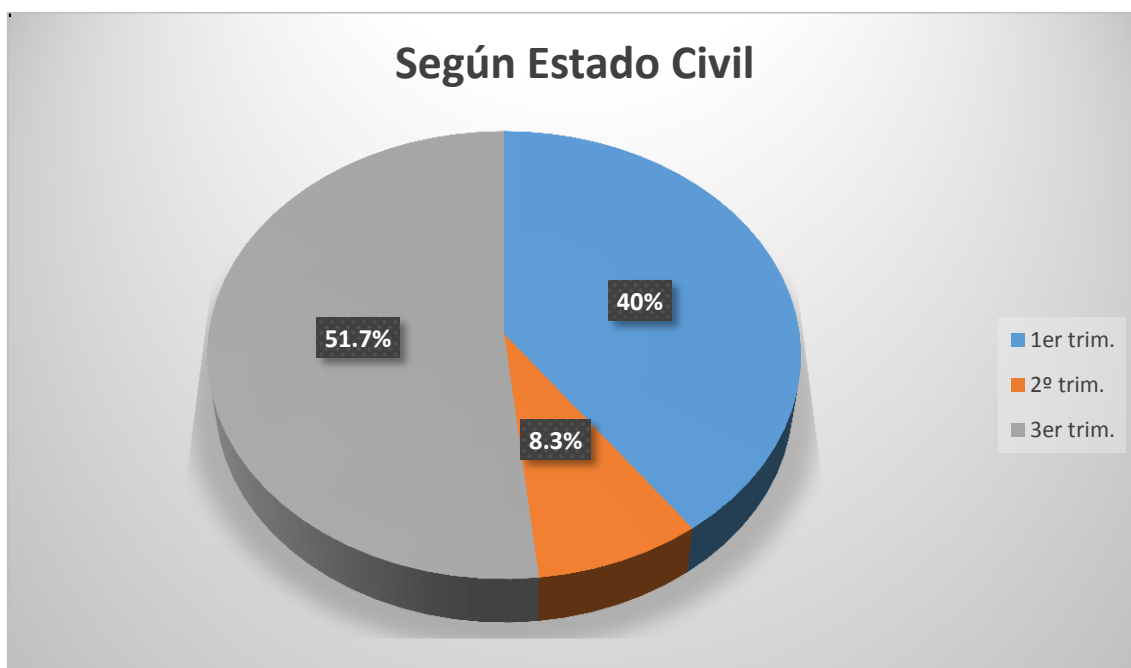
“Relación entre Hiperemesis Grávida con la Infección del Tracto Urinario en Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2016”

Tabla N° 04
Según Estado Civil

| Estado Civil | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|-------------|------------|------------|
| Válido | Soltera | 24 | 40.0 % |
| | Casada | 5 | 8.3 % |
| | Conviviente | 31 | 51.7 % |
| | Total | 60 | 100.0 % |

Fuente: ficha de recolección de datos

El 51.7% de pacientes fueron convivientes seguido del 40% solteras y sólo el 8.3% casadas



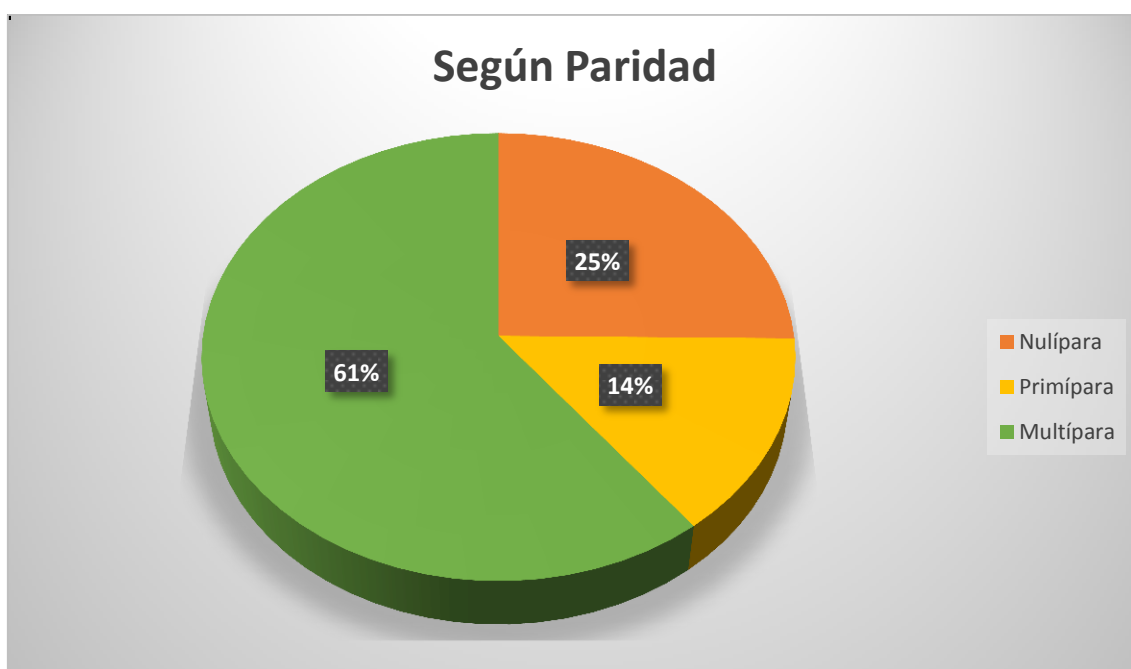
“Relación entre Hiperemesis Grávida con la Infección del Tracto Urinario en Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2016”

Tabla N° 05
Según Paridad

| PARIDAD | | |
|------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Nulípara | 35 | 58.3 % |
| Primípara | 20 | 33.3 % |
| Múltipara | 5 | 8.3 % |
| Total | 60 | 100.0 % |

Fuente: ficha de recolección de datos

Del total de gestantes, el 58.3% fueron nulíparas seguido del 33.3% primíparas y sólo el 8.3% múltiparas.



“Relación entre Hiperemesis Grávidica con la Infección del Tracto Urinario en Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2016”

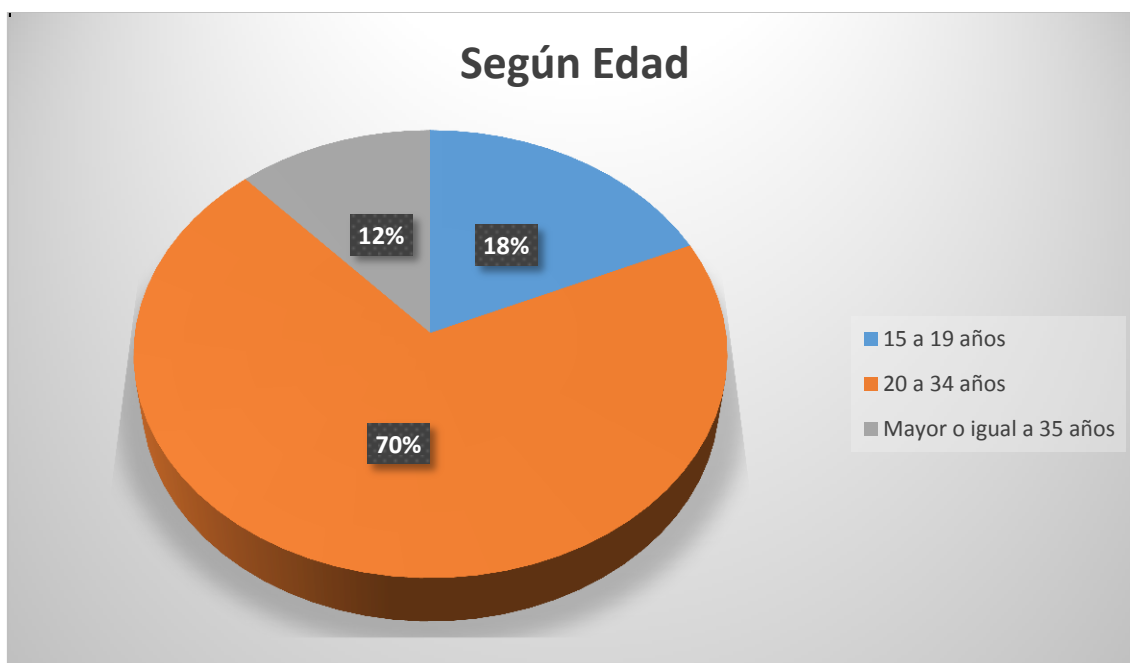
Tabla N° 06

Según Edad

| EDAD | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 15 a 19 años | 11 | 18.3 % |
| 20 a 34 años | 42 | 70.0 % |
| Mayor o igual a 35 | 7 | 11.7 % |
| Total | 60 | 100.0 % |

Fuente: ficha de recolección de datos

Se observa que el 70% de las pacientes tienen edades entre 20 a 34 años, seguido del 18.3% entre 15 a 19 años y el 11.7% tuvieron igual o mayor a 35 años.



DISCUSION

De las pacientes con Hiperemesis gravídica el 58.3% presentó infección del trato urinario coincidimos con el estudio de Amasifuen, LI, en Lamas Loreto por lo que aceptamos esta investigación.

La incidencia de la Hiperemesis Gravídica en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2016 fue del 8,81% manteniendo la incidencia de años anteriores coincidiendo con el estudio de Cárdenas, R en Ica en el año 2013 aceptando este estudio; no coincidimos con los estudios de Rivas, M y López, J. en Venezuela al igual que Oscanoa, I. en Lima quienes encontraron una incidencia mucho menor que la nuestra por lo que rechazamos estos estudios.

La edad gestacional donde mayormente se presenta esta patología obstétrica es entre las semanas 9 a 12 con 40% coincidiendo con el estudio de Oscanoa, I. en Lima como menciona la literatura que esta patología se presenta a partir generalmente a partir de la 8 va semana por el pico máximo de las gonadotrofina Coriónica por lo que aceptamos esta investigación.

La edad de las gestantes donde se presenta la Hiperemesis Gravídica oscila entre 20 a 34 años con 70% coincidiendo con el estudio de Rivas, M y López, J. en Venezuela, Oscanoa, I. en Lima y Cárdenas, R en Ica aceptando estas investigaciones.

La nuliparidad se presenta con el 58.3% en el Hospital Santa maría del Socorro concordando con el estudio de Rivas, M y López, J. en Venezuela y con Cárdenas, R en Ica por lo que aceptamos estos estudios; nuestros resultados difieren con el estudio de Oscanoa, I. en Lima quien encontró mayor porcentaje en multíparas por lo tanto rechazamos este estudio.

Las gestantes convivientes con 51.7% son las que presentan Hiperemesis Gravídica como en el estudio de Cárdenas, R. en Ica durante el año 2013

CONCLUSIONES

1. Existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016
2. La incidencia de la Hiperemesis gravídica e ITU en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2016 fue del 8.81%.
3. La edad gestacional donde se presenta la Hiperemesis Gravídica e ITU oscila entre las 9 a 12 semanas de gestación.
4. El estado civil de las pacientes que presentaron Hiperemesis Gravídica e infección del tracto urinario es de convivientes
5. Las pacientes estudiadas fueron mayormente nulíparas.
6. La edad de las pacientes donde se presenta la Hiperemesis Gravídica e infección del tracto urinario se encuentra entre los 20 a 34 años.
7. La infección del tracto urinario se presenta en un mayor porcentaje en gestantes con hiperemesis gravídica.

RECOMENDACIONES

1. El profesional que atiende a las gestantes del Hospital Santa María del Socorro deberá protocolizar para que en la atención de éstas se descarte infección del tracto urinario.
2. La unidad de investigación del Hospital Santa María del Socorro debe propiciar, entre el personal involucrado en la atención materna, investigaciones sobre los factores predisponentes para la presencia de Hiperemesis Gravídica e infección del tracto urinario.
3. El personal involucrado en la atención de las gestantes del Hospital Santa María del Socorro deberá tener en cuenta la edad gestacional donde mayormente se presenta la hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario para evitar complicaciones que dañen al producto.
4. El personal del Hospital Santa María del Socorro que atiende a las gestantes deberá realizar actividades promocionales a fin de que las gestantes entre las edades de 20 a 34 años no presenten complicaciones durante su gestación como son, la infección del tracto urinario e hiperemesis gravídica.
5. Los profesionales del Hospital Santa María del Socorro que atienden a la gestante en consulta externa deben realizar interconsultas con el servicio de Psicología a las gestantes nulíparas ya que la hiperemesis tiene bastante connotación psicológica.
6. El personal involucrado en las actividades preventivas promocionales en gestantes deberá tomar en cuenta el tema sobre cuidado personal en las pacientes a fin de evitar la presencia de infección del tracto urinario en gestantes convivientes.
7. EL personal responsable de la atención del Hospital Santa María del Socorro deberá realizar consejerías a las gestantes en su primera atención prenatal sobre higiene personal a fin de que no se presente la infección del tracto urinario durante el embarazo.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Barrom WM, Lindheimer - : Trastornos médicos durante el embarazo.MD, editores.. 3.a ed. Madrid: Harcourt; 2012
2. Lancu I, Kotler M, Spivack B, Radwan M, Weizman - A. Psychiatric Aspects of Hyperemesis Gravidarum. Psychother Psychosom. 2010
3. Fihn SD.: Clinical practice: acute uncomplicated urinary tract infection in women N Engl J Med 2010
4. Sheffield JS Cunningham FG Urinary tract infection in women Obstet Gynecol 2009.
5. Hiperemesis Gravidica: causas disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos92/hiperemesis-gravidica/hiperemesis-gravidica.shtml#ixzz339fgMVTw>
6. Rivas G, José Ramón López G, Belkis Colmenares, Daicy Silva G, Eduardo Rodríguez G, Samuel Alvarado ⁷- 2007-2008 Hiperemesis gravídica en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" . Puerto Cabello, Edo. Carabobo. Venezuela
7. Calderón, U.- Doren, A. – Abarzúa, F.: “ Pielonefritis Aguda en el Embarazo y Susceptibilidad Antimicrobiana de Uropatógenos. Comparación de dos décadas – Venezuela – 2012.
8. Oscanoa, I.: Resultados Perinatales en Gestantes que presentaron Hiperemesis Gravidica en el INMP-Lima,2011
9. Amasifuen, LI. – Ruíz, N. “Diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de Población Mestiza y Nativa Quechua de la Ciudad de Lamas, Junio – Setiembre 2012”
10. Cárdenas, R.: Prevalencia y factores predisponentes de Hiperemesis Gravidica- Hospital Santa maría del Socorro, Ica - 2013
11. Torres J Hiperémesis gravídica., disponible en (http://latina.obgynnet/sp/articulos/Diciembre99/emesis_grav.htm) 10 de octubre del 2012.
12. Martínez, F. Gonadotropina, disponible en (<http://www.monografias.com/trabajos11/gch/gch.shtml>) 28 de octubre de 2012.

13. http://saludmujer.idoneos.com/index.php/Embarazo/Hiperemesis_Grav%C3%ADica
14. González, A. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica, disponible en (<http://www.elsevier.es/en/node/2525493>) 2011.
15. Lombardía, J. Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida. Segunda Edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2011
16. Sibaja, L. Manejo de Hiperémesis Gravídica, disponible en: (<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>) 16 de abril del 2012
17. Botella, J. Tratado de Ginecología, Décima cuarta edición, España, Ediciones Días de Santos, 2009.
18. Botero, J. Obstetricia y Ginecología texto integrado, Séptima edición, Colombia, Quebecor World-Bogotá, 2007
19. Deuchar N. Nausea and Vomiting in Pregnancy: a Review of the Problem with Particular Regard to p Psychological and social Aspects. Br J Obstet Gynaecol- 2010
20. Botella, J. Tratado de Ginecología, Décima cuarta edición, España, Ediciones Días de Santos, 2009.
21. Lagomarsino, E. Infección al tracto urinario disponible en: [http://escuela med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualpe/ituped.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualpe/ituped.html)); Colombia
22. Pacheco J. Infección de las vía urinaria en el embarazo. 2007
23. Rubinstein, A.- Terrasa,S.: Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria- edit. Médica panamericana 2010
24. Nolasco C. Infección de vías urinarias. El Salvador. 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos19/infeccion-viasurinarias/infeccion-vias-urinarias.shtml>
25. Hernández F. Frecuencia de bacterias aisladas de urocultivos positivos en pacientes atendidos en el hospital nacional rosales. El Salvador. Enero- 2012. Pag. 11-12. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/218/1/10136021.pd>

“RELACION ENTRE HIPEREMESIS GRAVIDICA CON LA INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, 2016”

2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO GENERAL | HIPOTESIS | VARIABLES | INDICADORES | INSTRUMENTO | PRUEBA DE SIGNIFICANCIA |
|--|---|---|---|--|-------------------------|--|
| <p>Principal: ¿Qué relación existe entre la hiperemesis gravídica con la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016?</p> <p>Secundarios: -¿Cuál es la incidencia de la hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016?</p> | <p>General: Determinar la relación que existe entre la hiperemesis gravídica con la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016</p> <p>Específicos: -Conocer la incidencia de la hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016.</p> | <p>Existe relación directa entre la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro en el año 2016</p> | <p>Variable independiente Infección del tracto urinario</p> <p>Variable dependiente Hiperemesis gravídica.</p> <p>Variables intervinientes: Edad.</p> | <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>15-19 años 20-34 años ≥ a 35 años</p> | <p>Historia clínica</p> | <p>Prueba estadística de chi cuadrado</p> <p>Distribución porcentual</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|--|--|--|
| <p>-¿A qué edad gestacional se presenta la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016?</p> <p>-¿Es el estado civil, paridad y la edad factores condicionantes para la presencia de hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016?</p> | <p>Investigar a qué edad gestacional se presenta la hiperemesis gravídica y la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016</p> <p>Analizar si el estado civil, paridad y la edad son factores condicionantes para la presencia de hiperemesis gravídica e infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro en el año 2016</p> | | <p>Estado civil</p> <p>Paridad</p> | <p>Soltera. Casada. Conviviente</p> <p>Nulípara, Primípara. Múltipara.</p> | | |
|---|---|--|------------------------------------|--|--|--|

3.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RELACION ENTRE HIPEREMESIS GRAVIDICA CON LA INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, 2016

N° HC:.....

N° FICHA:

Edad: -.....

Paridad: G:..... P:

Edad gestacional:

Estado civil:

Infección del tracto urinario:

Si..... No.....

Fecha urocultivo:

Hospitalización: Si: No:

Hiperemesis gravídica:

Si: No:.....

Hospitalización: Si: No:

Patología asociada: Si: No

Tipo de patología: