



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

**“PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPEREMESIS
GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO
2014 - 2016”**

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

BACHILLER:

LIDIA PARIONA CAHUANA.

ASESORA:

MG. ENMA ZORAIDA SEDANO MIRAVAL

PISCO – PERU

2017

DEDICADO A:

Mi padre Fortunato Pariona por todo su amor, comprensión y apoyo para seguir logrando mis objetivos.

AGRADEZCO A:

Dios por acompañarme y ser mi guía desde el inicio de mi formación profesional hasta este momento cúspide de mi carrera.

La universidad Alas Peruanas filial Pisco por difundir educación para la formación de profesionales con capacidad y competencia en el área de ciencias de la salud.

Mi asesora Enma Sedano Miraval por su profesionalismo e impartir sus conocimientos para la conclusión con éxito de la investigación realizada.

Mis docentes por brindar sus conocimientos en todos los años de enseñanza.

Mis compañeros con las cuales compartimos grandes e inolvidables momentos.

INDICE

	Pag.
CARÁTULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento de problema	09
1.2. Formulación del Problema	12
1.2.1. Problema Principal	12
1.2.2. Problemas Secundarios	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos	12
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	13
1.5. Limitaciones de la Investigación	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	15
2.2. Bases Teóricas	20
2.3. Definición de términos Básicos	35
2.4. Hipótesis de la Investigación	36
2.5. Variables	36
2.5.1. Variable Independiente	36
2.5.2. Variable Dependiente	36
2.5.3. Operacionalización de las variables	37

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1.	Diseño de la Investigación	38
3.1.1.	Tipo de Investigación	38
3.1.2.	Nivel de Investigación	38
3.1.3.	Método	38
3.2.	Descripción de ámbito de la investigación	39
3.3.	Población y Muestra de la Investigación	39
3.3.1.	Población	39
3.3.2.	Muestra	39
3.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	39
3.4.1.	Técnicas	39
3.4.2.	Instrumentos	39
3.5.	Validez y Confiabilidad del Instrumento	39
3.6.	Plan de Recolección de Datos	40

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.	Resultados	41
------	------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1.	Discusión	49
------	-----------	----

CONCLUSIONES	52
---------------------	----

RECOMENDACIONES	53
------------------------	----

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	54
-------------------------------	----

ANEXOS	57
---------------	----

RESUMEN

La hiperémesis gravídica se presenta entre el 1 al 3 % de las gestantes, el pico de incidencia es entre 8 y 12 semanas, es más frecuente en los primeros embarazos, en adolescentes, en multíparas, con antecedentes de hiperémesis en un embarazo anterior, en obesas y en aquellas que no desean la gestación.

Objetivo: Determinar la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016

Material y métodos: Investigación no experimental, transversal, descriptiva porque presenta una variable, retrospectiva.

Población muestral: las gestantes atendidas entre los años 2014 y 2016 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco Perú dentro del criterio de inclusión.

Resultados: La prevalencia de hiperémesis gravídica en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es de 2.1%. La frecuencia de hiperémesis gravídica según edad corresponde el 43.8% son menores de 20 años y el 56,2% son de 20 a más años de edad. La frecuencia de malas relaciones con su pareja es de 56.2% y los que presentan buenas relaciones con su pareja es de 43.8%. La frecuencia de recién nacidos masculinos fue de 59.4% y los que presentaron hijos femeninos son el 40.6%. La frecuencia de gestantes que proceden den zonas rurales es de 46.9% y el 53.1% proceden de zonas urbanas. La frecuencia de gestantes con grado de instrucción primaria fue de 28.1% el 43.8% presentaron grado de instrucción secundaria y el 28.1% presentaron grado de instrucción superior.

Palabras clave: Hiperemesis gravídica, prevalencia, epidemiologia

ABSTRACT

Hyperemesis gravidarum occurs in 1% to 3% of pregnant women, the peak incidence is between 8 and 12 weeks, is more frequent in the first pregnancies, in adolescents, in multiparous women, with a history of hyperemesis in a previous pregnancy, in Obese and in those who do not want gestation.

Objective: To determine the prevalence and epidemiological aspects of hyperemesis gravidarum in pregnant women attended at Hospital San Juan de Dios de Pisco from 2014 to 2016

Material and methods: Not experimental, transverse, descriptive research because it presents a variable, retrospective.

Sample population: pregnant women attended between 2014 and 2016 in the San Juan de Dios Hospital of Pisco Peru within the inclusion criteria.

Results: The prevalence of hyperemesis gravidarum in Hospital San Juan de Dios de Pisco is 2.1%. The frequency of hyperemesis gravidarum according to age corresponds to 43.8% are under 20 years and 56.2% are 20 to more years of age. The frequency of bad relationships with his partner is 56.2% and those with good relationships with his partner is 43.8%. The frequency of male newborns was 59.4% and those who presented female children were 40.6%. The frequency of pregnant women coming from rural areas is 46.9% and 53.1% from urban areas. The frequency of pregnant women with primary education was 28.1%, 43.8% had secondary education, and 28.1% had higher education.

Key words: Hyperemesis gravidarum, prevalence, epidemiology

INTRODUCCIÓN

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 - 2.0 %, 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, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol.

En la mujer gravídica las náuseas y los vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%, siendo la principal causa de ausentismo laboral en aproximadamente un 35 % de los casos inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo.

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.

Algunos factores predisponentes para la HG son el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, HG previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, diabetes gestacional, trastorno depresivo, trastorno hipertiroides, úlcera péptica y asma.

La HG acontece generalmente en mujeres jóvenes, primíparas, estrato social bajo y con productos de género femenino. El porcentaje de madres con HG es aún mayor cuando el sexo del embrión es femenino respectivamente de 55.6% en comparación al masculino de 44.4%. En madres con el antecedente de más de 3 admisiones hospitalarias la distribución es aún mayor de 62.5% para el género femenino y 37.5 % para el masculino. ⁽¹⁾

El estudio busca investigar la prevalencia y conocer los aspectos epidemiológicos de la Hiperemesis Gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre el 2014 y 2016.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La gestación es un proceso fisiológico que va generar una serie de cambios en el organismo materno, con la finalidad de adaptarlo al desarrollo del feto, al parto y lactancia.

Es muy importante conocer la existencia de estos «cambios fisiológicos» y su expresividad clínica con el fin de no generar iatrogenia, solicitando pruebas complementarias o exploraciones, que van a generar ansiedad en las pacientes e incrementar notablemente el gasto sanitario. Sin embargo, también es cierto, la necesidad de conocer bien estos «síntomas y signos normales» para poder identificar el límite entre lo realmente fisiológico y lo patológico.

Las náuseas y vómitos 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 semanas tras la última regla, si bien en el 7% se inician antes de la primera falta menstrual. La hiperémesis gravídica se presenta a nivel mundial entre el 1 al 3 % de las gestantes, el pico de incidencia es entre 8 y 12 semanas, es más frecuente en los primeros embarazos, en adolescentes, en multíparas, con antecedentes de hiperémesis en un embarazo anterior, en obesas y en aquellas que no desean la gestación. La mortalidad es casi nula 3/100,000.

Este cuadro es más frecuente entre las 6 de la mañana y el mediodía, razón por la cual también se denomina «enfermedad matutina», aunque en la mayoría de las pacientes persisten durante las 24 horas.

En el 30% de las pacientes las náuseas y vómitos se resuelven en la décima semana de gestación, un 30%, alrededor de la semana 12 y en otro 30%, en la semana 16, y solo un 10% de las gestantes continua con la sintomatología después de durante el primer trimestre de la gestación.

La incidencia de la HG es mayor en los casos de: nuliparidad, obesidad, gemelaridad, adolescentes, raza negra, bajo nivel sociocultural, enfermedad trofoblástica, malformaciones fetales (triploidia asociada a mola parcial) y antecedentes de hiperémesis gravídica en gestaciones previas.

En España el espectro más grave de esta situación clínica conocido como hiperémesis gravídica es mucho menos frecuente y afecta en realidad al 0,5-2 % de todas las gestaciones.

En México su prevalencia es del 0.3-2.3%.

Se conocen al menos 2 deficiencias de vitaminas relacionadas con la hiperémesis grave: vitamina K, cuyo déficit acarrearía alteraciones hemorrágicas (gingivitis hemorrágica, hematemesis, melenas, purpuras y manchas petequiales cutáneas), así como hemorragias subconjuntivales y de la retina, que obligan a estrechos controles oftalmológicos.

Pueden aparecer alteraciones neurológicas por déficit de tiamina o vitamina B1, dando lugar al síndrome de Wernicke-Korsakoff. El síndrome de Korsakoff es la fase amnésica crónica, que se caracteriza por una incapacidad total para el aprendizaje de material nuevo y deterioro de la memoria reciente, con una memoria remota relativamente preservada. El

síndrome de Wernicke es un cuadro neurológico agudo, caracterizado por oftalmología, ataxia y alteraciones confusionales.

Ambos síndromes se deben a que la tiamina actúa como cofactor de la enzima alfaceto glutarato deshidrogenasa; su déficit disminuye el consumo cerebral de glucosa produciendo una lesión mitocondrial y disminuyendo la producción energética. La administración de sueros glucosados, al igual que ocurre en los alcohólicos, acentúa el déficit de tiamina, precipitando la clínica neurológica.

En la literatura científica se ha descrito la asociación de la hiperémesis con fetos de bajo peso al nacimiento. Se han descrito aumentos de malformaciones congénitas del sistema nervioso central y del esqueleto, aunque no parece establecida la relación causa-efecto.

Se ha especulado con la posibilidad de que los cuerpos cetónicos puedan tener efectos adversos en el desarrollo neurológico del feto.

En Latinoamérica Costa Rica la hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 - 2.0 %, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo.

En un estudio en Trujillo se determinó una prevalencia de hiperémesis en el Perú del 0.7%.⁽²⁾

Conociendo la gravedad y las consecuencias que puede ocasionar en la madre y el recién nacido y habiendo observado que en el Hospital San Juan de Dios de Pisco se presentan estos cuadros y dado que los datos que encontramos en la literatura médica sobre su incidencia son antiguos, realizamos un estudio de las gestantes de nuestro medio, con el fin de incorporarlo a nuestra revisión enriqueciendo de esta manera la información de esta patología que ayudaría en la prevención y manejo de esta enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.S.1. ¿Cuál es la prevalencia de hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016?

P.S.2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016?

P.S.3. ¿Cuáles son las características culturales que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E.1. Establecer la prevalencia de hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016.

O.E.2. Determinar las características sociodemográficas que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016.

O.E.3. Determinar las características culturales que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La gestación es un proceso fisiológico que va generar una serie de cambios en el organismo materno, con la finalidad de adaptarlo al desarrollo del feto, al parto y lactancia. Es muy importante conocer la existencia de estos «cambios fisiológicos» y su expresividad clínica con el fin de no generar iatrogenia, solicitando pruebas complementarias o exploraciones, que van a generar ansiedad en las pacientes e incrementar notablemente el gasto sanitario. Sin embargo, también es cierto, la necesidad de conocer bien estos «síntomas y signos normales» para poder identificar el límite entre lo realmente fisiológico y lo patológico.

De acuerdo a lo que refiere Costero la hiperémesis gravídica se considera como una hepatopatía en el embarazo, debido a que aparece en el primer trimestre y sugiere que puede acompañarse de disfunción hepática severa, aunque el hígado histológicamente sea normal.

Las náuseas y vómitos de la gestación son una situación fisiológica frecuente en la embarazada.

Cuando el cuadro se agrava presentando vómitos continuos e intensos que imposibilitan la correcta alimentación de la gestante nos encontramos ante una hiperémesis gravídica, 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.

Entre los simples vómitos gestacionales y la hiperémesis gravídica existe una multitud de cuadros con grados de intensidad intermedios, sin que se observen claras diferencias etiopatogénicas. 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 esta entidad significativamente mayor.

En la mayoría de los casos, representa la manifestación más 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.

IMPORTANCIA

En la práctica clínica, la hiperémesis gravídica 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.

Este desenlace es poco frecuente en la actualidad, si bien aún se produce como con secuencia directa de la hiperémesis gravídica o bien de las intervenciones frente a la misma. Representa la causa más frecuente de ingreso hospitalario durante la primera mitad de la gestación y se estima que solo el gasto anual derivado de la hospitalización de estas pacientes supera los 500 millones de dólares en México no se tiene una cifra.

La importancia de la investigación radica en un mejor conocimiento de los factores sociodemográficos y culturales de los pacientes que presentan esta patología, así como la frecuencia con que se presenta la que ayudará en un mejor manejo de la enfermedad en este nosocomio donde no existe información científica al respecto.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación solo tiene alcance al Hospital de estudio es decir Hospital San Juan de Dios de Pisco.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

González-González A, Álvarez-Silvares E, Veiga-Vázquez A, Gómez-Mosquera M. (2011). Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica. España. Las náuseas y vómitos de la gestación (NVG) son una situación fisiológica frecuente en la embarazada. Suelen ser esporádicos, preferentemente matutinos, con capacidad de alterar la calidad de vida de la gestante, pero sin repercusión

en su estado metabólico. 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. Entre los simples vómitos gestacionales y la HG existe una multitud de cuadros con grados de intensidad intermedios, sin que se observen claras diferencias etiopatogénicas.⁽³⁾

De Haro, K; Toledo, K; Fonseca, Y; Arenas, D; Arenas, H; Leonher, K. (2015). Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura Nutrición Hospitalaria. España. Objetivo: Demostrar la efectividad del soporte nutricional en un caso de Hiperémesis gravídica asociado a desnutrición severa. Se trata de una femenina de 25 años con hiperémesis gravídica, que tuvo pérdida de peso de 17.7%, deshidratación, trastornos electrolíticos y arritmias, manejada con nutrición enteral y parenteral en domicilio hasta la semana 26 de gestación logrando cubrir el 70% de sus requerimientos calóricos por vía oral, obteniendo un producto sano y una madre estable nutricionalmente al final del embarazo. Conclusiones: El manejo multidisciplinario y un soporte nutricional especializado en este tipo de casos es imprescindible para llevar al paciente y al producto al final del embarazo en óptimas condiciones.⁽⁴⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Oscanoa-Huaman I. 2013. Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Objetivo. Identificar los resultados perinatales en gestantes que presentaron hiperémesis gravídica en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, año 2011. Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se revisó las historias clínicas de gestantes que estuvieron hospitalizadas por hiperémesis gravídica y la base de datos de sus neonatos. Resultados. Hubo 166

casos, prevalencia 1.10%. Fueron adolescentes 22.9%, primigestas 37.3%, hubo cuadro emético en gestación anterior 8.4% y no desearon el embarazo 18.7%. La edad gestacional de ocurrencia de hiperémesis fue entre 8 y 12 semanas 40.4%. En 83.3% la culminación del embarazo fue a término y se efectuó cesárea en 32.6% con diagnóstico principal de sufrimiento fetal agudo, preeclampsia severa y cesareada anterior. De los recién nacidos 55.1% fue de sexo femenino, 65.9% pesó entre 3000 y 3999 gramos y 92% tuvo Apgar más de 7 x minuto. De los recién nacidos 3.6% ingresó a UCI, 9.4% presentaron dificultad respiratoria y 8.4% trastorno metabólico. Se identificaron asociaciones significativas de riesgo de hiperémesis con, grupo etéreo, adolescente ($p < 0.01$) y con primigestas ($p < 0.01$) y en el recién nacido identificamos asociaciones muy significativas con: nacidos por cesárea ($p < 0.008$), Apgar < 7 x min ($p < 0.000$), síndrome de distrés respiratorio ($p < 0.006$) y trastorno metabólico ($p < 0.000$). Conclusión. Las gestantes adolescentes y las primigestas constituyen riesgo para la presentación de hiperémesis; y en el recién nacido hay mayor probabilidad de nacimiento por cesárea y riesgo de tener Apgar menor a 7 por minuto, hacer síndrome de distrés respiratorio y trastorno metabólico. ⁽⁵⁾

Larrabure, G. Farfán, H. Aragón, R. Cruz V. (2012). Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperémesis gravídica. Universidad de San Marcos Lima Perú. Objetivos: Determinar en gestante con HG las curvas de crecimiento fetal por ecografía (CCF) y peso al nacer (PAN). Diseño: Descriptivo, prospectivo. Institución: Hospitalización y consultorio de endocrinología, Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Participantes: Gestantes con HG y sus recién nacidos (RN). Intervenciones: En los recién nacidos (RN) de 45 gestantes con diagnóstico de HG, se obtuvo antropometría del RN (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%; primigestas 57%, secundigestas 28,5% tercigestas 14,5%, parto eutócico 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. Hubo 2 macrosómicos. ⁽⁶⁾

Villanueva Flores, L. Zelada Leiva E. (2015). Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperémesis gravídica.

Perú. Con el objetivo de determinar la existencia o no de diferencias significativas de la personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de Hiperémesis Gravídica se llevó a cabo un estudio descriptivo comparativo cuya muestra estuvo conformada por dos grupos: uno conformado por gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de Hiperémesis Gravídica en los hospitales Belén y Regional de la ciudad de Trujillo y otro grupo conformado por gestantes sin diagnóstico de hiperémesis 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. Se encontró diferencias significativas en las escalas: evitativo, autoderrotistas, esquizotípico, borderline y paranoide. Asimismo, las gestantes con Hiperémesis Gravídica obtuvieron significancia clínica en las escalas: Evitativo, Narcisista, Compulsivo, Agresivo Sádico. Pasivo Agresivo y Paranoide. Se encontró también significancia estadística en el grado de instrucción (superior completa), paridad (1^o y 2^o hijo) y la planificación del embarazo. ⁽⁷⁾

Minchola Alvarez, V. (2013). Hiperémesis Gravidica como factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista

Alegre. enero – diciembre. Lima. Objetivo: Determinar si la hiperémesis gravídica constituye un factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. Material y Métodos: La población de estudio estuvo constituida por 246 historias clínicas de Gestantes a término según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 19 pacientes con Retardo en el crecimiento intrauterino y 227 pacientes sin Retardo en el crecimiento intrauterino. Resultados: La frecuencia de pacientes con Hiperémesis Gravídica y RCIU en nuestro estudio fue de un 10,2% y de 7,7% respectivamente; con una asociación altamente significativa ($p < 0,001$). El promedio de pacientes con poca ganancia de peso y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con RCIU ($p < 0.001$). Conclusiones: El promedio de pacientes que presentaron hiperémesis con baja ganancia de peso y anemia si constituyen factores de riesgo asociados con el retardo en el crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. ⁽⁸⁾

Linares Mori, L. (2014). Hipermesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Objetivo: Determinar si la hiperémesis gravídica severa es factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 92 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin hiperémesis gravídica. Resultados: El análisis estadístico sobre los resultados neonatales adversos en estudio fueron: bajo peso al nacer (RR: 2.26; $p < 0.05$), prematuridad (RR: 1.94; $p < 0.05$), pequeño para edad gestacional (RR: 4.25; $p < 0.01$). Conclusiones: La hiperémesis gravídica severa es factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos tales como la prematuridad, el bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional. ⁽⁹⁾

ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron estudios en la Ciudad de Pisco.

2.1. BASES TEÓRICAS

GENERALIDADES. -

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. Uno de los síntomas más tempranos que se presenta son las náuseas y el vómito, o su presentación clínica más severa: la hiperémesis gravídica. Se presenta entre el 1 al 3% de las gestantes (náuseas y vómito en un 70% y 50% de los embarazos respectivamente), obligando a los médicos de cuidado primario a que garanticen intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para la protección del binomio madre e hijo durante el control prenatal.

Los síntomas inician a las cuatro semanas de gestación y se extienden hasta las 12 y 15 semanas de gestación. Alrededor del 50% de las pacientes con náuseas y vómito en el embarazo tienen problemas laborales, el 25% no trabajan durante la enfermedad; un 50% alteran sus relaciones sociales y 55% sentirán depresión.

Se ha estimado en EEUU que la carga financiera del problema oscila en alrededor de US\$ 130 millones al año, representados en 39.000 consultas al año por causas del vómito y las náuseas, con un costo promedio de US\$ 3.300 cada una. ⁽¹⁰⁾

HIPEREMESIS GRAVÍDICA EPIDEMIOLOGÍA. -

Las náuseas y vómito en embarazo 50 – 90% de las gestaciones. En todos los estratos sociales, prima en gestantes jóvenes, mujeres bajo nivel educativo y social, trabajo de tiempo parcial – fumadoras, consumidoras de alcohol y obesas, frecuencia embarazo múltiple enfermedad trofoblástica, en la ½ de mujeres desaparece a las 14 semanas de gestación, más frecuentes países occidentalizados, otras asociaciones cuerpo lúteo en el ovario derecho y sexo F.

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

gonadotropina coriónica, estrógenos o ambos. Se ha demostrado que el receptor hCG/ LH el cual se encuentra presente en las células del cuerpo lúteo del ovario produciendo el estímulo de la progesterona sobre la decidua para la comunicación inicial entre el blastocisto y el endometrio, además se encuentra presente en distintas áreas del cerebro como en el hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral lo cual explica HG. También se ha postulado que la hCG causa HG 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.⁽¹¹⁾

FACTORES INFLUYENTES

La etiología de las náuseas y vómitos de la hiperémesis gravídica es desconocida. En la actualidad se considera que probablemente sea multifactorial. Se ha relacionado con:

1. Factores hormonales. Se ha considerado:

Concentraciones séricas altas de la hormona gonadotropina coriónica (HCG), como ocurre en las gestaciones gemelares o en la enfermedad trofoblástica, o bien su incremento brusco en la sangre materna. Esta teoría se basa en la coincidencia del inicio del cuadro de náuseas y vómitos con la elevación de HCG sérica. También es bien sabido que las gestaciones molares presentan cuadros más severos de náuseas y vómitos en la gestación.

Se han demostrado valores de estrógenos más elevados en mujeres con hiperémesis. Schiff et al. Informan que gestantes con enfermedad grave tienen un aumento de 1,5 veces de probabilidad de tener un feto de sexo mujer, lo cual apoya el papel de los estrógenos en su fisiopatología.

En las primeras semanas de gestación, se detecta un aumento de la tiroxina libre y un descenso de la tirotrópica (TSH), pero múltiples estudios indican que estos cambios se deben a la actividad de la HCG y no a la alteración primaria del eje hipotálamo-hipofisitiroides.

La HCG está formada por 2 unidades polipeptídicas. La subunidad es idéntica a las hormonas LH, FSH y TSH; por lo que comparte actividad estimuladora del tiroides, lo cual justifica el incremento de tiroxina libre y el descenso por retroalimentación negativa de la TSH. La subunidad es específica de la HCG. La HG se ha relacionado con la hipofunción corticoide: la HG recuerda clínicamente a la insuficiencia corticosuprarrenal y además la administración de corticotropina (ACTH) mejora el cuadro en algunas pacientes. Se presentaría durante los 4 primeros meses porque a partir del quinto mes las suprarrenales del feto suplirían el deficiente aporte de la madre. Pero no existen pruebas de que la hormona corticosuprarrenal este disminuida.⁽¹²⁾

- La progesterona se ha relacionado con la etiopatogenia de la entidad, debido a su papel en la disminución de la motilidad gástrica, esofágica e intestinal; además de producir una relajación del esfínter esofágico inferior.
- Algunos estudios también han implicado a la prolactina la somatotropina y los andrógeno.

2. Factores neurológicos. Se ha demostrado una mayor labilidad del sistema nervioso vegetativo, con enlentecimiento del vaciado gástrico. También se ha señalado una relación de las náuseas y los vómitos con la serotonina, y se han observado buenos resultados cuando se trata la hiperémesis con antagonistas de los receptores de serotonina.

3. Factores psicológicos. Las hipótesis planteadas se dividen en 3 categorías:

El psicoanálisis considera la HG como un fenómeno de conversión o somatización. La asocian con gestaciones no deseadas y personalidades histérica o inmadura. Estos autores describen que muchas mujeres con hiperémesis gravídica no deseaban estar embarazadas, aunque continuaban con su gestación generando una

situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene ante su gestación. Al no poder expresar verbalmente este sentimiento, por miedo a la crítica o por autocensura, las embarazadas vomitarían. 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.

- Psicológica: Cuando se ha enfocado este cuadro clínico desde un punto de vista psicológico, llamó la atención que las mujeres con hiperémesis gravídica no desean estar embarazadas, aunque continúe con su embarazo, situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene 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 hiperémesis gravídica en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas. Lo aconsejable es 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 hiperémesis gravídica desarrolla depresión secundaria.

- Una incapacidad de respuesta de la gestante para adaptarse al estrés de la gestación. Simpson et al. al igual que el grupo de Seng afirman que la hiperémesis no es un trastorno de conversión, y aunque no es posible afirmar que no exista un componente psicológico subyacente, parece evidente que no se trata de una enfermedad exclusivamente psíquica. Otros autores, actualmente, sostienen que los síntomas psicológicos son el resultado del estrés

derivado de la afectación física de la hiperémesis, más que de una causa de la misma.⁽¹³⁾

4. Factores alérgicos o inmunológicos. 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.

5. Factores digestivos. Se ha descrito una mayor incidencia de anticuerpos anti-*Helicobacter pylori* en pacientes con HG. Este dato se podría utilizar como método de cribado en las pacientes con riesgo de presentar HG. Frigoet al. Demostraron que el 90,5% de las pacientes con hiperémesis eran positivas frente a *Helicobacter pylori*, mientras que en el resto de las gestantes la incidencia no supero el 46,5%. Otros estudios señalan que la erradicación de *Helicobacter pylori* mejora la clínica de la HG. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron la pancreatitis y el reflujo gastroesofágico.

La manifestación clínica de esta entidad es la presencia de náuseas y vómitos de predominio matinal, pero que en los casos graves se prolongan durante todo el día, ocasionando pérdida de peso superior al 5% y deshidratación. Las pacientes suelen referir que los vómitos están desencadenados por algunos olores, visiones o la ingesta de alimentos. Es frecuente la presencia de sialorrea y modificaciones del apetito y el gusto, aliento fétido, epigastralgias y, en ocasiones, hematemesis por erosión de la mucosa gastroesofágica.

Cuando el cuadro se mantiene sin tratamiento o sin respuesta a este, se manifestarán los síntomas relacionados con la deshidratación, como palidez y sequedad de mucosas (labios con erosiones, lengua seca y con grietas, encías enrojecidas con úlceras y faringe con petequias), pobre turgencia cutánea (signo del pliegue), hipotensión ortostática, taquicardia y oliguria.⁽¹⁴⁾

COMPLICACIONES.

El síndrome de Mallory-Weiss (hematemesis asociada a erosiones o ulceraciones esofágicas secundarias a vómitos persistentes), síndrome de

Mendelson (neumonía por aspiración), síndrome de Boerhave (rotura esofágica secundaria a vómitos violentos), neumotórax, insuficiencia renal aguda de causa prerrenal, mielolisis central pontica y vasospasmo de arterias cerebrales.

La encefalopatía de Wernicke es poco frecuente, pero se asocia a las principales causas de mortalidad en las pacientes, se presenta por la deficiencia de tiamina posterior a 3 semanas de vómitos persistentes caracterizada por la triada de anormalidades oculares, confusión y ataxia de la marcha se presenta en el 46.9% de los casos. Se debe sospechar ante la presencia de una paciente con historia de síntomas neurológicos, la resonancia magnética (MR) es el método gold standard, demarca lesiones simétricas alrededor del cuarto ventrículo. También es posible la presencia de neuropatías periféricas por deficiencia de vitaminas B6 y B12, síndrome de Mallory –Weiss (desgarro esofágico), trombosis consecuente a la deshidratación y el reposo prolongado, se encuentran además grados variables de insuficiencia renal aguda por causas prerrenales.

Se conocen al menos 2 deficiencias de vitaminas relacionadas con la hiperémesis grave: vitamina K, cuyo déficit acarreará alteraciones hemorrágicas (gingivitis hemorrágica, hematemesis, melenas, púrpuras y manchas petequiales cutáneas), así como hemorragias subconjuntivales y de la retina, que obligan a estrechos controles oftalmológicos. Pueden aparecer alteraciones neurológicas por déficit de tiamina o vitamina B1, dando lugar al síndrome de Wernicke-Korsakoff. El síndrome de Korsakoff es la fase amnésica crónica, que se caracteriza por una incapacidad total para el aprendizaje de material nuevo y deterioro de la memoria reciente, con una memoria remota relativamente preservada. El síndrome de Wernicke es un cuadro neurológico agudo, caracterizado por oftalmoplejía, ataxia y alteraciones confusionales. ⁽¹⁵⁾

Ambos síndromes se deben a que la tiamina actúa como cofactor de la enzima alfaceto glutarato deshidrogenasa; su déficit disminuye el consumo cerebral de glucosa produciendo una lesión mitocondrial y disminuyendo la producción energética. La administración de sueros glucosados, al igual que ocurre en los alcohólicos, acentúa el déficit de tiamina, precipitando la clínica neurológica. En la literatura científica se ha descrito la asociación de

la hiperémesis con fetos de bajo peso al nacimiento. Se han descrito aumentos de malformaciones congénitas del sistema nervioso central y del esqueleto, aunque no parece establecida la relación causa-efecto. Se ha especulado con la posibilidad de que los cuerpos cetónicos puedan tener efectos adversos en el desarrollo neurológico del feto. El riesgo de recurrencia de HG en embarazos posteriores se estima en un 15,2%. Curiosamente, este riesgo se reduce cuando existe un cambio de la paternidad. El riesgo de HG en el segundo embarazo se incrementa con el aumento del intervalo de tiempo entre las gestaciones. ⁽¹⁶⁾

DIAGNÓSTICO. -

La hiperémesis gravídica se define de manera variable como vómitos lo suficiente graves como para producir pérdida de peso, deshidratación, acidosis, alcalosis e hipopotasemia, en algunas mujeres aparece disfunción hepática transitoria.

Es necesario diferenciar la HG de otras patologías como la pancreatitis, pielonefritis, apendicitis y otros trastornos metabólicos por lo que ante la sospecha se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: cetonas en orina, nitrógeno ureico, creatinina, enzimas hepáticas, electrolitos, amilasa y pruebas de función tiroidea.

Las pruebas complementarias que nos pueden ayudar son:

1. Pruebas de laboratorio: hemograma (hemoconcentración), pruebas de coagulación, ionograma (hiponatremia, hipocaliemia, hipocloremia), proteínas totales (hipoproteinemia), pruebas de función hepática y pancreática, equilibrio ácido-base (alcalosis metabólica) y análisis de orina (cetonuria, elevación de la osmolaridad, disminución del volumen urinario y del aclaramiento de creatinina).

Es de mal pronóstico encontrar un aumento en las cifras de nitrógeno ureico, creatinina, ácido úrico, urea, transaminasas y osmolaridad sérica; así como la disminución de forma importante de la reserva alcalina, el sodio y el potasio. En casos graves se debería solicitar la colaboración del nefrólogo.

2. Otras: en función de la gravedad del cuadro y ante la posibilidad de aparición de complicaciones (derivadas de las alteraciones

hidroelectrolíticas) o ante dudas para efectuar un correcto diagnóstico diferencial, se pueden pedir otras pruebas complementarias como β -HCG seriada (en casos de gestaciones muy incipientes o dudas diagnósticas), ecografía obstétrica (para valoración de la vitalidad fetal, número de embriones, descartar enfermedad trofoblástica, etc.), urocultivo (para realizar el diagnóstico diferencial con una infección urinaria), ecografía hepatobiliar (por la posibilidad de afectación hepática, en los casos más graves, o para hacer diagnóstico diferencial con enfermedades hepáticas), hormonas tiroideas (para hacer diagnóstico diferencial con un posible hipertiroidismo⁷), fondo de ojo (diagnóstico diferencial con una hipertensión intracraneal) y electrocardiograma (cuando la sintomatología y las alteraciones hidroelectrolíticas lo requieran).⁽¹⁷⁾

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Vómito más de 3 veces al día
- Pérdida de peso < 5% del peso inicial del embarazo.
- Cualquier grado de deshidratación.
- Desequilibrio electrolítico.
- Cetonuria.
- El inicio entre la cuarta y la octava semana.
- Continúa hasta la catorce o dieciséis semanas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Existen muchas entidades que pueden ocasionar síntomas durante el embarazo

Condición gastrointestinal: Gastroparesia, gastroenteritis, acalasia, enfermedades de la vía biliar, hepatitis, obstrucción intestinal, úlcera péptica, pancreatitis, apendicitis aguda.

Condición genitourinaria: Pielonefritis, uremia, torsión ovárica, cálculos renales.

Condición metabólica: Cetoacidosis diabética, porfiria, enfermedad de Addison, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo.

Enfermedades neurológicas: Pseudotumor cerebral, lesiones vestibulares, migraña, tumores del sistema nervioso central.

Condiciones del embarazo: falla hepática aguda del embarazo, preeclampsia.

Otras condiciones: intolerancia o toxicidad a medicamentos, condiciones psicológicas. ⁽¹⁸⁾

COMPLICACIONES MATERNAS DE LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

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. El diagnóstico se da con la resonancia magnética, donde se evidencian lesiones simétricas en el acueducto y el cuarto ventrículo.

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

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

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

Mecánicas: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de Mallory Weiss), neumotórax a tensión, desprendimiento de retina y avulsión esplénica. ⁽¹⁹⁾

COMPLICACIONES FETALES POR LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Estudios observacionales mostraban la relación que existía entre la hiperémesis gravídica, el peso al nacer de los recién nacidos y la prematurez.

Estudios de cohorte retrospectivos mostraron que mujeres con hiperémesis y pérdida de peso de 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; los mismos estudios mostraron una tasa de parto pretérmino tres veces mayor en mujeres con hiperémesis gravídica, con pérdida de peso.

Se puede concluir que había variables de confusión que pudieron afectar los resultados, y que tenían que ver más con la pobre ganancia de peso materno que con la hiperémesis gravídica; no se encontró diferencia en la mortalidad perinatal.

Otros autores comparten la teoría de que la hiperémesis gravídica podría tener un factor protector contra mortalidad y malformaciones como labio leporino y paladar hendido

VALORACIÓN INICIAL EN URGENCIAS DE LA PACIENTE CON HIPEREMESIS ANAMNESIS

Preguntar por el inicio de los síntomas: generalmente el embarazo produce un inicio gradual de los síntomas, comenzando con anorexia continuando con las náuseas y después los vómitos. El inicio de los vómitos tras la semana 9 debe hacernos sospechar otras causas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: Hemograma y estudio de coagulación; ionograma; pruebas hepáticas; pruebas pancreáticas (amilasa); proteínas totales; equilibrio ácido base; hormonas tiroideas.

Análisis de orina (cetonuria, aumento de la osmolaridad). Descartar infección urinaria

Ecografía obstétrica: valorar número de embriones y enfermedad trofoblástica.⁽²⁰⁾

PAUTA DE ACTUACION

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:

Formas leves o moderadas (tratamiento ambulatorio)

Se debe comenzar, tras un correcto diagnóstico diferencial, con unos consejos higiénico-dietéticos: reposo, fraccionamiento de alimentos con comidas pequeñas y frecuentes, postura corporal, dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas, mejor alimentos sólidos y fríos (evitar en lo posible los líquidos y los alimentos calientes), evitar condimentos, bebidas con gas, tabaco, alcohol, drogas y olores o alimentos desencadenantes (alimentos fritos y grasientos). Es muy importante tranquilizar a la paciente, explicándole que es un trastorno benigno y que suele cesar espontáneamente a partir de la semana 12 de gestación. Asimismo, puede ser necesario un apoyo psicológico.

Cuando las medidas anteriores no sean suficientes y para evitar la progresión del cuadro, se aconseja tratamiento farmacológico con uno de los siguientes medicamentos: succinato de doxilamina (generalmente dos comprimidos al acostarse y uno al levantarse) o diciclomina (uno o dos comprimidos antes de las comidas); es conveniente asociar suplementos vitamínicos con piridoxina y tiamina. Si persiste el cuadro se puede pautar: metoclopramida, 5-10 mg antes de cada comida o sulpiride (acción antiemética, que actúa directamente sobre el centro del vómito y sedante) una o dos cápsulas antes de cada comida. En casos más graves, se puede optar por administrar otros fármacos que parecen detener con rapidez los vómitos en la embarazada: omeprazol (categoría C de la Food and Drug Administration [FDA], 20 mg/día), ondansetrón (categoría B de la FDA, 8-32 mg/día).

Habitualmente una emesis simple suele responder a las medidas higiénico-dietéticas, apoyo psicológico y tratamiento simple farmacológico; si no cede a pesar del mismo, se debe derivar al especialista.

Formas graves o hiperémesis gravídica (tratamiento hospitalario)

Se debe realizar el ingreso hospitalario en la Unidad de Medicina Materno-Fetal con aislamiento de la paciente en habitación oscura, prohibición de

visitas, reposo absoluto, dieta absoluta y evitar todo tipo de estímulos externos. Al ingreso se debe realizar control de constantes, peso, 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 [BUN], iones y cuerpos cetónicos en orina), ecografía y todas las pruebas complementarias que se consideren necesarias, según casos. Control posterior de constantes por turno y valoración de peso, diuresis o iomograma cada 24 h, mientras exista descompensación.

El tratamiento de la deshidratación, alteraciones metabólicas y electrolíticas se lleva a cabo mediante: dieta absoluta, sueroterapia (2.000-3000 cc/24 h según estado clínico y peso de la paciente, alternando soluciones electrolíticas isotónicas y glucosadas al 10%; intentar conseguir diuresis de 1.000 cc/24 h o superiores) y reposición de electrólitos en función del ionograma (*sodio*: utilizar suero salino hipertónico si los niveles de sodio están por debajo de 115 mEq/l o mediante la administración de 60-150 mEq de ClNa/24 h; evitar la reposición rápida y excesiva para no provocar lesión neurológica; *potasio*: se puede utilizar ClK y aspartato potásico, la dosis depende de los valores analíticos, pero sin pasar de 100-200 mEq/24 h.; *calcio*: iniciar tratamiento cuando el calcio plasmático sea inferior a 8,5 mg/dl, con preparados de gluconato cálcico 10% [0,2-0,3 mEq/día] y cloruro cálcico 10%, no mezclar con otras soluciones; *magnesio*: se administra sulfato de magnesio al 15% [0,35-0,45 mEq] cuando el magnesio sérico sea inferior a 1,4 mEq/l; *fósforo*: con cifras menores de 1 mg/dl, administrar fosfato monosódico intravenoso, 2,5-5 mg/kg diluido en 500 cc de suero glucosado; *cloro*: 60-150 mEq de ClNa/24 h).

Se deben corregir las alteraciones del equilibrio ácido-base para evitar afecciones neurológicas; asimismo, se administrarán vitaminas B₆ (100 mg/día), B₁ (100 mg/día) y C (1 g/día).

Los requerimientos nutricionales se distribuirán de la siguiente forma: energéticos (35-45 cal/kg/día según estrés medio o intenso), glucosa (mínimo de 100-150 g para conseguir balance de nitrógeno positivo; velocidad de infusión menor a 5 mg/kg/min), lípidos (1-2,5 g/kg/día) y proteínas (0,8-2 g/kg/día).⁽²¹⁾

El arsenal farmacológico se basa en administrar un antiemético, habitualmente metoclopramida (10 mg/8 h, diluidos en la sueroterapia), un ansiolítico, generalmente diazepam (2-10 mg intramuscular o intravenoso, si la paciente presenta agitación psicomotriz) y vitaminas (B1, B6 y C, a las dosis previamente comentadas); en los casos rebeldes al tratamiento expuesto puede ser necesaria la administración de esulpiride (10-30 mg/día), omeprazol (20mg/día), ondasetrón (8 a 32mg/día), corticoides (cuando han fracasado otros tratamientos), prometazina (categoría C de la FDA) o difenhidramina (categoría C de la FDA).

En situaciones graves puede ser necesaria la nutrición artificial enteral o parenteral (periférica o central).

Como tratamientos alternativos podemos emplear psicoterapia, acupuntura, terapia conductual, hipnoterapia y estimulación eléctrica del sistema vestibular.

Iniciar la dieta oral y retirar la sueroterapia de forma gradual cuando mejore la clínica (al menos 48 horas sin vómitos), los controles analíticos se normalicen y cese la pérdida de peso. Administrar dieta líquida y luego pastosa o blanda (se puede iniciar la ingestión con alimentos fríos en pequeñas cantidades), suspender la sueroterapia y continuar con metoclopramida oral, a dosis de 10 mg, antes de las comidas. Si continúa asintomática, se inicia dieta normal y se continúa con el antiemético oral, metoclopramida en dosis de un comprimido antes de las comidas. Recomendar consejos higiénico-dietéticos y antieméticos por vía oral al alta, así como seguir sus controles periódicos habituales.

No se debe precipitar el alta hospitalaria; las recidivas serán más frecuentes cuando la paciente abandona la clínica en condiciones poco satisfactorias. Es importante observar cómo se encuentra la gestante durante las horas de visita familiar.

Las terapias emergentes no han tenido un beneficio significativo debido a que la HG es un síndrome de etiología multifactorial. Por lo tanto, el manejo se ha centrado mayormente en la corrección de los desbalances hidroeléctricos. ⁽²²⁾

Entre las opciones de medicina natural el uso del jengibre ha demostrado una disminución de la sintomatología en 3 estudios randomizados y doble ciego, sin ser regulado actualmente por la FDA.

Aproximadamente el 10 % de las pacientes con HG requieren tratamiento farmacológico recibiendo suplementos vitamínicos como la tiamina para la prevención de la encefalopatía de Wernicke a dosis de 1.5 mg por día.

Como manejo inicial la ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) estableció el uso de la piridoxina (vitamina B6) a dosis de 10-25 mg cada 8 horas como tratamiento de primera línea, más ante la persistencia de los síntomas la doxilamina + piridoxina (Diclectin) han demostrado una disminución de hasta un 70% de las náuseas y los vómitos. Esto demostrando la seguridad de la terapia a pesar de que en el pasado se había dejado de lado por riesgo de teratogénesis.

En caso de refractariedad los antihistamínicos se pueden sustituir por fenotiazina (Prometazina), por proquinéticos (metoclopramida) o antagonistas seletivos de serotonina (ondasetron). La somnolencia es un efecto secundario de los antieméticos, particularmente de las fenotiazinas, así como los efectos extrapiramidales como el temblor, la distonía y la disquinesia que se reportan con el uso de metoclopramida, sin embargo, se documenta que el riesgo de presentar este cuadro solamente se presenta después de 12 semanas de tratamiento.⁽²³⁾

El Centro de Hospitalización de la Universidad de San Justin en conjunto con la Universidad de Montreal en Quebec, Canadá estableció un protocolo de tratamiento que constaba de droperidol y difenhidramina. Pero la FDA (Federación de drogas y alimentos) informan al medio la posible toxicidad cardiovascular del droperidol prolongando el intervalo QT en el ECG y en algunos casos causando arritmias cardíacas (torsades de pointes). Debido a esto se recomienda realizar ECG seriados antes, durante y 3 horas después de la administración del mismo. Finalmente, entre otras terapias alternativas se encuentra el uso de corticoides, su uso es permitido después de las 10 semanas de gestación para evitar efectos secundarios como las malformaciones congénitas.⁽²⁴⁾

PRONOSTICO

1. Materno: es un proceso autolimitado, con baja morbimortalidad, pero puede repetirse en gestaciones posteriores. En casos intratables o si aparecen complicaciones como retinitis hemorrágica podría plantearse la finalización de la gestación.

2. Fetal: en ocasiones ligero aumento de crecimiento intrauterino retardado (CIR) y prematuridad, pero sin consecuencias perinatales graves. En algunas series se ha señalado discreto aumento de malformaciones del sistema nervioso central (SNC), piel y riesgo de cáncer testicular en pacientes de sexo masculino cuyas madres presentaron hiperémesis en la gestación. ⁽²⁵⁾

INTERVENCIONES DIETARIAS Y DE ESTILO DE VIDA COMUNES, PARA ALIVIAR NÁUSEA Y VÓMITO

- Evitar la distensión estomacal mediante cantidades pequeñas de alimento y las bebidas, tomarlas aparte de la comida, por separado.
- Comer frecuentemente, cada 2-3 horas, para evitar el hambre.
- Elegir alimentos blandos.
- Tomar líquidos claros como gelatina, té, té de jengibre o caldo.
- Elegir carbohidratos fáciles de digerir (arroz, papas, coditos, cereales, fruta o pan).
- Elegir alimentos proteicos bajos en grasa (carne y cerdo magro, pescado a la parrilla, huevos, frijoles cocidos).
- Preparar alimentos fríos para evitar olores de cocina que puedan agravar los síntomas.
- Evitar los alimentos grasosos.
- Comer pan tostado, galletas crackers, pretzels o pasteles de arroz antes de salir de la cama para que se absorba el ácido del estómago.
- Seleccionar alimentos ricos en vitamina B6, magnesio y potasio para que repletar las pérdidas ocasionadas por el vómito.
- Sorber lentamente una bebida carbonatada cuando sienta náuseas.
- Ajuste o retención de los suplementos orales de hierro hasta que cese la náusea.
- Minimizar los olores nocivos.

- Usar técnicas de relajación.
- Tomar períodos frecuentes de descanso.
- Evitar movimientos bruscos; levantarse lento de la cama
- Evitar lugares concurridos (buses, teatros, locaciones deportivas)
- Evitar lugares donde el flujo de aire limitado
- La toma de suplementos como el calcio o sulfato ferroso deben hacerse en la noche
- Uso de algunos productos como crema dental con sabores (para niños) preferiblemente después de cada comida
- Levantarse lentamente de la cama en la mañana.
- Acostarse, cuando se presentan náuseas, en un 63% con esta medida disminuye los síntomas.
- Evitar alimentos picantes o ricos en grasa
- Comer fraccionado y solo cuando quiera, pero nunca pase mucho tiempo en ayuno.
- No consumir alimentos que no le den gusto consumirlos
- Consumo de jengibre.
- Consumo de té con limón o lamer rodajas de limón
- Consumo de alimentos fríos.
- Consumo de goma de menta después de los alimentos. ⁽²⁶⁾

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

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

VÓMITO: expulsión bucal forzada del contenido gástrico.

ARCADA: actividad rítmica respiratoria que con frecuencia precede a la emesis.

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)

HEMATEMESIS: Vómito de sangre causado por úlcera péptica, gastritis aguda, cáncer, cirrosis o alteraciones en la regulación de la sangre.

FACTORES PREDISPONENTES: Afección u observación que ayuda a predecir si el cáncer de una persona responderá a un tratamiento específico. Un factor predisponente también puede describir algo que aumenta el riesgo de una persona de presentar una afección o enfermedad.

FACTORES SOCIALES: los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

FACTORES DEMOGRÁFICOS: Son aquellas aludidas a procedencia, características habitacionales.

FACTORES CULTURALES: los factores culturales son las actividades propias del sujeto.

2.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

La prevalencia de hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es mayor a 1.5%

2.3. VARIABLES

2.3.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

-Hiperemesis gravídica

2.3.2. VARIABLE DEPENDIENTE

-Factores sociodemográficos

-Factores culturales

2.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	NATURALEZA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE Hiperémesis gravídica	Cualitativa	Sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Ficha de datos	Historia clínica
VARIABLE DEPENDIENTE Factores sociodemográficos	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Edad ➤ Relación con la pareja ▪ Sexo del feto ❖ Procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 20 años • De 20 a más años ➤ Buena ➤ Mala ▪ Masculino ▪ Femenino ❖ Rural ❖ Urbana 	Ficha de recolección de datos	Historia clínica
VARIABLE DEPENDIENTE Factores culturales	Cualitativa	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos	Historia clínica

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional porque no se manipularán las variables, transversal debido a que solo se medirá las variables en una sola vez, descriptiva porque presenta una variable, retrospectiva pues se revisarán historias clínicas.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, pues se describirán los aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica.

3.1.3. MÉTODO

Inductivo

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. POBLACIÓN

Son las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco del 2014 al 2016, que presentaron hiperémesis que son 32 casos.

3.3.2. MUESTRA

Se estudiará a todas las gestantes con historias clínicas completas seleccionadas según criterio de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestante atendida en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre 2014 al 2016 que presentó hiperémesis gravídica y que cuente con historia clínica completa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestante atendida en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre 2014 al 2016 que presentó hiperémesis gravídica y que no cuente con historia clínica completa

Gestante atendida en otro periodo que no corresponda al periodo de estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

Documental pues se revisarán historias clínicas de las gestantes seleccionadas.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue validado por una prueba piloto, que consistió en la aplicación del instrumento a 5 historias clínica para observar errores, que fueron corregidos.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DDE DTAOS

Los datos serán tabulados para su presentación en tablas y gráficos, estas últimas se realizará utilizando el programa Excel.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N° 1
PREVALENCIA DE LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2014 AL
2016

Hiperemesis gravídica	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
SI	32	2.1%
NO	1513	97.9%
Total	1545	100%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

La tabla muestra una prevalencia de hiperémesis gravídica de 2.1% (32).

Gráfico N° 01



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 2

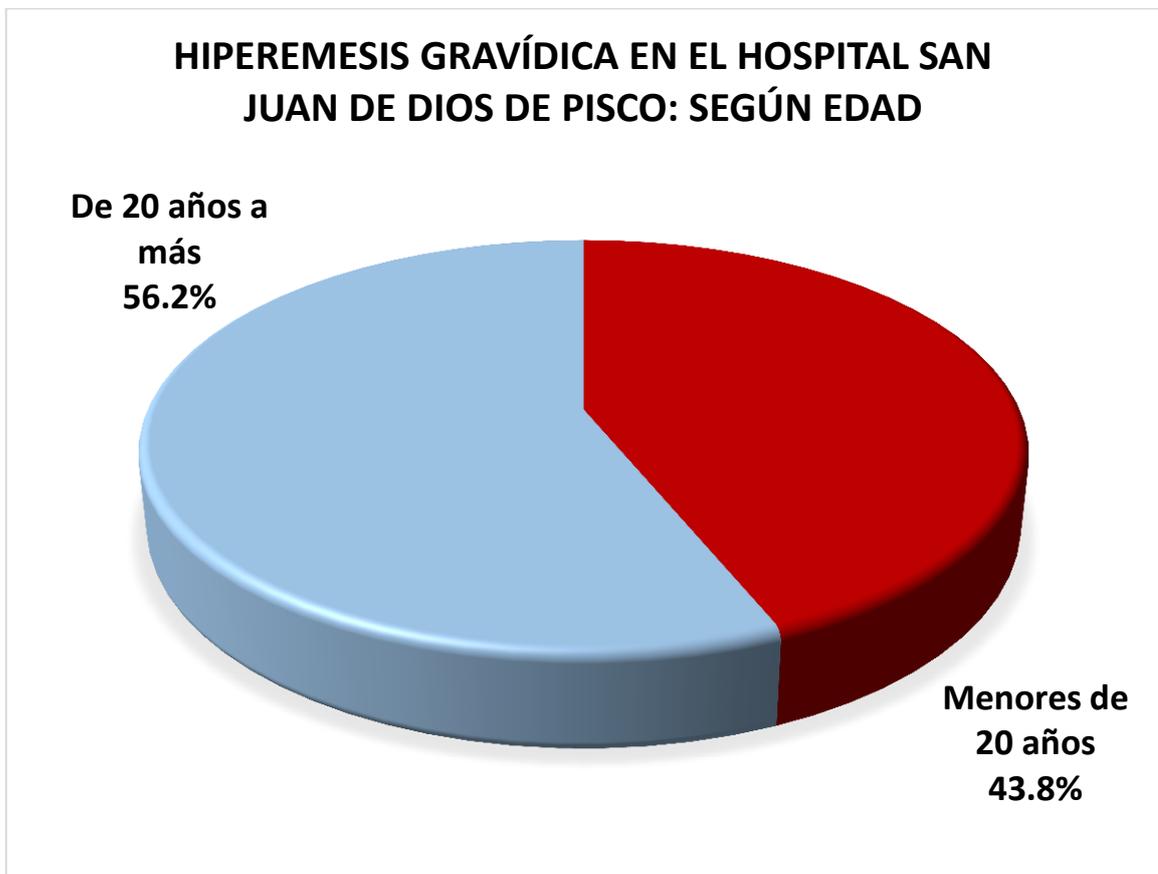
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2014 AL 2016 SEGÚN EDAD

Grupo etareo	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Menores de 20 años	14	43.8%
De 20 a más años	18	56.2%
Total	32	100%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

La frecuencia de hiperémesis gravídica según edad corresponde el 43.8% son menores de 20 años y el 56,2% son de 20 a más años de edad.

Gráfico N° 02



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

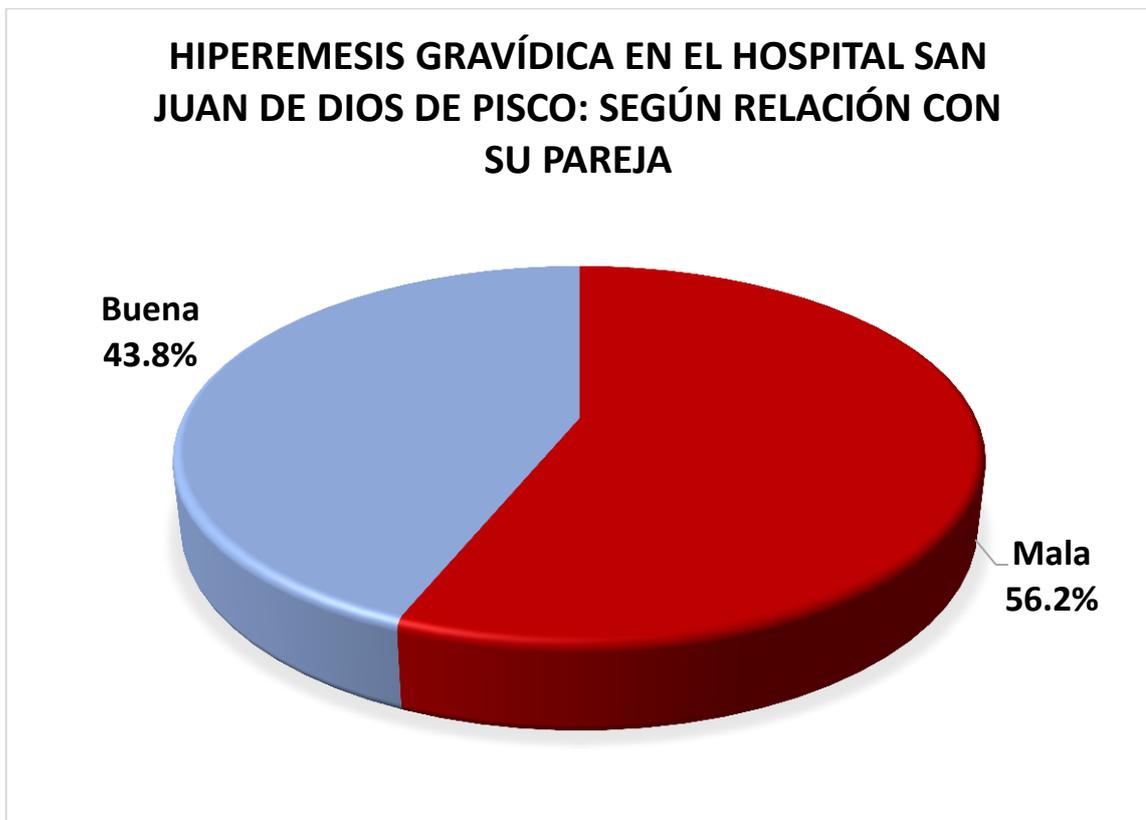
Tabla N° 3
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2014 AL 2016 SEGÚN
RELACIÓN CON LA PAREJA

Relación con la pareja	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Mala	18	56.2%
Buena	14	43.8%
Total	32	100%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

La tabla muestra una frecuencia de 56.2% (18) de gestantes con malas relaciones con su pareja.

Gráfico N° 03



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 4
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2014 AL 2016 SEGÚN
SEXO DEL RECIÉN NACIDO

Sexo del recién nacido	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Masculino	19	59.4%
Femenino	13	40.6%
Total	32	100%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

La tabla muestra una frecuencia de 59.4% (19) de gestantes con hijo masculino y 40.6% (13) con hijo femenino.

Gráfico N° 04



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 5
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2014 AL 2016 SEGÚN
PROCEDENCIA

Procedencia	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Rural	15	46.9%
Urbana	17	53.1%
Total	32	100%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

La tabla muestra una frecuencia de 46.9% (15) de gestantes que proceden de zonas rurales y 53.1% (17) proceden de zonas urbanas.

Gráfico N° 05



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

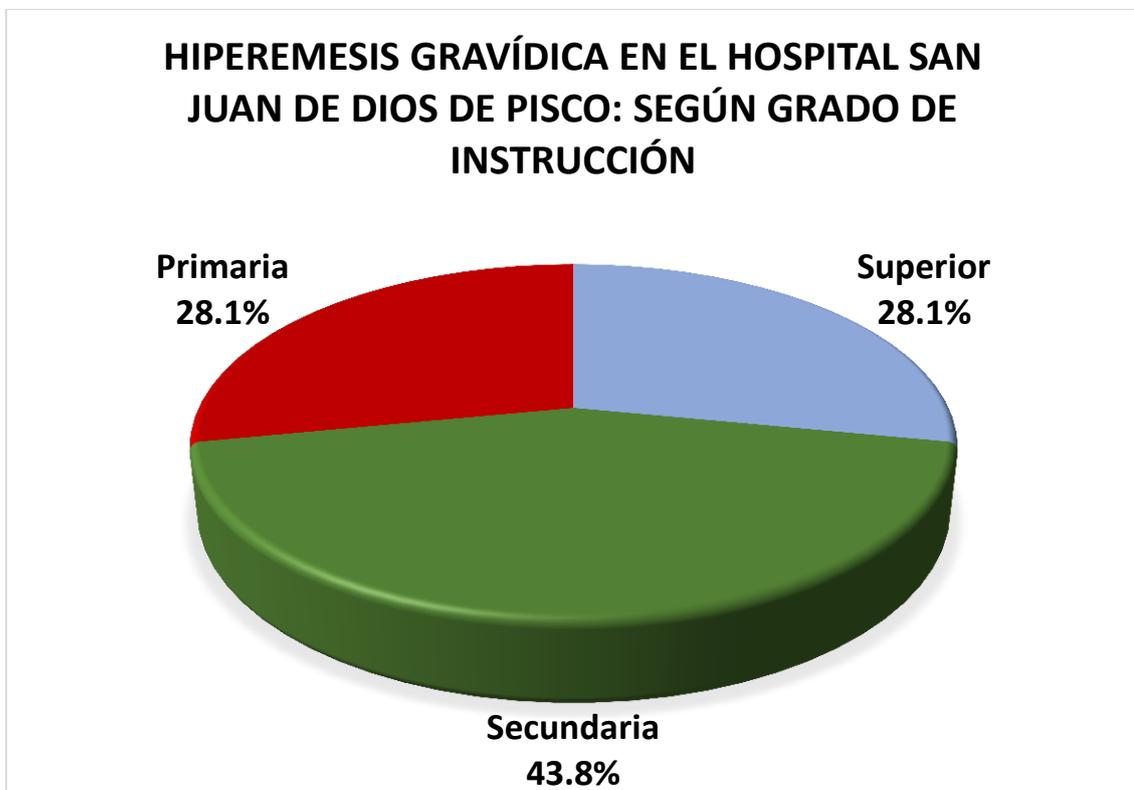
Tabla N° 6
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2014 AL 2016 SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Primaria	9	28.1%
Secundaria	14	43.8%
Superior	9	28.1%
Total	32	100%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

La tabla muestra una frecuencia de 28.1% (9) de gestantes que tiene primaria como grado máximo de instrucción, el 43.8% (14) tienen secundaria y el 26.1% (9) tienen grado de instrucción superior.

Gráfico N° 06



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.- HIPÓTESIS

Ha: La prevalencia de hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es mayor a 1.5%

Ho: La prevalencia de hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es menor o igual a 1.5%

2.- Nivel de significancia: 0.05= 5%

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

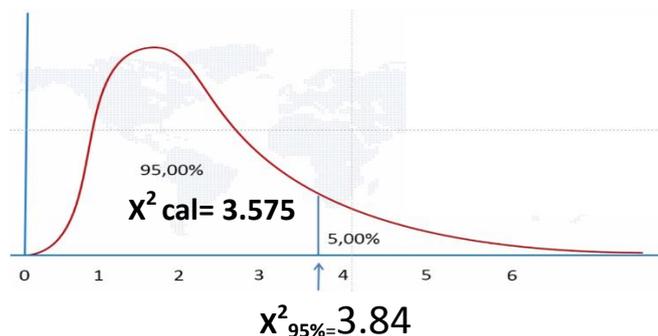
$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

4.- Calculo del chi cuadrado

	Con hiperémesis gravídica	Sin hiperémesis Gravídica	Total
Valor encontrado	32	1513	1545
Valor esperado	23	1522	1545

Chi cuadrado calculado= 3.522 + 0.053 = 3.575

Chi cuadrado de tabla con 1 grado de libertad y al 95% es de 3.84.



5.- Toma de decisiones: Como el chi cuadrado calculado es menor a 3.84 se acepta la hipótesis nula que dice: La prevalencia de hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco no es mayor a 1.5% lo que significa que 2.1% está en el rango de 1.5%.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación se trata sobre la hiperémesis gravídica en todos sus grados, por lo que se empezó por determinar su frecuencia, encontrándose como muestra la tabla N° 01 una prevalencia de hiperémesis de 2.1% en el Hospital San Juan de Dios de Pisco. Al respecto González-González A. en España encuentra que Las náuseas y vómitos de la gestación (NVG) son una situación fisiológica frecuente en la embarazada. Suelen ser esporádicos, preferentemente matutinos, con capacidad de alterar la calidad de vida de la gestante, pero sin repercusión en su estado metabólico. Sin embargo, De Haro en España recomienda manejo multidisciplinario y un soporte nutricional especializado en este tipo de casos es imprescindible para llevar al paciente y al producto al final del embarazo en óptimas condiciones. Oscanoa-Huaman I. en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú encuentra una prevalencia de hiperémesis gravídica de 1.1% muy por debajo de lo encontrado en nuestro estudio (2.1%). Es de notar además que Minchola Alvarez, V. (2013). Hiperemesis Gravídica en el Hospital Vista Alegre encuentra una frecuencia del 10.2% muy alto comparando con lo encontrado por nosotros. Es de esperar que la consecuencia de esta patología repercuta en el recién nacido, al respecto Linares Mori, L. (2014). Hiperémesis Gravídica severa en el Hospital Regional Docente de Trujillo determina que la hiperémesis gravídica

severa es factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos tales como la prematuridad, el bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional.

En la tabla N° 02 se encontró esta enfermedad tiene alta frecuencia en mayores de 20 años pues representa el 56.2%. Considerando que el porcentaje de gestantes adolescentes es menor a lo mencionada es que se deduce que la prevalencia de hiperémesis gravídica es más frecuente en menores de 20 años, que en adultos. Oscanoa-Huaman I. en el Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que de las gestantes con hiperémesis gravídica el 22.9%, fueron adolescentes, muy por debajo de lo encontrado por nosotros (43.8%)

En la tabla N° 03 se encontró que muchas de ellas presentan una relación sentimental con su pareja de tipo conflictiva, que según menciona la literatura es un factor desencadenante de los trastornos eméticos en las gestantes, pues los trastornos eméticos son signos de somatización de problemas psicológicos asimilados por la gestante.

En la tabla N° 04 se encontró una mayor frecuencia de hiperémesis gravídica cuando el producto de la concepción es de sexo masculino. Sin embargo, Oscanoa-Huaman I. en el Instituto Nacional Materno Perinatal, encuentra resultados contradictorios, pues ellos concluyen que la mayoría (55.1%) los productos de la gestación eran de sexo femenino. También G. en el Perú encuentra una mayor frecuencia de producto de sexo femenino 9 de 14, sin que se encuentre una causa que explique los resultados.

En la tabla N° 05 se muestra que existe una alta frecuencia de hiperémesis gravídica cuando la procedencia es de zona urbana, pues el porcentaje de gestantes que se encuentran en zonas rurales es menor. El 46.9% de las gestantes con hiperémesis correspondía a gestantes que procedían de zonas rurales

La hiperémesis gravídica tiene mayor frecuencia en las gestantes con secundaria con un 43.8% ello se debe a que la mayoría de las gestantes son de este grado académico. Villanueva Flores, L. en gestantes con hiperémesis gravídica en los hospitales Belén y Regional de la ciudad de Trujillo encuentra

significancia estadística en el grado de instrucción (superior completa), resultados semejantes al encontrado por nosotros, considerando que la población que atiende el Hospital San Juan de Dios de Pisco con grado de instrucción superior es baja, sin embargo, el 28.1% de las gestantes con hiperémesis son de este nivel cultural, según muestra la tabla N° 6

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de hiperémesis gravídica en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es de 2.1%.
2. La frecuencia de hiperémesis gravídica según edad corresponde el 43.8% son menores de 20 años y el 56.2% son de 20 a más años de edad.
3. La frecuencia de malas relaciones con su pareja es de 56.2% y los que presentan buenas relaciones con su pareja es de 43.8%.
4. La frecuencia de recién nacidos masculinos fue de 59.4% y los que presentaron hijos femeninos son el 40.6%.
5. La frecuencia de gestantes que proceden de zonas rurales es de 46.9% y el 53.1% proceden de zonas urbanas.
6. La frecuencia de gestantes con grado de instrucción primaria fue de 28.1% el 43.8% presentaron grado de instrucción secundaria y el 28.1% presentaron grado de instrucción superior.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una evaluación multidisciplinaria del paciente con hiperémesis gravídica pues los factores causales son múltiples que requieren de la participación de los gineco-obstetras, psicólogos nutricionistas entre otros.
2. Realizar campañas de planificación familiar y educación sexual en los colegios y universidades a fin de disminuir la tasa de embarazos en adolescentes con sus consecuencias sobre su salud y del recién nacido.
3. Promover estilos de vida saludable durante la gestación a fin de que este transcurra adecuadamente, fomentando una relación de pareja adecuada lo que se puede lograr en los controles prenatales que deben de ser a la pareja, en un ámbito de consejería integral.
4. Tener en cuenta el sexo del recién nacido pues esta patología se presentó sobre todo cuando el sexo es masculino, aunque no existe una diferencia significativa por lo que la atención debe ser integral y completa.
5. Considerar que esta patología es frecuente en gestantes que acuden de zonas rurales por lo que las evaluaciones deben ser poniendo énfasis en esta enfermedad a fin de que se prevenga o se trate en etapas iniciales.
6. Los problemas familiares se observan sobre todo en gestantes que se encuentran con otros trabajos la que es frecuente en gestantes con grado de instrucción superior por lo que la frecuencia de esta patología es mayor en este grupo de gestantes por lo que se debe tener en consideración dicha relación para evaluarlo integralmente preservando la armonía en el hogar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Salazar Cruzado O. 2015. Hiperemesis Gravídica Severa como factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontaneo en el Hospital Belén de Trujillo.
- 2.- Organización Mundial de la Salud (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Catalogación por la Biblioteca de la OMS
- 3.- González-González A, Álvarez-Silvares E, Veiga-Vázquez A, Gómez-Mosquera M. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica 2011. España. Semergen. 2011;37(10):559---564
- 4.- de Haro, K; Toledo, K; Fonseca, Y; Arenas, D; Arenas, H; Leonher, Karla Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura Nutrición Hospitalaria, vol. 31, núm. 2, febrero, 2015, pp. 988-991 Grupo Aula Médica Madrid, España.
- 5.- Oscanoa-Huaman I. 2013. Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma 2013 N° 1: 21 - 25
- 6.- Larrabure, G. Farfán, H. Aragón, R. Cruz V. 2012. Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad de San Marcos Lima Perú. An Fac med. 2012;73 Supl 1
- 7.- Villanueva Flores, L. Zelada Leiva E. 2015. Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperémesis gravídica. Universidad César Vallejo. Trujillo Perú.

- 8.- Minchola Alvarez, V. Hiperemesis Gravidica como factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. enero – diciembre 2013
- 9.- Linares Mori, L. 2014. Hiperemesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo
- 10.- Vikanes Ase, MD, et al. 2010. Madre fumadora e Hiperemesis Gravídica, Elsevier Inc. 20 : 592-598.
- 11.-González GA, E. Álvarez SE, Veiga VA, Gómez M. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica.Semergen.2011; 37(10):559-564.
12. - Vikanes A, Skjaerven R, Grijbovski A, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrencia de hiperémesis gravídica a través de generaciones: basado en un estudio de cohorte. BMJ.2010; 340:1-5.
- 13.- Zhang Y, Cantor R, Mac Gibbon K, Romero R, Goodwin T, Mullin P, et al. Problemas familiares e hiperémesis gravídica. Am J Obstet. Gynecol .2011; 204(230):1-7.
- 14.- Nutrición en gastroenterología, series 63 Manejo de la Hiperémesis Gravídica. Universidad de Virginia Sistema de Salud. Consultado el 9 de mayo, 2009.
- 15.-Zaragoza ZJ, Rodríguez HY, Briones LC, Domínguez CS, Hernández RM, Padilla PK. Encefalopatía de Wernicke como complicación de la hiperémesis gravídica. Rev Fac Med UNAM.2009; 52(3):97-99.
- 16.- Manual Merck de Información Médica para el Hogar (2005-2008). «Anomalías del embarazo». Consultado el 9 de mayo de 2009.
- 17.- Wilcox, SR; Alison E y Logan J. (diciembre de 2008). «Embarazo, Hiperémesis Gravídica». Emergencia Medicine (en inglés). Medicine.com. Consultado el 9 de mayo de 2009.
- 18.- MedlinePlus (mayo de 2008). «Hiperémesis gravídica». Enciclopedia médica en español. Consultado el 8 de mayo de 2009.

- 19.- Hicks R. (marzo de 2009). Hiperémesis gravídica. En bbc.co.uk. BBC Health (en inglés). Archivado desde el original el 2013-04-19. Consultado el 9 de mayo de 2009.
- 20.- Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Boletín de la práctica: las náuseas y los vómitos del embarazo. *Obstet. Gynecol* 2004; 103: 803-814.
- 21.- Maltepe C, Koren G; El tratamiento de las náuseas y vómitos del embarazo y la hiperémesis gravídica - 2013. *J Clin Pharmacol Ther Popul* Vol 2013; 20: 184- 192.
- 22.- Jueckstock JK, Kaestner R, Mylonas I. hiperémesis Gestión gravídica: un reto multimodal. *BMC Med* 2010; 8: 46.
- 23.- Sibaja Muñoz L. (2014). Manejo de la Hiperemesis gravídica. revista médica de costa rica y Centroamérica LXVIII (599) 441-445 2011
- 24.- Huarcaya Gonzales, F 2015. Factores predisponentes de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, marzo 2014 – febrero 2015.
- 25.- Chaman Castillo J. 2016. Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para desórdenes de disfunción placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo
- 26.- Yoav Peled, Nir Melamed, Liran Hirsch, José Pardo, Arnón Wiznitzer y Yariv Yogev. El impacto de la nutrición parenteral total apoyo en el resultado del embarazo en mujeres con hiperémesis gravídica. 2013

ANEXOS

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016?	Determinar la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016	Establecer la prevalencia de hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016.	La prevalencia de hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es mayor a 1.5%	VARIABLE INDEPENDIENTE Hiperemesis gravídica	Sintomatología	Ficha de datos	HC
		Determinar las características sociodemográficas que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016		VARIABLE DEPENDIENTE	Edad	Ficha de datos	HC
		Determinar las características culturales que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016		Factores sociodemográficos	Relación con la pareja	Ficha de datos	HC
				Sexo del feto	Ficha de datos	HC	
				Procedencia	Ficha de datos	HC	
			VARIABLE DEPENDIENTE Factores culturales	Grado de instrucción	Ficha de datos	HC	



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Número de HC.....

2.- Hiperemesis (Vómito más de 3 veces al día. Pérdida de peso < 5% del peso inicial del embarazo. Cualquier grado de deshidratación. Desequilibrio electrolítico. Cetonuria.

(SI) (NO)

3.- Factores sociodemográficos

-Edad.....

-Relación con la pareja

(Buena) (Mala)

-Sexo del feto

(Masculino) (Femenino)

-Procedencia

(Urbana) (Rural)

4.- Factor cultural

-Grado de instrucción

(Primaria) (Secundaria) (Superior)