UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

RESULTADOS NEONATALES DE GESTANTES QUE PRESENTARON HIPEREMESIS GRAVÍDICA. HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN - ESSALUD - TACNA, PERIODO 2014 - 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Eliana Isabel Ticona Machaca

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

RESULTADOS NEONATALES DE GESTANTES QUE PRESENTARON HIPEREMESIS GRAVÍDICA. HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN – ESSALUD – TACNA. PERIODO 2014 – 2015

TESIS

Presentada por:

BACH. ELIANA ISABEL TICONA MACHACA

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por unanimidad, ante el siguiente Jurado

Med. Cristina Llosa Rodriguez
Presidenta

Dr. Manuel Ticona Rendón
Miembro

Dr. Jaime Miranda Benavente
Miembro

Mgr. Alberto Flor Chávez
Asesor

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

A a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres, que con su ejemplo me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 3

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 5

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA 5

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 6

1.4.1 OBJETIVO GENERAL 6

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES 9

2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES 9

2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES 10

2.2 BASES TEÓRICO CONCEPTUAL 15

2.2.1 DEFINICIÓN 16

2.2.2 ETIOLOGÍA 16

2.2.3 FISIOPATOLOGÍA 20

2.2.4 DIAGNÓSTICO 21

2.2.5 COMPLICACIONES 25

COMPLICACIONES MATERNAS 25

COMPLICACIONES NEONATALES 27

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN 29

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 29

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA 30

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 30

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 31

3.6. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN 35

3.7. PROCESO DE APLICACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS 35

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS 37

4.2 DISCUSIÓN 60

CONCLUSIONES 71

RECOMENDACIONES 72

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73

ANEXOS 80

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar los resultados neonatales en las mujeres con el antecedente de Hiperemesis gravídica atendidas en el en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, de Tacna desde Enero del 2014 hasta Diciembre del 2015. Se realizó un estudio tipo analítico, observacional, retrospectivo de cohortes. Se obtuvieron los siguientes resultados: bajo peso al nacer (<2.500 kg; OR 6,32; IC del 95% 0,75 a 53,52) que era pequeño para la edad gestacional (OR: 0), tener un parto prematuro (OR 2,53; IC del 95%: 1,04 a 6,12) y Apgar a los 5 min (OR 2,02; IC del 95%: 0,18 a 22,65). No hubo asociación con comorbilidades, anomalías congénitas o la muerte perinatal. Se llegó a las siguientes conclusiones: Las gestantes con hiperemesis gravídica presentaron resultado neonatal relacionado a prematuridad, bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional con más frecuencia en relación al grupo control. El riesgo para Apgar <7 a los 5 minutos, la presencia de alteración congénita y la mortalidad no fueron diferentes a la población de gestantes sin hiperemesis.

Palabras clave: Hiperemesis Gravídica, prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, Apgar<7 a los 5 minutos.

ABSTRACT

The objetive of the present study was to evaluate v neonatal outcomes in women with a history of hyperemesis gravidarum attended at the Service of Gynecology and Obstetrics at Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna from January 2014 to December 2015 study was conducted the UN analytic, observational, retrospective cohort. The following results were obtained: low birth weight (<2,500 kg; OR 6.32; 95% CI: 0.75 to 53.52) was small paragraph gestational age (OR: 0), preterm birth (OR 2.53, 95% CI: 1.04 to 6.12) and Apgar 5 min (OR 2.02, 95% CI: 0.18 to 22.65). There was no co-morbidities Association against, congenital anomalies or perinatal death. He reached the following conclusions: Pregnant women with hyperemesis gravidarum m neonatal outcome had linked a prematurity, low birth weight and small for gestational age with more frequency in Relation to the control group. Risk Apgar at 5 Minutes <7, the presence of congenital Alteration and mortality without Were Different Population sin to pregnant hyperemesis.

Keywords: gravidarum, hyperemesis, premature, low birth weight, small gestational age, Apgar <7 at 5 minutes.

INTRODUCCIÓN

Las náuseas y los vómitos en las fases precoces del embarazo son un fenómeno extremadamente frecuente, afectan aproximadamente a algo más de la mitad (40%-60%) de las gestantes y son más comunes entre las semanas 6-14 de gestación (suelen resolverse antes de las 16-20 semanas), aunque en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestre. En la mayor parte de los casos se mantiene la hidratación y la nutrición por medio de un alivio farmacológico de los síntomas o con ligeros ajustes en la dieta (comidas frecuentes y poco copiosas). El 0,25%-0,5% sufren una verdadera hiperémesis gravídica (vómitos incoercibles que impiden una correcta alimentación, ocasionando una pérdida de peso del 5% o más), que no responde al tratamiento sintomático y se caracteriza por una progresiva deshidratación (1).

No se han realizado estudios de seguimiento a largo plazo con niños de madres hiperemeticas. Estos niños parecen no tener mayor riesgo de complicaciones o defectos del nacimiento que la población general. Sin embargo, investigaciones recientes indican que el estrés prolongado, la deshidratación y la desnutrición durante el embarazo puede poner en riesgo al feto de enfermedades crónicas, como diabetes, enfermedades cardíacas, restricción en crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer,

puntaje Apgar bajo al nacer, malformaciones congénitas músculo esqueléticas y nerviosas y mortalidad perinatal, lo que exige un pronto tratamiento sin demora de la enfermedad considerando que el peligro es la alcalosis/ acidosis y la severa deshidratación.

Resalta pues la importancia de realizar una investigación que permita identificar las alteraciones que presentan los recién nacidos así como su mortalidad en nuestro medio (2).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde las primeras semanas de gestación las mujeres experimentan cambios físicos y psíquicos que en muchas ocasiones les producen problemas serios de salud. Las molestias que se presentan más temprano son las náuseas y el vómito, que son muy comunes en la embarazada, afectando a más de la mitad de ellas, y aparecen alrededor de las 5 semanas, resolviéndose antes de las 20. (1,2)

La hiperemesis gravidica es la razón más frecuente de hospitalización en el embarazo temprano y en segundo lugar, solamente el trabajo de parto prematuro durante el embarazo. En los Estados Unidos, más de 36.000 mujeres son admitidas en el hospital cada año debido a la hiperemesis gravidica, y el costo de la atención se estima en más de 250 millones de dólares anuales para la hospitalización por sí sola. En Perú no se cuenta con estudios que

permitan cuantificar la carga de la enfermedad y su impacto en costos (3).

Se ha determinado riesgos en el neonato cuando las gestantes con hiperémesis tienen una pérdida de peso mayor al 5 % al peso previo y malnutrición por tiempo prolongado, se presentan restricción del crecimiento intrauterino en aproximado 32%, bajo peso al nacer, malformaciones esqueléticas y del sistema nervioso central (3) y muerte fetal hasta un 10 %. Es discutida la ocurrencia de cambios en la puntuación del Apgar al nacer, el incremento en la tasa de aborto y mortalidad perinatal con respecto a la población general.

Debido a que en nuestro medio no existen estudios que evalúen el impacto neonatal de la Hiperemesis Gravídica, resulta importante llevar a cabo dicha investigación en gestantes que fueron hospitalizadas por Hiperemesis Gravídica y que tuvieron su parto en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD de Tacna, debido a la alta prevalencia de pacientes hospitalizadas en esta institución con este diagnóstico durante el transcurso de su embarazo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los resultados neonatales en gestantes con hiperemesis gravídica atendidas en el hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, durante el período enero del 2014 – diciembre del 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Investigar Gestantes con Hiperemesis Gravídica, especialmente sobre morbilidad y mortalidad de sus recién nacidos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, será de gran trascendencia y utilidad, porque será el primero que nos permitirá identificar la frecuencia y el riesgo de las complicaciones clínicas ue se presentaron en los recién nacidos de madres con esa complicación en la primera mitad del embarazo, de manera que se adopten medidas preventivas para afrontarlas, considerando que NO hay otros estudios similares efectuados en dicha Institución, consideramos efectuar su revisión retrospectiva.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los resultados neonatales en gestantes con Hiperémesis Gravídica atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III de Tacna durante el período 2014-2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características maternas (edad, control prenatal, embarazo no deseado) de las gestantes con hiperemesis gravídica hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión III de Tacna durante el período 2014-2015.

- Identificar las características obstétricas (gravidez, ganancia de peso materno, amenaza de aborto, tipo de parto) de las gestantes con hiperemesis gravídica hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión III de Tacna durante el período 2014-2015.

- Determinar si la hiperemesis gravídica es factor de riesgo asociado a los resultados adversos en el recién nacido (bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, prematuridad, Apgar < de 7 a los 5 minutos, presencia de comorbilidad, ingreso a UCI/UCIN, la mortalidad y alteraciones congénitas) de madres con hiperemesis gravídica en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión III de Tacna durante el período 2014-2015.

1.5. HIPÓTESIS

Hi: La hiperémesis gravídica tiene relación con resultados neonatales adversos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, durante el período 2014-2015.

Ho: La hiperémesis gravídica no tiene relación con resultados neonatales adversos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, durante el período 2014-2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTE NACIONAL

En nuestra localidad aún no se han realizado estudios relacionados a la evaluación de los resultados maternos y neonatales de mujeres con hiperemesis gravídica. Pero existen trabajos a nivel nacional como el de ***García Zegarra*** (6), quien determinó el resultado neonatal en gestantes con hiperémesis gravídica del Hospital Belén de Trujillo durante el período 2000-2011 y concluye que de los recién nacidos de madres con HG: el 10.45% fueron prematuros, el 9.55% presentaron bajo peso al nacer, el 8.18% fueron pequeños para la edad gestacional, el 0.46% presentaron puntuación de Apgar <7 a los 5 minutos y el 56.36% fueron de sexo femenino.

Linares Liliana (7), llevó a cabo un estudio retrospectivo, de cohortes en una población de 92 gestantes, con el objetivo de

Determinar si la hiperémesis gravídica severa es factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Concluyendo 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.

2.1.2 ANTEDECENTES INTERNACIONALES

Dodds et al, en un estudio poblacional de cohorte retrospectivo en Nueva Escocia, Canadá (2006) informó que los bebés nacidos de mujeres con Hiperémesis Gravídica y con bajo aumento de peso durante el embarazo (<7kg) fueron más propensos a ser de bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, nacidos antes de las 37 semanas de gestación, y con una puntuación de Apgar <7 a los 5 minutos. La tasa de parto prematuro fue tres veces mayor en mujeres con hiperemesis y con una ganancia de peso menor de 7 kg; mientras que las mujeres con hiperemesis pero con el aumento de peso de 7 kg o más tuvieron tasas de parto prematuro similares en comparación con las mujeres sin hiperemesis. Además, múltiples

estudios han demostrado que en la hiperemesis gravídica el sexo más frecuente en los recién nacidos es el femenino. (6)

Por otra parte, ***Kuru O et al*** en un reciente estudio en Estambul, Turquía. (2012) a través de un estudio de cohorte retrospectivo que tiene como objetivo evaluar los resultados maternos y fetales en mujeres con hiperemesis gravídica (HG), concluye que No hubo diferencias estadísticamente significativas en la media de la edad, la paridad, el número de embarazos artificial, y el tabaquismo entre los dos grupos. Los bebés de embarazos HG manifiestan peso similar al nacer y la edad gestacional, en relación con los niños del grupo control ($p = 0,67$ y $0,91$, respectivamente). Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de partos SGA, parto prematuro, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, y los resultados fetales adversos entre los dos grupos ($p > 0,05$). Las tasas de parto por cesárea fueron similares en los dos grupos (31,9% vs. grupo en hiperemesis 27% en el grupo control, $p = 0,49$). Comparando el sexo del bebé recién nacido y la puntuación de Apgar menor de 7 a los 5 minutos, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p = 0,16$ y $0,42$, respectivamente). (7)

Tan et al informó recientemente que cuando se encontraba cetonuria grave y urea alta en suero en el momento de la admisión hospitalaria inicial por hiperemesis, en el 83% de los embarazos culminaron con un feto de sexo femenino. (8)

Roseboom et al, empleó los datos sobre embarazos de feto único de al menos 24 semanas y 500 g, sin anomalías congénitas en los años 2000-2006, inscritos en el Registro Perinatal de los Países Bajos, con el objetivo de describir las características de las mujeres que sufrían de hiperémesis gravídica y sus hijos. Encontró que las mujeres que sufrían hiperemesis inducida por el embarazo eran más jóvenes, más a menudo primíparas, de bajo nivel socio-económico, de origen no occidental y que abusaban de sustancias (cocaína, marihuana, éxtasis) la mayoría concibieron a través de técnicas de reproducción asistida y un gran porcentaje tenían antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus y enfermedades psiquiátricas en comparación con las mujeres que no sufren de hiperémesis gravídica. Además, sus embarazos generalmente dieron como resultado un feto femenino. A la vez, los embarazos complicados por

hiperemesis gravídica más a menudo tenían un resultado adverso (nacimiento prematuro o peso al nacer inferior al percentil 10). (9)

Yoav P, et al, en el 2013 determinaron la incidencia , gravedad y efectos de la hiperemesis del embarazo en relación al sexo del feto mediante un estudio retrospectivo en 545 pacientes encontrando que las mujeres con hiperémesis gravídica que tenían un feto de sexo femenino eran más jóvenes (p=0.003), y más propensas a requerir apoyo; la presencia de un feto masculino en embarazos complicados por hiperémesis gravídica se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro (OR=0.49) y la morbilidad neonatal (OR=0.38). Concluyendo que a pesar de que la hiperémesis gravídica parece ser más común y más severa en la presencia de un feto femenino, los fetos masculinos parecen ser más susceptibles a los efectos adversos de la hiperémesis gravídica sobre el resultado del embarazo. (10)

McCarthy F, et al en el 2011 realizaron un estudio de cohorte prospectivo acerca de la asociación entre hiperémesis gravídica cognitiva, conductual y de bienestar emocional en el embarazo en

3423 mujeres nulíparas 15 y 20 semanas encontrando que la mayoría de mujeres sufrieron hiperémesis gravídica antes de las 15 semanas de embarazo y que éstas a su vez tenían mayor puntuación en las escalas empleadas; las mujeres con hiperémesis gravídica severa tenían un mayor riesgo de tener un parto prematuro espontáneo OR ajustada 2,6 (IC 95%) ; concluyendo que las mujeres con hiperémesis gravídica particularmente grave tienes mayor riesgo de disfunción cognitiva, conductual y emocional durante el embarazo y que a su vez la mayor tasa de parto prematuro espontáneo se observaron más en las mujeres con hiperémesis gravídica. (11)

2.2. BASES TEÓRICO CONCEPTUAL

La hiperemesis gravídica es una forma grave de náuseas y vómitos durante el embarazo, también se denomina malestar matutino. El malestar matutino afecta a entre 50 y 90% de las mujeres embarazadas. Se estima que la hiperemesis gravídica sucede entre 0,5 y 2% de los embarazos. (12)

La hiperémesis gravídica representa el espectro más grave de una situación clínica que aparece de forma gradual. Son pacientes que han ido empeorando clínicamente de forma progresiva hasta presentar vómitos persistentes con intolerancia parcial o total a la ingesta y con perdida ponderal superior al 5%. La hiperémesis gravídica predomina en madres jóvenes, nulíparas y con embarazo múltiple. (12)

La hiperemesis gravídica es la razón más frecuente de hospitalización en el embarazo temprano y en segundo lugar el trabajo de parto prematuro durante el embarazo. En los Estados Unidos, más de 36.000 mujeres son admitidas en el hospital cada año debido a la hiperemesis gravídica, y el costo de la atención se

estima en más de 250 millones de dólares anuales para la hospitalización por sí sola. (12)

2.2.1. DEFINICIÓN

No existe consenso acerca de la definición de Hiperemesis Gravídica (HG), pero la mayoría de los investigadores la consideran como náuseas y vómitos severos, más de tres veces al día, que aparecen antes de las 22 semanas de gestación, ocasionando pérdida de peso de más de 3 kg o mayor del 5%, cetonuria, disbalance electrolítico y depleción de volumen. (12)

La 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) distingue entre leve (O21.0) y las formas graves de HG (O21.1). (13)

2.2.2. ETIOLOGIA

Se desconoce con exactitud el origen de la HG, 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. (14)

A) Hormonal:

Si se enfoca a la HG 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 gonadotrofinas coriónicas. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la HG se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares. Se ha propuesto la influencia de otras hormonas como causa de la HG, como los estrógenos, los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) producida en las glándulas suprarrenales, la hormona del crecimiento y la prolactina. (14)

B) 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. 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 HG 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 HG desarrolla depresión secundaria. Es

muy bueno que la embarazada hable con su obstetra quien, le explicará que la HG es una situación transitoria, al mismo tiempo que le indica el tratamiento adecuado para evitar el deterioro de su salud. (14,15)

C) **Motilidad gástrica:** Durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir vómitos. (14,15)

D) **Déficit de vitaminas:** La falta de vitamina “B puede producir vómitos. (14,15)

E) **Dieta alta en grasas.**

Las últimas investigaciones demuestran que las mujeres que tienen una dieta alta en grasas tienen mayor riesgo de presentar HG. Este riesgo aumenta en cinco veces por cada 15 gramos adicionales de grasa saturada (como una hamburguesa con queso de un cuarto de libra) que ingieran cada día. (14,15)

F) **Helicobacter pylori.**

Un estudio de investigación en Ginecología y Obstetricia reveló que el 90% de las mujeres embarazadas con hiperémesis gravídica también están infectadas con esta bacteria, lo que algunas veces puede provocar úlceras gástricas. (14)

2.2.3. FISIOPATOLOGIA

Como se ha mencionado anteriormente la causa no se conoce muy bien aunque la hiperemesis gravídica 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. (16)

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. (16)

Dentro de los otros 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 Helicobater pylori lo que se relaciona con síntomas gastrointestinales. (16)

Por último, los casos más graves quizá tengan un componente psicológico interrelacionado. (16)

2.2.4. DIAGNÓSTICO Y CARACTERISTICAS CLINICAS

Historia y examen físico

A pesar del uso popular del término "enfermedad de la mañana" NVP persiste durante todo el día en la mayoría de las mujeres afectadas y se ha encontrado que limitarse a la mañana en menos de 2% de las mujeres (15). A menudo comienza unas semanas después de la menstruación que faltan y por lo tanto se caricaturizado en la mayoría

de las culturas como el signo inicial de embarazo. Los síntomas por lo general pico entre 10 y 16 semanas de gestación y generalmente se resuelven después de 20 semanas. Hasta el 10% de las mujeres, sin embargo, siguen siendo sintomática más allá de las 22 semanas (15).

Mientras que la deshidratación y la hipotensión ortostática puede ocurrir en mujeres con HG, la mayoría de las mujeres con NVP tienen signos vitales normales y un examen físico benigna. Un examen abdominal cuidado, sin embargo, se debe hacer para descartar otras causas de peritonitis e intraabdominales de náuseas y vómitos

Diagnóstico diferencial

Dada la alta prevalencia de náuseas y vómitos durante el primer trimestre es generalmente debido a la NVP. Sin embargo, si los cambios en los hábitos intestinales, dolor abdominal y vómitos biliosos están presentes, las investigaciones apropiadas deben llevarse a cabo para descartar otras causas. El diagnóstico diferencial de NVP incluye la enfermedad de reflujo gastroesofágico, enfermedad de úlcera péptica, obstrucción del intestino delgado,

colecistitis aguda, colelitiasis, pancreatitis, así como la apendicitis, gastroenteritis, litiasis renal, pielonefritis, y hepatitis (16).

CUADRO 01:
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS NAUSEAS Y VOMITOS DE LA GESTACIÓN

AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL	Gastroenteritis
	Gastroparesia
	Acalasia
	Afectación biliar
	Hepatitis
	Obstrucción intestinal
	Ulcera péptica
	Pancreatitis
	Apendicitis
AFECTACIÓN DEL TRACTO GENITO-URINARIO	Pielonefritis
	Uremia
	Cólico renal
	Degeneración mioma
AFECTACIÓN METABÓLICA	Cetoacidosis diabética
	Porfiria
	Enfermedad de Addison
	Hipertiroidismo
AFECTACIÓN NEUROLÓGICA	Pseudotumor cerebral
	Lesiones vestibulares
	Migraña
	Tumor SNC

Los exámenes de diagnóstico y de laboratorio

Aparte de una prueba de embarazo, no se recomiendan los estudios de laboratorio específicos para el diagnóstico de NVP. Otras pruebas, sin embargo, pueden ser útiles en la exclusión de otras causas de las náuseas y los vómitos. Leucocitosis no debe ser visto en NVP y puede apuntar a una causa infecciosa o inflamatoria como la colecistitis, infecciones del tracto urinario, y pancreatitis. Las elevaciones de las aminotransferasas podrían indicar la hepatitis crónica. Una TSH anormal podría indicar hipotiroidismo o hipertiroidismo, los cuales pueden causar náuseas y vómitos. La elevación de la glucosa sérica podría indicar la diabetes y puede producir náuseas y vómitos por la disminución de la contractilidad antral y precipitando disritmias gástricas. (17)

Las imágenes radiográficas en general no es necesario para el diagnóstico. Un ultrasonido pélvico puede ser considerada para documentar el embarazo y para evaluar las enfermedades que aumentan el riesgo de NVP tales como gestación múltiple. Radiografías abdominales por lo general no son útiles, y aunque representan poco riesgo para el feto, son todavía relativamente contradecían durante el primer trimestre.

La endoscopia superior puede realizarse con seguridad en el embarazo y puede ser considerado para descartar la gastritis y PUD como causas de las náuseas y los vómitos en el embarazo. En un gran centro, náuseas y vómitos fue la segunda indicación más común para la endoscopia digestiva alta en el embarazo después de la hemorragia digestiva alta. (17)

2.2.5. COMPLICACIONES

Complicaciones maternas de la Hiperémesis Gravídica

A. **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. (18)

B. **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. (19)

C. **El Síndrome de Korsakov,** se hace evidente cuando remite la encefalopatía de Wernicke, apareciendo el compromiso de la memoria anterógrada, con dificultad para el aprendizaje. (18)

D. **Beriberi:** se presenta por deficiencia de tiamina, causa lesiones neurológicas y puede haber compromiso cardiaco. (18)

E. **Hiponatremia:** 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 póntica que corresponde a cuadraparesia espástica y parálisis pseudobulbar. (18)

F. **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. (19)

G. Mecánicas: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de Mallory-Weiss), neumotórax a tensión, neumomediastino, desprendimiento de retina y avulsión esplénica. También puede ocurrir insuficiencia hepática y necrosis tubular aguda. (19)

2.2.6. Complicaciones fetales y neonatales por la Hiperémesis Gravídica

Estudios observacionales mostraban la relación que existía entre la hiperémesis gravídica, el bajo peso al nacer de los recién nacidos y la prematurez. (20)

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 pre-termino tres

veces mayor en mujeres con hiperémesis gravídica, con pérdida de peso. (21). 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. (21)

Se ha determinado riesgos en el neonato cuando las gestantes con hiperémesis tienen una pérdida de peso mayor al 5 % al peso previo y malnutrición por tiempo prolongado, se presentan restricción del crecimiento intrauterino en aproximado 32%, bajo peso al nacer, malformaciones esqueléticas y del sistema nervioso central, y muerte fetal hasta un 10 %. Es discutida la ocurrencia de cambios en la puntuación del Apgar al nacer, el incremento en la tasa de aborto y mortalidad perinatal con respecto a la población general. (22)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio tipo analítico, observacional, de casos y controles, retrospectivo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, de Tacna desde Enero del 2014 hasta Diciembre del 2015.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño es observacional, analítico, no experimental al observar fenómenos tal como se en su contexto natural, para posteriormente analizarlos entro de su categoría es de investigación retrospectiva, de tipo casos y controles.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por 198 pacientes gestantes divididas en 99 casos con el antecedente de hiperemesis gravídica y las otras 99 los controles sin hiperemesis, cuyos partos, fueron atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna durante el período Enero 2014 – Diciembre 2015, que cumplieron los criterios de inclusión.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Casos:

- Gestante hospitalizada en el HDAC una o más veces por Hiperemesis Gravídica en el presente embarazo.
- Parto atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del HDAC.
- Embarazo con feto único viable

Controles:

- Gestantes sin hiperémesis gravídica severa
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar las complicaciones perinatales en estudio.

Criterios de exclusión:

- Embarazo múltiple o embarazo molar.
- Historias clínicas de pacientes con datos incompletos.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

A) Variable Dependiente:

- Hiperemesis Gravídica.

B) Variable Independiente:

Variables Sociodemográficas

- Edad materna
- Control prenatal
- Embarazo no deseado

Variables del Embarazo

- Ganancia de peso materno
- Gravidez
- Amenaza de aborto

Variables del Parto

- Tipo de parto

Variables del Neonato

- Sexo del RN
- Bajo peso al nacer
- Pequeño para la edad gestacional
- Prematuridad
- Apgar a los 5’ <7

- Comorbilidad neonatal
- Mortalidad neonatal
- Alteración congénita
- Ingreso del RN a UCI/UCIN

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
VARIABLES INDEPENDIENTES	SOCIO-DEMOGRÁFICOS	Edad	Cuantitativa	Intervalo	< 20 años 20 a 35 años > 35 años
		Control prenatal	Cuantitativa	Intervalo	SI: ≥ 5 CPN NO: < 5 CPN
		Embarazo no deseado	Cualitativa	Nominal	SI/NO
	OBSTETRICOS	Paridad	Cualitativa	Nominal	Primípara Multípara Gran multípara
		Ganancia de peso materno	Cuantitativa	Intervalo	< 7 kg ≥ 7 kg
		Amenaza de Aborto	Cualitativa	Nominal	SI/NO
		Tipo de parto	Cualitativo	Nominal	Vaginal cesárea
	DEL RECIEN NACIDO	Sexo neonatal	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
		Bajo peso al nacer	Cuantitativo	Intervalo	Apgar >7 Apgar <7
		Pequeño para la edad gestacional	Cuantitativo	intervalos	< 2500 gr 2500 – 3500 > 3500
		Prematuridad	Cuantitativo	Nominal	SI: < 37 semanas NO: ≥ 37 semana
		Apgar a los 5' <7	Cualitativa	Nominal	Menor a 37 sem.
		Comorbilidad neonatal	Cualitativa	Nominal	Si /No
		Muerte neonatal	Cualitativa	Nominal	Si /No
		Ingreso del RN a UCI / UCIN.	Cualitativa	Nominal	Si /No
		Malformación Congénita	Cualitativo	Nominal	Si /No

3.6. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DE LAS VARIABLES

Se recolectaron los datos revisando cada una de las historias clínicas de los partos de gestantes con el antecedente de hiperémesis gravídica.

En el caso de los controles de igual manera se recolectaron los datos a partir de las historias clínicas archivadas en estadística.

En ambos grupos de se aplicó una ficha para recolección de datos, en la cual se buscó la presencia de las características detallados en la operacionalización de variables y se anotaron los resultados en el instrumento elaborado para tal fin. (Ver anexo 01)

3.7. PROCESO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados y analizados, utilizando el programa SPSS22 y Excel, la validez de los mismos se obtuvo realizando doble digitación de datos para el control de inconsistencias.

Se calculó la razón de posibilidades (odds ratio) para las variables en estudio en relación a las características maternas, con su respectivo intervalo de confianza del 95% y significancia estadística.

También se utilizara la prueba de chi cuadrado para analizar las variables cualitativas nominales, con su respectivo intervalo de confianza del 95% y valoración de significancia estadística (<0,05)

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.2 RESULTADOS

A continuación se describen los principales resultados encontrados.

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE CARACTERISTICAS MATERNAS DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

	HIPEREMESIS		SIN HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
	N	%	N	%				
EDAD								
De 15 a 19 años	4	4,0%	5	5,1%	0,88	0,420	1,861	0,733
De 20 a 35 años	73	73,7%	67	67,7%	1,11	0,612	2,039	
De 35 a 45 años	22	22,2%	27	27,3%	0,87	0,648	1,187	
GRAVIDEZ								
Primigesta	26	26,3%	19	19,2%	1,21	0,897	1,634	0,235
Multigesta	60	60,6%	79	79,8%	0,80	0,556	1,173	
Gran multigesta	13	13,1%	1	1,0%	1,34	0,980	1,497	
EMBARAZO NO DESEADO								
No deseado	24	24,2%	22	22,2%	1,05	0,768	1,456	0,736
Planificado	75	75,8%	77	77,8%	0,94	0,672	1,327	
TOTAL	99	100,0%	99	100,0%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la presente Tabla 01, se puede observar tanto en el grupo de los casos y los controles, el número de gestantes aumenta conforme aumenta a la mediana edad de la adultez de 20 a 35 años (73,7% vs 67,7%), Además, muestra que sólo se han registrado 4 (4,0%) casos de Hiperémesis Gravídica en las menores de 20 años de edad, no se encontró probabilidad de riesgo, puesto que tuvo OR: 0,8 IC: 0,420-1,861.

También, se encontró que, las gran multigestas tuvieron cerca de una vez y media más de posibilidad de presentar hiperemesis gravídica, con significancia estadística ($p<0,5$). Mientras que las primigestas presentaron 1,2 veces más riesgo de tener hiperemesis frente al resto de gestantes, sin significancia estadística

No se encontró diferencia significativa con el riesgo de hiperemesis gravídica en las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado entre ambos grupos.

TABLA 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

	HIPEREMESIS		SIN HIPEREMESIS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PESO MATERNO						
Menos de 7kg	15	15,2%	12	12,1%	27	13,6%
Más de 7kg	84	84,8%	87	87,9%	171	86,4%
CONTROL PRENATAL						
< 5 CPN	11	11,1%	16	16,16%	27	26,73%
≥ 5 CPN	88	87,9%	83	83,84%	171	73,27%
AMENAZA DE ABORTO						
Si	4	4,0%	5	5,1%	9	4,5%
No	95	96,0%	94	94,9%	189	95,5%
TIPO DE PARTO						
Parto vaginal	62	62,6%	62	62,6%	124	62,6%
Parto por cesárea	37	37,4%	37	37,4%	74	37,4%
TOTAL	99	100,0%	99	100,0%	198	100,0%

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En esta Tabla 02 y Grafico 02 se pueden describir algunas características de las gestantes: podemos observar que la ganancia de peso de > de 7kg de peso en mujeres sin hiperemesis (87,9%) fue superior al del grupo de las mujeres con hiperemesis (84,7%), sólo el 15,2% de las hiperemeticas tuvo una ganancia deficiente de peso, cifra mayor a las sin hiperemesis.

En relación a los controles prenatales, se halló que las mujeres que presentaron hiperemesis (87,9%) tuvieron casi el mismo porcentaje de adecuados controles prenatales que las no hiperemeticas (83,8%).

Con respecto a la variable de amenaza de aborto, se encontró que las mujeres con hiperemesis (4,0%) presentaron un menor porcentaje de amenaza de aborto en comparación al grupo control (5,0%).

En relación al tipo de parto no hubo diferencia alguna en ambos grupos.

TABLA 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS RESULTADOS NEONATALES DE LOS PRODUCTOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

		HIPEREMESIS		SIN HIPEREMESIS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
SEXO	Masculino	42	42,4%	52	52,5%	94	47,5%
	Femenino	57	57,6%	47	47,5%	104	52,5%
EDAD GESTACIONAL	Pre termino	18	18,2%	8	8,1%	26	13,1%
	A termino	81	81,8%	91	91,9%	172	86,9%
PESO del RN	bajo peso al nacer	6	6,1%	1	1,0%	7	3,5%
	peso adecuado	49	49,5%	49	49,5%	98	49,5%
	alto peso al nacer	44	44,4%	49	49,5%	93	47,0%
Peso según EG	PEG	2	2,0%	0	0,0%	2	1,0%
	AEG	64	64,6%	67	67,7%	131	66,2%
	GEG	33	33,3%	32	32,3%	65	32,8%
TOTAL		99	100,0%	99	100,0%	198	100,0%

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En este estudio se obtuvo que de los recién nacidos de madres con hiperemesis, más de la mitad fueron de sexo femenino (57,6%), la mayoría fueron a término (81,8%), cerca de la mitad de ellos (49,5%) tuvieron peso adecuado, más de la mitad (64,6%) fueron adecuados para la edad gestacional.

El perfil del recién nacido de una madre sin hiperemesis fue neonato de sexo predominantemente masculino, a término casi la totalidad (91,9%), casi la mitad de ellos fueron de adecuado peso (49,5%) y la otra mitad de alto peso (49,5%), y más de la mitad (67,7%) fueron de peso adecuado para la edad gestacional.

TABLA 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS RESULTADOS NEONATALES DE LOS PRODUCTOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

		HIPEREMESIS		SIN HIPEREMESIS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
APGAR a los 5 minutos	< 7	1	1,0%	2	2,0%	3	1,5%
	≥ 7	98	99,0%	97	98,0%	195	98,5%
Morbilidad neonatal	SI	1	1,0%	1	1,0%	2	1,0%
	NO	98	99,0%	98	99,0%	196	99,0%
Mortalidad neonatal	SI	1	1,0%	0	0,0%	1	0,5%
	NO	98	99,0%	99	100,0%	197	99,5%
UCI	SI	1	1,0%	3	3,0%	4	2,0%
	NO	98	99,0%	96	97,0%	194	98,0%
Malformación Congénita	SI	0	0,0%	1	1,0%	1	0,5%
	NO	99	100,0%	98	99,0%	197	99,5%
TOTAL		99	100,0%	99	100,0%	198	100,0%

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la Tabla 04, con respecto a la morbimortalidad de los neonatos: se encontró que los productos de las gestantes con hiperemesis, tuvieron un apgar a los 5 minutos ≥ 7, Solo un neonato de ellos tuvo comorbilidad al ser prematuro, presentando Síndrome de dificultad respiratoria, infección adquirida postnatal y alteración hematológica, y requiriendo de la unidad de cuidados intensivos, que sin embargo falleció, reflejando en la tabla el 1,0% de mortalidad. No se hallaron casos de alteración congénita en recién nacidos de madres con el antecedente de hiperemesis.

En cuanto a los productos de las gestantes sin hiperemesis, se hallaron sólo dos neonatos con Apgar a los 7 minutos <7, mismos que luego requirieron los cuidados intensivos, que posteriormente se recuperaron. No se registró mortalidad alguna en este grupo, pero sí un neonato con síndrome de Down, representando el 1,0%.

TABLA 05

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE SEXO NEONATAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

SEXO NEONATAL		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
FEMENINO	104	57	57,6%	47	47,5%	1,213	1,004	1,465	,044
MASCULINO	94	42	42,4%	52	52,5%	0,808	,655	,996	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la tabla se observa que la variable hiperémesis gravídica expresa riesgo de presentar recién nacido de sexo femenino a nivel muestral lo que se traduce en un odss ratio > 1 (OR: 1,213); expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 (IC: 1,004-1,465) y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5% (p=0,044).

Asimismo podemos observar que las mujeres con hiperemesis gravídica tienen un riesgo asociado de casi una vez y medio más de presentar un recién nacido de sexo femenino.

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN COHORTES DE PREMATURIDAD NEONATAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

PREMATURIDAD		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	26	18	18,2%	8	8,1%	2,25	1,292	3,919	0,003
NO	172	81	81,8%	91	91,9%	0,89	0,824	0,962	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En este estudio se encontró que el 18,2% de mujeres con hiperemesis tuvieron recién nacidos prematuros, con la probabilidad de casi 2 veces y medio más de riesgo de tenerlos en relación a las mujeres sin hiperemesis que fueron solo el 8,1%. Siendo esta asociación estadísticamente significativa. Con un OR: 2,250, IC: 1,292-3,919 y un p=0,003.

TABLA 07

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN COHORTES DE BAJO PESO NEONATAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

BAJO PESO		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	7	6	6,1%	1	1,0%	6,000	1,360	26,461	0,007
NO	191	93	93,9%	98	9,9%	0,949	0,914	0,986	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En el análisis se observa que la variable hiperemesis gravídica expresa riesgo de tener recién nacidos de bajo peso al nacer de 6 veces más que en las sin hiperemesis, siendo el estudio significativo por tener un OR: 6,0, IC=95% y p=0,007.

TABLA 08

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE RECIEN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

RN PEG		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	2	2	2,0%	0	0,0%	-	-	-	0,044
NO	196	97	97,9%	99	100%	-	-	-	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En el siguiente análisis, sólo se hallaron 2 casos de recién nacido PEG de madres con hiperemesis. Sin embargo, no se puede hallar el riesgo asociado de presentar recién nacidos PEG en las mujeres con hiperemesis, puesto que no hubieron casos de no exposición (RN PEG de madres sin hiperemesis).

TABLA 09

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE APGAR A LOS 5 MINUTOS < 7 EN EL RECIEN NACIDO Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

APGAR A LOS 5 MINUTOS < 7		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	3	1	1,0%	2	2,0%	0,49	0,093	1,035	**0,411**
NO	195	98	99,0%	97	98,0%	1,01	0,986	1,035	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En este estudio no se encontró asociación significativa entre la hiperemesis y el riesgo de presentar Apgar a los 5 minutos menor de 7.

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE MORBILIDAD NEONATAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

MORBILIDAD NEONATAL		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	2	1	1,0%	1	1,0%	1,000	0,142	7,029	**1,00**
NO	196	98	99,0%	98	99,0%	1,000	0,980	1,020	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En el siguiente análisis, se encontró un solo caso de recién nacido con comorbilidad en cada uno de los grupos con y sin exposición.

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE MORTALIDAD NEONATAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

MORTALIDAD NEONATAL		HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	2	1	1,0%	0	1,0%	-	-	-	-
NO	196	98	99,0%	98	99,0%	-	-	-	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la presente Tabla 11, se observa que sólo se halló 1 caso de muerte neonatal hijo de madre con antecedente de hiperemesis gravídica. Sin embargo, no se puede hallar el riesgo asociado de mortalidad neonatal, puesto que no hubo ningún caso en los productos de madres sin hiperemesis.

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE INGRESO A UCIN/UCI NEONATAL Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITALDANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

INGRESO A UCI/UCIN	T	HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	2	1	1,0%	1	1,0%	0,333	0,068	1,632	**0,153**
NO	196	98	99,0%	98	99,0%	1,021	0,992	1,050	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la presente Tabla 12, se observa que sólo se halló 1 caso de recién que requirió ingresar a UCI. Sin embargo, no se encontró ningún riesgo asociado con respecto a los productos de madres no tuvieron hiperemesis durante su gestación.

TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y GESTANTES CON Y SIN HIPEREMESIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

MALFORMACION	T	HIPEREMESIS		NO HIPEREMESIS		OR	IC 95%		Chi2
		N	%	N	%				
SI	1	0	0,0%	1	1,0%	-	-	-	-
NO	197	99	100,0%	98	99,0%	-	-	-	
TOTAL	198	99	100%	99	100%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la presente Tabla 13, se observa que sólo se halló 1 caso de malformación congénita en recién nacido de madre sin antecedente de hiperemesis gravídica. No se registraron casos en recién nacidos de madres con hiperemesis. Por lo que no se pudo calcular el riesgo.

TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE PESO MATERNO Y PREMATURIDAD DEL RECIEN NACIDO DE GESTASTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

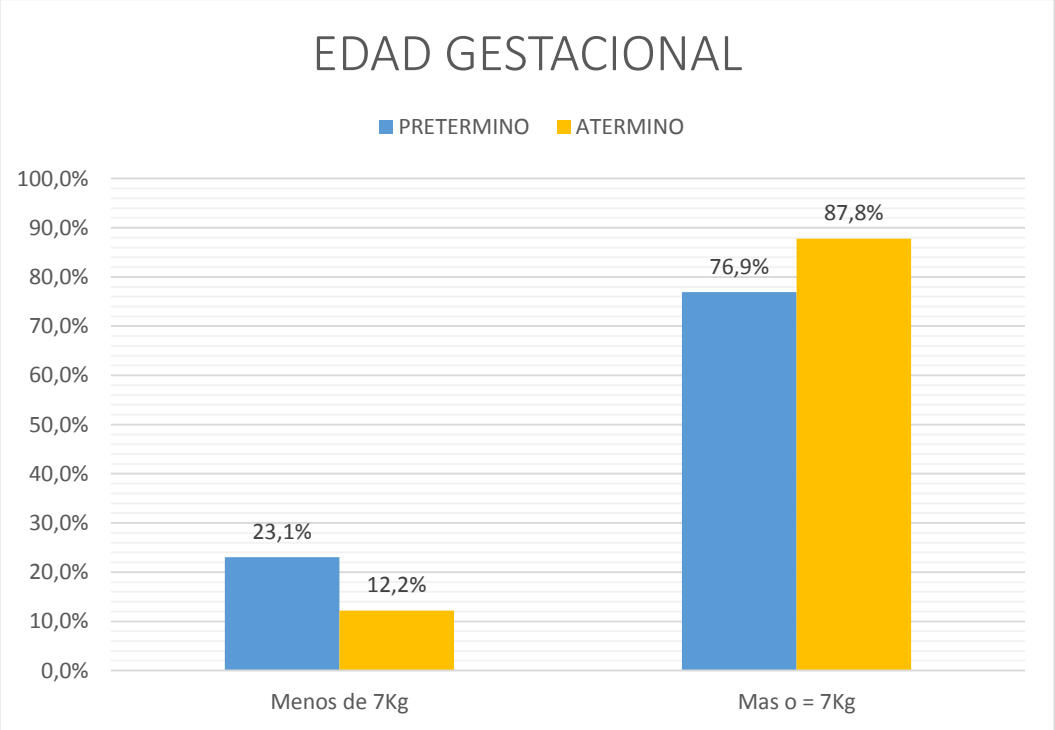
GANANCIA DE PESO MATERNO	PREMATURIDAD				OR	IC 95%		Chi2
	SI		NO					
	N	%	N	%				
Menos de 7Kg	6	23,1%	21	12,2%	1,900	1,066	3,386	0,033
Mas o = 7Kg	20	76,9%	151	87,8%	,881	,760	1,021	
TOTAL	26	100,0%	172	100,0%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

Se muestra la relación entre ganancia de peso materno y la prematuridad en el recién nacido. Se observa que existe casi dos veces el riesgo de presentar recién nacidos prematuros de madres que ganaron menos de 7 kg de peso durante su gestación, en relación a las que ganaron de 7kg a más de peso. Siendo esta asociación estadísticamente significativa: OR: 1,900, IC 95%: 1,066 - 3,386, con un p=0,033. (Tabla 13 y Gráfico 01).

GRAFICO 01

DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES DE PESO MATERNO Y PREMATURIDAD DEL RECIEN NACIDO DE GESTASTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015



FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

TABLA 15

ASOCIACIÓN ENTRE GANANCIA DE PESO MATERNO Y RECIEN NACIDOS PEG DE GESTASTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015

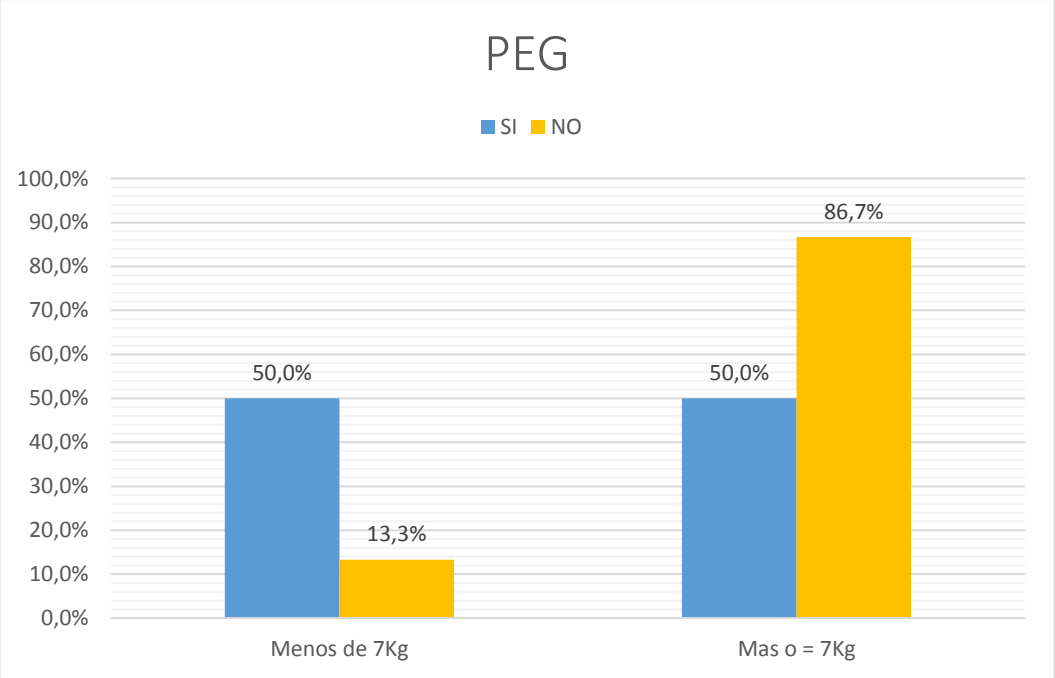
GANANCIA DE PESO	PEG				OR	IC 95%		Chi2
	Si		No					
	N	%	N	%				
Menos de 7Kg	1	50,0%	26	13,3%	6,333	0,911	44,021	**0,033**
Mas o = 7Kg	1	50,0%	170	86,7%	0,969	0,919	1,021	
TOTAL	2	100,0%	196	100,0%				

FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

En la Tabla 15 y Grafico 02, se muestra la relación entre ganancia de peso materno y recién nacido pequeño para la edad gestacional. Se encontró una relación de casi seis veces el riesgo de presentar recién nacidos PEG en madres que ganaron menos de 7 kg de peso durante su gestación, en relación a las que ganaron de 7kg a más de peso. Siendo esta asociación estadísticamente significativa: OR: 6,333, IC 95%: 0,911- 44,021, con un p=0,033.

GRAFICO 02

ASOCIACIÓN ENTRE GANANCIA DE PESO MATERNO Y RECIEN NACIDOS PEG DE GESTASTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2015



FUENTE: HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III TACNA -Archivo Historias Clínicas-2014-2015

4.2.- DISCUSIÓN

La hiperemesis gravídica es la causa más común de hospitalización en la primera mitad del embarazo y diversos resultados adversos obstétricos y neonatales se han relacionado con la gravedad de los síntomas y la frecuencia de las hospitalizaciones**,** atribuyéndose a la pobre ganancia de peso materno durante el embarazo como el factor causal (14). Esto sugiere que la nutrición deficiente y la falta de vitaminas y oligoelementos podrían desempeñar un papel en estas asociaciones. Por ello, se ha postulado, que los recién nacidos de madres con Hiperemesis gravídica tienen un mayor riesgo de ser prematuros, pequeños para la edad gestacional, presentar bajo peso al nacer, puntuación de Apgar menor de 7 a los 5 minutos y posiblemente también con anomalías congénitas fetales. Sin embargo, hay otros autores que no encuentran efectos negativos de la hiperemesis gravídica sobre el resultado neonatal. (12)

En el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2015, hubo un total de 1353 partos de los cuales 792 fueron vaginales (58,5%) y 561 (41,5%) fueron por cesárea. Hubo 132 casos de pacientes ingresadas

con el diagnostico de Hiperemesis gravídica durante los años 2014 y 2015.

De los 1353 partos atendidos en el año 2015, 54 fueron de madres con antecedente de hiperemesis gravídica, representando el 3,9% del total, valor superior al que reportó García M., en su trabajo realizado en el 2011 en el Hospital Belén de Trujillo de un 0,5% (15). O a lo reportado por Roseboom et al33 (0.2%). Existe una heterogeneidad en la Hiperemesis gravídica. La heterogeneidad clínica que se relaciona principalmente con las dificultades para definir hiperemesis gravídica. El uso de diferentes criterios de diagnóstico puede reflejar que hasta el momento no existe una definición universalmente aceptada de HG, lo que indica que otras condiciones relacionadas con el embarazo pueden haber sido confundido con hiperemesis gravídica. (5)

En la presente investigación; cabe resaltar que la totalidad de la población estudiada fue dividida en 2 grupos según el factor de exposición; esto es 99 gestantes con hiperémesis gravídica severa y 99 gestantes sin esta condición; se estudió las características generales de la madre; por otro lado mencionar también que se

estudiaron efectos de la hiperemesis en el recién nacido 7 condiciones en que fue disgregada la variable dependiente resultados neonatales adversos; todas ellas correspondieron a variables cualitativas dicotómicas.

La edad materna, el embarazo no deseado y la gravidez resultan de interés en el presente estudio pues su comportamiento en ambos grupos nos permite tener una idea de que tan similares son los mismos en relación a estas condiciones lo que resulta conveniente cuando se pretende realizar un análisis comparativo. Así observamos que en relación a la edad materna, ambos grupos (Hiperemesis vs sin hiperemesis) predominan tener edades entre 20 a 35 años (73,7% vs 67,7%), que corresponde al grupo de mujeres que labora, que produce, que ya tiene carga familiar, con problemas económicos que solucionar, y que probablemente ya ha señalado su número deseado de hijos, en consecuencia con mayor estrés y preocupación por esta gran responsabilidad que, implicaría un fondo de tipo emocional relacionado a rechazo inconsciente del embarazo. Además, se han registrado sólo 4 casos (4,0%) de Hiperémesis Gravídica en las menores de 20 años de edad, no se halló probabilidad de riesgo para

hiperemesis, en este grupo de gestantes, muy contrariamente a lo que señala la literatura.

También, se encontró que, las gestantes gran multigestas tuvieron cerca de una vez y media de posibilidad de presentar hiperemesis gravídica, pero cuando evaluamos estadísticamente a nuestras primigrávidas en relación a la población total de gestantes, hallamos que este grupo muestra una asociación no significativa de 1,2 veces más de riesgo para presentar hiperemesis, coincidiendo con otros estudios (16). No se encontró diferencia significativa con el riesgo de hiperemesis gravídica en las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado; sin embargo, el 87,8% de ellas tuvieron controles prenatales adecuados (≥ 5 CPN), además presentaron un menor porcentaje de amenaza de aborto (4,0%) en comparación de las que no tuvieron hiperemesis. Esto último, coincide con investigaciones actuales que muestran que mujeres con casos serios de náuseas y vómitos tienen índices menores de aborto espontáneo que aquellas que tienen un embarazo temprano sin grave emesis.(13)

No está del todo claro cómo las náuseas y vómitos protegen al feto en desarrollo, sin embargo, se han descrito varias teorías. Algunos

han argumentado que las náuseas y los vómitos permiten a la mujer embarazada evitar o expulsar a los alimentos que pueden ser teratogénico o inducir el aborto. Esto puede explicar la estrecha relación temporal entre el desarrollo de la aversión a la comida en el embarazo y la aparición de náuseas. (14)

Poursharif et al. Encontró que el 15% de 808 mujeres con Hiperemesis tenía al menos una terminación debido a su enfermedad. Un hallazgo de este trabajo es que un 4,0% de nuestros casos presentó amenaza de aborto en las hiperemeticas; frente al 5,1% de las no hiperemeticas, no encontrándose diferencia significativa en ambos grupos. (15)

En el presente estudio se encontraron que los nacidos por cesárea fueron sólo el 38,4%, coincidiendo con el estudio de Kuru O et al (9) que encuentra que las tasas de parto por cesárea fueron similares en los dos grupos (31,9% vs. grupo en hiperemesis 27,0% en el grupo control, p = 0,49). Oscanoa H. en su estudio encontró que nacieron por cesárea el 32.6%. Sin embargo, la vía de parto mostrada por nuestros casos siguen la tendencia mostrada por la población general en la Institución, 441,5% cesárea el 2015. (15)

Existen reportes sobre el aumento en la incidencia de neonatos de sexo femenino provenientes de embarazos complicados por hiperémesis gravídica. La proporción mujer/varón varía ligeramente en cada estudio, pero los resultados son siempre a favor del feto femenino. Veenendal et al en su metaanálisis encontraron que el 54.62% fueron de sexo femenino, datos similares también reportaron Schiff et al 58%, Dodds et al 54.5%. (15). Paauw et al 53.3% y Bashiri et al41 50.6%. Del mismo modo, en un estudio de mujeres embarazadas hospitalizadas con hiperemesis gravídica en el primer trimestre las probabilidades de tener un bebé de sexo femenino fue un 50% mayor en los casos en comparación con los controles sanos embarazadas (OR 1,5; IC del 95%: 1,4; 1,7). (19). Los resultados de la presente investigación concuerdan con lo reportado por los estudios mencionados, mostrando en nuestro estudio que el sexo predominante en los recién nacidos de madres con Hiperemesis Gravídica, fue el sexo femenino con un 57,6% en contraparte al 42,4% que fueron de sexo masculino, con un riesgo de 1,2 veces más de ser de sexo femenino en mujeres con hiperemesis que en el grupo control. (16)

Se ha informado que la Hiperemesis Gravídica se asocia con bajo peso al nacer, parto prematuro, pequeños para la edad gestacional, muerte perinatal y prolongada estancia en el hospital para el recién nacido.

El 6,1% de los recién nacidos de madres hiperemeticas, en el presente estudio presentaron bajo peso al nacer, cifra similar a lo reportado por Schiff et al (5,0%), Dodds et al (5.7%), Veenendal et al (6.38%) y Baillit (7.8%). (9). Además, se obtiene que estos recién nacidos tienen 6 veces mayor riesgo de tener bajo peso en comparación a los RN de madres no hiperemeticas (p=0,007). Veenendaal MV también concluyo que las mujeres con HG durante el embarazo eran más propensos a tener un bebé con bajo peso al nacer (BPN, <2.500 kg; OR 1,42; IC del 95% 1,27 a 1,58). (17).

En el metaanálisis realizado por Veenendal et al encontró que el 6.67% (1062/5931) fueron recién nacidos pequeños para la edad gestacional. (18). Roseboom et al y Dodds et al reportaron 10.8%, (19); a diferencia del 4.2% (7/164) informado por Bashiri et al. (20). En el presente estudio se encontró en cambio que sólo el 2,0% fueron pequeños para la edad gestacional, talves lo contrario a lo que debería

esperarse el 33,3% de los RN fueron grandes para la edad gestacional, siendo la mayoría los de peso AEG.

En relación a la prematuridad, Linares L. halló riesgo de prematuridad asociado a hiperemesis con un RR: 1.94, con un IC (1.18 – 3.28). En este estudio se halló que el 18,2% de los recién nacidos de madres con hiperemesis fueron prematuros, encontrándose un riesgo de 2,25 más veces. (18)

Aunque en nuestro estudio, la hiperemesis gravídica no tuvo consecuencias negativas a corto plazo para la descendencia, la posibilidad de consecuencias a largo plazo apenas han sido estudiados. Investigaciones anteriores han demostrado cambios metabólicos en las mujeres. Mientras que el marcador Apgar al primer minuto refleja la necesidad inmediata de reanimación, la puntuación de Apgar 5 minutos tiene más un valor pronóstico. Por lo tanto, la mayoría de los estudios informan de Apgar a los 5 minutos, ya que esta información se calcula a ser de mayor importancia clínica. La frecuencia de puntuación de Apgar < 7 a los 5 minutos en nuestro estudio fue hallado en el 1% de los casos de RN de madres con hiperemesis mientras que en el grupo control se encontró el 2,0%,

resultado que es menor a los reportados por Dodds et al 1.5%, Roseboom et al 2,3% y Veenendal et al 1.88%. (8)

Un reciente meta-análisis sobre los resultados Hiperemesis Gravídica y el embarazo, que comprende 13 estudios de casos y controles, 10 estudios de cohortes y un estudio transversal, informó que Hiperemesis gravídica se asoció con un aumento del 30% en el riesgo de parto prematuro, y un aumento del 40% en el riesgo de bajo peso al nacer. Un estudio de cohorte histórico holandés entre los 1,2 millones de nacimientos simples encontró que la HG aumenta el riesgo de parto prematuro en un 18,0%, pero no se encontró HG asociada con PEG y bajo peso al nacer (22). En el mismo estudio, sin embargo, sí reportó una ligera diferencia en el peso al nacer entre los niños nacidos de mujeres con y sin HG (23). Por el contrario, un estudio de cohorte canadiense de 156.000 embarazos únicos informado que las mujeres con Hiperemesis Gravídica que ganan menos de 7 kg durante el embarazo tuvieron un aumento de tres veces en el riesgo de parto prematuro, un aumento de casi tres veces en el riesgo de bajo peso al nacer y un aumento de cinco veces en el riesgo de un 5 minutos Apgar <7 (21). Para las mujeres con HG y aumento de peso ≥ 7 kg, no hubo un aumento en el riesgo de resultados adversos del embarazo. Un estudio norteamericano de

entre 520.000 nacidos vivos encontró que los bebés de mujeres con HG tenían peso al nacer significativamente más bajo y eran más propensos a ser PEG. (24)

Un estudio retrospectivo de cohorte de Dodds et al: los bebés nacidos de mujeres con hiperemesis y con baja ganancia de peso durante el embarazo (<7 kg) tenían más probabilidades de ser de bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, prematuro y tiene una puntuación de Apgar a los 5' menor de 7. En comparación con los bebés nacidos de mujeres sin hiperemesis, las tasas de bajo peso al nacer y parto prematuro fueron sustancialmente superiores en los niños nacidos de mujeres con hiperemesis y baja ganancia de peso del embarazo (4,2% frente 12,5% y 4,9% frente a 13,9%, respectivamente). (26). Los resultados entre los bebés nacidos de mujeres con hiperemesis con el aumento de peso durante el embarazo de 7 kg o más no eran diferentes de los resultados entre las mujeres sin hiperémesis (27). En el presente estudio se obtuvieron como resultados: la mayoría de las gestantes (83,8%) ganaron ≥ 7kg de peso y el 16,2% aumentaron < 7kg. Además, en nuestro estudio se halló la relación entre ganancia de peso materno con la prematuridad y recién nacido pequeño para la edad gestacional.

Encontrándose un riesgo de casi dos y seis veces, respectivamente de presentar recién nacidos prematuros y PEG de madres que ganaron menos de 7 kg de peso durante su gestación, en relación a las que ganaron de 7kg a más de peso (p=0,033).

En esta investigación se encontro 1 caso de muerte neonatal en productos de gestantes con hiperemesis, no se pudo hallar la asociación de riesgo. En contraste con este estudio, Roseboom et al. Encontró un OR de 0,46 para la muerte perinatal entre las mujeres con HG, lo que sugiere una asociación inversa. (29)

Varias malformaciones congénitas se han observado más en mujeres con hiperemesis gravídica. Estos incluyen: síndrome de Down, displasia de cadera, testículos no descendidos, malformaciones esqueléticas, defectos del sistema nervioso central, y anormalidades de la piel. Coagulopatía condrodisplasia fetal y se ha informado de la deficiencia de vitamina K con el tercer trimestre hemorragia intracraneal fetal (30). En nuestro estudio no se hallaron malformaciones congénitas en los productos de pacientes con hiperémesis gravídica.

CONCLUSIONES

1. Las gestantes con Hiperemesis gravídica tuvieron en su mayoría edades entre 20 a 35 años. Sólo el 4,0% de ellas eran menores de 20 años.

2. Casi todas tuvieron un adecuado control prenatal (87,9%), el tipo de parto más frecuente en gestantes con hiperemesis fue el parto vaginal (62,6%).

3. Los resultados neonatales de gestantes con hiperemesis gravídica son: recién nacidos prematuros (OR: 2,25, IC: 1,292-3,919), bajo peso al nacer (OR: 6,0 IC: 1,360-26,461). Respecto a los resultados neonatales en gestantes que ganaron menos de 7 kg de peso durante su embarazo: prematuros (OR: 1,900, IC: 1,066 -3,386), bajo peso al nacer (OR: 6,333IC: 0,911-44,021).

RECOMENDACIONES

1. Aunque sea minoría la población de gestantes adolescentes, constituyen riesgo para la presentación de hiperemesis, he allí, la importancia de enfatizar la consejería en este grupo etareo.

2. Debido a la asociación de riesgo encontrada entre hiperemesis y prematuridad, pequeño para la edad gestacional, es que debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición de los resultados neonatales adversos estudiados en la población.

3. Es necesario precisar las asociaciones definidas en la investigación; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional, prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor precisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva C, Pages G. Hiperémesis gravídica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(3):178-186.

2. Hiperémesis Gravídica CADED. Servicio de Obstetricia. Departamento de Ginecología, Mastología y Obstetricia. Hospital Alemán-Buenos Aires. www.caded.org.ar/material/ iii_curso/hiperemesis_gravidica.

3. Bailit JL Hyperemesis gravidarium: Epidemiologic findings from a large cohort. Am J Obstet Gynecol. Division of Maternal Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland, OH,-USA. 2005;193(3Pt1):811.

4. Mullin PM, Ching C, Schoenberg F, Macgibbon K, Romero R, Goodwin TM et al. Risk factors, treatments, and outcomes associated with prolonged hyperemesis gravidarum. J Matern Fetal Neonatal Med. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 25(6): 632-6.

5. Tan PC, Jacob R, Quek KF, Omar SZ. The fetal sex ratio and metabolic, biochemical, hematological and clinical indicators of severity of hyperemesis gravidarum. BJOG 2006; 113: 733-7.

6. García Z. María A. Resultado neonatal en gestantes con Hiperemesis Gravídica. Hospital Belén de Trujillo. Periodo 2000-2011. Facultad de Medicina Humana – Universidad Nacional de Trujillo. 2013.

7. Linares L. “Hipermesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el hospital regional docente de Trujillo”. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 2014.

8. Dodds L 1 , Fell DB , Joseph KS , Allen VM , de Butler B . maternal and neonatal outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum.. Gynecol. 2006 Feb; 107 (2 Pt 1): 285-92.

9. Tan P, Jacob R, Quek K, Omar S. Pregnancy outcome in hyperemesis gravidarum and the effect of laboratory clinical

indicators of hyperemesis severity. J. Obstet. Gynaecol. ReS 2007; 33(4): 457–464

10. Veenendaal M, van Abeelen A, Painter R, van der Post J, Roseboom T. Consequences of hiperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2011;118(11): 1302-13

11. Bailit JL. Hyperemesis gravidarium: epidemiologic findings from a large cohort. Am J Obstet Gynecol. 2005;193:811–814. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.132.

12. Hashan A, Moss M, et.al. A Prospective Cohort Study Investigating Associations between Hyperemesis Gravidarum and Cognitive, Behavioural and Emotional Well-Being in Pregnancy. 2011; 6: 11.

13. Coetzeea R, Cormacka L, Sadlera F. Pregnancy and neonatal outcomes following hyperemesis gravidarum. 2011; 2: 81-88.

14. Yoav P, Melamed N, Hiersch L, et. Als. Pregnancy outcome in hyperemesis gravidarum-the role of fetal gender. 2013; 26: 1753-1757.

15. Méndez J, Mata J. Mortalidad por hiperémesis gravídica en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, (1942-1994). Rev Obstet Ginecol Venez. 1996;56:221-224.

16. Roseboom TJ, Ravelli AC, van der Post JA, Painter RC. Maternal characteristics largely explain poor pregnancy outcome after hyperemesis gravidarum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 May; 156(1):56-9. Epub 2011 Feb 2.

17. Fejzo MS, Ingles SA, Wilson M, Wang W, MacGibbon K, Romero R et al. High prevalence of severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum among relatives of affected individuals. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 141(1): 13–17

18. Ticona M, Huanco A. Curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional y su aplicación para la identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2007; 24(4): 325-35

19. Oscanoa H. Imelda. Resultados Perinatales En Gestantes Que Presentaron Hiperemesis Gravidica – Instituto Nacional Materno Perinatal 2011. Universidad Ricardo Palma. Lima 2013.

20. Bashiri A, Neumann L, Maymon E, Katz M. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic features, complications and outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;63:135–8.

21. Paauw JD, Bierling S, Cook CR, Davis AT. Hyperemesis gravidarum and fetal outcome. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2005;29:93–6.

22. Åse V Vikanes , 1 Nathalie C STOER , 2 Per Magnus , 1. Hyperemesis gravidarum and pregnancy outcomes in the Norwegian mother and child cohort – a cohort study. BMC Embarazo Parto. 2013; 13: 169.

23. Vikanes A, Skjærven R, Grjibovski A, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. BMJ 2010; 340: c2050.7

24. Vandraas KF 1 , Vikanes AV , Vangen S , Magnus P , STOER Carolina del Norte , Grjibovski AM . Hyperemesis gravidarum and birth outcomes-a population-based cohort study of 2.2 million births in the Norwegian Birth Registry. BJOG. 2013 Dec; 120 (13): 1654-1660. doi: 10.1111 / 1.471-0528,12429. Epub 2013 Sep 10.

25. Ahila A, Hofman P, Derraik J, Mathai S, Stone P, Bloomfield F, Wayne C. Severe hyperemesis gravidarum affects offspring in childhood. 2013; 2013: 12-51.

26. Bruto S, C Librach, pérdida de peso Cecutti A. materna asociada con hiperemesis gravídica: un predictor de resultado fetal. Am J Obstet Gynecol. 1989; 160 : 906-909. doi:. 10,1016 / 0002-9378 (89) 307-4.

27. Magnus P, Irgens LM, Haug K, W Nystad, Skjaerven R, Stoltenberg perfil C. Cohort profile: the Norwegian mother and child cohort study (MoBa) Int J Epidemiol. 2006; 35 : 1146-50.

28. Hallak H, K Tsalamandris, Dombrowski MP, Isada NB, Pryde PG, Evans MI. Hyp7eremesis gravidarum.. Effects on fetal outcome. J Reprod Med. 1996; 41: 871-874.

29. Noel M. Lee , MD, Gastroenterología Fellow y Sumona Saha , MD, Profesor Asistente de Medicina. Nausea and Vomiting of Pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2011 Jun; 40 (2): 309-vii.

30. Klebanoff M, Mills J. Is vomiting during pregnancy teratogenic? Br Med J. 1986; 292: 724-726.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES:

- Esta ficha es totalmente anónima y deberá ser llenada con mucha cautela por el investigador para evitar errores en los resultados finales de la investigación.
- Marcar con un aspa o un visto la situación que presente cada caso, solo deberá marcarse una opción.

DATOS DE LA MADRE:

- Edad de la madre:
  a) < 20 años b) 20 a 35 años c) > 35 años

CLÍNICA OBSTÉTRICA

- Paridad
  a) G1 b) G2 a G5 c) > = G6
- Control Prenatal
  a) >= 2 atenciones b) < 2 controles
- Embarazo No deseado
  a) SI b) NO
- Embarazo No deseado
  a) SI b) NO
- Amenaza de aborto
  a) SI b) NO
- Ganancia de peso materno durante la gestación
  a) < 7 kg b) ≥ 7 kg
- Tipo de parto ocurrido
  a) Vaginal b) cesárea

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

- Edad gestacional
  a) ≥ 37 semanas. b) < 37 semanas.
- Sexo neonatal
  a) Masculino b) Femenino
- Score Apgar a los 5 minutos
  a) ≥7 b) <7
- Peso recién nacido
  a) < 2500 gr b) 2500 – 3500 gr c) > 3500 gr
- Peso para la Edad Gestacional
  a) Pequeño b) Adecuado c) Grande
- Ingreso UCIN/UCI Neonatal
  a) SI b) NO
- Mortalidad
  a) SI b) NO
- Malformación Congénita
  a) SI b) NO