



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

OBSTETRIZ

TEMA:

**HIPERÉMESIS GRAVÍDICA ESTUDIO A REALIZAR EN PACIENTES
QUE CURSAN SU EMBARAZO DE 6 A 14 SEMANAS DE GESTACIÓN
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE OBSTETRICIA DEL
CENTRO MATERNO INFANTIL ENRIQUE PONCE LUQUE DE LA
CIUDAD DE BABAHOYO DESDE ENERO A JUNIO DEL 2012**

DIRIGIDA POR:

OBST. DORA ALBA ALTAMIRANO MEDINA

AUTORAS:

BLANCA ESTHER AVILES SORIANO
KATHERINE NINOSKA SANTANA DELGADO

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2012

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

APROBACION

**Dr. Cesar Noboa Aquino
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Obst. Joe Ordoñez Sánchez
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Obst. Dora Altamirano Medina
DIRECTORA DE TESIS**

**Abg. Israel Maldonado Contreras
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PRESIDENTE

1ER. VOCAL

2DO. VOCAL

Abg. Israel Maldonado Contreras

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Obst. Dora Altamirano Medina, certifico que la Tesis de investigación titulada: **HIPERÉMESIS GRAVÍDICA ESTUDIO A REALIZAR EN PACIENTES QUE CURSAN SU EMBARAZO DE 6 A 14 SEMANAS DE GESTACIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE OBSTETRICIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ENRIQUE PONCE LUQUE DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DESDE ENERO A JUNIO DEL 2012**, es trabajo original de las: SRTA. BLANCA ESTHER AVILES SORIANO y SRTA. KATHERINE NINOSKA SANTANA DELGADO, el que ha sido realizado bajo mi dirección.

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas – Técnicas exigentes para el nivel de Obstetrix, por lo que autorizo su Presentación, Sustentación y Defensa.

Obst. Dora Altamirano Medina
Director de Tesis

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis primeramente a Dios luego mis padres: Pedro Santana Ronquillo y Miriam Delgado Ibarra, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación, entrega, y en gran parte gracias a mis Docentes académicos que estuvieron impartiendo conocimientos, hoy puedo ver alcanzado mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

Katherine Ninoska Santana Delgado.

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto al todopoderoso DIOS quien a sido, es y será por siempre mi luz mi guía y mi fortaleza. A mis padres por sus consejos y su apoyo porque dieron lo mejor de ellos sin esperar nada a cambio.

A mi querido hermano JUAN AVILES por ser un verdadero ejemplo a seguir.

A mis hermanos Byron y Samuel Avilés por ser mi apoyo, a mi sobrino Juan Esteban Avilés por ser mi alegría.

Blanca Esther Avilés Soriano

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por las fuerzas que nos ha dado desde el inicio de nuestra carrera hasta ahora, para enfrentar airoosamente todo tipo de retos q nos presenta la vida.

Las autoras de esta Tesis, al culminar esta ardua, pero muy satisfactoria labor investigativa, expresamos nuestra imperecedera gratitud a las siguientes personas e instituciones:

Facultad Ciencias De La Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, verdadero Templo del saber donde se forjan profesionales de alto nivel científico y humanístico

Obstetriz Dora Altamirano, Directora de Tesis, por sus acertadas orientaciones, con las cuales la investigación pudo ejecutarse acorde a lo planificado y llegar a feliz culminación.

A los docentes de la facultad, profesionales de altísimo nivel q supieron inculcar sus conocimientos, promoviendo al mismo tiempo el desarrollo de competencias y valores éticos propios del área de profesionalización.

Al personal de salud y pacientes del área de obstetricia del CENTRO MATERNO INFANTIL “Enrique Ponce Luque” de la ciudad de Babahoyo, por su valiosa colaboración durante el desarrollo de la investigación

En fin gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera, contribuyeron para q nuestros sueños se vean cumplidos.

Blanca Avilés soriano/ Katherine Santana Delgado

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1.- Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional	1
1.2.- Situación Actual del Objetivo de Investigación	10
1.3.- Formulación del Problema	10
1.3.1.- Problema General	10
1.3.2.- Problemas Derivados	11
1.4.- Delimitación de la Investigación	11
1.5.- Justificación	12
1.6.- Objetivos	12
1.6.1.- Objetivo General	12
1.6.2.- Objetivos Específicos	12

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO

2.1.- Alternativas Teóricas Asumidas	14
2.2.- Categorías de Análisis Teórico Conceptual	15
2.3.- Planteamiento de Hipótesis	41

2.3.1.- Hipótesis General	41
2.3.2.- Hipótesis Específicas	41
2.4.- Operacionalización de las Hipótesis Específicas	42

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1.- Tipo de Investigación	47
3.2.- Universo y Muestra	48
3.3.- Métodos y Técnicas de Recolección de Información	48
3.4.- Procedimiento	50

CAPITULO IV

4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1.- Tabulación e Interpretación de Datos	52
4.2.- Comprobación y Discusión de Hipótesis	57
4.3.- Conclusiones	58

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1 Presentación	60
5.2 Objetivos	61
5.2.1.- Objetivo General	61

5.2.2.- Objetivos Específicos	61
5.3 Contenidos	62
5.4.- Descripción de los Aspectos Operativos de la Propuesta	62
5.5.- Recursos	65
5.6.- Cronograma de Ejecución de la Propuesta	67

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFIA	70
------------------------	-----------

CAPITULO VII

7.- ANEXOS	72
-------------------	-----------

INTRODUCCION

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.

Es más frecuente en primigestas, adolescentes, solteras, obesas, no fumadoras y mujeres de raza negra. Dado que es un problema muy frecuente y molesto para la embarazada en sus primeros meses de gestación, es al profesional de la salud de Atención Primaria al que posiblemente va a acudir la paciente, en muchas ocasiones angustiada. Tras un correcto diagnóstico, con un tratamiento dietético y sintomático se van a aliviar los síntomas en la mayor parte de los casos. Por ello creemos interesante apuntar unas notas sobre este tema, de consulta habitual en el primer trimestre de gestación.

Definiciones a tener en cuenta:

1. Náusea: sensación de deseo inminente de vomitar y que la paciente refiere en
El epigastrio o en la garganta.

2. Vómito: expulsión bucal forzada del contenido gástrico.

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

4. 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.

Generalmente se acompañan de una falta de aumento de peso en los primeros meses de gestación y, a veces, de un discreto adelgazamiento; sin embargo, el estado general es bueno y la exploración clínica es normal. En ocasiones puede acompañarse de alteraciones del sueño, cansancio e irritabilidad.

5. Hiperémesis: 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), ocasionando pérdida de peso del 5% o más y alteraciones en el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico, pudiendo presentar cetonuria y deshidratación (hipovolemia, disminución del volumen extracelular, hemoconcentración, pérdida de electrolitos, elevación de la osmolaridad sérica y urinaria, disminución del aclaramiento de creatinina).

Generalmente se acompaña de pérdida de peso, taquicardia, hipotensión, oliguria, etc. En situaciones graves puede producirse lesión hepática (necrosis de la porción central de los lóbulos y degeneración grasa extensa) y retinitis hemorrágica.

La causa de la hiperémesis gravídica es desconocida, pero sus efectos disminución del flujo sanguíneo placentario, reducción del flujo sanguíneo

materno puede causar la malnutrición grave de gestante y feto, durante el primer trimestre puede ser causa de aborto espontáneo o de efectos teratogénicos; durante el segundo trimestre, puede contribuir a una disminución del peso corporal del recién nacido y a un retraso en su desarrollo neurológico. La exposición fetal prolongada al estrés y la malnutrición también se pueden poner en relación con la aparición de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, como diabetes y cardiopatía.

CAPITULO I.

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.

1.1. Contexto nacional, regional, local y/o institucional.

Contexto Nacional

El Ecuador se encuentra situado en la costa Noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.350 Km². Cuenta con cuatro regiones geográficas: costa, sierra, Amazonia, Región Insular. Siete regiones territoriales y 24 provincias integradas por 219 cantones, 779 parroquias rurales y 395 parroquias urbanas.

Según el instituto Ecuatoriano de Estadísticas Censos (INEC) hasta el año 2008, la población Nacional era de 13'805.095 habitantes, 65,2% residentes en las áreas urbanas; las mujeres representan el 50,1%. El 80% de la población se definió, según autoidentidad étnica, como mestiza; 7% como indígena, 5% como afroecuatoriana y 8% como blancas. Según ciclos de vida, se distribuye: población infantil, menores de 10 años de edad 21%; adolescente de de 10 a 19 años 20,1% adulto de 20 a 64 años 52,9% adultos mayores de 65 años y mas, 6,6% Mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, son 31,2% y las embarazadas 2,6%.

En el año 2006, el porcentaje de pobreza-país fue de 38% (12% en extrema pobreza), sin embargo, para quienes se definen como autodefinen como indígenas y afroecuatorianos estuvo por encima de la

media nacional 68% y 43% respectivamente, al igual que para los habitantes rurales (62%). Para el mismo año, la tasa de analfabetismo se ubica en 9%, con notables disparidades por genero: mientras q 11 de cada 100 mujeres mayores de 15 años no saben leer o escribir esta cifra se reduce a 7 para los hombres.

Los problemas de mal nutrición afectan a más del 55% de mujeres en edad fértil antes de embarazarse y el 60% sufren de anemia cuando se embarazan, mientras que el 14% de recién nacidos nacen con bajo peso, factores q aumentan el riesgo de complicaciones y muertes durante el embarazo, parto, postparto, nacimiento y primer mes de vida.

Si bien, el país a realizado considerables avances en la reducción de la muerte materna – con razones q van desde 92 por 100.000 nacidos vivos para el periodo 1993-2000, a 53 por 100.000 nacidos vivos para el año 2006 y disminución significativa de muerte infantil, llama la atención la persistente meseta de la muerte neonatal y el alto porcentaje q esta mantiene pues constituye el 57% de los casos de muerte infantil, sin considerar el sub-registro y sub-notificación reconocida para ambos casos.

Los promedios esconden importantes diferencias regionales relacionadas con inequidades de género, barreras de acceso e inadecuada calidad de atención obstétrica neonatal.

Durante las últimas décadas en el Ministerio de Salud Publica del Ecuador, con los integrantes del sistema Nacional de salud (CONASA) como espacio de concertación y coordinación, han desarrollado una importante experiencia en la implementación de políticas y estrategias costo-efectivas que han permitido consiguientemente reducir la muerte materna y neonatal, en especial la intrahospitalaria.

La constitución política de la república vigente, en los art. 42,43,44,45, 46 y 47 establecen la garantía y acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; el acceso ininterrumpido a las emergencias de los establecimientos públicos o privados, así como una promoción de la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento respeto y promoción al desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, el compromiso y rectoría en la organización del sistema nacional de salud, integrado con entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector y con funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo, estableciendo que tanto en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescente y las mujeres embarazadas y la obligación del estado, la sociedad y la familia, para promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescente y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos.

Contexto Regional.

La provincia de Los Ríos.

La provincia de los Ríos está ubicada en la región Litoral, la máxima elevación del terreno q posee no supera los 500 msnm. Se encuentra entre la vertiente occidental de los Andes y la Cuenca del Rio Guayas desde los 0 grados 30 minutos hasta 2 grados 10 minutos de latitud Sur y 79 grados 5 minutos hasta los 79 grados 52 minutos de longitud Oeste. La superficie de la provincia es de 7.150.9 km², que representa el 2.8% de la superficie de del territorio nacional y en cuanto a la población del Ecuador es del 5.3%.

La provincia de los Ríos nace por el decreto ejecutivo de octubre 6 de 1860, dictado en Guayaquil por el Doctor Gabriel García Moreno, se creó con los cantones de Babahoyo, Baba, Vinces y Zapotal a Pueblo viejo.

En el año de 1863, la división política de los Ríos era siguiente:

CANTON BABAHOYO, con las parroquias Babahoyo, Caracol y Pimocha.

CANTON BABA, con las parroquias, Baba, Guare y Juana de Oro.

CANTON PUEBLO VIEJO, con las parroquias Pueblo Viejo, zapotal y Ventanas.

CANTON VINCES, con las parroquias Vinces y Palenque.

CANTON GUARANDA, con las parroquias Guaranda, Guanujo, Simiátug, Salinas, San Lorenzo y Santiago.

CANTON CHIMBO, con las parroquias San José de Chimbo, Chapacoto, San Miguel, Asancoto, Vilobán Chillanes y San Antonio.

La provincia de los ríos actualmente está formada por trece cantones: siendo estos los siguientes; Babahoyo (capital), Baba, Montalvo, Puebloviejo, Quevedo, Urdaneta, Ventanas, Vinces, Palenque, Buena Fe, Valencia, Mocache y Quinsaloma.

De acuerdo con el VI Censo de población y V de vivienda de 2001, cuenta con 650.178 habitantes, el 50% está asentado en la zona urbana y el 50.0% se encuentra en la zona rural, el 51.6% de hombres y 48.4% de mujeres; se estima que la población proyectada para el año 2010 será de 780.443 habitantes de los cuales 467.613 estarán en el área urbana 312.830 en el área rural.

Limites:

Norte: Provincia de Pichincha

Sur: provincia de Guayas

Este: provincia de Cotopaxi y Bolívar

Oeste: provincia de Guayas y Manabí

La provincia pertenece a la zona climática denominada tropical monzónica. Durante el verano (de junio a diciembre) el clima es seco y la temperatura fresca. El invierno muy lluvioso y caluroso va de diciembre a mayo. La temperatura media es de 25 grados centígrados y la precipitación 1.867mms.

El relieve de la Provincia presenta dos zonas: la región de las sabanas y la región de las lomas, la primera puede sufrir inundaciones con motivo de las lluvias y la creciente de los ríos, es básicamente agrícola. La segunda, a más de agrícola es apta para ganadería y forestación, en virtud de mantener niveles adecuado de humedad del suelo en el invierno.

Posee suelos profundos y fértiles, los cuales sumados al clima (temperatura y luminosidad) presenta condiciones favorables para el desarrollo agropecuario, especialmente, especialmente en la parte agrícola, donde los cultivos de ciclo corto como el maíz, soya, arroz, frejol y cultivos perennes, como cacao, banano, plátano, palma africana, frutas tropicales, son vitales para la economía del sector, pues generan empleos divisas alimentos y materia prima para la industria alimenticia del país como es el caso del aceite de soya, palmito, maracuyá, etc., etc.

Sin embargo los índices de producción y de productividad que se obtiene por unidad de superficie son bajos, en relación a otros países, y no se responden a los esfuerzos y recursos invertidos por los actores de la producción.

Se dice que por la cantidad de ríos que la cruzan, García Moreno la denominó con este nombre. Su red fluvial le permite a la provincia tener pequeños puertos que se asientan en el curso de los dos ríos principales. Estos puertos se encuentran en Babahoyo, Quevedo, Vinces, Ventanas, Catarama, Ricaurte.

El puerto de Babahoyo está en el centro de la convergencia de la costa con la sierra y se encuentra rodeado de extensas zonas de buena producción agrícola. Quevedo se encuentra en una zona de gran producción agrícola, especialmente bananera y es el centro de actividad comercial más importante de los Ríos.

En el sector salud por su clima y ubicación, la provincia de los ríos presenta un ambiente propenso a la aparición de enfermedades de todo tipo. Las escuálidas condiciones básicas en la que desarrolla su vida la población, por el desempleo, los bajos ingresos, la escasa infraestructura pública y de servicio, falta de hábitos en la alimentación, entre otros componentes de la situación social, crean un estado deficitario en la salud de las familias de la provincia. Sumado a ello, el hecho de que no existen suficientes establecimientos públicos para cubrir las demandas de la población.

Según las estadísticas del plan de desarrollo provincial 2009, los establecimientos de la salud en la provincias de los ríos están distribuidos de la siguiente manera: el cantón Babahoyo cuenta con 42 establecimientos; Quevedo con 27 establecimientos; Ventanas tiene 27 establecimientos; Vinces tiene 19 establecimientos; Vinces 16 establecimientos; el cantón Urdaneta con 13 establecimientos; Montalvo 7 establecimientos; Baba cuenta con 5 establecimiento; tanto los cantones de Buena Fe y Palenque tienen 1 establecimiento de salud.

Las clínicas particulares representan aproximadamente el 20% del total de los establecimientos de salud de la provincia. En el colegio médico de los ríos están afiliados 592 profesionales. La tasa de morbilidad infantil alcanza el 57,55% (lo que significa que de cada 10 niños 6 están enfermos); en el sector rural es alarmante la cifra llega al 65,65% (lo que significa que de cada 10 niños siete están enfermos) y en la zona urbana es del 46,88%.

Las tasas generales de salud son: la tasa de natalidad es de 16.2 por cada mil habitantes; la tasa de mortalidad es de 5.1 por cada mil habitantes; la tasa de mortalidad infantil es de 33.7 por cada mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna es de 93.2 por cada cien mil nacidos vivos.

La problemática de la hiperémesis gravídica

Contexto Local

Ciudad de Babahoyo.

La ciudad de Babahoyo, capital de la Provincia de Los Ríos, está situada al sur de la provincia, en la margen izquierda de río Babahoyo. Geográficamente se ubica en 7 m.s.n.m (metros sobre el nivel del mar); su clima es subtropical.

Según modernos atlas geográficos, el cantón Babahoyo se encuentra ubicado a 1°46" de longitud sur y 97°27" de latitud oeste.

Sus límites:

Al norte: El cantón Catarama

Al sur: La provincia del Guayas y el río Chilintomo

Al este: El cantón Montalvo y la provincia de Bolívar

Al oeste: El cantón Baba, el río Pueblo Viejo, el estero San Antonio y el Río Babahoyo.

Extensión total 1076.1 km²

Actualmente la población asentada en el área, de acuerdo a los resultados provisionales del último censo es de:

Población urbana: **76.869** habitantes

Población rural: **55.955** habitantes.

Población total: **132.824** habitantes.

Historia.

Antiguamente, Babahoyo estuvo ubicado frente a su localización actual y era conocida con el nombre de bodegas, debido q hasta a mediados del siglo 19, fue un importante puerto fluvial donde existía grandes bodegas en las q se almacenaban productos de costa y sierra, para luego ser distribuidos por todo el país. Fue elevada a categoría de cantón el 25 de Junio de 1824.

El 30 de marzo de 1867 un incendio de gran magnitud devasto gran parte de Santa Rita de Babahoyo. El doctor Jerónimo Carrión, presidente de la república, y don Manuel Bustamante, Ministro del interior en esa Época, obtuvieron de la familia Flores Jijón el obsequio de un amplio terreno, en la margen izquierda del rio Babahoyo y sus afluentes San Pablo, frente a las destruidas bodegas, para que se levante la nueva localidad.

Entonces comenzó a edificarse el nuevo o actual Babahoyo, que paso a ser la nueva capital de la provincia, a partir de 27 de mayo de 1869, cuando las oficinas públicas que habían seguido funcionando en la devastada bodegas, fueron trasladada al nuevo Babahoyo. El congreso de la república, en decreto del 30 de septiembre de 1948, designo a Babahoyo capital definitiva de la provincia de los ríos.

El cantón Babahoyo por la topografía de la provincia de los ríos, comparte la característica de ocupar tierras bajas propensas y vulnerables a inundaciones; esta catástrofe natural que se origina por lluvias torrenciales aumentada el caudal del río Babahoyo y de los esteros, lo que ocasiona que las aguas se salgan de su cauce normal e inundan gran parte de las poblaciones y tierras de cultivos cercanos a las riberas y aéreas de influencia. Al bajar las aguas, están quedan estancadas en terrenos más bajos, lo cual acarrea el riesgo de presencia de vectores de enfermedades tropicales propias de la época.

Centro de Salud “Enrique Ponce Luque”

El Centro de salud “Enrique Ponce Luque” se creó en abril de 1987 como maternidad apoyada por la comunidad y financiada por la autogestión.

En abril de 1993 paso a formar parte del Ministerio de Salud Pública, pero con la denominación de Centro Materno Infantil “Enrique Ponce Luque”, brindando cobertura de atención de 8 horas diarias, de lunes a viernes y con personal médico y paramédico financiado por el estado; además de funcionar como sede del administrativa del área 1.

Cuenta con una infraestructura para la atención de los servicios q brinda como área de salud N^a1 donde atiende a la demanda de las necesidades de los sub-centro de salud urbano marginales y rurales de los cantones Babahoyo Montalvo.

Como centro de salud brinda atención operativa con la consulta externa al usuario; con los servicios de: Medicina General, Pediatría, Ginecología-Obstrecia, Odontología, Enfermería, Laboratorio clínico, Farmacia, Estadística, Inspectores sanitarios, para lo cual se ha incrementado recursos humanos, materiales, tecnológicos, equipos y suministro de tecnología de punta.

1.2. SITUACION ACTUAL DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Las náuseas y los vómitos son una afectación gastrointestinal muy común en el embarazo, que según diversas estadísticas afectan al 50 – 90 % de las pacientes. De hecho, son uno de los síntomas que con más frecuencia relatan las mujeres gestantes en el inicio del mismo.

En la actualidad ésta sintomatología difícil pero de consecuencias a veces tan dramáticas, continua suponiendo una importante causa de ingreso hospitalario, de gasto social y que a pesar de los avances científicos no ha disminuido.

Por todo aquello las náuseas y los vómitos del embarazo se deben tener mucho en cuenta durante control de la gestante, habitualmente se presenta en el primer trimestre de la gestación pero en el 10% de las pacientes pueden mantenerse durante todo el embarazo.

En líneas generales las náuseas y vómitos durante el embarazo pueden producirse en pacientes de todos los estatus sociales, parece ser más común en primigestas jóvenes, en mujeres de bajo nivel de educación con bajo nivel social y con trabajo de tiempo parcial, en no fumadoras, en mujeres que consumen alcohol y en obesas.

Que así como nace nuestro estudio, con el cual se determinarán las causas de la hiperhemesis gravídica, y como las gestantes deben seguir con los tratamientos recomendados para disminuir ésta anomalía y que ellas obtengan un embarazo feliz y un producto sano.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema General

¿Cuáles serían las recomendaciones respectivas para disminuir los casos de hiperhemesis gravídica, en gestantes de 8-14 semanas atendidas en

el área de obstetricia del Centro Materno Infantil “Enrique Ponce Luque” de Babahoyo?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuáles serán los resultados luego de que la gestante siga las recomendaciones que el médico da durante los controles pre-natales?

¿Qué daño causaría en la madre si a pesar de las recomendaciones no se logra controlar la hiperémesis gravídica?

¿Cómo afectaría al producto si la embarazada no siguiera con las recomendaciones dadas por el médico?

1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Temporal:

De junio a diciembre del 2012

Espacial:

Institución: Centro de Salud Enrique Ponce Luque

Ubicación: Dirección: Calle G y Vargas Machuca

Parroquia: Camilo Ponce

Cantón: Babahoyo

Provincia: Los Ríos

País: Ecuador

1.5 JUSTIFICACIÓN

Ante la realidad observada en el Centro Materno nace la idea de desarrollar dicho estudio ya que las embarazadas atendidas en dicho establecimiento padecían de hiperhemesis gravídica, en varias ocasiones con casos de hasta ser ingresadas para darles el tratamiento correspondientes, lo que se quiere lograr es que las embarazadas sigan con las recomendaciones dadas por el médico para disminuir las molestias.

La siguiente investigación científica brinda toda la información sobre hiperémesis gravídica en pacientes con embarazo de 6 a 14 semanas de gestación adjunto con sus signos, síntomas, factores causales y de riesgo y el manejo de las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, los cuales se deben aplicar a las pacientes con hiperémesis gravídica.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

Analizar las principales causas asociadas a la hiperémesis gravídica y así durante los controles, dar las recomendaciones respectivas para disminuir el número de casos, en las pacientes gestantes atendidas en el área de Obstetricia del centro materno infantil “Enrique Ponce Luque” desde junio a diciembre del 2012.

1.6.2 Objetivos específicos

- Dar las recomendaciones necesarias durante los controles mensuales para lograr un buen estado de salud durante la gestación.

- Enfatizar sobre los daños que causaría en la gestante si no se atendieran los malestares con ayuda profesional.
- Concientizar a la embarazada sobre la importancia y las consecuencias que traerá al producto, el no seguir con los tratamientos dados por el profesional.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Alternativas teóricas asumidas

La naturaleza de la investigación refleja una relación dialecta entre un hecho y sus repercusiones científicas y socioculturales. El fenómeno investigado requiere un tratamiento hipotético deductivo que permita partir del conocimiento particular y aislado de los hechos hasta la generalización de las dimensiones y categorías de análisis estudiadas. Para esto se requiere de la participación de de los principales enfoques de la investigación: lo cuantitativo y cualitativo. Ambos enfoque deben ir estrechamente relacionados para posibilitar el análisis y la interpretación de las variables de estudio consideradas.

El problema estudiado constituye un hecho gobernado por leyes que permiten explicar, predecir y controlar los fenómenos del mundo natural y pueden ser descubiertas y descrita de manera objetiva y libre de valor por los investigadores con métodos adecuados. Por otro lado, los objetivos planteados y las hipótesis formulada se basan en la experiencia y utilizan la vía hipoteticodeductiva como razón metodológica válida para la interpretación del fenómeno. Se considera de vital importancia en esta

concepción, la operativización de las variables y q los parámetros e instrumentos de recolectar la información sean fiables.

Por otro lado la situación problemática analizada constituye un hecho con alta trascendencia científica y conlleva interpretaciones y situaciones de carácter ético; en este sentido, el equipo investigador considera que el abordaje de los conceptos, el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados, debe realizarse desde el punto de vista objetivo y con el propósito de proporcionar información real, veraz, oportuna, la misma que aporte significativamente a la toma de decisiones que puedan propender a la aplicación de medidas y soluciones adecuadas al problema investigado.

2.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL

HIPEREMESIS GRAVIDICA

Nauseas.

Definimos nauseas como “la sensación de tener urgencia de vomitar y le expulsión forzada de los contenidos del estomago hacia arriba a través del esófago y fuera de la boca”.

No se conoce la causa exacta de las náuseas del embarazo. Pueden ser ocasionadas por cambios hormonales o por niveles bajos de azúcar en la sangre a comienzos del embarazo. El estrés emocional, los viajes o algunos alimentos pueden hacer que el problema empeore. Las náuseas en el embarazo son más comunes y pueden ser peores con gemelos o trillizos

Vomito.

El vómito es una acción forzada que se refleja por medio de una concentración fuerte y hacia abajo del diafragma. Al mismo tiempo, los músculos abdominales se tensan súbitamente contra un estomago superior relajado con un esfínter abierto. Los contenidos del estomago son expulsados hacia arriba y hacia afuera.

Definiciones.

Náusea:

Sensación de inminente necesidad de vomitar, que no siempre culmina en dicho acto. Con frecuencia se acompaña habitualmente de alteraciones vasomotoras que causan palidez, sudor y relajación de la parte inferior del esófago y los músculos abdominales.

Vómito:

- Contenido del estómago es expulsado con violencia por la boca.
- Cierre de la glotis y elevación del paladar blando.
- Aumento de la presión intra-gástrica produce evacuación del contenido del estómago.
- Contracción forzada y sostenida de los músculos abdominales y el diafragma, es un momento en el que el cardias está elevado y el píloro está contraído.

Arcada:

- ✓ Movimientos espasmódicos e incompletos con la glotis cerrada.

- ✓ Movimientos inspiratorios de la pared torácica y diafragma se oponen a contracciones espiratorias de los músculos abdominales.
- ✓ Antro se contrae y el techo y cardias se relajan. La boca está cerrada

Regurgitación, en que el contenido esofágico retorna a la cavidad oral de forma pasiva. **Rumiación** el contenido gástrico se regurgita de forma activa a la boca y posteriormente se mastica y se traga (fenómeno al menos en parte voluntario).

Vómitos agudos, aquéllos de duración menor a una semana.

Vómitos crónicos persistentes, de duración igual o mayor a una semana.

Vómitos crónicos recidivantes, de duración mayor a una semana y alternan episodios eméticos con periodos asintomáticos de 5 a 10 días de duración.

Fisiopatología

El vómito es un complejo mecanismo que permite a los animales protegerse de tóxicos o venenos ingeridos. Se activa mediante estímulos tanto humorales como neuronales, o ambos. El mecanismo del vómito está controlado por dos centros medulares principales: el centro del vómito, localizado en la porción dorsal de la formación reticular, y el área gatillo del vómito (AGV), localizada en el área postrema del suelo del cuarto ventrículo. El centro del vómito controla e integra el acto del vómito a través de las vías aferentes que se originan en el tracto digestivo, y de otras partes del cuerpo (corazón, testículos, etc.). También recibe impulsos del AGV, del córtex, del tronco cerebral y del sistema vestibular

a través del cerebelo. Algunas señales periféricas de la faringe, estómago e intestino delgado alcanzan el centro del vómito a través del núcleo solitario.

La barrera hematoencefálica está pobremente desarrollada en el área postrema (AGV), por lo que ésta es muy accesible a fármacos eméticos en la circulación general. EL AGV puede activarse por diversos estímulos o fármacos, como la apomorfina y otros opiáceos, levodopa, digitalis, toxinas bacterianas, radiación, alteraciones metabólicas que ocurren en la uremia, hipoxia, etc. El AGV no induce el vómito directamente, lo hace a través de los impulsos que trasmite al centro del vómito.

Una vez estimulado el centro del vómito, la emesis es mediada por diferentes vías eferentes, que incluyen 1º el vago con fibras que inervan la laringe, faringe, esófago, estómago, 2º los nervios frénicos, 3º los nervios espinales de la musculatura abdominal y 4 º los intercostales. La manifestación inicial en la emesis es la náusea, caracterizada por una disminución del tono gástrico con dilatación del fundus. Al mismo tiempo la perístasis gástrica desaparece o disminuye y por el contrario se incrementa el tono en el intestino delgado proximal y se produce la relajación del esfínter esofágico inferior.

El vómito ocurre al aumentar la presión intrabdominal debido a la contracción diafragmática y de los músculos de la pared abdominal, que propule el contenido gástrico hacia el esófago y eventualmente es expelido por la boca. Al mismo tiempo se activan mecanismos reflejos de protección, como la elevación del paladar blando para evitar la entrada en la nasofaringe y la inhibición momentánea de la respiración junto al cierre de la glotis para evitar la aspiración pulmonar.

Se han identificado varios receptores, cuya activación produce el reflejo emético: histamínicos H1, muscarínicos M1, encefalinas, dopamina D2 y

serotonina 5-HT₃. La excitación de los receptores cannabinoides CB₁ inhibe el reflejo emético. El área postrema es rica en receptores opioides, muscarínicos, dopaminérgicos D₂ y serotoninérgicos, en especial el receptor 5-HT₃. El centro del vómito tiene principalmente receptores dopaminérgicos y la activación de los receptores 5-HT₃ provoca la liberación de dopamina. Los receptores histaminérgicos tipo H₁ se concentran principalmente en el núcleo solitario y núcleo vestibular.

También se conoce la existencia de receptores CB₁ cannabinoides localizados en los centros medulares del vómito.

Consecuencias del vómito

Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas

- *Deshidratación y desequilibrio electrolítico.* Según la severidad del cuadro clínico los pacientes pueden presentar alteraciones electrolíticas (hipocloremia, hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia e hipomagnesemia).
- *La alcalosis hipoclorémica.* Se debe a la pérdida de hidrogeniones con el vómito y a la disminución de hidrogeniones extracelulares.

Déficit nutricional.

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

Complicaciones directas asociadas al vómito:

Síndrome de Mallory-Weiss (laceración longitudinal de la unión esófago-gástrica).

Definición:

Desgarros no perforantes en la mucosa gastro-esofágica. También se denomina desgarro de Mallory-Weiss o síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágica.

El desgarro de Mallory-Weiss se engloba dentro de los traumatismos del esófago. Es más frecuente en los varones y puede aparecer a cualquier edad. Se han sugerido diversos factores predisponentes y desencadenantes de la producción de las laceraciones. Así, su incidencia es mayor en los alcohólicos. También se ha considerado típico que la hemorragia esté precedida por situaciones que aumentan la presión abdominal: náuseas, vómitos, tos, convulsiones epilépticas, masaje cardíaco externo, etc. Se ha relacionado además con la presencia de hernia hiatal y la ingesta aguda de alcohol o de salicilatos. No es raro encontrar asociadas otras lesiones gastrointestinales que pueden ser las causantes de las náuseas y los vómitos. Los desgarros pueden ser únicos o múltiples, pequeños o de gran tamaño.

Este síndrome se manifiesta habitualmente por hematemesis, que puede ser desde muy leve a masiva, pero en ocasiones se presenta sólo como melenas. En la actualidad el síndrome de Mallory-Weiss es la causa del 5 al 10% de las hemorragias digestivas del tracto superior

DIAGNOSTICO

Su diagnóstico es endoscópico y rara vez es demostrable por radiología. Si las hemorragias han sido abundantes puede observarse un descenso del hematocrito.

El pronóstico suele ser bueno y en la mayoría de los casos es suficiente el tratamiento médico conservador. Los desgarros suelen cicatrizar en 10 a 12 días sin ningún tratamiento especial. Pueden administrarse inhibidores de la secreción gástrica (en particular inhibidores de la bomba de protones). Cuando la hemorragia no cesa está indicada la cauterización o la fotocoagulación endoscópica. Raras veces se requiere cirugía para suturar el desgarro.

Erosiones dentales observadas en los vómitos del embarazo y en vómitos crónicos.

Se presentan algunas situaciones de desgaste en las piezas dentales, las que se dan principalmente por las náuseas y vómitos. Esto crea dientes sensibles al frío y a las comidas ácidas. Para apaciguar un poco este problema, se pueden usar enjuagues a base de flúor neutro o sin alcohol, siempre recomendados por el dentista. Pero la mayoría de las mujeres no tiene mucha tolerancia a este producto, debido a las náuseas que provoca.

Síndrome de Boerhaave (rotura espontánea del esófago) más frecuente en el alcohólico y con alta mortalidad.

El **síndrome de Boerhaave** o **perforación esofágica**, es una ruptura de la pared del esófago, generalmente causado por vómitos excesivos en trastornos de la alimentación como la bulimia, aunque ocasionalmente puede deberse a un toser con extremada fuerza, así como en otras situaciones como una obstrucción importante por alimentos. Puede causar neumomediastino—también llamado *enfisema mediastínico*—al

escaparse aire al mediastino, mediastinitis por inflamación del mediastino, sepsis y shock.

Epidemiología.

Clásicamente, la perforación del esófago ocurre después de vómitos forzosos. El síndrome de Boerhaave es una perforación transmural, a diferencia del desgarro de Mallory-Weiss, una laceración no transmural de la pared del esófago, también asociada con el vomitar. Por razón de su íntima asociación con el vomitar, el síndrome de Boerhaave no es un trastorno verdaderamente espontáneo. Sin embargo, se usa el termino para distinguir de las perforaciones yatrogénicas, que incluyen entre un 85-90% de todas las rupturas esofágicas, generalmente como complicación de un procedimiento endoscópico, una intubación gástrica o por cirugías no relacionadas con el esófago.

Patología

Se piensa que la ruptura esofágica del síndrome de Boerhaave es un resultado de un repentino aumento de la presión interna del esófago producida durante los vómitos intensos, como resultado de una incoordinación neuromuscular que causa un fallo del cierre del músculo cricofaríngeo (el esfínter superior del esófago). El síndrome es también frecuente cuando el individuo consume excesivas cantidades de alimento y/o licor.

La ubicación anatómica más frecuente de una perforación es la pared posterolateral de los 2/3 inferiores del esófago, unos 2-3 cm antes de llegar al estómago.

El tratamiento del síndrome de Boerhaave incluye la administración inmediata de antibióticos para prevenir una mediastinitis o sepsis, la reparación quirúrgica de la perforación y, si se acompaña de pérdidas

importantes de líquido, se debe administrar terapia intravenosa debido a que la perforación imposibilita la rehidratación oral.

Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff (patología neurológica grave e irreversible, asociada habitualmente con el alcoholismo crónico; actualmente es excepcional su relación con la hiperemesis gravídica) y complicaciones neurológicas.

La hiperemesis gravídica se presenta desde la sexta a la décimo segunda semana de gestación. Se define por náuseas y vómitos persistentes y repetidos

Que producen pérdida de peso, deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos y ácido-base. La Encefalopatía de Wernicke es la complicación neurológica que se asocia a esta condición, cuya causa subyacente es la inadecuada absorción de vitamina B1 (tiamina), co-factor de importantes enzimas que se relacionan con el metabolismo energético cerebral como la α -ketoglutarato deshidrogenasa, piruvato deshidrogenasa (ambas del Ciclo de Krebs) y la transketolasa de la vía de la pentosa fosfato.

Clásicamente el alcoholismo ha sido identificado como la principal causa de la encefalopatía de Wernicke. Sin embargo, como vemos existen otras patologías capaces de disminuir los niveles plasmáticos de tiamina, entre ellas la hiperemesis gravídica

Hasta ahora sólo 49 casos han sido descritos en la literatura. La forma activa de la tiamina, la tiamina pirofosfato, es una coenzima esencial para múltiples vías metabólicas del sistema nervioso central, relacionadas con el metabolismo y síntesis de mielina y neurotransmisores (ácido glutámico y GABA), aunque principalmente actúa en el metabolismo de los carbohidratos.

La carencia de tiamina produce alteraciones en el metabolismo neuronal provocando una disminución global del uso de glucosa, que genera la acumulación de metabolitos deletéreos (ácido láctico, glutamato y radicales libres). La neuropatología observa congestión y microhemorragias en la sustancia gris periacueductal, en los cuerpos mamilares, vermis cerebeloso, hipotálamo y núcleo medial dorsal del tálamo. El compromiso es bilateral y simétrico.

El síndrome de Wernicke se expresa por la triada clásica de ataxia, alteraciones de la oculomotilidad y compromiso de conciencia. El 19% debuta con síntomas menos típicos como taquicardia e hipotensión, (compromiso autonómico), hipotermia (compromiso hipotalámico) y convulsiones.

La ataxia está presente en el 23% de los pacientes, que explica el compromiso cerebeloso, vestibular o la eventual coexistencia de polineuropatía. Los trastornos oculares se observan en el 29%, incluye nistagmus, paresia de musculatura ocular externa o parálisis de la mirada conjugada. El compromiso de conciencia presente en un 82% de los pacientes, por compromiso bitalámico y/o de los cuerpos mamilares y varía desde la desorientación al coma.

No existen exámenes de laboratorio específicos para definir esta patología, siendo útil la medición de niveles de vitamina B1 y la resonancia magnética, que puede evidenciar las lesiones hiperintensas bilaterales y simétricas del tálamo, hipotálamo, cuerpos mamilares, piso de cuarto ventrículo y cerebelo.

Síntomas de la encefalopatía de Wernicke:

- Confusión
- Pérdida de coordinación muscular (ataxia)
 - temblor en las piernas
- Cambios en la visión

- movimientos oculares anormales (movimientos de un lado para otro llamados nistagmo)
- visión doble
- caída de los párpado

Síntomas del síndrome de Korsakoff

- Incapacidad para formar nuevos recuerdos
- Pérdida de la memoria que puede ser grave
- Inventar historias (confabulación)
- Ver o escuchar cosas que realmente no existen (alucinaciones)

El tratamiento consiste en altas dosis de tiamina parenteral, no existiendo aún consenso en las dosis y frecuencia a utilizar. Sechi y cols sugieren dosis que van de los 250 a los 500 mg por día por tres a cinco días dependiendo de la respuesta clínica y posteriormente 250 mg intramuscular diarios por cinco días, con especial cuidado en la detección y manejo temprano de reacciones anafilácticas y anafilactoides que en forma ocasional se han descrito, pero dosis menores como 100 mg día también han sido exitosamente usadas, hasta que el paciente recupere la posibilidad de ingesta normal de la tiamina en la alimentación.

GONADOTROPINA CORIÓICA HUMANA (HCG)

La **gonadotropina coriónica humana** (hCG) es una hormonaglicoproteica producida en el embarazo, fabricada por el embrión en desarrollo poco después de la concepción y más tarde por el sinciotrofoblasto (parte de la placenta). Su función es evitar la desintegración del cuerpo lúteo del ovario y, por ende, mantener la producción de progesterona que es fundamental para el embarazo en los seres humanos. La hCG puede tener funciones adicionales; por ejemplo, se cree que afecta a la tolerancia inmunológica del embarazo. Las primeras pruebas de embarazo, en general, se basan en la detección o medición de hCG. Debido a que la hCG es producida también por algunos

tipos de tumores, es un importante marcador tumoral, pero no se sabe si esta producción es una causa o un efecto de la tumorigénesis.

Al igual que otras gonadotropinas, la hCG se puede extraer de la orina de mujeres embarazadas o por modificación genética.

FUNCIONES DE LA GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA

La hCG interactúa con el receptor LHCG y promueve el mantenimiento del cuerpo lúteo durante el comienzo del embarazo, haciendo que éste secrete la hormona progesterona. La progesterona enriquece el útero con un grueso revestimiento de vasos sanguíneos y capilares, de manera que pueda sostener el crecimiento del feto. Debido a su alta carga negativa, la hCG puede repeler las células inmunitarias de la madre, protegiendo al feto durante el primer trimestre.

También se ha formulado la hipótesis de que la hCG placentaria puede ser un vínculo para el desarrollo de la inmunotolerancia maternal. Por ejemplo, las células endometriales tratadas con hCG inducen un aumento en la apoptosis de las células T (disolución de células T).

Estos resultados sugieren que la hCG puede ser un enlace en el desarrollo de la tolerancia inmunológica peritrofoblástica, y puede facilitar la invasión del trofoblasto, un proceso que acelera el desarrollo fetal en el endometrio. También se ha sugerido que los niveles de hCG están vinculados con la gravedad de los mareos matinales en mujeres embarazadas.

Debido a su similitud con la hormona luteinizante (LH), la hCG también puede usarse clínicamente para inducir la ovulación en los ovarios, así como la producción de testosterona en los testículos. Como la fuente

biológica más abundante son las mujeres que están actualmente embarazadas, algunas organizaciones recogen la orina de mujeres embarazadas para extraer hCG y usarla en los tratamientos de fertilidad.

La hCG también juega un papel en la diferenciación y proliferación celular, y puede activar la apoptosis.

ESTRUCTURA DE LA GONADOTROPINA CORIÓNIC HUMANA

La hCG es una glicoproteína compuesta de 244 aminoácidos, con un peso molecular de 36,7 kDa. Sus dimensiones totales son de 75×35×30 angstroms (7,5×3,5×3 nanómetros).

Es heterodimérica, con una subunidad β (beta) que es única para la hCG, y con una subunidad α (alfa) idéntica a la de la hormona luteinizante (LH), la hormona folículo-estimulante (FSH), y la hormona estimulante del tiroides (TSH). La subunidad α (alfa) tiene 92 aminoácidos de largo y unas dimensiones de 60×25×15 angstroms (6×2,5×1,5 nm).

La subunidad β de la hCG contiene 145 aminoácidos y unas dimensiones de 6,5×2,5×2 nm, codificados mediante seis genes muy homólogos que están dispuestos en tándem y en pares invertidos en el cromosoma 19q13.3 - CGB.

Las dos subunidades crean un pequeño núcleo hidrófobo rodeado por una gran superficie con una proporción área volumen 2,8 veces mayor que la de una esfera. La gran mayoría de los aminoácidos exteriores son hidrófilos.

PRUEBAS DE GONADOTROPINA CORIÓNIC HUMANA

Los niveles de hCG pueden medirse en la sangre o la orina. Con mayor

frecuencia, se hace como una prueba de embarazo, destinada a indicar la presencia o ausencia de un embrión implantado. También pueden hacerse pruebas de hCG para el diagnóstico o seguimiento de células germinales y tumores trofoblásticos.

La mayor parte de las pruebas emplean un anticuerpo monoclonal (MAb) específico de la subunidad β de la hCG (β hCG). Este procedimiento se emplea para asegurar que las pruebas no dan falsos positivos por confusión de la hCG con la LH y la FSH. Estas dos últimas están siempre presentes en diferentes niveles en el cuerpo, mientras que la presencia de hCG casi siempre indica el embarazo.

Test de orina

La prueba de orina puede ser un inmunoanálisis cromatográfico realizado en el hogar, el centro médico, o el laboratorio. Los umbrales de detección van de 20 a 100 mUI/ml (mili unidades internacionales por mililitro), dependiendo de la marca del test. Cuanto más temprana sea la etapa del embarazo, más precisos serán los resultados que pueden obtenerse mediante el uso de la primera orina de la mañana, ya que es cuando los niveles de hCG son más altos. Cuando la orina es diluida, la concentración de hCG puede no ser representativa de la concentración en la sangre, y la prueba puede dar un falso negativo.

Test de suero

La prueba de suero, utilizando 2-4 mL de sangre venosa, es típicamente un inmunoanálisis quimioluminiscente o fluorimétrico, que puede detectar niveles de β hCG tan bajos como 5 mUI/ml y permite la cuantificación de la concentración de β hCG. La capacidad para cuantificar el nivel de β hCG es útil en el seguimiento de células germinales y tumores trofoblásticos, el seguimiento después del aborto involuntario, y el diagnóstico y

seguimiento después de tratar un embarazo ectópico. La ausencia de un feto visible en la vagina por ultrasonido después de que la β hCG haya alcanzado niveles de 1500 UI/ml es muy indicativo de un embarazo ectópico.

Una enfermedad trofoblástica gestacional, como las molas hidatidiformes ("embarazo molar"), o el coriocarcinoma, pueden producir altos niveles de β hCG (debido a la presencia de sincitiotrofoblastos, parte de las vellosidades que componen la placenta), a pesar de la ausencia de un embrión.

Los altos niveles de hCG también son un componente del triple test, una prueba de detección para determinadas anomalías cromosómicas fetales y defectos de nacimiento. Niveles de Hcg.

La siguiente lista indica los niveles de hCG en suero. Tenga en cuenta que estos valores son típicos (los encontrados en una mujer determinada pueden no estar dentro de estos rangos. (DUP = desde el último período menstrual).

- * Mujeres no embarazadas: <5.0 mUI/ml
- * 3 semanas DUP: 5-50 mUI/ml
- * 4 semanas DUP: 5-426 mUI/ml
- * 5 semanas DUP: 18-7340 mIU/ml
- * 6 semanas DUP: 1080- 56500 mUI/ml
- * 7-8 semanas DUP: 7650-229000 mIU/ml
- * 9-12 semanas DUP: 25700-288000 mUI/ml
- * 13-16 semanas DUP: 13300-254000 mUI/ml
- * 17-24 semanas DUP: 4060-165400 mUI/ml
- * 25-40 semanas DUP: 3640-117000 mUI/ml
- * Mujeres posmenopáusicas: <9.5 mUI/ml

La hiperemesis gravídica (HG) es una afección que se caracteriza por vómitos intensos, persistentes y frecuentes, y náuseas durante el embarazo. Como resultado, las mujeres no pueden ingerir una cantidad adecuada de alimentos y de líquidos, lo cual provoca un descenso de más de 5% del peso corporal previo al embarazo. Se deshidratan y sufren deficiencias de vitaminas y minerales.

La HG 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 HG sucede entre 0,5 y 2% de los embarazos.

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 pérdida ponderal superior al 5%.

La hiperémesis gravídica predomina en madres jóvenes, nulíparas y con embarazo múltiple.

Ante la paciente que consulta por náuseas y vómitos hay que:

- Realizar una anamnesis adecuada: frecuencia e intensidad de los síntomas, momento de aparición (si los síntomas aparecen más allá de la semana 9 valorar otras causas), tolerancia a la ingesta, valorar pérdida ponderal.
- Aquella pacientes que presentan más de 4-5 vómitos al día y/o pérdida ponderal son tributarias de otra exploraciones complementarias:

Analítica completa: hemograma, ionograma, perfil hepático,

Pruebas de coagulación, perfil tiroideo y equilibrio acido-base

Ecografía: Las pacientes con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan vómitos con mayor frecuencia.

CAUSAS O ETIOLOGÍA.

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

1) Hormonal:

Si se enfoca a la “hiperemesis gravídica” desde un punto de vista orgánico, el factor más comúnmente asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotrofina coriónica humana, ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo su mayor intensidad con la máxima secreción de gonadotrofinas coriónicas.

Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la “hiperemesis gravídica” se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares (embarazo en que la placenta se forma mal y se transforma en una masa; el feto no se desarrolla o lo hace de forma defectuosa y no puede vivir).

Se ha propuesto la influencia de otras hormonas como causa de la “hiperemesis gravídica”, como los estrógenos, los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) producida en las glándulas suprarrenales, la hormona del crecimiento y la prolactina.

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

2) 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 “hiperemesis gravídica” en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas.

Lo aconsejable es considerar cada caso en particular, sin generalizar, indicando las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y mejorar el estado general, valorando si es necesario el apoyo psicológico.

Hay autores que han comprobado que el 60% de las mujeres con “hiperemesis gravídica” desarrolla depresión secundaria. Es muy bueno que la embarazada hable con su obstetra quien, le explicará que la “hiperemesis gravídica” es una situación transitoria, al mismo tiempo que le indica el tratamiento adecuado para evitar el deterioro de su salud.

3) Motilidad gástrica:

Durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir vómitos.

4) Déficit de vitaminas:

La falta de vitamina "B puede producir vómitos.

5) Presencia de "Helycobacterpilory":

Es una bacteria que vive exclusivamente en el medio ácido de estómago, y que infecta la mucosa gástrica, produciendo gastritis o úlcera gástrica.

FISIOPATOLOGIA DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA.

Como se ha mencionado anteriormente 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.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se realiza en base a síntomas, pruebas de laboratorio y al examen físico, que demuestra hipotensión arterial, taquicardia y signos de deshidratación (sequedad de piel, ojos hundidos, mucosas y labios secos y disminución del volumen diario de diuresis).

En los resultados de laboratorio se encuentra una elevación en la concentración de glóbulos rojos, urea y ácido úrico.

Cuando los vómitos son severos se pierde mucho potasio, sodio y cloro, lo que lleva a una alcalosis metabólica.

Los diagnósticos diferenciales posibles son embarazos múltiples, enfermedad trofoblástica gestacional (estas dos enfermedades se descartan mediante ecografía obstétrica), y enfermedades previas al embarazo como gastritis, cálculos biliares o enfermedades hepáticas.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

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

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS NAUSEAS Y VOMITOS DE LA GESTACIÓN

Afectación gastrointestinal:

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

Afectación del tracto genito-urinario:

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

Afectación metabólica:

- Cetoacidosis diabética
- Porfiria
- Enfermedad de Addison
- Hipertiroidismo

Afectación neurológica:

- Pseudotumor cerebral
- Lesiones vestibulares
- Migraña
- Tumor SNC

COMPLICACIONES MATERNAS DE LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

1. 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.
2. 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 esta 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.
3. Beriberi: se presenta por deficiencia de tiamina, causa lesiones neurológicas y puede haber compromiso cardiaco.
4. 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.
5. 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.
6. Mecánicas: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de MalloryWeiss), neumotórax a tensión, desprendimiento de retina y avulsión esplénica.

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 pre-termino 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.

Hiperémesis gravídica es el término utilizado para referirse a náuseas y vómitos persistentes durante el embarazo.

Si bien más de la mitad de las mujeres embarazadas experimentan alguna forma de náuseas o vómitos, solamente del 1.5% al 2% sufren de hiperemesis gravídica, una afección mucho más seria. La hiperemesis gravídica, que muchas veces provoca deshidratación y desnutrición, anualmente envía al hospital a más de 50,000 mujeres embarazadas.

Aunque es más común en el primer trimestre, frecuentemente continúa durante todo el embarazo. Por fortuna, si se diagnostica a tiempo y se trata de manera apropiada, representa poco riesgo para usted o su bebé. Se desconoce la causa exacta de la hiperemesis gravídica, pero algunos de los factores que pueden influir son:

- Altos niveles de GCH (gonadotropina coriónica humana). Los niveles de esta hormona aumentan rápidamente durante las primeras etapas del embarazo y pueden activar la parte del cerebro que controla las náuseas y los vómitos.
- Mayores niveles de estrógeno. Esta hormona también afecta la parte del cerebro que controla las náuseas y los vómitos.
- Cambios gastrointestinales. Durante todo su embarazo, los órganos digestivos se desplazan para dar espacio al feto en crecimiento. Esto puede resultar en reflujo ácido y que el estómago se vacíe más lentamente, lo que puede provocar náuseas y vómitos.
- Factores psicológicos. Con frecuencia, el estrés puede provocar que se sienta físicamente enferma. La ansiedad que puede acompañar un embarazo, puede desencadenar náuseas y vómitos severos.
- Dieta alta en grasas. Las últimas investigaciones demuestran que las mujeres que tienen una dieta alta en grasas tienen mayor riesgo de presentar hiperemesis gravídica. 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.
- Helicobacterpilori. Un estudio de investigación en Ginecología y Obstetricia reveló que el 90% de las mujeres embarazadas con hiperemesis gravídica también están infectadas con esta bacteria, lo que algunas veces puede provocar úlceras estomacales.

Las mujeres con mayor riesgo de hiperemesis gravídica incluyen a aquellas que experimentan su primer embarazo, llevan en su vientre a más de un bebé, son menores de 24 años o llevan un feto de sexo

femenino. Las mujeres con antecedentes de náuseas durante el embarazo y aquellas que son obesas también encaran un riesgo mayor.

TRATAMIENTO

AMBULATORIO

MEDIDAS DIETETICAS:

Comidas frecuentes y de escasa cantidad

Preferencia de alimentos fríos y sólidos

Dieta rica en HCO

Condimentación sencilla

Desayunar en cama

FARMACOLOGICO

- Comprimidos de 10mg de Clorhidrato de Dicyclomina, 10mg de Succinato de Doxilamina y 10mg de Piridoxina (2 comp. al acostarse y 1 a media mañana)
- 5-10 mg de Metoclopramida antes de comida con la que se tienda al vómito
- Carboxilasa (1-2 supositorios de 20 mg/día o 100 mg c/12h IM) si cetonuria
- Sulpiride: antiemético/psicotropo

HOSPITALARIO

CRITERIOS DE INGRESO

MEG (fiebre, tq...)

Diuresis < 750 ml/día

HCO₃⁻ > 40-50 mEq/l o Cl⁻ < 60 mEq y Ph > 7´4-7´7 (Alcalosis metabólica descompensada)

C. Cetónicos >200 mg/100 ml o HCO₃⁻ <20 mEq/l (Acidosis progresiva)

- Aislamiento
- Abundantes soluciones electrolíticas y calóricas (3000 cc/24 h alternando fisiológico y glucosado al 10%) Cantidad de sal a administrar debe sumar al menos 9 g ClNa y 6 g ClK/día

Aporte de líquidos suficiente cuando diuresis diaria > 1500ml y contenga < 2-3 g Cl Na

- Si alcalosis hipoclorémica: Solución de electrolitos que contengan Cl⁻
- Si acidosis metabólica: Solución de Lactato
- Piridoxina (300-600 mg Dosis de choque y desp. 300 mg/día o alternos) + Tiamina (100-200 mg/ día) + 1 g Vit. C
- Aconsejable los 1-2 primeros días un sedante-antiemético (dehidrobenzoperidol, haloperidol)
- Si agitación psicomotriz: sedación (diazepam)
- Otros: antihistamínicos (maleato de dexclorfeniramina), Ondansetron
- Si grave desnutrición: alimentación parenteral

Tras 24 horas sin vómitos y cuando se normalicen los electrolitos, la urea, el hto y la diuresis Ingesta Oral (consejos ambulatorios)

Alta cuando la pérdida de peso cese

Acupuntura, psicoterapia y terapia conductual: complemento de tto.

2.3. Planteamiento de hipótesis.

2.3.1. Hipótesis general

El seguimiento de las indicaciones que da la obstetra/íz es una forma segura para que la embarazada que cursa por la semana 6-14 logre un embarazo a término sin complicaciones debido a las molestias causada por la hiperemesis gravídica y que no afecte a su producto.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Las recomendaciones dadas por el obstetra/íz de forma estricta y necesaria durante las molestias causadas por la hiperemesis darán mejores resultados que no seguir con estas.
- La preparación de las gestantes en los controles para lograr disminuir las molestias causadas por la hiperémesis.
- La concientización en la embarazada de los problemas que causaría en el producto al no seguir con las recomendaciones dadas por la obstetrix.
- La disminución de casos de hiperémesis gravídica en los siguientes embarazos.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Controles mensuales desde las primeras semanas	Muestra disminuir las molestias para el buen desarrollo del Embarazo y el bienestar del recién nacido.	Garantiza el desarrollo óptimo del embarazo	Citas médicas que la embarazad a debe cumplir durante toda la gestación.	Primer Trimestre 4 a 8 semanas 9 a 12 semanas Segundo Trimestre 13 a 17 semanas

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Exámenes de laboratorio	Determina estados anémicos que impiden el buen desarrollo del producto	Se requiere de los exámenes de laboratorio en la primera consulta con el profesional competente	Son exámenes de diagnóstico que se realizan para determinar niveles normales o alterados en sangre para cubrir las necesidades básicas de la gestante.	A la primera consulta.

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Dieta adecuada	Aumenta las defensas de la gestante, previene estados de anemia y disminuye la posibilidad de padecer hiperemesis gravídica	El consumo adecuado es durante toda la gestación	Tipo de alimentación que comprende carbohidratos, proteínas, vitaminas, lácteos, minerales, y en menor cantidad grasas y azúcar	1°trimestre 2°trimestre 3°trimestre

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Ecografía	Determina el número de fetos	Es conveniente uno en cada trimestre	Es una técnica de diagnóstico de imagen que permite ver el número de fetos. Es el método más seguro para conocer el estado general del embarazo	1°trimestre 2°trimestre 3°trimestre

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Suplementos vitamínicos	Disminuye la posibilidad de padecer vómitos que podrían conllevar a hiperemesis gravídica	Preferiblemente Antes, durante y después de la gestación	Son compuestos heterogéneos imprescindibles para la vida, que al ingerirlos de forma equilibrada y en dosis esenciales promueven el correcto funcionamiento fisiológico.	Preconcepcional Embarazo Puerperio

CAPITULO III
3 METODOLOGÍA
3.1 TIPO DE INVESTIGACION

En la presente investigación se aborda la situación problema desde un enfoque cuantitativo y cualitativo; en el sentido que se recurre al análisis estadístico e interpretación numérica para establecer las relaciones causales entre las variables de estudio. Asimismo, es cualitativo al momento de realizar un juicio crítico y sistemático de las repercusiones del fenómeno estudiado, desde una óptica social, incluyendo en dicho análisis aspecto de carácter crítico.

La investigación tiene carácter descriptivo, por cuanto se realiza el análisis, se logra caracterizar un objetivo de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades y puede servir de bases para investigaciones que requieren un mayor nivel de profundidad. En este caso, la determinación de la etiología de hiperemesis gravídica constituye el objetivo de estudio. Las repercusiones de ese tratamiento en la repercusión del paciente, corresponden al análisis crítico a través del cual se elaboran conclusiones válidas para el diseño de propuestas alternativas.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo de la investigación.

El universo de estudio lo conforman todas las pacientes atendidas por hiperemesis gravídica en el centro materno infantil “Enrique Ponce Luque”, en el periodo junio 2012 a diciembre 2012, que de acuerdo con los registros proporcionados por el departamento de estadística de dicha casa de salud, son un total de 40 señoras.

Muestra de estudio.

Debido a que el universo es relativamente pequeño, el equipo investigador considero pertinente el mismo número de pacientes como muestra de estudio. Es decir participaron en la investigación un total de 40 pacientes.

3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Métodos.

Se considera que el método científico es la base fundamental para el desarrollo de toda investigación, dado que este método abarca diferentes fases para lograr la comprensión y generalización del fenómeno estudiado. Esta investigación se ha realizado cumpliendo las fases de métodos científicos:

- Planteamiento del problema: En base a la observación y recolección de datos, se planteas varias interrogantes.

- **Formulación de una hipótesis:** Son las posibles respuestas que surgieron durante la observación, estas se admiten provisionalmente hasta que se compruebe su validez mediante la experimentación.
- **Comprobación empírica:** Se realizó a través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos a fin de confrontar la información obtenida desde la fuente misma con las hipótesis planteadas para su respectiva verificación o nulidad.
- **Generalización:** La información analizada y la verificación de las hipótesis, permitirá generalizar los hechos estudiados y formular leyes y teorías respecto a la problemática estudiada.

Técnicas.

Para la recopilación de la información de datos se utilizan las siguientes técnicas:

Observación.- La observación hace referencia explícitamente a la percepción visual y se emplea para indicar todas las formas de percepción utilizadas para el registro de las respuestas tal y como se presentan en nuestros sentidos. Durante la investigación, se realizó observación directa a los procedimientos de control prenatal; y en las salas de espera de atención obstétrica del centro materno infantil “Enrique Ponce Luque”, para la recopilación de datos.

Encuesta.- Es la técnica que a través de un cuestionario adecuado permite recopilar datos de una parte de una parte representativa de la población. En la investigación se aplicaron encuestas a las 40 pacientes que formaron la muestra de estudio.

Análisis documental.-Se aplicó en la fase de revisión de documentos para extraer información esencial para la investigación y determinar los rasgos principales del fenómeno estudiado. Esta información fue extraída de textos, revistas, diarios, enciclopedias virtuales, fichas clínicas e internet.

Tabulación estadística.-es el procesamiento de la información mediante la elaboración de cuadros y gráficos que demuestren datos claros y reales acerca del fenómeno que se investiga. Con este procedimiento se interpretaron los datos recopilados.

3.4 PROCEDIMIENTOS.

El procedimiento general utilizado en esta investigación fue el Analítico-sintético. Partiendo del análisis de la solución problema y de la descripción de las variables en estudio, se seleccionaron técnicas e instrumentos acordes a la naturaleza de la investigación.

El análisis se aplicó al estudiar por separado las características y connotaciones del objeto de estudio y las variables. En el caso concreto de la investigación, se analiza la etiología de las hiperemesis gravídicas ocurrida y las aplicaciones en las pacientes; se estudia de manera aislada a las variables; para conocer sus rasgos particulares.

La síntesis se refleja en el sentido de interpretar como un todo, en forma general las connotaciones del fenómeno sobre las variables estudiadas y a partir de aquello, establecer las conclusiones definitivas.

La consecuencia del procedimiento seguido de la investigación fue el siguiente:

- 1.-Definición del problema.
- 2.-Revisión de literatura.
- 3.-Formulación de objetivos.
- 4.-Formulación de hipótesis.
- 5.-Operacionalización de las variables.
- 6.-Elaboración de instrumentos de recolección de datos.
- 7.-Tabulación de datos.
- 8.-Elaboración del informe final.

CAPITULO IV
4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS
4.1 TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez analizadas las historias clínicas de la muestra de 40 pacientes, se procedió a ingresar la información obtenida a una base de datos de Excel, de tal manera que se pueda tabular y graficar los resultados para ser estudiados de la mejor manera.

En las charlas impartidas en el centro materno-infantil se trató de concientizar no solo a las embarazadas, sino que también a las mujeres en edad fértil la importancia de la toma de multivitaminas y minerales en la concepción y la importancia de la toma de ácido fólico pre-concepcional, asistir a los controles que recomienda el personal de salud, además de llevar una vida sana con la adecuada nutrición que lleve en su casa, y que ellas sepan diferenciar entre una emesis y una hiperemesis y al menor síntoma de ésta última acudir al centro de salud.

Con los datos ingresados se procedió a analizar la información de la siguiente manera:

1. Consecuencias entre las gestantes que llevaron un control oportuno y las que no lo llevaron.
2. Comparación de gestantes que tomaron adecuadamente las vitaminas y las que no lo hicieron.

3. Consecuencia entre las gestantes que por desconocimiento no reconocen entre una náusea y vómitos propios del embarazo y una hiperémesis.
4. Mejorías de las pacientes que acudieron inmediatamente en los primeros síntomas de la hiperemesis y las que no asistieron.

Cuadro # 1.

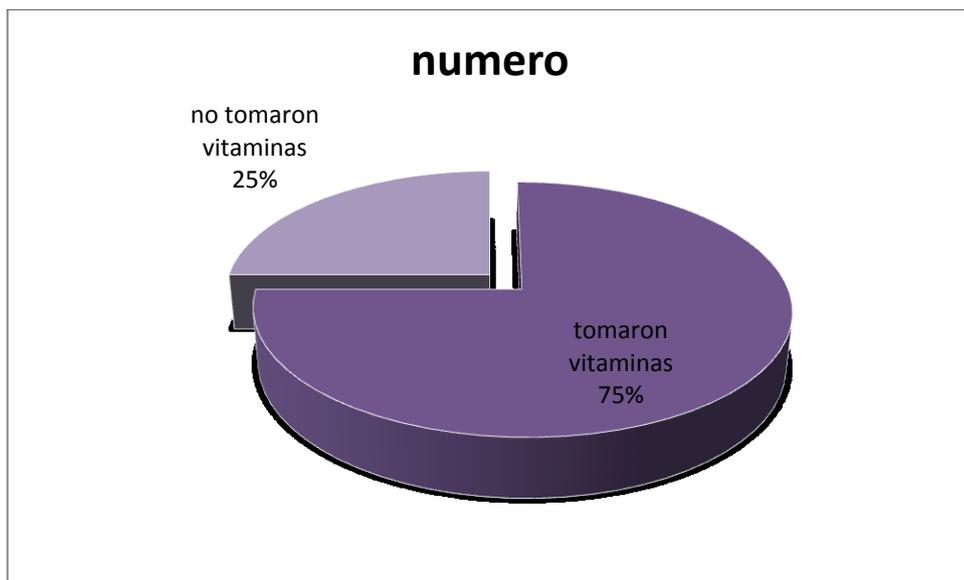
Pacientes	Número
Control regular	30
Control irregular	10



Como se observa existe un 25% de pacientes que no asisten regularmente a los controles frente a un 75% que si asisten.

Cuadro # 2.

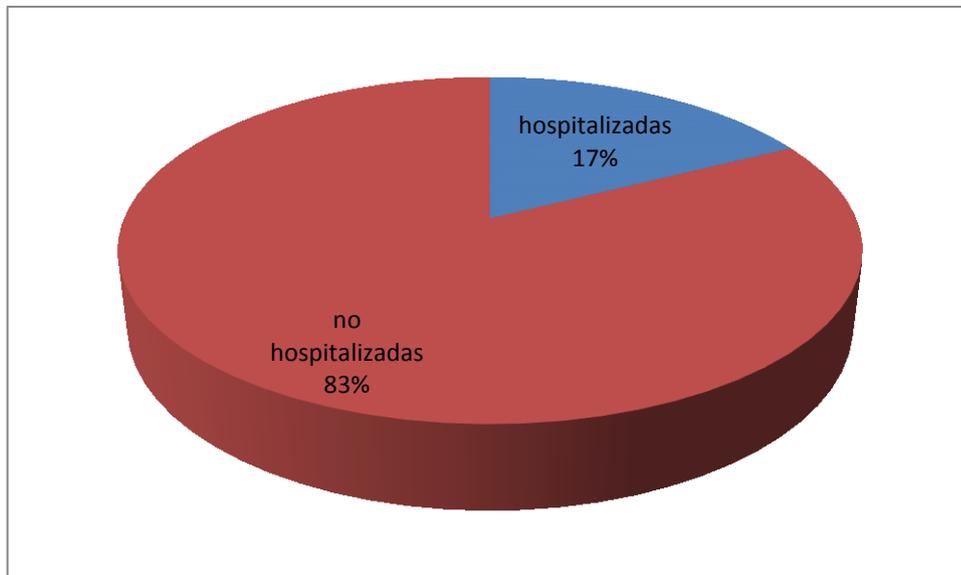
Pacientes	Numero
Tomaron vitaminas	30
No tomaron vitaminas	10
Total	40



Aquí podemos determinar que de las pacientes que no asisten regularmente no están tomando las vitaminas necesarias es un 25%, por otro lado el 75% si consumen las vitaminas para su desarrollo adecuado de la gestación.

Cuadro # 3.

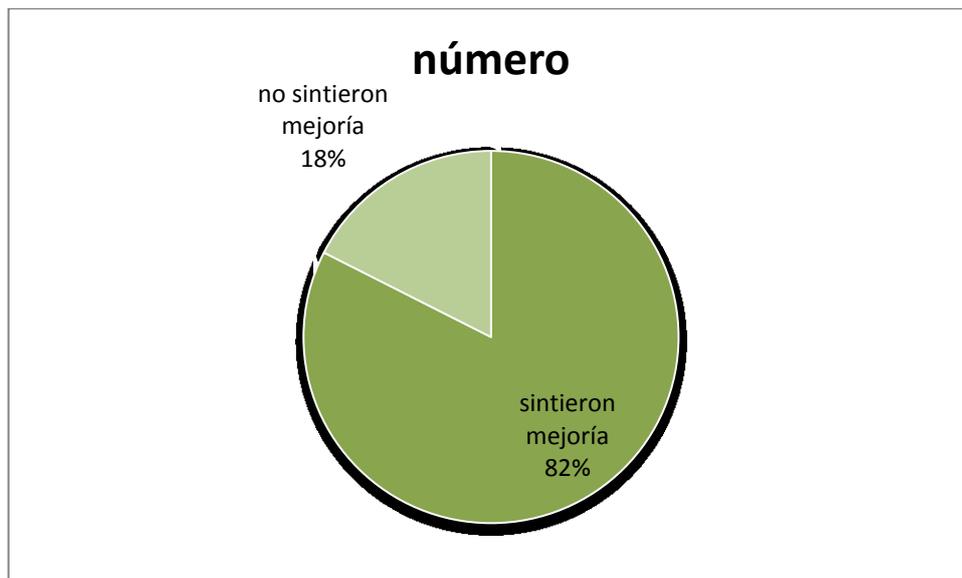
Pacientes	Número
Hospitalizadas por desconocimiento	7
No hospitalizadas	33
Total	40



El 17% de las embarazadas fueron derivadas al hospital con orden de ingreso debido a que no acudieron oportunamente durante los primeros síntomas, mientras que el 83% se pudieron controlar los síntomas con tratamiento ambulatorio.

Cuadro # 4.

Pacientes	Número
Sintieron mejoría	33
No sintieron mejoría	7
Total	40



Como se puede observar el 18% de las pacientes no sintieron mejoría, y el 82% sintieron mejoría.

4.2 COMPROBACION Y DISCUSION DE HIPOTESIS

Luego de haber analizado la muestra de las pacientes en estudio es posible hacer la comprobación de las hipótesis planteadas al inicio.

La hipótesis general planteada indicaba que las gestantes que seguían con las indicaciones de la obstetriz lograban disminuir los síntomas de la hiperemesis.

Se ha podido comprobar notablemente que la mayoría de los casos de gestantes con un control adecuado tiene un índice menor de sufrir recaídas causadas por la hiperemesis.

Las hipótesis específicas planteadas fueron comprobadas gracias a la realización de los estudios a la muestra de pacientes, entre el análisis realizado se pudo confirmar que:

- El control oportuno que llevan las gestantes es un método eficaz para lograr disminuir los síntomas de la hiperemesis.
- La concientización de la toma adecuada de los suplementos vitamínicos en las embarazadas, logran en la gran mayoría mejorar su estado anémico, y por lo tanto controlar los vómitos excesivos.
- Educar a las pacientes sobre temas de gran interés, como la importancia de las vitaminas, controles adecuados, diferenciar entre síntomas leves a vómitos excesivos, entre otros.

4.3.- CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de la presente investigación, se pudo comprobar cómo influye el desconocimiento de las gestantes sobre la hiperémesis gravídica.

Este estudio se basó en la realidad de las gestantes frente al hecho de padecer la hiperemesis, y la importancia que tiene llevar los controles adecuados, y en ellos conocer acerca de los síntomas leves a graves que hasta llevarían a hospitalizar a una paciente.

En la diferencia de porcentajes de los resultados obtenidos de las gestantes pudimos comprobar que muchas pacientes por desconocimiento de esta anomalía no asisten al centro de salud, haciendo caso omiso a estos síntomas pero que acuden ya con el cuadro más avanzado.

Podemos concluir que impartiendo charlas en el centro de salud dando a conocer sobre que es la hiperemesis gravídica, los síntomas, y las consecuencias podremos lograr disminuir los casos que se presentan día a día en nuestra comunidad.

RECOMENDACIONES

- Es importante, para precautelar la salud de las pacientes, que ellas sigan las siguientes recomendaciones:
- El equipo de salud debe dar charlas sobre que es la hiperemesis gravídica, sus consecuencias, y como controlar los síntomas.
- El equipo médico debe realizar charlas en el centro materno-infantil para que, no solamente las embarazadas sino que también muchas personas se beneficien de los conocimientos que estos expongan

como la importancia de llevar un control regular, la toma de las vitaminas, como controlar las náuseas, cuando acudir al centro de salud, que beneficiaran no solo a la embarazada sino a su entorno familiar.

- En los primeros controles la obstetriz debe orientar a la gestante sobre los posibles síntomas propios del embarazo y que ellas sepan diferenciar entre lo fisiológico y lo patológico.
- Podemos concluir que impartiendo charlas en el centro de salud dando a conocer sobre que es la hiperemesis gravídica, los síntomas, y las consecuencias podremos lograr disminuir los casos que se presentan día a día en nuestra comunidad.
- Se debe concientizar a toda la familia dándoles a conocer sobre la hiperemesis y las posibles consecuencias para que den el apoyo necesario a la embarazada, y que ella logre disminuir los síntomas logrando mejorar su etapa de embarazo.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

“CHARLAS EDUCATIVAS REALIZADAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL “ENRIQUE PONCE LUQUE” Y SECTORES ALEDAÑOS AL SUB-CENTRO, SOBRE LA IMPORTANCIA DE RELIZARSE LOS CONTROLES DESDE LAS PRIMERAS SEMANAS DE GESTACION PARA LA PREVENCION DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA”.

5.1.- PRESENTACIÓN

La presente propuesta es con la finalidad de impartir conocimientos sobre la importancia de acudir al centro de salud desde el momento que existe la sospecha de embarazo, para que de este modo el profesional de la salud le realice los exámenes necesarios, y a la vez prescriba la medicación correspondiente entre ellas las vitaminas.

El estudio demostró que con el debido control se pueden disminuir los síntomas que da la hiperemesis gravídica, ya que la obstetríz le dará las instrucciones necesarias requeridas en el embarazo.

Con esta propuesta se quiere llegar a las pacientes para que ellas estén en capacidad de diferenciar e identificar los síntomas fisiológicos y patológicos que se presentan en el embarazo.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar charlas educativas promoviendo conocimiento a embarazadas, familiares y sectores aledaños al centro de salud sobre los signos y síntomas de la hiperemesis gravídica, sus riesgos y como disminuirlos para una mejor evolución del embarazo.

5.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Motivar a las gestantes a acudir periódicamente a los controles así como también la toma de las vitaminas y minerales de forma adecuada.
- Capacitar a la comunidad en lineamientos básicos para reconocer e identificar factores de riesgo asociados a la hiperemesis gravídica.
- Involucrar a las familias de las gestantes en programas preventivos de salud para disminuir la presencia de factores de riesgo asociados a la hiperemesis gravídica.
- Proporcionar apoyo psicológico a las pacientes gestantes en la aceptación y orientación de los cambios que ocurren en esta etapa, para mejorar su calidad de vida.

5.3.- CONTENIDOS

“Hiperémesis gravídica” se denomina así a la presencia de náuseas y vómitos en forma grave, pudiendo producir un cuadro de deshidratación en la mujer. La embarazada tiene una intolerancia gástrica absoluta o casi absoluta, con vómitos persistentes y repetitivos que alteran su estado general, con desequilibrio de su medio interno (líquido extracelular y electrólitos), deficiencia nutricional y pérdida de peso mayor del 5% al peso inicial del embarazo. La incidencia de la “hiperemesis gravídica” es del 0,3 a 1,5% de los embarazos. Predomina en mujeres jóvenes, nulíparas (mujer que no ha tenido partos) y en embarazos múltiples.

Aspecto psicológico

En la decisión de quedarse embarazada y tener un hijo aparecen síntomas de alegría e ilusión, aunque en determinadas circunstancias surgen sentimientos de miedo frustración; por desconocimiento real de lo que supone el proceso del embarazo y el periodo posterior a este, es decir, afrontar la maternidad y la paternidad de una manera favorable.

En las madres que han tenido hijos anteriormente, estos sentimientos y emociones se superan de manera notable. Sin embargo, hay que trabajar con las madres primerizas para darles a conocer las consecuencias y el proceso real que supone el embarazo, el parto y la posterior maternidad /paternidad por sus futuros padres.

5.4.- DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA

Para operativizar se ha considerado las siguientes propuestas:

SENCIBILIZACION, OFICIALIZACION Y PROMOCION DEL PROGRAMA EN EL CENTRO DE SALUD Y SUS AL REDEDORES

Sensibilización y toma de conciencia.

- sesiones de trabajo entre los proponentes del programa
- desarrollos de talleres de capacitación

Formulación del proceso en la comunidad.

- Socialización en los sectores beneficiados
- Conformación de grupos de apoyo

Delinear estrategias para el desarrollo del trabajo

- realizar coordinación con la comunidad

Identificación de actores claves.

- Grupos de intereses especiales, vinculados con el sector de salud, organizaciones, embarazadas y familiares
- Garantizar un proceso participativo, incluyente y democrático.

Desarrollos de programas de capacitación en salud reproductiva y prevención de riesgos en el embarazo.

Talleres de capacitación.

Se desarrollaran talleres específicos para madres gestantes y a su familia, a fin de capacitarlas en prevención de riesgos mediante el abordaje de información concreta y precisa respecto a causas y consecuencias de un incorrecto proceder en la etapa de embarazo.

De igual manera se realizarán talleres informativos y preventivos en salud reproductiva para las mujeres no gestantes adolescentes y adultas, sean o no madres de cualquier estado civil

Se utilizarán técnicas participativas y dinámicas grupales, material de apoyo atractivo y medios audiovisuales para el desarrollo de las actividades.

Adicionalmente se realizarán conferencias sobre aspectos de salud reproductiva para toda la comunidad, con la participación de destacados profesionales médicos reconocidos de la comunidad.

Regularización de los controles prenatales.

Este aspecto se refiere al hecho de crear un sistema de seguimiento y monitoreo riguroso de los controles prenatales que cumplan las madres gestantes. Para el efecto, se elaboran fichas de control donde constan las fechas de asistencia, las indicaciones recibidas y las próximas citas que la gestante debe acudir. En este sentido se involucra a la familia para que forme parte del control y monitoreo, estableciéndose de la siguiente manera un vínculo de colaboración con el personal médico.

Apoyo psicológico a la embarazada

En la decisión de quedarse embarazada y tener un hijo aparecen síntomas de alegría e ilusión, aunque en determinadas circunstancias surgen sentimientos de miedo frustración; por desconocimiento real de lo que supone el proceso del embarazo y el periodo posterior a este, es decir, afrontar la maternidad y la paternidad de una manera favorable.

En las madres que han tenido hijos anteriormente, estos sentimientos y emociones se superan de manera notable. Sin embargo, hay que trabajar con las madres primerizas para darles a conocer las consecuencias y el proceso real que supone el embarazo, el parto y la posterior maternidad/paternidad por sus futuros padres.

Factores de riesgo asociadas a la hiperémesis gravídica

Todas las mujeres embarazadas corren peligro de desarrollar Hiperémesis Gravídica. No obstante, esta enfermedad es sumamente rara, afectando sólo a un 0,5%; hasta llegar a un 2% de todas las mujeres embarazadas. Ciertos factores parecen ser los causantes de incrementar el riesgo de padecer esta enfermedad, y entre ellos se incluyen:

- ✓ Obesidad.
- ✓ Edad materna muy joven.
- ✓ Embarazo gemelar.
- ✓ Haber padecido previamente hiperémesis gravídica.
- ✓ Primigestas.

Difusión de los resultados en la comunidad

Para la difusión de los logros de la aplicación del programa, se organizaran Casas abiertas donde las participantes con el apoyo del equipo profesional, dé a conocer los avances de su aprendizaje respecto a normas y procedimientos preventivos en salud, recalcando especialmente en el aspecto obstétrico.

Las madres y gestantes capacitadas se convertirán en monitoras y promotoras de salud en su comunidad, favoreciendo de esta manera la cobertura de la capacitación.

5.5 RECURSOS

Recursos humanos:

- Obstetrices.
- Médicos.
- Psicólogos.
- Enfermeras.
- Madres gestantes.
- Comunidad.

Recursos materiales.

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
PROYECTOR	1	700.00	700.00
PANTALLA	1	350.00	350.00
LAPTOP	1	1,200.00	1,200.00
MEMORIA USB 2 GB	2	15.00	30.00
CAMARA FOTOGRAFICA	1	250.00	250.00
CARPAS	2	50.00	100.00
MESAS PLASTICAS	5	35.00	17500
SILLAS PLASTICAS	50	8.00	400.00
PAPELOGRAFOS(pliegos)	100	0.15	15.00
CABALLETES	5	4.00	20.00
MARCADORES(docenas)	5	5.40	27.00
CARTULINAS(pliegos)	100	0.25	25.00
PAPEL BOND(resma x 500u.)	20	3.50	70.00
TRIPTICOS	500	0.80	40.00
AFICHES	1000	0.80	80.00
EQUIPO DE AMPLIFICACION	1	250.00	250.00
CINTA METRICA	5	5.00	25.00
MEDIDOR DE TALLA	5	3.00	15.00
TABLERO	2	1.50	3.00
TOTAL			USD.3.775.00

El valor de ejecución de la propuesta es de \$3.775.00 (TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO DOLARES). Este valor será financiado a través de autogestión, aporte de las proponentes, aportes privados, líneas de créditos y convenios de cooperación con instituciones públicas y privadas y asignación del Ministerio de Salud Públicas.

5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	EJECUCION	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLES
1. Sensibilización y toma de conciencia. - Sesiones de trabajo. -Reuniones con responsables para lograr apoyo para la implementación del programa.	Al inicio del proyecto	Discusión grupal Exposición Entrevistas	Documento de la propuesta Diapositiva Laptop Memoria USB	Equipo proponente Asesores
2. formalización del proceso en la comunidad. -Socialización en las comunidades beneficiadas. -Conformación	Al inicio del proyecto	Asamblea Exposición Foro Debate	Proyector Laptop Memoria USB Paleógrafos Registro	Equipo proponente
3. Identificación de actores claves. Grupos de intereses especiales, vinculados con el sector de la salud, embarazada y familiar.	Al inicio del proyecto	Entrevistas Observación Orientación de grupos de apoyo	Documento de la propuesta Diapositiva Laptop Memoria USB	Equipo proponente Asesores
4. Talleres de capacitación en sectores beneficiados de la	quincenal	Charlas informativas	Paleógrafos Trípticos	Obstetricas proponentes

propuesta.		Conferencias Proyección de videos Discusión en grupos Debates Exposiciones	Laptop Proyector Videos marcadores	Equipo de apoyo
5. Regularización de controles prenatales	permanente	Registro de datos Seguimiento Charlas informativas apoyo emocional	Fichas de control Registros Balanza	Obstetricas Equipos de apoyo
6. Apoyo psicológico a la embarazada	Al inicio del proyecto	Entrevistas Observación Orientación	Proyector Laptop Memoria USB	Obstetricas Equipo de apoyo
7. Factores de riesgo asociadas a hiperémesis	Al inicio del proyecto	Charlas Exposiciones	Paleógrafos Proyector	Obstetricas proponentes

gravídica		Discusión grupal	Laptop Memoria USB	
8. Evaluación de proyecto y difusión de resultados.	Al final del proyecto	Entrevistas Observación Orientación de grupos	Documento de la propuesta Laptop Diapositivas Memoria USB	Equipo proponente asesores

CAPITULO VI

6.- BIBLIOGRAFIA

1. ↑ a b Nutrition issues in gastroenterology, series #63 Management of Hyperemesis Gravidarum with Enteral Nutrition (en inglés). University of Virginia HealthSystem. Consultado el 9 de mayo, 2009.
2. ↑ a b SILVA, Claudia y PAGES, Gustavo. hiperémesis gravídica. RevObstetGinecolVenez. [online]. sep. 2006, vol.66, no.3 [citado 08 Mayo 2009], p.178-186. Disponible en la World Wide Web: [1]. ISSN 0048-7732.
3. ↑ a b Manual Merck de Información Médica para el Hogar (2005-2008). «Anomalías del embarazo»(en español). Consultado el 9 de mayo de 2009.
4. ↑ a b Wilcox, SusanRenee; Alison Edelman y Judith R Logan (diciembre de 2008). «Pregnancy, HyperemesisGravidarum» (en inglés). Emergency Medicine. eMedicine.com. Consultado el 9 de mayo de 2009.
5. ↑ Scott Forbes A natural history of families (en inglés). Publicado por Princeton UniversityPress, 2005; pág 66. ISBN 0-691-09482-9
6. ↑ a b [MedlinePlus] (mayo de 2008). «hiperémesis gravídica» (en español). Enciclopedia médica en español. Consultado el 8 de mayo de 2009.

7. ↑ a b RobHicks (marzo de 2009). bbc.co.uk (ed.): «Hyperemesisgravidarum» (en inglés). BBC Health. Consultado el 9 de mayo de 2009.

8. ↑ I. S. Tsang, V. L. Katz y S. D. Wells Maternal and fetal outcomes in hyperemesisgravidarum (en inglés). *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; Volume 55, Issue 3, December 1996, Pages 231-235

9. ↑ British National Formulary (March de 2003). «4.6 Drugs used in nausea and vertigo - Vomiting of pregnancy». "BNF" (45 edición).

10. ↑ a b c Stone, Joanne; Keith Eddleman, Mary Duenwald y Mary Murray (2007) (en inglés). *Embarazo para dummies* (2da edición). ForDummies. pp. 83. ISBN 0470170484.

11. ↑ Stephen J. McPhee; Maxine A. Papadakis, Lawrence M. Tierney (en inglés). *Current Medical Diagnosis and Treatment 2008* (47va edición). McGraw-Hill Professional. pp. 1480. ISBN 0071494308. Consultado el 11 de mayo de 2009.

12. ↑ Streitberger K, Ezzo J, Schneider A. Acupuncture for nausea and vomiting: an update of clinical and experimental studies (en inglés). *AutonNeurosci*. 2006 Oct 30;129(1-2):107-17. Epub 2006 Sep 1. Último acceso 9 de mayo, 2009

: Safari H H- Gherman R B- *American Journal Obst. andGynec.* 1998; 178(5: 1054-1058)

Niebyl J R; Goodwin, TM- *American Journal Obst.andGynec.* 2002; 186 (5: 253-255)

Uranga Imaz- *Uranga Imaz (h) Obstetricia Práctica* 4ª edición. Buenos Aires: Intermédica; 1977

CAPITULO VII

7.- ANEXOS





