



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

**TESIS
CONSECUENCIAS MATERNAS Y PERINATALES DE LA
HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE
VENTANILLA EN EL CALLAO DURANTE EL AÑO 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: CARRILLO GALLARDO, MAYRA LUCIA

ASESOR: Mg. Nelva Huamán Asto

**LIMA, PERÚ
JUNIO, 2018**

ÍNDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	9
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.3.1 Problema General.....	13
1.3.2 Problemas Específicos.....	13
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.4.1 Objetivo General.....	14
1.4.2 Objetivos Específicos.....	14
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.1.1 Antecedentes Nacionales.....	16
2.1.2 Antecedentes Internacionales.....	19
2.2 BASES TEÓRICAS	25
2.2.1 Hiperemesis Gravídica.....	25
2.2.1.1 Fisiopatología.....	26
2.2.1.2 Incidencia.....	30
2.2.1.3 Cuadro clínico y laboratorio.....	30
2.2.1.4 Tratamiento.....	32
2.2.1.5 Pronóstico.....	36
2.2.1.6 Prevención.....	37
2.2.2 Complicaciones.....	38
2.2.2.1 Complicaciones Maternas.....	38
2.2.2.2 Complicaciones Perinatales.....	41
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	43

CAPÍTULO III: VARIABLES

3.1 Identificación y clasificación de variables e indicadores.....	45
--	----

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de la Investigación.....	46
4.1.1 Tipo de Investigación.....	46
4.1.2 Nivel de Investigación.....	46
4.1.3 Método.....	47
4.2 Población y Muestra de la Investigación.....	47
4.2.1 Población.....	47
4.2.2 Muestra.....	47
4.3 Técnicas e Instrumentos de la recolección de datos.....	47
4.3.1 Técnica.....	47
4.3.2 Instrumento.....	47

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 Tablas y Gráficos estadísticos.....	49
5.2 Discusión de Resultados.....	67
5.3 Conclusiones	69
5.4 Recomendaciones.....	70

FUENTES DE INFORMACIÓN.....71

ANEXOS.....75

Matriz de consistencia.....	76
Instrumento de recolección de datos.....	78
Juicio de expertos.....	80
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio.....	85

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo, el esfuerzo y perseverancia que se necesitó a mis amados padres José Carrillo y Karina Gallardo porque son ellos los que siempre me impulsan a seguir adelante y porque mis logros son los suyos; también a mi hermano Josué para que sea ésta una línea de lo mínimo que puede ir logrando cuando vaya creciendo, que sepa que él puede hacer mucho más que yo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi padre, mi ayudador, mi sustento por bendecirme y tener el control de mi vida y la de mi familia y a mis padres porque son los que me enseñan a dar lo mejor de mí en todo lo que realice, a no conformarme y a levantarme cuanto sea necesario y porque siempre estarán para apoyarme o ayudarme, a mi tía Dra. Katherina Gallardo, miembro del Consejo Mexicano de Investigación Educativa, por ayudarme con su asesoramiento en la presente aún desde México y a mi prima traductora e intérprete Amelia Dávila por ayudarme con la traducción en inglés del documento expuesto.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las consecuencias maternas y perinatales de la hiperemesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el callao durante el año 2016.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, se revisó las historias clínicas de gestantes que estuvieron hospitalizadas por hiperemesis gravídica en dicho nosocomio enmarcando los datos necesarios dentro de una ficha de recolección de datos para luego ordenarlo en el programa Excel con apoyo del módulo de fórmulas estadísticas.

Resultados: La investigación se realizó en base a 46 casos que presentaron HG, de los cuales se encontró el grupo etario juvenil en un 63%, estudiaron secundaria un 80%, el 54% en convivencia, amas de casa un 48%, son primigestas y segundigestas en un 30% y 37% respectivamente, no presentaron amenaza de aborto 89%, el parto fue a término (>37 sem.) 89% y parto eutócico un 80%. Con respecto a las características de la madre, presentaron anemia leve el 4%, diagnóstico de ITU en el 30%. De los recién nacidos, fueron pequeños para su edad gestacional 7%, el 78% fue de sexo femenino, un 89% presentó un score de Apgar mayor de 7 al minuto y a los 5 minutos, un 75.5% pesó de 2500 gr – 3500 gr, con un caso de aborto siendo el 2% de la población.

Conclusión: En los datos de filiación de las gestantes con HG que se tomaron para ésta investigación se encontró que con frecuencia fueron jóvenes, con grado de instrucción máximo de secundaria, amas de casa y en estado de convivencia con sus parejas, con respecto a los datos maternos se encontró que fueron partos pretérmino en 11%, siendo distócicos el 20% adicionalmente como parte de un diagnóstico acompañado a la Hiperemesis Gravídica se encontró la amenaza de aborto en un 11% de las gestantes y un caso de síndrome de Mallory-Weiss representando el 2% de la población.

En los datos perinatales, 7% fue pequeño para su edad gestacional, score de Apgar menor de 7 al minuto y mayor a los 5 minutos 11%, con peso entre los 2500gr a 3500gr en un 75.5% y un único caso de aborto representando el 2%.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal and perinatal consequences of hyperemesis gravidarum in pregnant women of "Ventanilla Hospital" in Callao during 2016.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional and retrospective study was performed, the clinical records of inpatients pregnant women who were hospitalized for hyperemesis gravidarum in the abovementioned hospital were reviewed, framing the necessary data within a data collection form and then organizing it in the Excel program with support from the statistical formulas module.

Results: The research was based on 46 cases, where HG was found. The youth age group in 63%, 80% studied high school, 54% in family life, 48% were housewives, 30% of women were pregnant for the first time (primigravidae) and 37% for the second time, 89% did not present threat of abortion, 89% of the labors were full term (> 37 weeks) and 80% were eutocic delivery (natural birth). With regards to the characteristics of the mother, 4% presented mild anemia and a diagnosis of UTI in 30%. Out of the newborns, 7% were small for their gestational age, 78% were female, 89% had an Apgar score greater than 7 per minute and at 5 minutes, a 75.5% weighted 2500 gr - 3500 gr, with one case of abortion which is the 2% of the population.

Conclusion: In the affiliation data of the pregnant women with HG that were taken for this research, it was found that they were more frequently young, with high school education only, housewives and also having a family life with their partners. With respect to the maternal data, there were preterm deliveries in 11% only 20% dystocic; additionally, there were 89% of abortion threats and one case of Mallory-Weiss syndrome representing 2% of the population.

In the perinatal data, 7% were small for their gestational age, 11% of the NB had an Apgar less than 7 per minute and greater than 5 minutes, with weight between 2500gr to 3500gr in 75.5% and there was one abortion.

INTRODUCCIÓN

Las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo son signos y síntomas fisiológicamente frecuentes que se dan en la mayoría de las gestantes, éstos pueden aparecer tan pronto como a las 2 semanas de gestación con un pico entre las 8 y 12 semanas y finalizando hasta antes de las 20 semanas de gestación; sin embargo este fenómeno fisiológico puede agravarse extendiéndose hasta el segundo y/o tercer trimestre involucrando y afectando la salud de la madre y del bebé.

En la presente investigación se revisarán investigaciones previas, estudios y teorías sobre la etiología, la fisiología, el manejo o tratamiento y principalmente las consecuencias maternas y perinatales sean estas leves o severas, temporales o permanentes, de la Hiperemesis gravídica durante la gestación. Con la finalidad de que la presente sirva como un apoyo a otras próximas investigaciones para identificar cuáles serían las medidas preventivas y el manejo más apropiado para disminuir los casos de hiperémesis como las consecuencias que resultan de dicho síndrome, tanto en la madre como en el perinato.

CAPÍTULO I:

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 - 2.0 %. Se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. En la mujer gravídica, las náuseas y los vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%.

La HG se define como la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta la semanas 14 -16. El Centro de Clasificación Estadística de Enfermedades relacionadas a problemas de salud (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) la define como la persistencia de excesivos vómitos iniciados antes de la semana 23 de gestación.¹

Varios estudios han documentado que el tabaquismo y la multiparidad reducen el riesgo de HG, esta observación se atribuye a un menor volumen placentario lo que produce menos niveles de hormonas.

La HG acontece generalmente en mujeres jóvenes, primíparas, estrato social bajo y con productos de género femenino. El porcentaje de madres con HG es aún mayor cuando el sexo del embrión es femenino respectivamente de 55.6% en comparación al masculino de 44.4%. En madres con registro de antecedente de más de 3 admisiones hospitalarias durante sus embarazos la distribución en porcentaje con la que han desarrollado HG ha resultado ser aún mayor de 62.5% en el caso de gestantes con un feto de género femenino y 37.5 % para las gestantes con un feto masculino.

Se ha determinado riesgos en el neonato cuando las gestantes con hiperémesis tienen una pérdida de peso mayor al 5 % al peso previo y malnutrición por tiempo prolongado, se presentan restricción del crecimiento intrauterino en aproximadamente un 32%, malformaciones esqueléticas y del sistema nervioso central y muerte fetal hasta un 10 %. Es discutida la ocurrencia de cambios en la puntuación del Apgar al nacer, el incremento en la tasa de aborto y mortalidad perinatal con respecto a la población general.¹

En Colombia, se han descrito que a mediados del siglo XX aproximadamente el 10% de las embarazadas morían por esta causa, además se considera que es la causa más común de hospitalización en el primer trimestre.

En la actualidad, alrededor del 50% de las pacientes con náuseas y vómito en el embarazo tienen problemas laborales, el 25% no trabajan durante la enfermedad; un 50% alteran sus relaciones sociales y 55% sentirán depresión.

Se ha estimado en EEUU un promedio de 39.000 consultas al año por causas del vómito y las náuseas, y por otro lado, se envía al hospital a más de 50,000 mujeres embarazadas en otros registros.^{2,3}

En Venezuela, las náuseas y vómitos afectan a más del 50 % de las mujeres con gestaciones simples normales, aparecen alrededor de las 5

semanas y se resuelven antes de las 20. Son más frecuentes en las mañanas, precipitadas por olores fuertes y se cree que tienen relación con factores emocionales, alteraciones hormonales y como respuesta al curso normal del embarazo. Cuando este cuadro evoluciona se denomina HG.⁴

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).

La etiología es desconocida, aunque se han implicado varios factores: hormonales (gonadotropina coriónica humana [HCG], estrógenos, hormonas tiroideas [pacientes con hiperemesis gravídica pueden presentar un hipertiroidismo transitorio que suele resolverse antes de la semana 20 y no requiere tratamiento], déficit de hormona adrenocorticotrófica [ACTH] hipofisaria, progesterona, andrógenos, hormona del crecimiento, etc.), genéticos, metabólicos, psicógenos y sociales (más frecuente en gestación no deseada, personalidad inmadura, histerismo, primíparas, mayores de 35 años, no fumadoras, etc.), alérgicos (proteína placentaria específica), alteración del pH gástrico, infección por *Helicobacter pylori*, déficit de piridoxina, alteración de la actividad eléctrica gástrica, etc.; y parece que la serotonina puede tener alguna implicación.⁵

Estos síntomas pueden ocurrir tan pronto como a las 2 semanas de gestación y, en general hay un pico entre las 8 y 12 semanas. Alrededor del 50% de las mujeres embarazadas experimentan náuseas y vómitos; un 25% solo presentan náuseas.⁶

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

En el Perú, principalmente en el departamento de Lima, afecta a menos de 1% de gestantes generalmente mujeres con antecedentes de hipertensión, enfermedades psiquiátricas y representa un 15% de las consultas a los gastroenterólogos. Es más frecuente, entre las que hemos mencionado

anteriormente, también en obesas y en aquellas que no desean la gestación. La mortalidad es casi nula 3/100,000. Históricamente, la hiperemesis se atribuyó a una condición psicológica de la mujer embarazada. Se creía que era una reacción a un embarazo no deseado o algún otro problema emocional, teoría que ha sido refutada pues al atribuirle una causa psicológica impedía el progreso hacia el diagnóstico correcto del trastorno. Muchos factores se han relacionado con su etiología, desde un componente genético, niveles hormonales elevados, mayor masa placentaria como en embarazos múltiples, enfermedad de trofoblasto, y hay pruebas de que la leptina o proteína OB que es una hormona producida en su mayoría por los adipositos estaría relacionado.^{7,8}

No se han realizado estudios de seguimiento a largo plazo con niños de madres hipereméticas. Estos niños parecen no tener mayor riesgo de complicaciones o defectos del nacimiento que la población general. Sin embargo, investigaciones recientes indican que el estrés prolongado, la deshidratación y la desnutrición durante el embarazo puede poner en riesgo al feto de enfermedades crónicas, como diabetes, enfermedades cardíacas, restricción en crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, puntaje Apgar bajo al nacer, malformaciones congénitas músculo esqueléticas y nerviosas y mortalidad perinatal, lo que exige un pronto tratamiento sin demora del síndrome considerando que el peligro es la alcalosis/acidosis y la severa deshidratación. Resalta pues la importancia de realizar una investigación que permita identificar las alteraciones que presentan los recién nacidos así como su mortalidad en nuestro medio.⁸

Esto pone en relieve la importancia de un tratamiento sin demora del síndrome y en el mejor de los casos, su prevención.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación social

La población de estudio fueron todas las gestantes que desarrollaron hiperemesis gravídica durante el año 2016.

1.2.2 Delimitación temporal

El presente estudio se realizó con datos extraídos de Historias Clínicas de pacientes registradas durante el año 2016.

1.2.3 Delimitación Geográfica

La presente investigación se llevó a cabo en el “Hospital de Ventanilla” de la provincia constitucional del Callao, correspondiendo al nivel II - 1 de complejidad, integrante de la red de atención de salud de la Región Callao.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema General

¿Cuáles son las consecuencias maternas y perinatales de la hiperemesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el Callao durante el año 2016?

1.3.2 Problemas Específicos

- a. ¿Cuáles son las consecuencias maternas de la hiperemesis gravídica?
- b. ¿Cuáles son las consecuencias perinatales de la hiperemesis gravídica?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar las consecuencias maternas y perinatales de la hiperémesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el callao durante el año 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a. Conocer las consecuencias maternas de la hiperemesis gravídica.
- b. Identificar las consecuencias perinatales de la hiperemesis gravídica.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Justificación Teórica / práctica / social / legal

Aunque las náuseas y vómitos suelen resolverse antes de las 16-20 semanas, aún existen gestantes que persisten con estos síntomas en el segundo y tercer trimestre; afectando no sólo a la madre sino también al feto y neonato provocando consecuencias leves y severas, incluso muerte fetal hasta en un 10 % y otras patologías más.

Por consecuencia, la presente investigación en el “Hospital de Ventanilla”, será una fuente de datos importante que nos permitirá determinar las consecuencias de la Hiperemesis Gravídica que se presentaron en las madres, fetos y recién nacidos durante esta etapa del embarazo. Es necesario el estudio retrospectivo y tener esa evidencia Institucional para así dar a nuestras gestantes afectadas un mejor tratamiento y tener una adecuada conducta de prevención, considerando además que no hay otros estudios similares efectuados en dicha Institución.

La presente investigación se encuentra dentro de la misión y visión del “Hospital de Ventanilla” y de la Universidad “Alas Peruanas”.

1.5.2 Importancia

La importancia de esta investigación, se basa en la magnitud de las consecuencias encontradas para así poder disminuirlas y/o evitarlas de la mejor manera posible.

Considerando que la familia es el núcleo de la sociedad, que la mujer es la fuente principal de concepción, desarrollo y nacimiento del ser humano y que un recién nacido vivo sin manipulación en el proceso de su desarrollo es el logro más perfecto de la vida, es de suma importancia que la presente investigación se realice en este grupo poblacional para que al realizar las medidas preventivas apropiadas se logre un embarazo sano, madre sana y producto sano.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Nacionales

A. CIRIACO RAMIREZ, MAURICIO ROGER en su trabajo “La Hiperemesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015” realizado con el **Objetivo:** Determinar la hiperemesis gravídica severa como factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 100 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos

grupos: con y sin hiperémesis gravídica severa. Obteniendo como **Resultados** que: La frecuencia de parto pretérmino en los pacientes con y sin hiperémesis gravídica severa fue de 24% y 10% respectivamente. El riesgo relativo de hiperémesis gravídica severa en relación a parto pretérmino fue de 2.4 ($p < 0.05$). Los promedios de edad gestacional en el grupo con y sin hiperemesis gravídica severa fueron de 37.4 y 38.2 semanas respectivamente ($p < 0.05$). **Conclusión:** La hiperémesis gravídica severa es factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en gestantes. El promedio de edad gestacional de las gestantes con hiperémesis gravídica severa es significativamente menor que el promedio de las gestantes sin esta condición.⁹

B. GUTIÉRREZ PÉREZ, CARMEN RUFINA en su trabajo “Hiperémesis Gravídica y resultados perinatales Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique 2014 – 2015” realizado con el **objetivo** de determinar los resultados perinatales de los recién nacidos de las gestantes con hiperémesis gravídica en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales Collique 2014 – 2015, durante el año 2017. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Población estuvo conformada por 214 gestantes. La muestra estuvo conformada por 105 gestantes con hiperémesis gravídica y sus recién nacidos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo como **Resultados** que: La edad promedio fue de 25 ± 6.6 años, la mayoría en unión estable 70.5% ($n = 74$), educación secundaria 80.0% ($n = 84$), y amas de casa 80.0% ($n = 84$). La edad gestacional al diagnóstico fue de 8 a 12 semanas con 61.0% ($n = 64$) respectivamente, paridad de 40.0% ($n = 42$) en nulíparas, el tipo de parto fue 58.1% ($n = 61$) cesárea. El análisis de los resultados perinatales fue: sexo femenino 57.1% ($n = 60$), edad gestacional < 37 semanas 9.5% ($n = 10$), peso del recién nacido < 2500 gr 7.6% ($n = 8$), peso para la edad

gestacional 1.9% (n=2) fueron pequeños para la edad gestacional. **Conclusión:** En las madres con hiperémesis gravídica predominó el sexo femenino; de acuerdo con los resultados perinatales adversos en lo relacionado a la edad gestacional fueron prematuros, bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional.¹⁰

C. MINCHOLA ALVAREZ, VANESSA ALEJANDRA DEL PILAR

en su trabajo “Hiperemesis gravídica constituye un factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre Enero – Diciembre 2013” con el **Objetivo:** Determinar si la hiperemesis gravídica constituye un factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre, durante el año 2014. **Material y Método:** La población de estudio estuvo constituida por 246 historias clínicas de Gestantes a término según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 19 pacientes con Retardo en el crecimiento intrauterino y 227 pacientes sin Retardo en el crecimiento intrauterino. Obteniendo como **Resultados** que: La frecuencia de pacientes con Hiperemesis Gravídica y RCIU en nuestro estudio fue de un 10,2% y de 7,7% respectivamente; con una asociación altamente significativa ($p < 0.001$). **Conclusión:** El promedio de pacientes que presentaron Hiperemesis con baja ganancia de peso y anemia si constituyen factores de riesgo asociados con el retardo en el crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre.¹¹

D. OSCANOA HUAMAN, IMELDA LOURDES; FLORES RAGAS,

CARLOS en su trabajo “Resultados perinatales en gestantes que presentaron hiperemesis gravídica en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima en el año 2011” con el **Objetivo.** Identificar los resultados perinatales en gestantes que presentaron hiperemesis gravídica en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, año 2011. **Material y**

método. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se revisó las historias clínicas de gestantes que estuvieron hospitalizadas por hiperemesis gravídica y la base de datos de sus neonatos. **Resultados.** Hubieron 166 casos, prevalencia 1.10%. Fueron adolescentes 22.9%, primigestas 37.3%, hubo cuadro emético en gestación anterior 8.4% y no desearon el embarazo 18.7%. La edad gestacional de ocurrencia de hiperemesis fue entre 8 y 12 semanas 40.4%. En 83.3% la culminación del embarazo fue a término y se efectuó cesárea en 32.6% con diagnóstico principal de sufrimiento fetal agudo, pre eclampsia severa y cesareada anterior. De los recién nacidos 55.1% fue de sexo femenino, 65.9% pesó entre 3000 y 3999 gramos y 92% tuvo Apgar más de 7 x minuto. De los recién nacidos 3.6% ingresó a UCI, 9.4% presentaron dificultad respiratoria y 8.4% trastorno metabólico. Se identificaron asociaciones significativas de riesgo de hiperemesis con, grupo etario adolescente ($p < 0.01$) y con primigestas ($p < 0.01$) y en el recién nacido identificamos asociaciones muy significativas con: nacidos por cesárea ($p < 0.008$), Apgar <7 x min ($p < 0.000$), síndrome de distrés respiratorio ($p < 0.006$) y trastorno metabólico ($p < 0.000$). **Conclusión:** Las gestantes adolescentes y las primigestas constituyen riesgo para la presentación de hiperemesis; y en el recién nacido hay mayor probabilidad de nacimiento por cesárea y riesgo de tener Apgar menor a 7 por minuto, hacer síndrome de distrés respiratorio y trastorno metabólico.⁸

2.1.2 Antecedentes Internacionales

A. OCHOA SÁNCHEZ, LUIS ALBERTO en su trabajo "beta-hcg cuantitativa y electrolitos como pruebas de valor predictivo de hiperemesis gravídica en mujeres de entre 5 y 20 semanas de gestación que acuden al Centro de Salud N° 3 de la Ciudad

de Loja – Ecuador durante el año 2012 – 2013” Tiene como **Objetivo:** la determinación de beta-hcg cuantitativa y electrolitos como pruebas de valor predictivo de hiperemesis gravídica en mujeres de entre 5 y 20 semanas de gestación que acuden al Centro de Salud N° 3 de la Ciudad de Loja. **Material y Método:** es un estudio de tipo descriptivo y transversal, con una muestra de 62 mujeres que se encontraban entre la semana 5 y 20 de gestación, a quienes se les extrajo una muestra sanguínea para realizar la cuantificación de la beta-HCG y medir los niveles de Sodio, Potasio y Calcio. Obteniendo como **Resultado** que: la mayoría se enmarcó dentro de los valores normales y solo un pequeño porcentaje se encontraron aumentados en el caso de la beta-HCG, al igual que en los electrolitos donde se presentó resultados normales en mayor porcentaje y sólo unos pocos casos disminuidos, los cuales no tuvieron significancia clínica, de igual manera se relacionó los niveles elevados de la beta-HCG con los disminuidos de cada electrolito, de los cuales no se encontró concordancia que era lo que se buscaba obtener para poner de manifiesto indicios de Hiperemesis Gravídica, indicios que junto a la revisión clínica realizada por la Ginecóloga de la misma institución donde se realizó el estudio, revelaron que ninguna de las pacientes tuvieron tendencia a adquirir HG. También se aplicó una encuesta para detectar la presencia de sintomatología de HG, obteniendo: mareos, desmayos frecuentes, estrés o angustia y sed excesiva, los cuales debido a que ninguna paciente se le diagnosticó HG se los catalogó como propios del embarazo. Finalmente se impartió una charla informativa de la HG en la que se difundió los resultados obtenidos en el estudio recalándose la importancia de la misma y la necesidad de compartir esta información a otras personas.¹²

B. WHEC Boletín Práctica Clínica y de gestión para proveedores de atención médica. Educación subvención prevista de Salud de la Mujer y el Centro de Educación (WHEC), un artículo nombrado "Las náuseas y los vómitos en el embarazo" en Estados Unidos en el 2012 con el **Objetivo:** Las náuseas y los vómitos en el embarazo, tiene como **Conclusión:** Sin lugar a dudas, las náuseas y los vómitos son efectos secundarios comunes del embarazo. "Náuseas del embarazo" se estima que afecta a aproximadamente el 75% de todas las mujeres embarazadas. Estos síntomas suelen comenzar alrededor de gestación 5 a 6 semanas ", con la mayoría de pacientes que experimentaron resolución de los síntomas a las 16 semanas, sólo el 10% de los pacientes tendrán persistencia de náuseas durante el embarazo. Las náuseas y los vómitos durante el embarazo afecta al 50% a 90% de las mujeres embarazadas y los rangos de leve a moderada de la hiperemesis gravídica más grave, lo que complica un 0,3% a 2% de los embarazos. A falta de una definición uniforme único, hiperemesis gravídica es un diagnóstico clínico caracterizado por vómitos intensos y difíciles y a menudo se asocia con la pérdida de peso concomitante (definido como > 5% del peso antes del embarazo), cetonuria, deshidratación, alcalosis metabólica y alteraciones electrolíticas. Más que su efecto sobre la calidad de vida, la hiperemesis gravídica puede llevar a graves complicaciones médicas. Un enfoque paso a paso que se adoptan medidas no farmacológicas y farmacológicas ayuda a usted y a su paciente a manejar eficazmente las náuseas relacionadas con el embarazo. Un índice apropiado de sospecha y un enfoque organizado para la identificación y el tratamiento puede ayudar a asegurar el máximo beneficio tanto para profesionales de atención de salud y el paciente. El propósito de este documento es discutir el diagnóstico y manejo apropiado de la hiperemesis gravídica para mejorar la

calidad de vida del paciente y proporcionar los resultados maternos y neonatales mejor posibles. Los objetivos de aprendizaje deben diferenciarse de la hiperemesis gravídica "náuseas matutinas" ordinario usando los criterios diagnósticos, identificar los riesgos maternos y fetales de la hiperemesis gravídica y proponer estrategias de tratamiento para mantener la hidratación y la nutrición. Las náuseas y los vómitos, signo más común del embarazo afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres embarazadas, disminuye la productividad del trabajo, y afecta negativamente a la dinámica familiar.¹³

C. IGLESIAS ARGUDO DIEGO MARCELO; ARAUJO CRESPO

JAIRO SEBASTIAN en su trabajo "morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el Hospital de Paute - Ecuador en el primer semestre del año 2010" tiene como **Objetivo:** Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el Hospital de Paute en el primer semestre del año 2010. Obteniendo como **Resultados** que: No se encuentran casos de mortalidad. La morbilidad materna corresponde a: partos distócicos (31%), cesárea por sufrimiento fetal agudo (9.5%), cesárea por desproporción céfalo pélvica (9.5%), amenaza de parto pre término (9.5%), aborto incompleto (8.2%), ITU (8.2%), amenaza de aborto (6.8%), cesárea por pre eclampsia grave (6.8%), vulvovaginitis (5.5%), hiperémesis gravídica (4,1%). Cumplimiento del control prenatal en un 81% y partograma en el 95%; los partos son atendidos por médicos en un 97%. La morbilidad neonatal registrada, reporta lo siguiente: trastornos respiratorios (33.7%), ictericia multifactorial (20.9 %), incompatibilidad ABO (12.7%), hiperbilirrubinemias (9%), ITU (4.6%), riesgo de sepsis (4.6%), Crisis convulsivas (4.6%), RCIU (3.4%), asfixia y malformaciones (2.3%) cada una. El

99% de recién nacidos fueron atendidos por médicos. **Conclusiones:** Se identificó las principales causas de morbilidad materna que corresponde a: partos distócicos, cesárea por sufrimiento fetal agudo, cesárea por desproporción céfalo pélvica, amenaza de parto pre término, aborto incompleto, ITU, amenaza de aborto, cesárea por pre eclampsia grave, vulvovaginitis, hiperemesis gravídica, y neonatal: trastornos respiratorios, ictericia multifactorial, incompatibilidad ABO, hiperbilirrubinemias, ITU, riesgo de sepsis, Crisis convulsivas, RCIU, asfixia y malformaciones. No se presentó casos de mortalidad materna y neonatal Los estándares de calidad establecidos por la norma del MSP se cumplen en el 95%.¹⁴

D. JIMÉNEZ AGUIRRE, DIANA SOLEDAD en su trabajo “La relación que existe entre los valores elevados de BHC-G con Hiperémesis Gravídica en el “Hospital Isidro Ayora De Loja” – Ecuador 2012” Con el **Objetivo:** de determinar la relación que existe entre los valores elevados de BHC-G con Hiperemesis Gravídica. **Material y método:** es un estudio hospitalario prospectivo de corte transversal, que tuvo un Universo de 2663 gestantes, con una muestra de 23 pacientes con Hiperemesis gravídica. Obteniendo como **Resultado:** La Hiperemesis Gravídica es una entidad patológica que afecta al 0,8% de todas gestantes, guardando relación con la incidencia mundial que es de 0,3 a 1,5%, llegando a comprometer el bienestar materno –fetal, aumentando a su vez las cifras de morbimortalidad; y el 21,7% de pacientes con esta entidad patológica se asocian a niveles elevados de gonadotropina coriónica humana. Los síntomas más frecuentes son las náuseas y los vómitos en un 100%, cefalea en un 56,5%, signos de deshidratación en un 39,1% y el 21,7% de las gestantes con hiperemesis presenta pérdida de peso. Los factores asociados que agravan esta patología son

la nuliparidad en un 43,5%, la edad materna entre 29 – 33 años en un 39,1%, antecedente familiar en un 26,0% y la semana 11 de edad gestacional en un 17,3%. La importancia de conocer lo mencionado anteriormente nos permite realizar controles prenatales adecuados, diagnósticos oportunos para iniciar el tratamiento correspondiente en forma precoz, y finalmente obtener un binomio materno – fetal saludable.¹⁵

E. LORNA SIBAJA MUÑOZ, NATALIA VARGAS QUESADA en su trabajo “Manejo de la Hiperemesis Gravídica” realizado para la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica en el año 2011 con el **Objetivo:** Manejo de la Hiperemesis Gravídica, tiene como **Conclusión:** La hiperemesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 -2.0 %, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. En la mujer gravídica las náuseas y los vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%, siendo la principal causa de ausentismo laboral en aproximadamente un 35 % de los casos inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo. Se define como la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta la semanas 14 -16. El Centro de Clasificación Estadística de Enfermedades relacionadas a problemas de salud (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) la define como la persistencia de excesivos vómitos iniciados antes de la semana 23 de gestación. Algunos factores predisponentes para la HG son el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, HG previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, diabetes gestacional, trastorno

depresivo, trastorno hipertiroides, úlcera péptica y asma. Varios estudios han documentado que el tabaquismo y la multiparidad reducen el riesgo de HG, esta observación se atribuye a un menor volumen placentario lo que produce menos niveles de hormonas. La HG acontece generalmente en mujeres jóvenes, primíparas, estrato social bajo y con productos de género femenino. El porcentaje de madres con HG es aún mayor cuando el sexo del embrión es femenino respectivamente de 55.6% en comparación al masculino de 44.4%. En madres con el antecedente de más de 3 admisiones hospitalarias la distribución es aún mayor de 62.5% para el género femenino y 37.5 % para el masculino. Los neonatos de madres con HG presentan mayor riesgo de malformaciones congénitas del Sistema Nervioso Central, bajo peso al nacer menor al 10 percentil y un Apgar a los 5 minutos <7. ¹

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza por náuseas y vómitos persistentes que comprometen el estado general de la gestante. Afecta a menos de 1% de gestantes (generalmente mujeres jóvenes, primíparas, que gestaron por reproducción asistida, con antecedentes de hipertensión, diabetes, enfermedades psiquiátricas) y representa un 15% de las consultas a los gastroenterólogos. Como resultado, se encontrará trastornos hidroelectrolíticos, deficiencia nutricional, pérdida de peso. En los exámenes auxiliares se podrá hallar un incremento del hematocrito y de la urea, hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, aumento de la densidad de la orina y cetonuria. En casos más graves, aumentos leves de la bilirrubina en sangre y alteración de las pruebas hepáticas.

Los casos severos que llevan a alteraciones hepáticas, renales y muerte, hoy no son comunes. Así mismo, el pronóstico del feto es bueno. Se debe excluir la enfermedad del trofoblasto, hernias, trastornos orgánicos del tracto gastrointestinal.

Recientemente, se ha encontrado asociación de la hiperémesis gravídica con la presencia de *Helicobacter Pylori*, por lo que se sugiere la detección del anticuerpo IgG del *H. Pylori* por método Elisa en sangre materna.⁷

Las náuseas y los vómitos que ocurren al inicio del embarazo representan un fenómeno frecuente que ocasiona cambios en la vida personal, familiar, social y ocupacional de la gestante. Generalmente, estas molestias se autolimitan, desapareciendo en forma espontánea antes de las 18 semanas de gestación.

El término de la hiperémesis gravídica (HG) está reservado para los casos de náuseas y vómitos intensos. Estos requieren hospitalización y tratamiento endovenoso, ya que presentan deshidratación, disminución de peso, alteración electrolítica y en algunos casos alteración metabólica.¹⁶

2.2.1.1 FISIOPATOLOGÍA

La HG es una enfermedad poco entendida. Aún no se ha logrado obtener evidencia definitiva de las causas de esta enfermedad, a pesar de la frecuente presencia del tema en la literatura.

Se sabe que las mujeres que cursan con HG no presentan enfermedades estructurales del aparato digestivo, por lo cual se ha propuesto diversas teorías, tales como: la psicógena, alteración de la motilidad intestinal, gonadotropina coriónica, hipertiroidismo, estrógenos y otras más controversiales.

Muchos consideran que el origen de las náuseas y vómitos es multifactorial, donde están involucrados aspectos fisiológicos, psicológicos, genéticos y culturales.

a. Teoría Psicógena

Dentro de las teorías propuestas para explicar este síndrome, se incluye las alteraciones psicológicas o del comportamiento. Se ha encontrado que existe una estrecha relación entre la magnitud de los síntomas y la personalidad de las enfermas. El cuadro ocurre generalmente en nulíparas jóvenes con antecedentes de conflictos psicológicos, con temores frente a la evolución del embarazo y, en ocasiones, como rechazo a este.

b. Alteración de la Motilidad Gastrointestinal

Se ha señalado que los niveles elevados de glucagón y del polipéptido inhibidor gástrico podrían afectar la motilidad del estómago, retardando el vaciamiento (disritmia) y aumentando el reflujo gastroesofágico. Sin embargo, no existen estudios concluyentes al respecto.

c. Gonadotropina Coriónica

Se ha planteado una teoría hormonal basada en la elevación de la gonadotropina coriónica humana (hCG), debido a que sus valores más altos se presentan en la primera parte del embarazo, cuando las náuseas y los vómitos son más prevalentes. La alta incidencia de hiperémesis en pacientes con mola hidatiforme, así como en el embarazo múltiple, parecían confirmar esta teoría hormonal. Sin embargo, estudios posteriores no han respaldado la hipótesis.

d. Hipertiroidismo

Hay evidencias bioquímicas de hipertiroidismo en los pacientes con hiperemesis. Diversos estudios informan la elevación de las hormonas tiroideas, en especial de T4 (tiroxina) libre, la que se encuentra elevada en 25% a 73%

de las pacientes con HG. Por otro lado, los niveles de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) están suprimidos y no responden a la administración de la hormona liberadora de TSH (TRH), lo que indica algún grado de función tiroidea autónoma. El aumento de T4 libre y la disminución de TSH son transitorios y se normalizan después de mejorar los vómitos.

En algunos pacientes, el nivel de T4 correlaciona con el nivel de hCG, sugiriendo que esta o una sustancia relacionada pueden estimular a la tiroides. La hipótesis de que la hCG es un estimulador tiroideo no es corroborada al observar una mayor actividad de las células tiroideas in vitro ante la presencia del suero de pacientes con HG e hipertiroidismo químico, a pesar de colocar suero anti-hCG. También, hay estudios que no demuestran anormalidades tiroideas en las pacientes con HG.

e. Estrógenos

Se ha postulado al hiperestrogenismo como causa de esta enfermedad. Las investigaciones no han sido concluyentes. Para algunos, el incremento del estradiol puede ser atribuido al efecto esteroideogénico de la hCG.

f. Otras

La medición de otras hormonas, como prolactina, progesterona, cortisol y hormona del crecimiento, han dado resultados controvertidos. Se ha propuesto muchas otras causas, como deficiencia vitamínicas, alteración del metabolismo de los carbohidratos y alteración de la glándula suprarrenal.

Los corticoides han dado buenos resultados como una droga antiemética en pacientes tratados de cáncer. Se piensa que en la hiperemesis existe una insuficiencia suprarrenal relativa. Su acción se debe a

quimiorreceptores que provocan las náuseas y vómitos a nivel cerebral. También, se ha propuesto como explicación de la hiperémesis, la posición del cuerpo lúteo, planteándose que su ubicación en el ovario derecho podría aumentar la concentración de esteroides sexuales hasta el sistema portal hepático, causando náuseas y vómitos. Sin embargo, ninguna de estas teorías ha sido corroborada.

En la literatura no existe certeza de que el glucagón, la hCG, las hormonas tiroideas, los estrógenos y otros puedan ser causantes de la hiperémesis gravídica. Pero, las consideraciones psicológicas son indudables.¹⁶

Como se ha mencionado anteriormente la causa no se conoce muy bien aunque la hiperemesis 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 la 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.¹

2.2.1.2 INCIDENCIA

Las náuseas y los vómitos se presentan en un 50% a 90% de las mujeres embarazadas. La frecuencia es menor entre los esquimales y las tribus nativas del Asia y África. La incidencia de hiperemesis gravídica varía entre 0.3% y 2% de los embarazos, siendo más frecuente en la raza blanca (1.6%) y menos frecuente en la negra (0.71%).

También se ha descrito mayor frecuencia en las mujeres con enfermedades de trofoblasto, embarazo gemelar, primigrávidas, adolescentes, en la enfermedad hepática crónica, no fumadoras, peso mayor de 77kg y producto de sexo femenino.

En muchas de estas pacientes, los factores emocionales y psicológicos agravan la hiperémesis. Se considera que la incidencia está disminuyendo con el uso de los antieméticos.

2.2.1.3 CUADRO CLÍNICO Y LABORATORIO

Las náuseas y los vómitos que ocurren durante el embarazo se presentan, generalmente, en el primer trimestre. Son, en su mayoría, leves y transitorios. Se inician al despertar y van disminuyendo con el transcurso del día; raramente se prolongan hasta el segundo trimestre. Sin embargo existen varios estudios, uno de ellos prospectivo realizado en Canadá, que contradice la mayoría de estas afirmaciones.

Se denomina hiperemesis gravídica cuando las náuseas y vómitos son intensos. Esto se manifiesta por deshidratación, alteración de los electrolitos, pérdida de peso y cambios metabólicos. En esos casos, la paciente

debe ser hospitalizada para su tratamiento, lo que evitará que se progrese a la deshidratación grave, hiponatremia, hipopotasemia, y acidosis metabólica. La gravedad de los vómitos y el grado de deshidratación pueden ser determinados a través de la disminución de la turgencia de la piel, humedad de las mucosas, peso materno, así como, por la presencia de cuerpos cetónicos y una gravedad específica alta en la orina. En algunas oportunidades, estos cuadros pueden ser prolongados o requerir hospitalizaciones a repetición.

La hiperemesis suele acompañarse de la alteración de la función de varios órganos, tales como la tiroides y el hígado. Se debe buscar signos y síntomas de tirotoxicosis, ya que pueden ser enmascarados por el embarazo. Algunos autores reconocen el síndrome del hipertiroidismo transitorio en la hiperemesis gravídica, basándose principalmente por los niveles de las hormonas tiroideas, cuadro que se resuelve espontáneamente.

La hiperemesis rara vez se acompaña de ictericia, siendo su ocurrencia en 0.2 a 3.0/mil casos de hiperémesis. En estas pacientes se ha descrito elevaciones de la bilirrubina sérica hasta 10mg/dl, a predominio de la bilirrubina directa. También, se ha descrito elevación de las aminotransferasas (transaminasas) cuatro a cinco veces más de lo normal.

La fisiopatología no está bien entendida, aunque la asociación de ictericia e hipertiroidismo sugiere un posible factor de solestasis. Por lo regular, la ictericia ocurre entre las semanas 4 y 8 de amenorrea. El diagnóstico solo puede ser hecho por exclusión de las otras causas probables de ictericia.¹⁶

Es necesario diferenciar la HG de otras patologías como la pancreatitis, pielonefritis, apendicitis y otros trastornos

metabólicos por lo que ante la sospecha se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: cetonas en orina, nitrógeno ureico, creatinina, enzimas hepáticas, electrolitos, amilasa y pruebas de función tiroidea.¹

2.2.1.4 TRATAMIENTO

Dado el desconocimiento de la etiología de las náuseas y los vómitos, el tratamiento es sintomático. Se requiere además, de un médico que pueda tranquilizar y explicar a la paciente que su trastorno se autolimita; es decir, es benigno y transitorio y puede mejorar con recomendaciones simples.

Cuando las náuseas y los vómitos son intensos y no responden al tratamiento convencional, es necesario indicar la hospitalización, la administración de líquidos y electrolitos por vía endovenosa y un estricto control metabólico. Si se presenta deshidratación grave, disminución de peso y acidosis, estas medidas deben ser tomadas sin dilatación, con el objeto de preservar el volumen intravascular materno y el flujo sanguíneo placentario.

En el tratamiento de la HG, además de los tratamientos endovenoso y dietético, es importante incluir la terapia psicológica y ambiental, con el objetivo de controlar los vómitos y conseguir un adecuado estado nutricional. Si esto no se obtiene, se debe forzar la nutrición con alimentos por sonda nasogástrica, nutrición parenteral o ambos. El uso de una infusión continua por sonda nasogástrica, ha sido descrito como seguro y efectivo para el manejo de la hiperemesis; además, evita la necesidad de una terapia invasiva. El propósito es administrar dextrosa, grasas, proteínas, vitaminas, minerales, aminoácidos y electrolitos.

Existe un gran cúmulo de información sobre la ausencia de teratogenicidad de los compuestos antieméticos. Se recomienda el uso de prometazina administrada en forma endovenosa en dosis de 25 mg, tres a cuatro veces, por día, para luego seguir con un mantenimiento por vía oral. La prometazina es un antihistamínico con efecto sedativo y ansiolítico que tiene una rápida acción. Sin embargo esta respuesta se reduce con el tiempo. Además su efecto desaparece prontamente al suspender el tratamiento. Su uso muestra ser seguro en el feto. La metoclopramida es usada por su efecto antiemético central. Se ha publicado pocos estudios clínicos controlados y se recomienda su uso para casos más graves. Esta droga atraviesa rápidamente la placenta y llega a la circulación fetal y, si bien, se demostró aumentos en la prolactina sérica materna, no se produjo aumentos hormonales simultáneos en el feto. Se recomienda la dosis de 10 mg tres o cuatro veces al día, por vía endovenosa, para luego hacer un mantenimiento por vía oral. No se ha informado efectos adversos en el feto.

El uso de domperidona y de dimenhidrinato también es útil en los casos con mucha sintomatología. No se ha observado que estas drogas tengan efectos teratogénicos en animales de experimentación. Dado el carácter psicossomático del cuadro, se plantea el uso de ansiolíticos, como el diacepam, tietilperazina y la clorpromazina, administrados en dosis suficientes para provocar un estado de sedación moderada.

Se ha usado piridoxina inyectable, aunque los resultados no siempre indican que sea mejor que el placebo.

El uso de corticoides también ha sugerido (metilprednisolona 125 mg/d, EV; prednisolona, 5 a 60 mg/d, VO; prednisona, 5 a 40 mg/d, VO; hidrocortisona,

100 mg, cada 12 horas, EV) basado en una supuesta “insuficiencia adrenal relativa”. Si bien inicialmente los estudios mostraban eficacia en el control de las náuseas y vómitos intensos. Recientemente estudios controlados no muestran ventajas al uso de prometazina y metoclopramida, tanto en el control de las náuseas y vómitos intensos como en los casos refractarios al tratamiento convencional. Estos medicamentos se les describen como seguros para la madre y el feto a dosis usuales, aún en lo relacionado a los defectos faciales.¹⁶

El ondansetrón es un antagonista de los receptores 5-hidroxitriptamina; es conocida su alta efectividad como droga antiemética usada con mucha frecuencia en las náuseas y vómitos en la quimioterapia y en las náuseas postoperatorias. A pesar de existir reportes de su efectividad en casos esporádicos de hiperémesis gravídica intratable, los estudios controlados doble ciego publicados no muestran ventaja cuando es comparado con prometazina. Por otro lado, no se demuestra efecto deletéreo en el feto.

Puede también considerarse el uso de hipnoterapia, psicoterapia, terapia conductual y de la acupuntura manual o eléctrica, las cuales han sido descritas como exitosas en el tratamiento de la hiperémesis. La principal ventaja de estos métodos es la posibilidad de disminuir los riesgos para la madre y el bebé.

El rol de las drogas antitiroideas en el tratamiento del hipertiroidismo asociado a la hiperémesis no ha sido clarificado. Algunos sugieren que no se requiere tratamiento, ya que el hipertiroidismo es transitorio. Otros recomiendan que, si la hiperémesis persiste por más de una semana a pesar del tratamiento conservador y la función tiroidea es anormal, se debe considerar el uso de drogas antitiroideas.

En ocasiones, pueden darse cuadros dramáticos refractarios al tratamiento convencional. Sin embargo, nunca existe indicación para interrumpir el embarazo. A pesar de todo lo investigado, en la actualidad no existe un criterio establecido para el manejo de los casos refractarios al tratamiento convencional.

Hasta el momento, todos los tratamientos descritos son seguros con respecto a la madre y el feto. Sin embargo, diversos autores resaltan la necesidad de realizar estudios con más solidez.¹⁶

Principalmente el tratamiento incluye los siguientes aspectos:

- ✓ Corregir las alteraciones electrolíticas por vía EV. La cantidad de líquidos a administrar (3000 ml o más) es mucho mayor de los requerimientos diarios. En casos severos, se puede monitorizar con presión venosa central, de manera de evitar la sobrehidratación.
- ✓ Nada por boca, de inicio. Conforme desaparecen las náuseas y vómitos, administrar dieta líquida y progresar a sólidos gradualmente. Se puede añadir vitaminas, pero mejor es indicar la ingesta de verduras y frutas licuadas.
- ✓ Antieméticos: dimenhidrato (Primperan, Gravol) 50 mg cada 8 horas EV. Más adelante se les puede administrar por vía oral, también se indica clorpromazina 10 a 25 mg cada 4 a 6 horas, metoclopramida 5 a 10 mg cada 6 a 8 horas, prometazina 12.5 a 25 mg cada 4 a 6 horas. Raramente, se requiere metilprednisolona 15 a 20 mg cada 8 horas EV.
- ✓ Psicoterapia: aislar a la paciente de su medio habitual y hospitalizarla en un área tranquila. Determinar la carga

emotiva que pueda haber provocado el presente cuadro, a menudo un embarazo no deseado o problemas familiares y, si fuera necesario, solicitar la ayuda del psiquiatra.

- ✓ En casos rebeldes, administrar nutrición parenteral total (fluidos, proteínas, vitaminas, electrolitos), caracterizando la vena subclavia.
- ✓ Si se detectara H. Pylori, se puede administrar ranitidina 150 mg IV bid y metronidazol 500 mg vía rectal bid por dos semanas o hasta que la gestante pueda tolerar vía oral.

Las gestantes con hiperémesis gravídica, detectada en el medio rural, serán derivadas al nivel superior, para un manejo más especializado.⁷

2.2.1.5 PRONÓSTICO

Existe un aparente decremento del riesgo al aborto, parto pretérmino y de restricción del crecimiento intrauterino asociados a las náuseas y los vómitos en el inicio del embarazo.

Un metaanálisis basado en 11 estudios muestra una fuerte asociación de las náuseas y los vómitos con la disminución del riesgo de abortar. Aunque el análisis no es consistente para la mortalidad perinatal, también muestra la posibilidad de que los hallazgos puedan ser refutados por otros estudios.

Una investigación de cohortes en el año 1989, en Los Ángeles, California, EE UU, considera como factores de confusión a la edad, la raza, la ocupación y el uso de antieméticos, y encuentra que los vómitos al inicio del embarazo se asocian con el decremento de los riesgos de aborto. Por otro lado, no encuentra asociación entre las náuseas y los vómitos y otros indicadores del final del embarazo, tales como la mortalidad perinatal,

anormalidades fetales, medidas antropométricas. Tampoco se encontró asociación entre los niveles de tiroxina sérica y el peso al nacer. Resulta interesante la evidencia que sugiere que la depresión posnatal es menos frecuente en las mujeres que sufren de náuseas y vómitos intensos.

Existen varias teorías respecto al rol protector de las náuseas y vómitos durante el embarazo. Algunos refieren que aseguran los nutrientes que favorecen el desarrollo placentario, otros plantean que evitan los alimentos que pueden potencialmente dañar al embrión.

Otros estudios informan, en contraste a lo descrito, que las mujeres con HG tienen niños con bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino, especialmente, si tiene una pérdida de peso mayor de 5% de su peso pregestacional y admisiones repetidas. También, se describe mayor riesgo de malformaciones del sistema nervioso central y de otras malformaciones, tales como testículo sin descender, displasia de cadera y síndrome de Down. Esto podría indicar que las alteraciones metabólicas creadas por la HG pueden tener un efecto adverso en el crecimiento del feto.

En general, las pacientes tratadas mantienen una ganancia adecuada de peso materno y de crecimiento fetal, no habiéndose observado repercusión sobre el pronóstico materno o fetal. Aunque la HG ha sido vista como un predictor positivo del pronóstico perinatal, es una condición de riesgo alto desde la perspectiva nutricional.¹⁶

2.2.1.6 PREVENCIÓN

En pacientes con antecedentes de HG en embarazos anteriores ha resultado beneficioso la administración de multivitamínicos orales antes de la concepción y de antieméticos las primeras semanas de embarazo, previo al

inicio de los síntomas, con lo que se disminuyen las formas graves y se evita la aparición de la HG en la mayoría de las mujeres.⁴

2.2.2 COMPLICACIONES

2.2.2.1 COMPLICACIONES MATERNAS

La encefalopatía de Wernicke es poco frecuente pero se asocia a las principales causas de mortalidad en las pacientes, se presenta por la deficiencia de vitamina B1 tiamina posterior a 3 semanas de vómitos persistentes caracterizada por la triada de anomalías oculares, confusión y ataxia de la marcha, además incluyendo también la desorientación, nistagmos, cefalea y coma. La deficiencia de tiamina (B1) ha sido reportada en muchos como el 60% de los pacientes con HG. La mujer con HG es propenso a la deficiencia de tiamina debido al aumento de la demanda de metabolismo de la glucosa, con la incapacidad de tolerar alimentos adecuados y vitamina, suplementos minerales. El metabolismo de la glucosa es muy activo en la mujer embarazada debido al hipermetabólico estado del embarazo y las necesidades energéticas y la producción rápida de tejidos en el desarrollo del feto. La deficiencia de Tiamina puede dar lugar a síntomas que incluyen fatiga, pérdida de apetito, inestabilidad emocional, trastornos del sueño y malestar abdominal. La progresión cerebral de deficiencia de tiamina que da como resultado la enfermedad encefalopatía de Wernicke se ha informado en 33 casos en los últimos 20 años. Incluso el inicio de la dextrosa que contiene fluidos intravenosos o soporte nutricional agresivo, sin la provisión de tiamina puede precipitar la Encefalopatía de Wernicke. La Administración de tiamina de 100 mg IV o IM diariamente, o la misma dosificación

enteral si se tolera, se ha sugerido para cualquier paciente con más de tres a cuatro semanas de emesis.

Manifestaciones neuropáticas avanzadas de beriberi incluyen parestesias, debilidad, sensibilidad y calambres de las extremidades inferiores

En la actualidad, casos clásicos de beriberi se registran esporádicamente y fueron controlados en el área de Asia donde era endémica, por ello estos registros no tienen mayor repercusión en nuestra realidad.

Los niveles de albúmina sérica disminuyen con el embarazo comenzando durante el primer trimestre, debido al fluido esperado puede observarse cetonuria de leve a moderada.

La HG puede causar un ligero aumento en las enzimas hepáticas (hasta cuatro veces el límite superior de lo normal) que regresa a la normalidad cuando el HG se trata con éxito.

La amilasa sérica puede aumentar hasta cinco veces más que lo normal, pero esto generalmente es salival y no pancreático. El exceso de arcadas durante la HG puede conducir a la ruptura del esófago, las secreciones de Mallory Weiss, el neumotórax y pneumomediastino.

También es posible la presencia de neuropatías periféricas por deficiencia de vitaminas B6 y B12, vasoespasmo de arterias cerebrales y la mielinolisis pontica cerebral por hiponatremia severa que es mortal, esta Mielinolisis es una disfunción neuronal causada por la destrucción de la capa que cubre las células nerviosas o vaina de mielina en el tronco del encéfalo (puente de Varolio), lo cual impide que las señales se transmitan

apropiadamente en el nervio, disminuyendo su capacidad para comunicarse con otras células. La causa más común de mielinólisis central pontina es una rápida elevación en los niveles de sodio en el organismo cuando alguien está en tratamiento por hiponatremia.

Síndrome de Mallory–Weiss (desgarro esofágico) con sangrado evidente y la acidez persistente llevará a una gastritis erosiva hemorrágica agravando las deficiencias nutricionales y el estado de la gestante, con una incidencia de 5 – 10% sin excluir otras causas para el desgarro, trombosis consecuente a la deshidratación severa y el reposo prolongado, se encuentran además grados variables de insuficiencia renal aguda por causas prerrenales, cetonemia y cetonuria materna, coagulopatía por deficiencia de vitamina K. Debilidad, dolor y calambres de las extremidades inferiores.

Igualmente puede suceder Neumotórax y Neumomediastino espontáneos pero la mortalidad materna es casi inexistente 3/100,000.

Pacientes con síntomas de HG persistentes tales como malnutrición tienen registros de aumento de parto prematuro y aborto espontáneo.^{1, 6, 8,24}

Además la patología asociada más frecuente en Lima fue ITU (20.6%) y otros trastornos como anemia (25.5%) según Rodríguez en su investigación de tesis.²⁵

LOS cambios durante el embarazo pueden conllevar la aparición de enfermedades que secundariamente afecten al hígado como la hiperemesis gravídica; es importante no olvidar como pueden influir en el curso del embarazo y en la salud materno-fetal.

El hígado es, probablemente, el principal órgano en la regulación de la fisiología humana, participando en numerosas funciones, fundamentalmente biosintéticas, catabólicas, detoxificadoras, digestivas e inmunológicas.

El embarazo induce algunos cambios físicos y metabólicos en la gestante, merced a la sobreproducción de hormonas sexuales. En el examen físico hay que destacar la posible presencia de arañas vasculares (66% y 14% de gestantes de raza blanca y negra, respectivamente), así como el eritema palmar, ambos secundarios al hiperestrogenismo mantenido, sin que ello traduzca la presencia de hepatopatía avanzada subyacente. Las Hepatopatías típicas de la gestación son enfermedades que sólo aparecen en pacientes gestantes complicando de modo variable el curso del embarazo y determinando una morbilidad, y en ocasiones, mortalidad materno-fetal.²⁶

Todas estas complicaciones se podrían traducir en la presencia de amenaza de aborto como un factor asociado tras afectar el curso normal del embarazo.

2.2.2.2 COMPLICACIONES PERINATALES

En casos de pacientes con una pérdida de peso mayor al 5 % al peso previo y malnutrición por tiempo prolongado, se ha señalado aumento en el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino en aproximado 32%, en estudios donde se ha evaluado directamente la relación entre el Retardo del Crecimiento Intrauterino y la morbilidad, se ha observado que éste cuadro aumenta el riesgo de nacer con asfixia, hipoglucemia, hipotermia, dificultad respiratoria, hiperviscosidad neonatal, hiperbilirrubinemia y malformaciones congénitas. Los fetos con Retardo del Crecimiento Intrauterino tienen mayor riesgo de sufrimiento fetal intraparto, lo que conduce a un aumento en la incidencia de muerte fetal tardía. Se estima que cerca de 30 millones de niños nacen anualmente en el mundo con RCIU. La incidencia de recién nacidos (RN) con RCIU en los países desarrollados es de 6,9%, y en

los países en vías de desarrollo es de 23,8%. En la relación que existe con la Hiperemesis Gravidica el manejo se ha centrado en su mayoría en corregir los desbalances hidroeléctricos asociados a suplementos vitamínicos tratando así de prevenir el RCIU relacionado a la desnutrición y escasa ganancia de peso gestacional; el aumento de menos de siete kilogramos durante la gestación se relaciona con mayor riesgo de convulsiones neonatales y estancia hospitalaria mayor de cinco días.¹¹

Otra de las complicaciones considerables es el bajo peso al nacer, éste último se asocia con mayor incidencia si los síntomas de la HG persisten en el tercer trimestre. La malnutrición grave en el embarazo puede provocar efectos teratogénicos y pobre desarrollo neurológico.

Algunos autores señalan malformaciones esqueléticas y del sistema nervioso central, y otros no encuentran teratogenicidad relacionada con hiperemesis, discutido los cambios en la puntuación Apgar al nacer, no incremento en la tasa de aborto ni de mortalidad perinatal con respecto a la población general, pero otros señalan que ocurre muerte fetal en menos del 10% de los casos.

Debido a la cetonuria en la madre, las cetonas cruzan fácilmente placenta y puede perjudicar el desarrollo fetal neuropsicológico.^{6, 8, 10}

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.2.3 Perinato :

Que pertenece u ocurre durante el periodo anterior al parto, o es simultáneo o posterior a él, es decir, desde las 28 semanas de gestación hasta los primeros 7 días después del parto.¹⁶

2.2.4 Deshidratación:

Afección resultante de una pérdida excesiva de agua por parte de un organismo vivo.¹⁷

2.2.5 Anemia

Se considera gestante con anemia a la que obtiene valores de hemoglobina menores de 11g/dl, clasificándolo en anemia leve: 10.1 – 10.9 g/dl, anemia moderada: 7 – 10.0 g/dl y anemia severa <7.0 g/dl.¹⁹

2.2.6 Pequeño para edad gestacional (PEG)

Referido a un recién nacido: con desarrollo somático por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Puede ser pretérmino, a término o postérmino. Sigla(s):PEG.²²

2.2.7 BAJO PESO AL NACER (BPN)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 gr.²⁸

2.2.8 APGAR

Expresión numérica de la vitalidad de un recién nacido obtenida al valorar la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color de la piel, determinados al primer y al quinto minuto de haber nacido.²²

2.2.9 Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Estado en que el feto que presenta un peso estimado por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. La biometría por ecografía informa una edad gestacional menor que la calculada por amenorrea.²²

2.2.10 Complicaciones :

Usado con enfermedades para indicar afecciones que coexisten o sucedan a otra, enfermedades coexistentes, complicaciones o secuelas.¹⁷

2.2.11 Consecuencias:

Proposición deducida de una o más premisas de tal manera que al ser estas afirmadas o negadas es ineludible su afirmación o negación.²⁷

CAPÍTULO III: VARIABLES

3.1 Identificación y clasificación de variables e indicadores

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
CONSECUENCIAS MATERNAS Y PERINATALES DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA	MATERNAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PARTO PRETERMINO ✓ TIPO DE PARTO
	MATERNAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PERDIDA DE PESO MAYOR AL 5% DEL PESO PREVIO ✓ RCIU ✓ DESHIDRATACIÓN ✓ MALFORMACIONES ✓ ALTERACIÓN METABÓLICA ✓ CONGÉNITAS MÚSCULO ✓ ALTERACIONES ✓ ESQUELÉTICAS Y ✓ HEPÁTICAS ✓ NERVIOSAS ✓ ALTERACIONES RENALES ✓ MUERTE FETAL ✓ PARTO PRETERMINO
	PERINATALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUERTE MATERNA ✓ BAJO PESO AL NACER ✓ PEG ✓ APGAR BAJO ✓ RCIU ✓ MUERTE NEONATAL ✓ MALFORMACIONES ✓ CONGÉNITAS MÚSCULO ✓ ESQUELÉTICAS Y ✓ NERVIOSAS ✓ MUERTE FETAL
CONSECUENCIAS MATERNAS Y PERINATALES DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA	PERINATALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DIABETES ✓ PEG ✓ APGAR BAJO ✓ MUERTE NEONATAL

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1 Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca dentro del tipo descriptivo porque plasma los casos que hayan presentado Hiperemesis Gravídica según diagnóstico en las Historias Clínicas sin ninguna modificación, con un diseño de corte transversal porque se basa en los casos presentados en el año 2016, y retrospectivo porque se recolectan los casos y datos presentados en el año ya mencionado, año ya vivido u ocurrido.

4.1.2 Nivel de Investigación

De nivel descriptivo porque consiste en caracterizar la Hiperemesis Gravídica indicando sus consecuencias tal y como se presentaron tanto en la gestante como en el perinato.

4.1.3 Método

Cuantitativo porque se describen diversos elementos sobre las consecuencias maternas y perinatales halladas con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 Población

La población de estudio fueron todas las gestantes hospitalizadas con diagnóstico de Hiperemesis gravídica que hayan acudido al “Hospital de Ventanilla” en la provincia constitucional del Callao, esto es 46 gestantes en total durante el año 2016.

4.2.2 Muestra

Este estudio censal abarca el 100% de la población, esto es, las 46 gestantes que presentaron el síndrome, por la imposibilidad de seccionar esta reducida población y represente útilmente las descripciones que se necesita obtener.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 Técnica

Se solicitó una carta de consentimiento a la Institución hospitalaria donde se tuvo previsto realizar el estudio, accediendo a las Historias Clínicas y obtener los datos necesarios llenando la ficha de recolección de datos a continuación diseñada.

4.3.2 Instrumento

Se aplicó una ficha de recolección de datos que consta de 17 preguntas, las cuales se dividen en 3 secciones:

- La primera sección consta de datos de FILIACIÓN que cuenta con 4 ítems (edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación).
- La segunda sección consta de datos GINECO-OBSTÉTRICOS Y MATERNOS que cuenta con 5 ítems (paridad, amenaza de aborto, tipo de parto, tiempo de parto y Hb materna).
- La tercera sección consta de datos PERINATALES que cuenta con 8 ítems (PEG, RCIU, sexo del RN, malformaciones congénitas músculo esquelético y/o nervioso, Apgar, peso, ingreso a UCI y mortalidad).

El instrumento descrito ha sido adaptado conforme a las necesidades propias de la investigación a partir de un instrumento ya validado, igualmente se solicitó la revisión y autorización de 3 profesionales de la salud (juicio de expertos) siendo dos de ellos médicos especialistas en ginecología y una obstetra jefa del departamento de obstetricia del hospital donde se llevó a cabo la investigación y los datos se procesaron con ayuda del programa Excel con apoyo del módulo de fórmulas estadísticas.

**CAPÍTULO V:
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

5.1. TABLAS Y GRÁFICAS ESTADÍSTICAS

TABLA N°1. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVIDICA DE ACUERDO A SU EDAD EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Edad
< 20 años	15
20 - 34 años	29
> 34 años	2

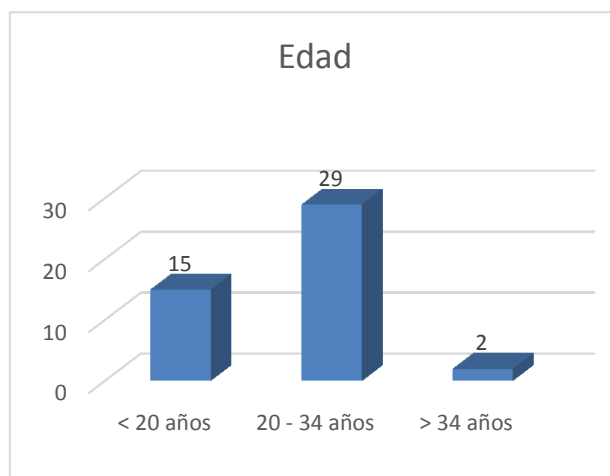


Tabla N°1: Indica que del total de la población, el 63% (n=29) pertenece al grupo etario juvenil, siguiendo con el 33% (n=15) perteneciente a adolescentes y un 4% (n=2) para gestantes adultas.

TABLA N° 2. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCION EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Grado de Instrucción
Primaria	1
Secundaria	37
Superior/Tecnico	8

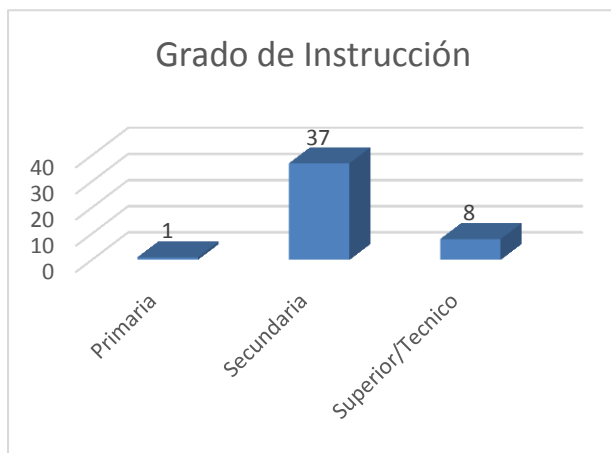


Tabla N°2: Indica que un 80.4% (n=37) de gestantes han cursado el nivel secundaria o están en el proceso de terminarlo, un 17.3% (n=8) para gestantes que estudiaron carreras técnicas o superior completo o incompleto y sólo un caso con estudio nivel primaria representando el 2.1% (n=1) de la población.

TABLA N° 3. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA SEGÚN SU ESTADO CIVIL EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Estado civil
Soltera	14
Conviviente	25
Casada	7

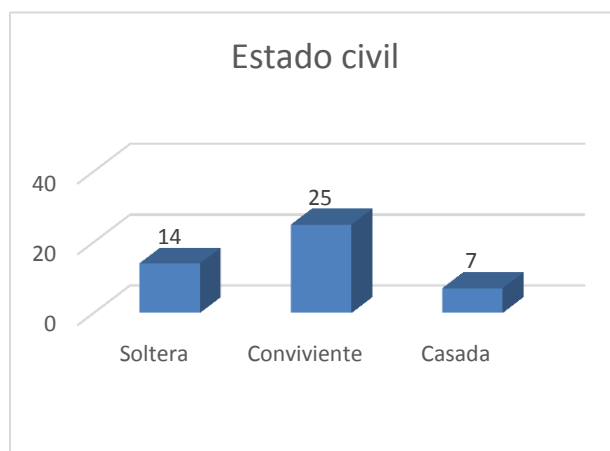


Tabla N°3: Indica el 54% (n=25) para las gestantes que están en convivencia con sus parejas, un 30% (n=14) para las gestantes que son madres solteras y las mujeres casadas representando el 15% (n=7).

TABLA N° 4. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA SEGÚN LA OCUPACIÓN QUE EJERCÍAN DURANTE EL AÑO 2016 EN SU ESTADÍA EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA”.

	Ocupación
Estudiante	5
Ama de Casa	22
Trabaja	14
No Trabaja	6

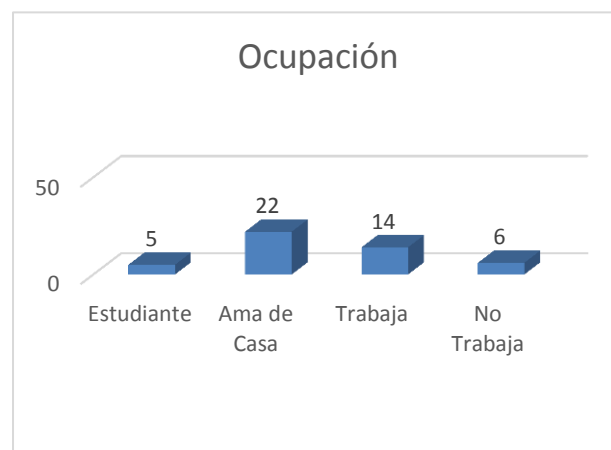


Tabla N°4: La tabla indica el 48% (n=22) para las gestantes que se dedican a ser ama de casa, el 30% (n=14) representa las gestantes que tienen un trabajo secular, el 13% (n=6) son las gestantes que no trabajan y un mínimo de 11% (n=5) para las gestantes que aún permanecen estudiando y tampoco trabajan.

TABLA N° 5. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO A SU NÚMERO DE GESTA EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Gesta
Primigesta	14
Segundigesta	17
Tercigesta	6
Multigesta	7
Gran Multigesta	2

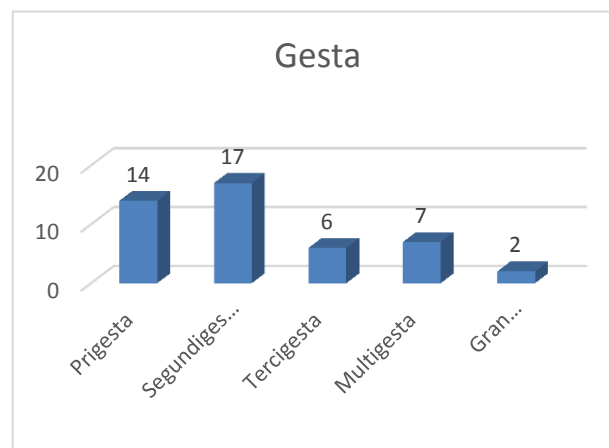


Tabla N°5: De toda la población trabajada, el 37% (n=17) presentó estar en su segunda gestación, seguido del 30% (n=14) de gestantes que cursaban su primera gestación, el 15% (n=7) ya eran multigestas, es decir en su cuarta o quinta gestación, el 13% (n=6) con su tercera gestación y el 4% (n=2) eran gran multigestas, es decir de su sexta gestación en adelante.

TABLA N° 6. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA Y PRESENTARON AMENAZA DE ABORTO EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Amenaza de Aborto
Sí	5
No	41

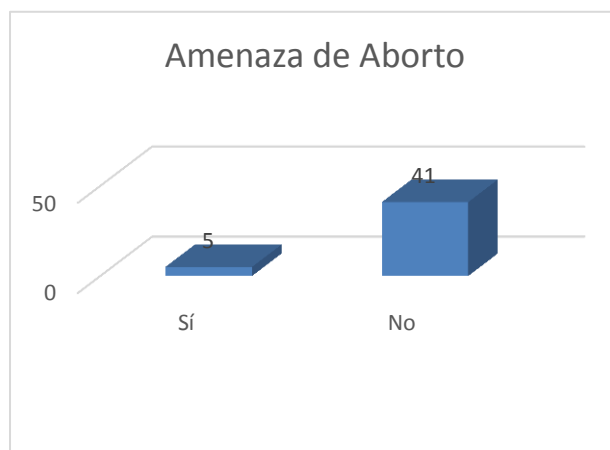


Tabla N°6: El 89% (n=41) de las gestantes con HG. No presentaron Amenaza de aborto y sólo el 11% (n=5) lo presentó.

TABLA N° 7. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA Y EL TIPO DE PARTO QUE TUVIERON EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Tipo de Parto
Eutócico	36
Distócico	9

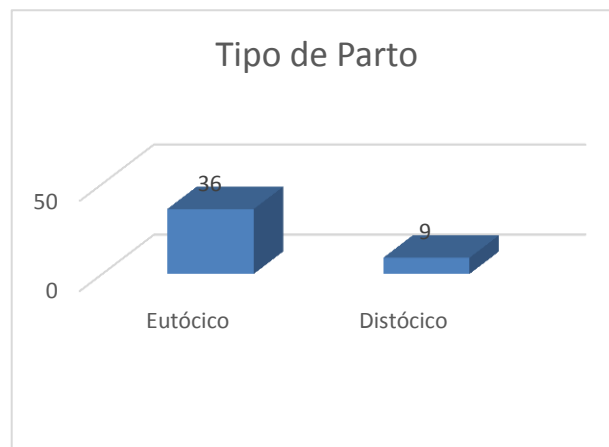


Tabla N°7: Del total de las gestantes, el 80% (n=36) tuvo un parto eutócico y el 20% (n=9) un parto distócico en su mayoría por presentar pre eclampsia y por haber tenido una cesárea anterior.

TABLA N° 8. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA Y EL TIEMPO DE PARTO QUE TUVIERON EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Tiempo de Parto
Pre término	5
Término	40
Prolongado	0

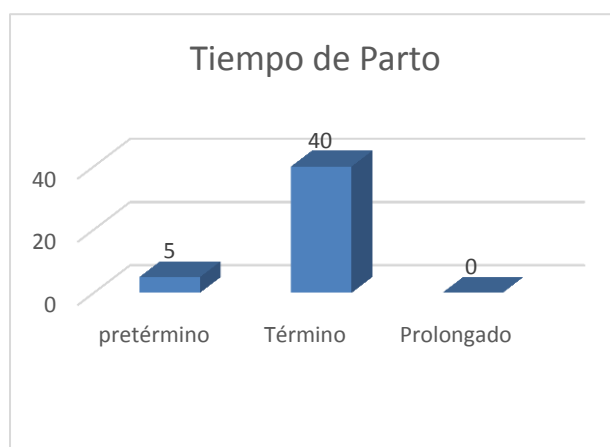


Tabla N°8: La presente indica que del total de partos fueron en tiempo a término en un 89% (n=40), y un 11% (n=5) fueron partos pre término.

TABLA N° 9. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO AL NIVEL DE HEMOGLOBINA QUE PRESENTARON EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Hb Materna
< 11 gr/dl	5
> 11 gr/dl	41

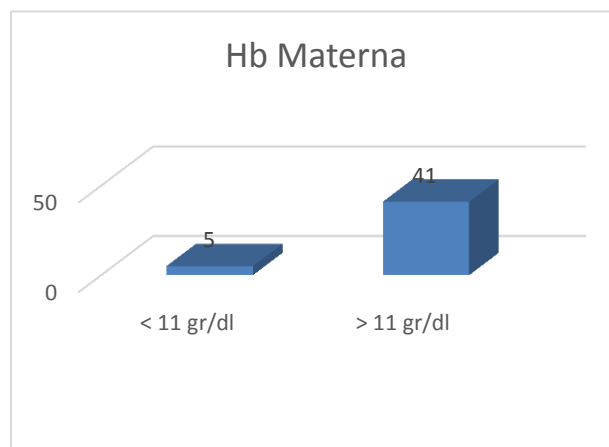


Tabla N°9: Indica que el 89% (n=41) de las gestantes con HG no presentaron anemia ya que su Hemoglobina fue superior a 11gr/dl y sólo el 11% (n=5) de las gestantes presentaron anemia leve o hemoglobina menor a 11gr/dl.

TABLA N° 10. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN AL NACER EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	PEG
SÍ	3
NO	42

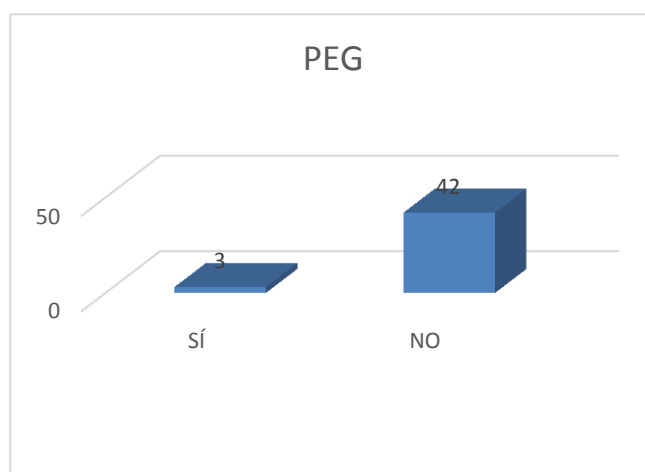


Tabla N°10: De todos los recién nacidos de madres con HG, se encontró un 7% (n=3) que fueron pequeños para su edad gestacional y un 93% (n=42) fueron adecuados para su edad gestacional.

TABLA N° 11. DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE FETOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO AL ESTADO DE SU DESARROLLO INTRAUTERINO EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	RCIU
SÍ	0
NO	45

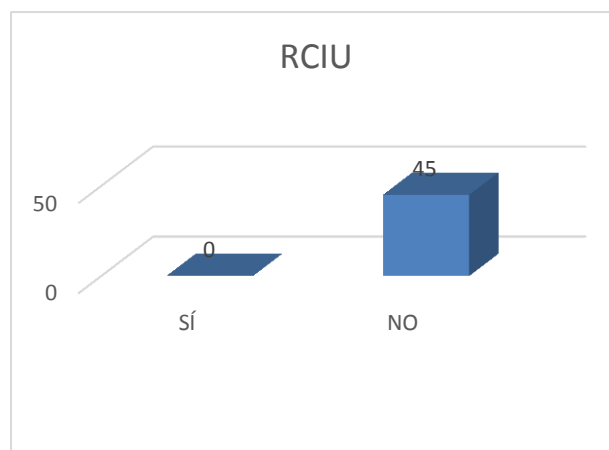


Tabla N°11: indica que el 100% (n=45) de los fetos de madres con HG no fueron diagnosticados con retardo de crecimiento intrauterino.

TABLA N° 12. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO A SU SEXO EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Sexo RN
Femenino	35
Masculino	10

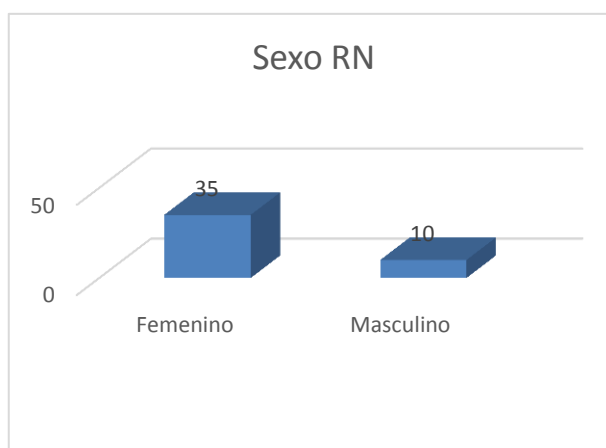


Tabla N°12: Indica que de todos los recién nacidos fueron de sexo femenino un 78% (n=35) y del sexo masculino en un 22% (n=10)

TABLA N° 13. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA SEGÚN HAYAN PRESENTADO MALFORMACIONES CONGÉNITAS A NIVEL MUSCULAR, ESQUELÉTICAS Y NERVIOSAS EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Malformaciones Congénitas músculo esqueléticas y nerviosas
SÍ	0
NO	45

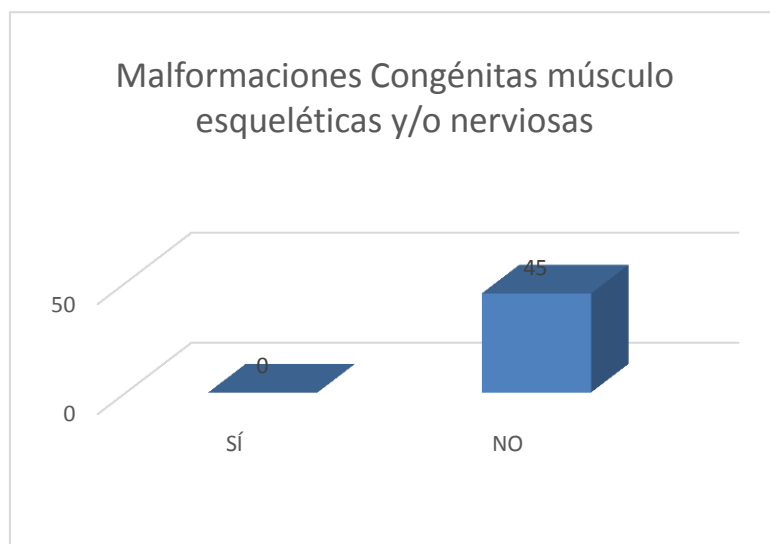


Tabla N°13: Indica que ningún recién nacido de las madres con Hiperemesis Gravídica presentó alguna malformación congénita músculo esquelética y nerviosa representando un 100% (n=45) de la población.

TABLA N° 14. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO AL SCORE DE APGAR QUE PRESENTARON AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Al minuto	A los 5 minutos	> 7
> 7	40	40	2
7 -5	5	0	2
> 7	0	5	3

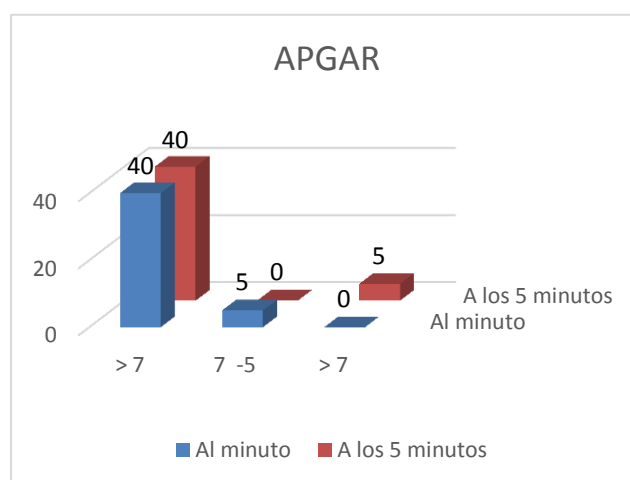


Tabla N°14: La presente tabla indica que el 89% (n=40) de nacidos tuvieron un puntaje de Apgar mayor a 7 en el primer minuto y a los 5 minutos también, y un 11% (n=5) de nacidos que tuvieron un puntaje entre 7 – 5 al minuto pero que a los 5 minutos se recuperaron teniendo su score mayor a 7.

TABLA N° 15. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO AL PESO CON EL QUE NACIERON EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Peso RN
< 2500 gr	0
2500 - 3500 gr	34
> 3500gr	11

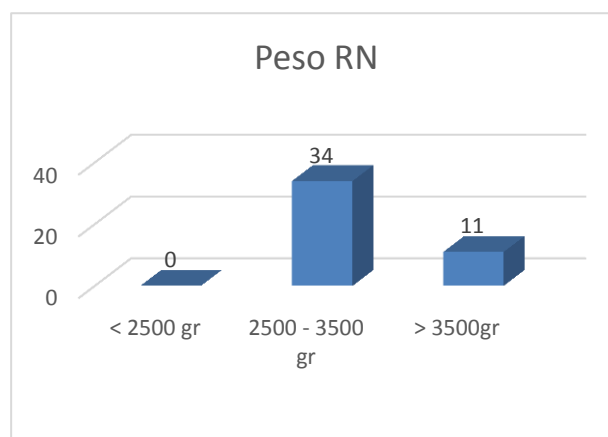


Tabla N°15: Indica que los RN con peso entre los 2500gr a 3500gr representan un 75.5% (n=34) y sólo un 24% (n=11) para RN con peso mayor a 3500gr.

TABLA N° 16. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA SEGÚN SU INGRESO A UCI EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Ingreso UCI
SÍ	0
NO	45

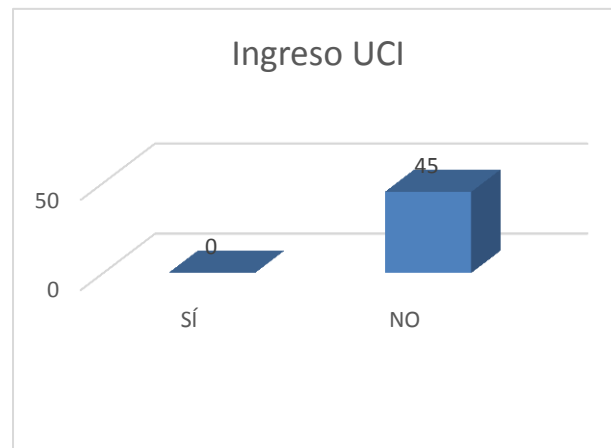


Tabla N°16: Indica que el 100% (n=45) de los RN no ingresaron al servicio de UCI, ya que no se vio necesario por no presentar complicaciones según los profesionales de la salud que evaluaron.

TABLA N° 17. DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES QUE CURSARON CON HIPEREMESIS GRAVÍDICA DE ACUERDO A SI SU EMBARAZO SE DESARROLLÓ EN MORTALIDAD EN EL “HOSPITAL DE VENTANILLA” AÑO 2016.

	Mortalidad
Aborto	1
Fetal	0
Neonatal	0

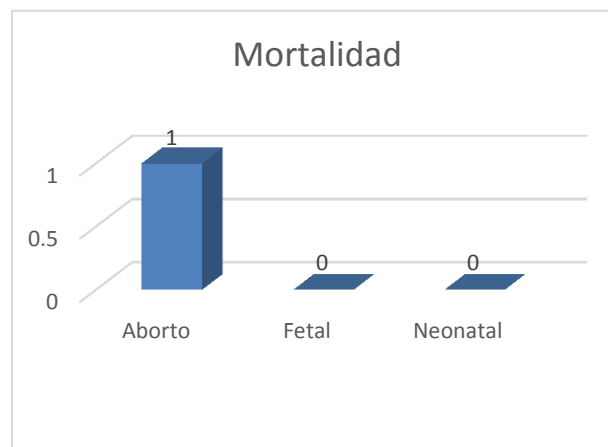


Tabla N°17: Indica que de todos los casos estudiados, hubo un caso de aborto representando el 2% de la población considerada al estudio.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

En los resultados de la investigación de Carmen Rufina Gutiérrez Pérez la edad promedio fue de 25 ± 6.6 años, la mayoría en unión estable 70.5% (n=74), educación secundaria 80.0% (n=84), y amas de casa 80.0% (n=84); los cuales son concordantes con los resultados de la presente investigación teniendo el grupo etario joven en un 63% (n=29), con educación secundaria en un 80% (n=37), el 54% (n=25) de la población en convivencia y siendo amas de casa un 48% (n=22).

En los datos gineco – obstétricos como la terminación del embarazo, Carmen refiere que la edad gestacional al diagnóstico fue de 8 a 12 semanas con 61.0% (n=64), la paridad fue de 40.0% (n=42) en nulíparas asemejándose a mi investigación con las primigestas y segundigestas en un 30% (n=14) y 37% (n=17) respectivamente, en la investigación de mi antecedente el tipo de parto fue 58.1% (n=61) cesárea con lo cual difiero ya que en los resultados de la presente prevaleció el parto eutócico en un 80% (n=36).

En los datos maternos no presentaron amenaza de aborto un 89% (n=41), también se les observó tener un diagnóstico adicional en sus historias clínicas al ingreso al servicio de hospitalización como el diagnóstico de ITU en un 30% (n=14) de las gestantes, anemia leve el 11% (n=5) permitiendo que el 89% de gestantes hayan tenido Hb > 11 gr/dl, un 6.5% (n=3) presentó GECA y el 4% (n=2) para las que presentaron vaginosis/vaginitis; una paciente presentó litiasis renal y el síndrome de Mallory Weiss al igual que otra gestante con NIC II representando el 2% (n=1) de la población cada una, Estos últimos datos que se presentaron conforme se fue avanzando la investigación no tienen proceso de discusión con los antecedentes expuestos ya que en ninguno mencionan ítems o características similares con los que se pueda usar de base para comparación.

En la investigación de mis antecedentes, refiere que de las madres con hiperémesis gravídica predominó el sexo femenino en el producto de su

gestación; de acuerdo con los resultados perinatales en lo relacionado a la edad gestacional fueron prematuros, bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional.

El análisis de los resultados perinatales de la presente investigación fue: sexo femenino 78% (n=35) apoyados por los resultados de los antecedentes expuestos: sexo femenino 57.1 % (n=60), Carmen expone también como resultado: edad gestacional < 37 semanas 9.5% (n=10), resultado que es concordante con mi investigación ya que el tiempo de parto ha sido para partos a término >37 sem. 89% (n=40), también menciona peso del recién nacido < 2500 gr 7.6% (n=8) y 1.9% (n=2) fueron pequeños para la edad gestacional, concordaron con los resultados de la presente investigación: peso del RN de 2500 gr – 3500 gr en un 75.5% (n=34) lo cual señala no haber presentado bajo peso al nacer y sólo el 7% (n=3) fueron pequeños para la edad gestacional.

En la investigación de Imelda Oscanoa, evaluando los resultados de los neonatos de madres que desarrollaron hiperemesis gravídica durante su gestación, refiere que el sexo femenino del producto prevaleció en un 55.1%, con un score de Apgar mayor de 7 al minuto en un 92% mostrando similitud con los resultados de la presente investigación en un 89% para el score de Apgar > 7 al minuto y a los 5 minutos.

Imelda registraba en sus resultados: los RN que entraron a UCI en un 3.6% con diagnóstico de distrés respiratorio en un 9.4% y trastorno metabólico en un 8.4%; para lo cual difiero según los resultados de la presente, el 100% de los RN no ingresaron a UCI ni presentaron alguna malformación congénita.

En la presente también se descartó la incidencia o prevalencia de RCIU en neonatos no concordando con Minchola en su investigación en donde menciona que pacientes que presentaron Hiperemesis y anemia si constituyen factores de riesgo asociados con el retardo en el crecimiento intrauterino; e incluyo un caso de aborto abarcando el 2% de la población estudiada en la presente.

5.3 CONCLUSIONES:

Si bien el objetivo general de la investigación fue determinar las consecuencias de la Hiperemesis Gravídica, se mencionará los datos tal y como se encontraron según la población con la que se trabajó.

A partir de las preguntas de investigación, siendo la primera: ¿Cuáles son las consecuencias maternas de la hiperemesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el Callao durante el año 2016?

Puedo concluir que los datos maternos que se hallaron fueron partos pretérmino en 11%, siendo distócicos el 20% adicionalmente como parte de un diagnóstico acompañado a la Hiperemesis Gravídica se encontró la amenaza de aborto en un 11% de las gestantes y un caso de síndrome de Mallory-Weiss representando el 2% de la población.

Asimismo con la segunda pregunta de investigación específica: ¿Cuáles son las consecuencias perinatales de la hiperemesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el Callao durante el año 2016?

Concluyo que los datos encontrados fueron el 7% fue pequeño para su edad gestacional, score de Apgar menor de 7 al minuto y mayor a los 5 minutos 11%, con peso entre los 2500gr a 3500gr en un 75.5%, considerando que el 100% de la población no presentó RCIU ni malformaciones congénitas y un único caso de aborto representando el 2%.

5.4 RECOMENDACIONES

Ante el presente trabajo de investigación, los resultados encontrados y las dificultades que se hallaron en el proceso, se añade la propuesta de nuevas investigaciones para comprobar la existencia de una relación dependiente entre el diagnóstico de ITU, la Amenaza de Aborto y anemia como posibles factores de riesgo, agentes causales o consecuentes maternos y perinatales de la Hiperemesis Gravídica.

Se recomienda a los profesionales de Salud tener mayor cuidado al extraer los datos de los pacientes para completar las HC y a los encargados de éstas, al preservarlos completos aún al pasar el tiempo para ayudar a la mejor obtención de datos que se requieran en un futuro.

Adicionalmente al “Hospital de Ventanilla” el agradecimiento por permitirme realizar la investigación, las felicitaciones del caso por brindar atención oportuna a las gestantes evitando que desarrollen mayores complicaciones y recomendarles una mayor facilidad de poder obtener la cantidad de Historias Clínicas que requiera sus alumnos, practicantes y/o ex internos para la comodidad y mejoría de resultados en sus investigaciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sibaja L, Vargas N. Manejo de la Hiperemesis Gravídica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII (599): 441-445.
2. Hernández F, Alvarado R. Hiperémesis Gravídica. Medicina Familiar Pontificia Universidad Javeriana [Sitio en internet]. 2008. Consultado: 17 de marzo del 2015. Disponible en: <https://preventiva.wordpress.com/2008/12/04/hiperemesis-gravidica/>
3. Burd I, MD, PhD, Maternal Fetal Medicine. Johns Hopkins University, Baltimore, MD. Review provided by VeriMed Healthcare Network. [Sitio en internet] May 24, 2013. Consultado: marzo 2015. Disponible en: https://www.hopkinsmedicine.org/search?form_instance=thincrust&client=hopkinsmedicine_frontend&proxystylesheet=hopkinsmedicine_frontend&output=xml_no_dtd&site=hopkinsmedicine_collection&q=Maternal+Fetal+Medicine&btnG=Search
4. Silva C, Pagés G. Hiperemesis gravídica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006; v66(3): 1-17.
5. Lombardía, Fernández. Artículo de Emesis e Hiperemesis Gravídica. [Sitio en internet]. Consultado: 19 de marzo del 2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-emesis-e-hiperemesis-gravidica-13051084>
6. Lord L, Pelletier K. Management of Hyperemesis Gravidarum with Enteral Nutrition. Nutrition issues in Gastroenterology. 2008 series #63:16-30.

7. Pacheco J. Manual de Obstetricia. 6° ed. cap. V: 59-60. Perú. 2011.
8. Oscanoa Huaman I, Flores Ragas C. Resultados perinatales en gestantes que presentaron hiperemesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma 2013 N° 1: 21 – 25.
9. Ciriaco Ramírez M. Hiperemesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en el Hospital Belén de Trujillo. [Tesis]. Perú, Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
10. Gutierrez Perez C. Hiperémesis Gravídica y resultados perinatales Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique 2014 – 2015. [Tesis]. Perú, Universidad San Martín de Porres; 2017.
11. Minchola Alvarez, V. Hiperemesis gravídica constituye un factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre Enero – Diciembre 2013. [Tesis]. Perú, Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
12. Ochoa Sánchez, L. beta-hcg cuantitativa y electrolitos como pruebas de valor predictivo de hiperemesis gravídica en mujeres de entre 5 y 20 semanas de gestación que acuden al Centro de Salud N° 3 de la Ciudad de Loja. [Tesis]. Ecuador, Universidad Nacional de Loja; 2013.
13. Whomen´s Health and Education Center (WHEC). Las náuseas y los vómitos en el embarazo. 2012.
14. Iglesias Argudo D, Araujo Crespo J. Morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el Hospital de Paute, durante el primer semestre del año 2010. [Tesis]. Ecuador, Universidad de Cuenca; 2010.

15. Jiménez. Aguirre D. Valores elevados de BHC-G en relación con Hiperemesis Gravídica en el Hospital Isidro Ayora De Loja. [Tesis]. Ecuador, Universidad Nacional de Loja; 2012.
16. Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. 2ªed. Lima: REP; 2014.
17. Real Academia Española. Biblioteca Virtual. Consultado: 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
18. Bvs. Biblioteca virtual en Salud. DeCS. Descriptores en Ciencias de la Salud. [En línea] Consultado: 2016. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
19. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85842/1/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_spa.pdf, consultado el [29/01/2017]).
20. Zumarán M. Nutrición: Vómitos y embarazo. Rev. de la Clínica Ricardo Palma. 2017 [Sitio en internet] Consultado: 2017. Disponible en: <http://www.crp.com.pe/downloadCRP/nutricion/nutricion-y-embarazo.pdf>
21. Gutarra F. Conceptos básicos de Obstetricia. [Sitio en internet]. Consultado: 30 de noviembre del 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>
22. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Diccionario Académico de la Medicina. [Sitio en internet]. Consultado: 30 de noviembre del

2017. Disponible en:
[http://dic.idiomamedico.net/peque%C3%B1o para la edad gestacional](http://dic.idiomamedico.net/peque%C3%B1o_para_la_edad_gestacional)

23. De La Cal Ramírez M, Ceballos Guerrero M, Fernández-Cañadas Sánchez J, Muñoz Guillén N. Alteraciones de los electrolitos en urgencias. Andalucía. Jun 2014. (1): 13-45.
24. Editorial CEP. Enfermera/o Servicio Vasco de Salud – Osakidetza Temario – Vol. II. Madrid. 2018.
25. Rodríguez J. Factores de riesgo asociado a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de gineco – obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Junio 2017. [Tesis]. Lima – Perú. 2018.
26. Nicolás D, Ortiz V, Pastor M, Berenguer M, Ponce J. REVISIÓN DE CONJUNTO Enfermedades hepáticas y gestación. An. Med. Interna (Madrid) 2010; 18 (10).
27. Real Academia Española. Biblioteca Virtual. Consultado: 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AO8fvNk>.
28. Organización Mundial de la Salud. Metas Mundiales de nutrición 2025 Documento Normativo sobre bajo peso al nacer. 2017. (WHO/NMH/NHD/14.5). Consultado: 2017. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	OPERACIONALIZACION DIMENSIÓN – ASPECTO – INDICADOR			METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA GENERAL:</u> ¿Cuáles son las consecuencias maternas y perinatales de la hiperemesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el Callao durante el año 2016?</p> <p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las consecuencias maternas de la hiperemesis gravídica? • ¿Cuáles son las consecuencias perinatales de la hiperemesis gravídica? 	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Determinar las consecuencias maternas y perinatales de la hiperemesis gravídica en gestantes del “Hospital de Ventanilla” en el Callao durante el año 2016.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las consecuencias maternas de la hiperemesis gravídica. • Identificar las consecuencias perinatales de la hiperemesis gravídica. 	<p>Consecuencias Maternas y Perinatales de la Hiperemesis Gravídica.</p>	MATERNAS		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parto pretérmino ✓ Tipo de parto 	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</u> Descriptivo, con un diseño de corte transversal y retrospectivo.</p> <p><u>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</u> Descriptivo</p> <p><u>MÉTODO:</u> Cuantitativo</p> <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN:</u></p> <p><u>POBLACIÓN:</u> 46 gestantes que acudieron al “Hospital de Ventanilla” y presentaron el diagnóstico de Hiperemesis Gravídica.</p> <p><u>MUESTRA:</u> 100% de las gestantes que presenten la realidad problemática y representen al grupo poblacional. Estas son 46 gestantes.</p> <p><u>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</u></p> <p><u>TÉCNICA:</u> Se solicitó una carta de consentimiento a la Institución hospitalaria donde se tuvo previsto realizar el estudio, accediendo a las</p>
				FETALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RCIU ✓ Malformaciones congénitas músculo esqueléticas y nerviosas 	
				NEONATALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Muerte fetal 	
				PERINATALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo Peso al Nacer ✓ PEG ✓ APGAR bajo ✓ Muerte neonatal 	

						<p>Historias Clínicas. Los datos se recolectaron en la ficha de recolección de datos y se procesaron con ayuda del programa Excel con apoyo del módulo de fórmulas estadísticas.</p> <p><u>INSTRUMENTO:</u> Se aplicó una ficha de recolección de datos que consta de 17 preguntas, las cuales se dividen en 3 secciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La primera sección consta de datos de FILIACIÓN que cuenta con 4 ítems (edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación). • La segunda sección consta de datos GINECO-OBSTÉTRICOS Y MATERNOS que cuenta con 5 ítems (paridad, amenaza de aborto, tipo de parto, tiempo de parto y Hb materna). • La tercera sección consta de datos PERINATALES que cuenta con 8 ítems (PEG, RCIU, sexo del RN, malformaciones congénitas músculo esquelético y/o nervioso, Apgar, peso, ingreso a UCI y mortalidad).
--	--	--	--	--	--	--

INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD "HOSPITAL DE VENTANILLA"

PROYECTO DE INVESTIGACION:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:.....

H. C:

Fecha:.....

Teléfonos:

I. DATOS DE FILIACIÓN

Edad:	< 20	20 – 34	> 34	1.
--------------	------	---------	------	----

G. Instrucción	lletrada	Primaria	Secundaria	Superior
-----------------------	----------	----------	------------	----------

2.

Estado Civil:	Soltera	Conviviente	Casada	3.
----------------------	---------	-------------	--------	----

4.

Ocupación	Estudiante	Ama de casa	Trabaja	No trabaja
------------------	------------	-------------	---------	------------

II. DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS Y MATERNOS

5.	Gesta: G...P...	Primigesta	Segundigesta	Tercigesta	Multigesta
----	------------------------	------------	--------------	------------	------------

6.	Amenaza de Aborto	Si	No
----	--------------------------	----	----

7.	Tipo de Parto	Eutócico	Distócico
----	----------------------	----------	-----------

8.	Tiempo de Parto: ...sem	<36 sem	37 – 41 sem	>42 sem.
----	--------------------------------	---------	-------------	----------

9.	Hemoglobina materna preparto: ... gr/dl	> 11 g/dl	< 11 g/dl
----	---	-----------	-----------

III. DATOS PERINATALES:

10.	Pequeño EG:	Sí	No
-----	--------------------	----	----

11.	Retardo crecimiento intrauterino:	Sí	No
-----	--	----	----

12.	Sexo del RN:	Masculino	Femenino
-----	---------------------	-----------	----------

13.	Malformación congénita: (muscular, esquelética y nerviosa)	Sí	No	Especifique:
-----	--	----	----	--------------

14.	Apgar RN:	> 7 al min	> 7 al 5°min	7-5 al min
		7-5 al 5°min	< 5 al min	< 5 al 5°min

Peso RN:	< 2500 gr	2500 a 3500 gr	> 3500 gr
-----------------	-----------	----------------	-----------

15.

Ingreso UCI Neonatal:	No	Sí	Especifique:
------------------------------	----	----	--------------

16.

Mortalidad:	No	Aborto	Fetal	Neonatal
--------------------	----	--------	-------	----------

17.