



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

PLAN DE TESIS

**“FACTORES PREDISONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL
SOCORRO, MARZO 2014 – FEBRERO 2015”**

PRESENTADO POR:

Bachiller: HUARCAYA GONZALES, FIORELLA LUCÍA

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

ICA – PERU

2016

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

Agradezco a mis padres amados por haberme dado la vida, su amor y la más grande herencia que es haber podido estudiar.

A mi asesora Obs. Lila Soto por su paciencia, su tiempo, su sabiduría, por sus correcciones y porque permitieron que esta tesis sea un mejor trabajo

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, por brindarme la oportunidad de desarrollar capacidades, competencias y optar el título de Licenciada en Obstetricia

INDICE

	Pág.
CARATULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RECONOCIMIENTO.....	IV
INDICE.....	V
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCION.....	9

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	10
1.2. Delimitación de la Investigación.....	13
1.2.1. Delimitación espacial.....	13
1.2.2. Delimitación temporal.....	13
1.2.3. Delimitación social.....	13
1.3. Formulación del Problema de Investigación.....	13
1.3.1. Problema Principal.....	13
1.3.2. Problemas Secundarios.....	13
1.4. Objetivos de la Investigación.....	14
1.4.1. Objetivo General.....	14
1.4.2. Objetivos Específicos.....	14
1.5. Hipótesis de la Investigación.....	14
1.5.2. Variables.....	15

1.5.3. Operacionalización de las variables.....	16
1.6. Metodología de la investigación.....	17
1.6.1. Tipo y nivel de Investigación.....	17
1.6.2. Método y diseño de la investigación	17
1.6.3 Población y Muestra de la Investigación.....	18
1.7.1 Población.....	18
1.7.2 Muestra.....	18
1.6.4. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos.....	19
a) Técnicas.....	19
b) Instrumentos.....	19
c) Técnica de análisis de datos.....	19
1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación.....	19

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	22
2.2 Bases Teóricas.....	34
2.3 Definición de términos Básicos.....	43

CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación de Resultados.....	45
3.3 Conclusiones.....	58
3.4 Recomendaciones.....	59
3.5. Fuentes de Información.....	60
3.6. ANEXOS.....	64
3.6.1 Matriz de Consistencia.....	65
3.6.2 Encuestas, Otros.....	66

RESUMEN

FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO MARZO 2014- FEBRERO 2015.

Objetivo: Determinar los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015. Diseño de estudio: Descriptivo, Retrospectivo y de corte transversal. Resultados: Hubieron 72 casos de gestantes que presentaron Hiperémesis Gravídica Se evidencia: menor de 20 años 15.2%(11), y mayor de 20 años 84.7%(61).Donde existe mayor probabilidad de hacer hiperémesis en mujeres con mayor edad. En el estado civil se encontró un mayor porcentaje de pacientes gestantes convivientes que cursaron con hiperémesis gravídica (58%), y en un menor porcentaje a pacientes gestantes casadas (14%).En relación a la pareja se observa que el 29.1% tiene una relación mala y buena relación con 70.8% y encontrando que el 51% de los fetos de sexo femenino y el 48.6% con sexo masculino y según la procedencia el 61.1% procede de la zona rural y el 38.8% de la zona urbana. En relación al grado de instrucción se puede observar que el nivel primaria 9.7%, seguido de secundaria con 66.6% y superior con 23.6%. Conclusiones: La edad en que mayormente se presenta la hiperémesis gravídica es en mujeres mayores de 20 años con un 84.7%.El sexo femenino se presenta con un mayor porcentaje de 51.3% lo cual predispone al aumento de HCG y que presenten cuadros de hiperémesis gravídica. El grado de deshidratación moderada se presenta en mayor porcentaje con un 62.5%. Los factores de relación con la pareja, procedencia y grado de instrucción son factores predisponentes para la hiperémesis gravídica.

SUMMARY

FACTORS PREDISPOSING HYPEREMESIS GRAVIDARUM IN PREGNANT SERVED IN THE HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO MARCH 2014 FEBRUARY 2015.

Objective: To determine predisposing factors of severe morning sickness in pregnant women treated at the Santa Maria Hospital Relief March 2014 to February 2015. Study design: descriptive, retrospective and cross-sectional. Results: There were 72 cases of pregnant women who had hyperemesis gravidarum is evident: under 20 years 15.2% (11), and more than 20 years 84.7% (61) .Where they are more likely to women with hyperemesis older. In the civil state a higher percentage of pregnant patients who completed cohabiting with hyperemesis gravidarum (58%), and a lower percentage to unmarried pregnant patients (14%) was found. With regard to the couple shows that 29.1% have a bad and good relationship with 70.8% ratio and finding that 51% of female fetuses and 48.6% in men and by source sex 61.1% from rural areas and 38.8% of the urban area. Regarding the level of education can be seen that the primary level 9.7%, followed by secondary and higher with 66.6% with 23.6%. Conclusions: The age mostly hyperemesis gravidarum occurs is in women over 20 years with a 84.7% .The female is presented with a higher percentage of 51.3%, which predisposes to increased HCG and submit pictures of hyperemesis gravidarum . The moderate degree of dehydration occurs at a higher rate with 62.5%. Factors related to the couple, origin and level of education are predisposing factors for hyperemesis gravidarum.

INTRODUCCIÓN

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 -2.0 %, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. En la mujer gravídica las náuseas y los vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%, siendo la principal causa de ausentismo laboral en aproximadamente un 35 % de los casos inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo.

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 hipertiroideo, úlcera péptica y asma.¹

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

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 menor de 7.¹

Este trabajo busca investigar los principales factores predisponentes de la Hiperémesis Gravídica en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero 2015.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

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

Es muy importante conocer la existencia de estos «cambios fisiológicos». Sin embargo, también es cierto, la necesidad de conocer bien estos «síntomas y signos normales» para poder identificar el límite entre lo realmente fisiológico y lo patológico.²

Se encontraron factores predisponentes el cual daba mayor incidencia a la aparición de hiperémesis gravídica en las gestantes tales como factores sociodemográficos y socioculturales.

Conociendo la gravedad y las consecuencias que puede ocasionar en la madre y el recién nacido y habiendo observado que en el Hospital Santa María del Socorro se presentan estos, realizamos un estudio descriptivo, correlacional y transversal de las gestantes de nuestro medio, con el fin de incorporarlo a nuestra revisión enriqueciendo de esta manera la información de esta patología que ayudaría en la prevención y manejo de esta enfermedad.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación espacial.- El estudio se desarrolló en el Hospital Santa María del Socorro.

1.2.2. Delimitación Social.- El estudio se realizó en las gestantes que presentaron hiperémesis gravídica.

1.2.3. Delimitación temporal.- La investigación se realizó entre los meses de Marzo del 2014 a Febrero del 2015

1.2.4. Delimitación conceptual.- El estudio consiste en conocer los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica que son constructos válidos en las ciencias médicas.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015?

- b) ¿Cuáles son las características culturales que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las características sociodemográficas que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015
- b) Determinar las características culturales que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

1.5.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser una investigación de tipo descriptivo no se plantea hipótesis alguna.

1.5.2. VARIABLES

1.5.3.1 Independiente:

Factores predisponentes:

-Factores sociodemográficos

Indicadores:

- Edad.
- Estado civil.
- Relación de pareja.
- Sexo del feto.
- Procedencia.

-Factores culturales.

Indicadores:

- Grado de Instrucción.

1.5.3.2 Dependientes.

-Hiperémesis gravídica

Indicadores:

- Leve.
- Moderado.
- Severo.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	NATURA-LEZA	INDICADO-RES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRU-MENTO	FUENTE
------------------	-------------------------	--------------------	---------------------	---------------------------	---------------------	---------------

Factores Predisponentes:	Independiente	Cualitativa	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 20 años • Mayor de 20 años 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica
Factores Sociodemográficos			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica
			Relación con la pareja.	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica
			Sexo del feto.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica
Factores Culturales	Independiente	Cualitativa	Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica
Hiperémesis Gravídica	Dependiente	Cualitativa	Cuadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa 	Ficha de Recolección de datos	Historia Clínica

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.61. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Est.Descriptivo porque no hay manipulación de las variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural.

Retrospectiva porque se revisarán historias clínicas y de corte transversal debido a que solo se medirá variables en una sola vez

b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional: Se relacionan dos variables, la hiperémesis y los factores predisponentes.

1.6.2. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

a) MÉTODO

Inductivo, pues se analizarán independientemente cada factor predisponente.

b) DISEÑO

Estudio no experimental, porque el investigador observa los fenómenos tal como ocurren, sin intervenir en su desarrollo.

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

a) POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 72 gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro.

b) MUESTRA

La muestra estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia, por ser una población pequeña, que fueron seleccionadas según criterios de inclusión y de muestro intencionado.

a. CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Gestante atendida en el servicio de Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro entre Marzo del 2014 a Febrero del 2015
- Con historia clínica completa
- Diagnóstico de hiperémesis gravídica con gestación viable.

b. CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Gestante atendida en el servicio de obstetricia del Hospital Santa María que no cuente con historia clínica completa
- Gestante atendida en otro periodo que no corresponda al periodo de estudio.
- Gestantes con patologías Obstétricas.

1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) TÉCNICAS

Documental pues se revisarán historias clínicas de las gestantes seleccionadas.

b) INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos debidamente validados e Historias clínicas completas.

c) **TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.**

La información fue analizada con tablas y gráficos de frecuencia simple y compuesta para su interpretación. Los resultados se presentan mediante tablas y gráficos realizados en el programa de Excel 2010.

1.6.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El motivo por el cual fue realizado el trabajo de investigación referente a los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica es debido a que es un riesgo en el que está expuesta toda mujer gestante en el primer trimestre del embarazo el cual puede conllevar a complicaciones futuras en el producto y en la madre. Lo cual me llevo a querer profundizar en los factores predisponentes, tanto como en los factores sociodemográficos y factores culturales. La importancia de esta investigación es que los planteamientos que se formularon en el trabajo, servirán para estudiantes como fuente bibliográfica para el conocimiento apropiado, de igual forma permitirá ejecutar futuras generaciones que profundicen el trabajo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Autores: González y asociados. (2011). **Título:** Síntomas y signos digestivos-Durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica. España. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de 330 gestantes de nuestro medio (provincia de Ourense), elegidas aleatoriamente. Se les entrega un cuestionario (previamente validado para la comprensión de los términos médicos), de auto complementación sobre la presencia de NVG durante la última semana previa a la entrevista, en 3 intervalos representativos de los trimestres de la gestación. 1) Entre la semana 8y 10; 2) entre las semanas 22 y 24, y la última entre las semanas 37 y 38. **Resultados:** en nuestra muestra la frecuencia de nauseas durante el primer trimestre fue del 60,90% durante el segundo trimestre decreció a 24,84% y en el tercer trimestre el descenso fue más acusado alcanzando el 16,66%. Durante el primer trimestre el 36,06% referían vómitos, en el segundo trimestre observamos un descenso significativo a 18%, para luego incrementarse la incidencia de los vómitos hacia el final de la gestación hasta un 25,45%. **Conclusiones:** Los datos de nuestro estudio son muy similares a los encontrados en la literatura médica. El incremento de los vómitos en el tercer trimestre se justificaría por un mecanismo mecánico: el útero gestante a las 35 semanas de amenorrea alcanza la parrilla costal, lo cual va determinar un desplazamiento y compresión de la cámara gástrica, determinando que la paciente refiera, con frecuencia, dispepsia, vómitos y síndrome de dismotilidad gástrica.²

Autores: De Haro, K; y asociados (2015). **Título:** Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura Nutrición Hospitalaria. España. **Objetivo:** Demostrar la efectividad del soporte nutricional en un caso de Hiperémesis gravídica asociado a desnutrición

severa. **Material y Métodos:** Se trata de una femenina de 25 años con hiperémesis gravídica, que tuvo pérdida de peso de 17.7%, deshidratación, trastornos electrolíticos y arritmias. Estudio de tipo descriptiva –observacional. **Resultados:** manejada con nutrición enteral y parenteral en domicilio hasta la semana 26 de gestación logrando cubrir el 70% de sus requerimientos calóricos por vía oral, obteniendo un producto sano y una madre estable nutricionalmente al final del embarazo. **Conclusiones:** El manejo multidisciplinario y un soporte nutricional especializado en este tipo de casos es imprescindible para llevar al paciente y al producto al final del embarazo en óptimas condiciones.³

Autores: MP Martínez del Val , y asociados .(2010) **Título:** Aproximación psicológica a la hiperémesis Gravídica.(España)

Material y métodos: Se analiza a 40 pacientes cuya hospitalización era necesaria debido a la presencia de vómitos incoercibles gravídicos. No quedan incluidas, pues, las pacientes que, aunque hubieron consultado en urgencias obstétricas por su problema de vómitos, después de una estancia más o menos prolongadas en éstas, fueron remitidas a su domicilio con tratamiento prescrito. **Resultados:** Las pacientes de nuestro estudio, con una edad media de 26 años (19-38 años), eran todas ellas portadoras de un feto único no afectadas de otro tipo de enfermedad. A la llegada a nuestro servicio, habían adelgazado entre 4 y 7 kg de peso. Una de ellas había alcanzado el peso inquietante de 31 kg. En el momento de su hospitalización presentaban de 7 a 9 semanas de gestación. En caso de recidiva de hospitalización, se instauraba el mismo tratamiento, y el psicólogo volvía a reencontrarse con la paciente, y

recomenzaba la entrevista en función de comprender de nuevo el problema en curso y hacérselo comprender a la gestante. En general, la re hospitalización tuvo lugar poco tiempo después de la salida de la paciente (1-4 días).**Conclusiones:** Los resultados de este estudio parecen establecer que las mujeres que tienen hiperémesis gravídica no son simuladoras, pero nos encontramos con mujeres frente a una auténtica ambivalencia en torno a su gestación, bien en relación con la propia relación madre-bebé frágil, bien en relación con antecedentes obstétricos personales o maternos. Debemos reconocer, no obstante, que este síntoma aparece cada vez con menos frecuencia, en relación con las cifras de mujeres con hiperémesis gravídica de hace años. Un dato significativo a señalar es que en España, en consonancia con lo reflejado por otros autores de diversas latitudes, debe imputarse a la autorización legal, bajo supuestos en nuestro país y libre en otros, del aborto, que los psicólogos denominan alivio de determinados males formales de la gestación. Esto supone que se puede considerar que la intuición de los médicos del siglo xix frente a los vómitos gravídicos pudo ser la adecuada y justa en su tiempo.⁴

Autores: Avilés Soriano, Blanca Esther, y asociados . **Título:** Hiperémesis gravídica estudio a realizar en pacientes que cursan su embarazo de 6 a 14 semanas de gestación en la consulta externa del área de obstetricia del centro materno infantil enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo desde enero a junio del 2012(Ecuador).**Metodología:** La investigación tiene carácter descriptivo, por cuanto se realiza el análisis, se logra caracterizar un objetivo de estudio o una situación concreta. **Material:** Número de pacientes que participaron en la investigación en un total de 40 gestantes. **Resultados :**

Existe un 25% de pacientes que no asisten regularmente a los controles frente a un 75% que si asisten, el 17% de las embarazadas fueron derivadas al hospital con orden ingreso debido a que no acudieron oportunamente durante los primeros síntomas, mientras que el 83% se pudieron controlar los síntomas con tratamiento ambulatorio. **Conclusiones:** Durante el desarrollo de la presente investigación, se pudo comprobar cómo influye el desconocimiento de las gestantes sobre la hiperémesis gravídica. Este estudio se basó en la realidad de las gestantes frente al hecho de padecer la hiperémesis y la importancia que tiene llevar los controles adecuados, y en ellos conocer acerca de los síntomas leves a graves que hasta llevarían a hospitalizar a una paciente.⁵

Autores: Dr. Bolivar Samaniego, Jiménez Aguirre, Diana soledad. **Título:** Valores elevados de bhcg en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja. (Ecuador) **Material y métodos:** Es un estudio hospitalario prospectivo de corte transversal que tuvo un universo de 2663 gestantes, con una muestra de 23 pacientes con hiperémesis gravídica. **Resultados :**La hiperémesis gravídica que afecta al 0.8% de todas las 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

hiperémesis 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%. **Conclusiones:** 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.⁶

ANTECEDENTES NACIONALES

Autores: Larrabure, G. Farfán, H. Aragón, R. Cruz V. (2012). **Título:** Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperémesis gravídica. Universidad de San Marcos Lima Perú. **Objetivos:** Determinar en gestante con HG las curvas de crecimiento fetal por ecografía (CCF) y peso al nacer (PAN). **Material y Método:** Descriptivo, prospectivo. Institución: Hospitalización y consultorio de endocrinología, Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). **Participantes:** Gestantes con HG y sus recién nacidos (RN). **Intervenciones:** En los recién nacidos (RN) de 45 gestantes con diagnóstico de HG, se obtuvo antropometría del RN (peso, talla) y CCF. Se consideró RCIU al peso fetal estimado por biometría por debajo del percentil 10 en la curva de crecimiento fetal; macrosomía, al peso al nacer de 4 kilos o mayor; peso bajo al nacer, al peso menor de 2,5 kilos. **Principales medidas de resultados:** Características de gestantes y de los recién nacidos. **Resultados:** Promedios maternos: edad gestacional 10,7 semanas, edad 24,5 años, ganancia de peso durante la gestación 12,2 kg, parto a las 38,8 semanas. Promedios de los RN: peso 3 430,5 g (dos macrosómicos), talla 50,2 cm. Nacimiento de los niños en Lima 66,7%, sierra 22,3%, costa no Lima 6,6%, selva 4,4%; parto en el INMP 31,1%; primigestas 57%, secundigestas 28,5% tercigestas 14,5%, parto eutócico 50% (nueve RN femeninos, cinco masculinos), Apgar a los 5 minutos 92%. No hubo peso menor de 2 500 g ni RCIU. **Conclusiones:** La hiperémesis gravídica en el Instituto Nacional Materno Perinatal no se relacionó con peso bajo al nacer o con restricción del crecimiento intrauterino. Hubo 2 macrosómicos.⁷

Autores: Villanueva Flores, L. Zelada Leiva E. (2015). **Título:** Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes

con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperémesis gravídica. Perú. **Material y Método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo comparativo cuya muestra estuvo conformada por dos grupos: uno conformado por gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de Hiperémesis Gravídica en los hospitales Belén y Regional de la ciudad de Trujillo y otro grupo conformado por gestantes sin diagnóstico de hiperémesis Gravídica atendidas en el consultorio externo de Obstetricia en los mencionados nosocomios. Para el análisis de datos se emplearon las pruebas estadísticas de Mann Whitney y de diferencia de proporciones Chi Cuadrado. **Resultados:** Se encontró diferencias significativas en las escalas: evitativo, autoderrotistas, esquizotípico, borderline y paranoide. **Conclusiones:** Asimismo las gestantes con Hiperémesis Gravídica obtuvieron significancia clínica en las escalas: Evitativo, Narcisista, Compulsivo, Agresivo Sádico. Pasivo Agresivo y Paranoide. Se encontró también significancia estadística en el grado de instrucción (superior completa), paridad (1º y 2º hijo) y la planificación del embarazo.⁸

Autor: Minchola Alvarez, V. (2013). **Título:** Hiperémesis Gravídica como factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre. Lima. **Objetivo:** Determinar si la hiperémesis gravídica constituye un factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. **Material y Métodos:** La población de estudio estuvo constituida por 246 historias clínicas de Gestantes a término según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 19 pacientes con Retardo en el crecimiento intrauterino y 227 pacientes sin Retardo en el crecimiento intrauterino. **Resultados:** La frecuencia de pacientes con

Hiperémesis Gravídica y RCIU en nuestro estudio fue de un 10,2% y de 7,7% respectivamente; con una asociación altamente significativa ($p < 0,001$). El promedio de pacientes con poca ganancia de peso y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con RCIU ($p < 0,001$).

Conclusiones: El promedio de pacientes que presentaron hiperémesis con baja ganancia de peso y anemia si constituyen factores de riesgo asociados con el retardo en el crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre.⁹

Autor: Linares Mori, L. (2014). **Título:** Hiperémesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. **Objetivo:** Determinar si la hiperémesis gravídica severa es factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. **Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 92 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin hiperémesis gravídica. **Resultados:** El análisis estadístico sobre los resultados neonatales adversos en estudio fueron: bajo peso al nacer (RR: 2.26; $p < 0,05$), prematuridad (RR: 1.94; $p < 0,05$), pequeño para edad gestacional (RR: 4.25; $p < 0,01$). **Conclusiones:** La hiperémesis gravídica severa es factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos tales como la prematuridad, el bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional. **Palabras Clave:** Hiperémesis gravídica, factor de riesgo, resultados neonatales adversos.¹⁰

Autores: Imelda Oscanoa-Huaman, Carlos Flores-Ragas. **Título:** Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se revisó las historias clínicas de gestantes que estuvieron hospitalizadas por hiperémesis gravídica y la base de datos de sus neonatos. **Resultados:** Hubieron 166 casos, prevalencia 1.10%. Fueron adolescentes 22.9%, primigestas 37.3 %, hubo cuadro emético en gestación anteriores 8.4% y no desearon el embarazo 18.7%.La edad gestacional de ocurrencia de hiperémesis fue entre 8 a 12 semanas 40.4%. En 83.3% la culminación del embarazo fue a término y se efectuó cesárea en 32.6% con diagnóstico principal de sufrimiento fetal agudo, preeclampsia severa y cesareada anterior. De los recién nacidos 55.1% fue de sexo femenino, 65.9% pesó entre 3000 y 3999 gramos y 92% tuvo Apgar más de 7 por minuto. De los recién nacidos 3.6% ingresó a UCI, 9,4% presentaron dificultad respiratoria y 8.4% trastorno metabólico. Se identificaron asociaciones significativas de riesgo de hiperémesis con, grupo étnico, adolescente ($p < 0.01$) y con primigestas ($p < 0.01$) y en el recién nacido identificamos asociaciones muy significativas con: nacidos por cesárea ($p < 0.008$), Apgar < 7 x min ($p < 0.000$), síndrome de distrés respiratorio ($p < 0.006$) y trastorno metabólico ($p < 0.000$). **Conclusión:** Las gestantes adolescentes y las primigestas constituyen riesgo para la presentación de hiperémesis; y en el recién nacido hay mayor probabilidad de nacimiento por cesárea y riesgo de tener Apgar menor a 7 por minuto, hacer síndrome de distrés respiratorio y trastorno metabólico.¹¹

Autor: Loyola Rios, Carlos Anderson. **Título:** Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el hospital regional docente de Trujillo -2013 **Material y Método:** Observacional, longitudinal y de corte transversal. **Resultados :** De un total de 31114 historias clínicas de pacientes que tuvieron su parto en el servicio de obstetricia del hospital regional docente de Trujillo entre enero del 2001 y diciembre del 2008 , 13244 fueron primigestas y de estas 11 estuvieron hospitalizada por hiperémesis gravídica; aplicando los criterios de inclusión antes detallados se seleccionó 108 de las 111 pacientes con hiperémesis gravídica; finalmente al azar se obtuvo las 100 pacientes establecidas como tamaño muestral para el grupo expuesto. De la misma manera se procedió con el grupo no expuesto. Se encontró que en el grupo de pacientes que tuvieron hiperémesis gravídica 5% desarrollaron preeclampsia frente a 9% en el grupo que no tuvo hiperémesis gravídica, con una razón de incidencia acumulada (RIA) de 0.55 y un intervalo de confianza de 95%: 0.13 – 1.58. Esta RIA nos indica que el grupo de pacientes con hiperémesis gravídica tiene 0.55 veces menos riesgo de desarrollar preeclampsia en comparación con el grupo no expuesto, es decir que la hiperémesis gravídica se comportaría como un factor, sin embargo, el intervalo de confianza comprende resultados ambiguos comportándose tanto como factor protector y como factor de riesgo, por lo cual se concluye que no existe asociación entre la hiperémesis gravídica y la aparición de preeclampsia, y esto se comprueba al aplicar la prueba de chi-cuadrado donde $\chi^2 = 0.99$; $P= 0.318$ ($>0,05$). **Conclusiones:** En nuestro estudio se encontró que: No hay mayor incidencia de preeclampsia en pacientes

ANTECEDENTES LOCALES

Autor: Cárdenas Palomino. Rosmery Lisette. **Título:** “Prevalencia y factores predisponentes de hiperémesis gravídica hospital Santa María del Socorro- Ica 2013. **Material y Método:** El estudio fue de tipo descriptivo, aplicada, prospectivo y transversal .la muestra estuvo conformada por las pacientes que presentaron Hiperémesis gravídica, para la recolección de datos se contó con una ficha de recolección de datos debidamente elaborada y validada. La información se analizó con tablas y gráficos de frecuencia simple presentadas en gráficos en Word y Excel 2010. **Resultados:** Muestran que la prevalencia de hiperémesis gravídica es del 8.3%, siendo la edad en que mayormente se presenta se encuentra entre los 20 a 35 años con un 73.2%, el estado civil conviviente constituye el 55.3%, la paridad donde se presenta la hiperémesis gravídica en mayor porcentaje es del 58.9%; siendo el grado de instrucción el de secundaria completa con 42.9%, el embarazo no planificado es el factor predisponentes más importante para la presencia de hiperémesis gravídica; presentándose entre la 8^{va} a 12^{ava} semana, los factores de edad, paridad, estado civil son factores predisponentes para la hiperémesis gravídica. **Conclusiones:** La prevalencia de hiperémesis gravídica es del 8.3% en el año 2013. La edad en que mayormente se presenta se encuentra entre los 20 a 35 años con un 73.2%. El estado civil conviviente constituye el 55.3%. La paridad donde se presenta la hiperémesis gravídica en mayor porcentaje es del 58.9%; siendo el grado de instrucción el de secundaria completa con 42.9%. El embarazo no planificado es el factor predisponentes más importante para la presencia de hiperémesis gravídica; presentándose entre la 8^{va} a 12^{ava}

semana. Los factores de edad, paridad, estado civil son factores predisponentes para la hiperémesis gravídica.

2.2. BASES TEÓRICAS

GENERALIDADES.- La Hiperémesis Gravídica es un síndrome caracterizado por un aumento anormal de las náuseas y vómitos que principalmente se presenta entre las semanas 5 y 20 de la gestación, aunque puede persistir durante todo el embarazo, provocando deshidratación, deficiencia nutricional, cetonuria, pérdida de peso, desequilibrio metabólico y electrolítico.¹⁴

Durante el periodo de gestación las mujeres experimentan cambios físicos que, en algunas ocasiones, producen problemas de salud. Los médicos de atención primaria deben estar prestos a identificar tales cambios, para brindar información oportuna o dar los tratamientos indicados. Uno de los síntomas más tempranos que se presenta son las náuseas y el vómito, o su presentación clínica más severa: la hiperémesis gravídica. Se presenta entre el 1 al 3% de las gestantes (náuseas y vómito en un 70% y 50% de los embarazos respectivamente), obligando a los médicos de cuidado primario a que garanticen intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para la protección del binomio madre e hijo durante el control prenatal.¹⁵

CAUSAS O ETIOLOGÍA

FACTORES INFLUYENTES:

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

1. Factores hormonales. Si se enfoca a la “hiperémesis gravídica” desde un punto de vista orgánico, el factor más comúnmente asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotrofina coriónica humana, ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo su mayor intensidad con la máxima secreción de gonadotrofinas coriónicas. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la “hiperémesis gravídica” se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares.¹⁶

Valores elevados de estrógenos y/o prolactina al inicio de la gestación. No se ha podido demostrar correlación con valores bajos de progesterona.

– Hipertiroidismo transitorio. Aparece en 2 tercios de las gestantes con hiperémesis y cede espontáneamente entre las semanas 18 a 20, lo que hace sospechar una relación directa entre la HCG y los valores de hormonas tiroideas¹⁷

2.-Factores Psicológicos: Cuando se ha enfocado este cuadro clínico desde un punto de vista psicológico, llamó la atención que las mujeres con “hiperémesis gravídica” no desean estar embarazadas aunque continúe con su embarazo, situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene ante la gestación. Al no poder expresar verbalmente este sentimiento, por miedo a ser criticadas o por autocensurarse, las embarazadas vomitan. Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de descargar sus sentimientos. Algunos estudios encuentran que tienen más vómitos las mujeres ansiosas, con tendencia a la depresión. Sin

embargo también se presenta la “hiperémesis gravídica” en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas. Lo aconsejable es considerar cada caso en particular, sin generalizar, indicando las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y mejorar el estado general, valorando si es necesario el apoyo psicológico.¹⁶

3.- Factores Digestivos: *Helicobacter pylori*. La infección por esta bacteria se localiza en la superficie del epitelio gástrico y representa una de las causas más frecuentes de gastritis y úlcera péptica. La determinación sérica de anticuerpos IgA e IgG contra *Helicobacter pylori* ha sido de utilidad para establecer el diagnóstico de la infección como posible causa de la HG, ya que se ha señalado una prevalencia mayor del 80% en mujeres con HG y a la mejoría de los vómitos con la administración de antibióticos correspondientes en estas pacientes.¹⁴

4.- Déficit de vitaminas: La falta de vitamina “B puede producir vómitos.

5.- Dieta elevada en grasas: Las mujeres que mantienen una dieta alta en grasas tienen un riesgo mayor de desarrollar hiperémesis gravídica. El riesgo aumenta cinco veces más por 22 cada 15 gramos adicionales diarios de grasas saturadas .¹⁶

COMPLICACIONES MATERNAS DE LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

1. Metabólicas y nutricionales: Deficiencia del 50% del requerimiento nutricional, déficit de vitamina B12 (cobalamina) y B6 (piridoxina), conducen anemias y neuropatías periférica, otras deficiencias de tiamina, riboflavina y vitamina A.

2. Encefalopatía de Wernicke: Es poco frecuente pero se asocia a las principales causas de mortalidad en las pacientes, causado por deficiencia de tiamina, precipitada por la ingesta de carbohidratos, se manifiesta en la séptima semana de gestación, la presentación clínica está dada por la triada: confusión, alteraciones oculares y ataxia. El diagnóstico se da con la resonancia magnética, donde se evidencian lesiones simétricas en el acueducto y el cuarto ventrículo.

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

4. Hiponatremia: (sodio sérico menor de 120 mmol/L) puede generar síntomas leves como: anorexia, cefalea, náuseas, vómito y letargia. Severa: cambios de comportamiento, calambres y debilidad muscular, confusión, ataxia, hiporreflexia y convulsiones.

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

6. Mecánicas: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de MalloryWeiss), neumotórax a tensión, desprendimiento de retina y avulsión esplénica.^{18, 19}

DIAGNOSTICO

El obstetra debe en primer lugar constatar si los vómitos tienen una causa gravídica o no. Por lo tanto el primer paso es establecer el diagnóstico de gestación y, una vez realizado, diferenciar entre una emesis simple del embarazo y una Hiperémesis Gravídica. Mediante una buena anamnesis, una

exploración física cuidadosa y una analítica básica, podremos llegar al diagnóstico.¹⁴

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y siempre por exclusión. Es fácil su identificación cuando la sintomatología es típica. Se debe diferenciar de los vómitos propios del embarazo, donde la paciente continúa ganando peso y no se deshidrata. En caso de vómitos persistentes, sobre todo después de las primeras 12 semanas de gestación, obligan a descartar, en primer lugar, una causa orgánica:

-Digestivas: gastroenteritis, apendicitis, úlceras péptica, colecistitis, hepatitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, etc

-Neurológicas: hipertensión intracraneal, meningitis, tumores cerebrales.

– Urológicas: pielonefritis, cólico renal.

– Endocrinas: tirotoxicosis.

– Psicógenas.

– Farmacológicas

Para descartar estas causas médicas hay que establecer un buen diagnóstico diferencial entre estas y las causas ginecoobstetricas.

Para valorar el estado clínico de la paciente es necesario llevar a cabo:

1.- Anamnesis detallada junto con una exploración física.

2.-Confirmar el embarazo. En ocasiones, es preciso determinar β -HCG seriada en caso de gestación incipiente o dudas diagnósticas.

3.- Ecografía obstétrica, para valorar la vitalidad fetal, el embarazo ectópico y la gestación múltiple, descartar la enfermedad trofoblástica mola hidatiforme o un quiste ovárico.

4. Analítica de sangre:

- Hemograma: aumento del hematocrito.
- Pruebas de coagulación.
- Bioquímica: ionograma (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia), proteínas totales (hipoproteinemia), pruebas de función hepática y renal (en casos graves, hipertransaminasemia, aumento de urea, creatinina y osmolaridad sérica), equilibrio acidobásico (cetoacidosis, alcalosis metabólica).

5.- Analítica de orina para descartar infección urinaria. cetonuria, aumento de osmolaridad urinaria, con disminución de volumen urinario y del aclaramiento de creatinina.¹⁷

Manejo y Tratamiento

Las terapias emergentes no han tenido un beneficio significativo debido a que la Hiperémesis Gravídica es un síndrome de etiología multifactorial. Por lo tanto el manejo se ha centrado mayormente en la corrección de los desbalances hidroelectrolíticos.¹⁹

El tratamiento es a base de antieméticos y el más utilizado el dimenhidrinato, a la dosis de 50 mg cada 4 a 6 horas. También se puede usar la metoclopramida, a la dosis de 10 mg cada 4 a 6 horas, que produce un aumento de la motilidad del tracto gastrointestinal superior sin estimular la secreción gástrica, biliar o pancreática; o la meclizina, a la dosis de 25 mg cada 4 a 6 horas. Estos medicamentos se pueden administrar por vía oral, intramuscular y endovenosa. Se deben evitar los olores fuertes que puedan desencadenar náuseas, así como también aumentar la frecuencia y disminuir la cantidad de alimentos ingeridos. El tratamiento puede ser ambulatorio y algunos casos pueden necesitar hospitalización.²⁰

Tratamiento ambulatorio.

Se recomienda una dieta basada en proteínas y carbohidratos, 3 veces al día, con pequeñas comidas de carbohidratos entre ellas. Las náuseas y vómitos que ocurren al levantarse, mejoran con la ingestión de galletas de harina de trigo inmediatamente al levantarse. Deben evitarse los olores fuertes que pueden desencadenar el síntoma así como los alimentos sólidos o de difícil digestión que pueden traumatizar el tracto digestivo superior durante el vómito. Una buena relación médico-paciente y el apoyo emocional asegurándole que la terapia va a ser efectiva y el problema pasajero es de gran ayuda. El tratamiento psiquiátrico se debe usar en caso de que no responda a las medidas convencionales porque sugerirle a la paciente que su problema es mental, generalmente, la empeora. La terapia farmacológica se debe iniciar con los antieméticos convencionales mencionados anteriormente, aunque por vía parenteral porque, con frecuencia, la paciente no tolera la vía oral. Las vitaminas del complejo B son efectivas al actuar como cofactor en el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y las grasas; especialmente la tiamina (B1) y la piridoxina (B6), y aunque esta última figura en la composición de algunos de los antieméticos convencionales.²⁰ **Tratamiento Hospitalario**

Alrededor del 1% al 2% de los casos requiere hospitalización para el manejo de la deshidratación y la malnutrición, con la ventaja de que se facilita la terapia endovenosa y de que el cambio de ambiente mejora el aspecto psicológico.

Los criterios para hospitalización son los siguientes:

1. Aparición de cetonuria o aumento de cuerpos cetónicos séricos.
2. Pérdida de peso importante.
3. Temperatura elevada en ausencia de proceso infeccioso.
4. Signos de deshidratación severa.

5. Elevación de la densidad específica de la orina con oliguria.

6. Cuando el médico considere que el manejo ambulatorio del caso sea difícil.

El tratamiento basa en dieta absoluta por las primeras 24 a 48 horas o mientras persistan los vómitos; luego se comienza con la dieta recomendada anteriormente, en cantidades progresivamente crecientes. Si luego de 48 horas no tolera la alimentación oral, se debe intentar la alimentación por tubo nasogástrico y, de persistir, alimentación parenteral aunque esta eventualidad es rara. Se debe indicar hidratación intravenosa con 2 500 a 5 000 cc de solución fisiológica alternando con glucosada, de acuerdo con las pérdidas. Si el flujo urinario es mayor de 800 cc, se debe emplear el cloruro de potasio, a la dosis de 30 a 60 mEq diarios para reemplazar los requerimientos y las pérdidas. En casos raros se puede presentar acidosis la cual debe corregirse. Para el tratamiento farmacológico se deben usar los antieméticos convencionales por vía parenteral, asociados a sedantes tipo clorpromazina, a la dosis de 50 mg en las soluciones parenterales cada 6 a 8 horas o diazepam, a la dosis de 10 mg por vía IM, 2 a 3 veces al día. Las vitaminas del complejo B se pueden utilizar a la dosis de 1 a 3 cc por vía IM cada 12 horas, dependiendo del preparado. El pronóstico es generalmente bueno, con tendencia a la desaparición espontánea a principios del segundo trimestre. La continuación del problema, o la aparición del mismo en etapas avanzadas de la gestación, hacen necesario descartar otras enfermedades que producen náuseas y vómitos y que no están relacionadas con el embarazo, como las que se enumeran a continuación:

1. Apendicitis.

2. Colelitiasis.

3. Hepatitis.
4. Tirotoxicosis.
5. Tumores cerebrales.
6. Enfermedad de Crohn.
7. Rectocolitis ulcerativa.
8. Pancreatitis.
9. Traumatismo craneal.
10. Enfermedad trofoblástica gestacional.
11. Infecciones bacterianas.
12. Parasitosis.
13. Exposición a sustancias tóxicas.
14. Embarazo ectópico.

Se han señalado hemorragias retinianas con muerte de la paciente en casos severos, por lo que la aparición de este signo es indicación de terminación del embarazo. Afortunadamente, es una enfermedad que es cada vez menos frecuente y más fácil de manejar, gracias a la terapéutica moderna.²⁰

PRONÓSTICO

-El pronóstico fetal en casi la totalidad de los casos es bueno, en raras ocasiones la hiperémesis gravídica puede dar lugar a un ligero aumento de RCIU y prematuridad sin consecuencias perinatales graves.

-El pronóstico materno es igualmente bueno por tratarse de un proceso autolimitado, de baja morbimortalidad, aunque puede repetirse en gestaciones posteriores.²¹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Factores predisponentes: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

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

Factores demográficos: Son aquellas aludidas a procedencia, características habitacionales.

Factores culturales: Los factores culturales son las actividades propias de los sujetos.

Hiperémesis: Náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impiden la correcta alimentación de la gestante.

Emesis: Náuseas y vómitos esporádicos, generalmente matutinos (suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día) y que no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación.

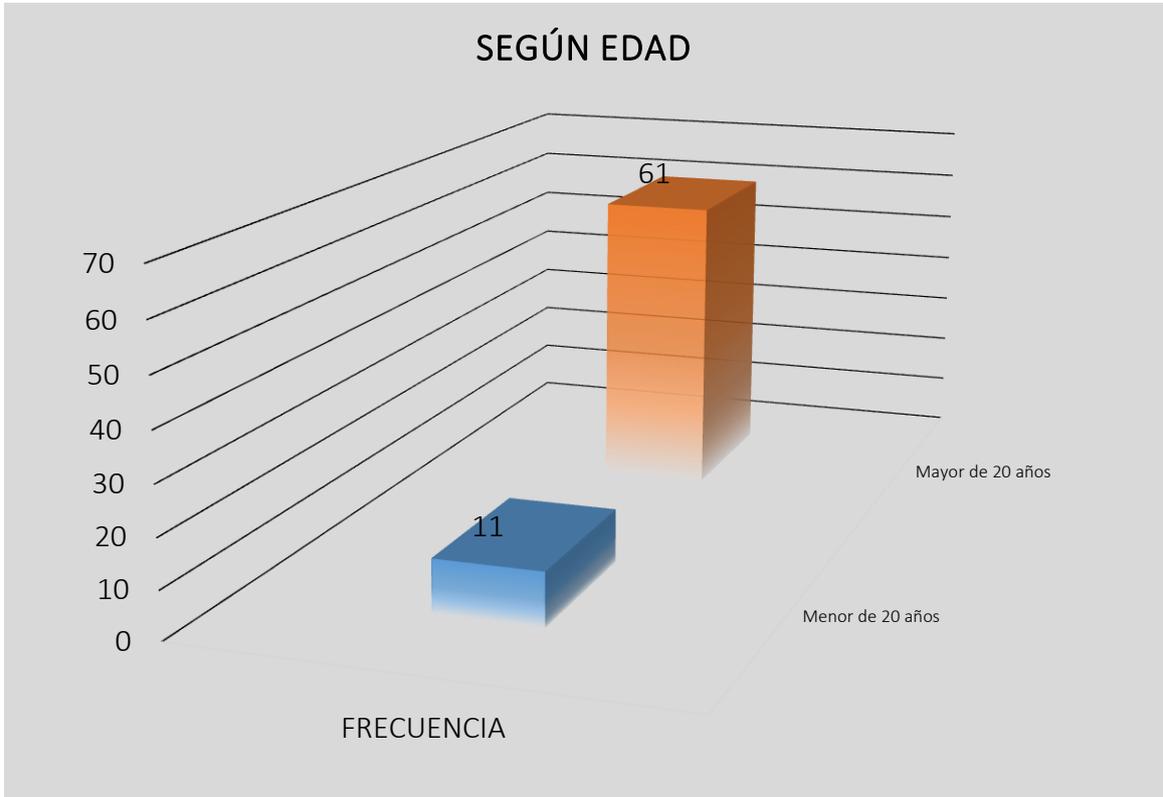
CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

3.1 ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA I
“FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO, MARZO-FEBRERO DEL 2015”
SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 20 años	11	15.2
Mayor de 20 años	61	84.7
Total	72	100.0

Tabla I: Se evidencia que existe mayor frecuencia de hiperémesis gravídica en mujeres gestantes mayores de 20 años con un 84.7% (61), y menor frecuencia de hiperémesis gravídica en mujeres menores de 20 años con un 15.2% (11).



Fuente: Historias Clínicas

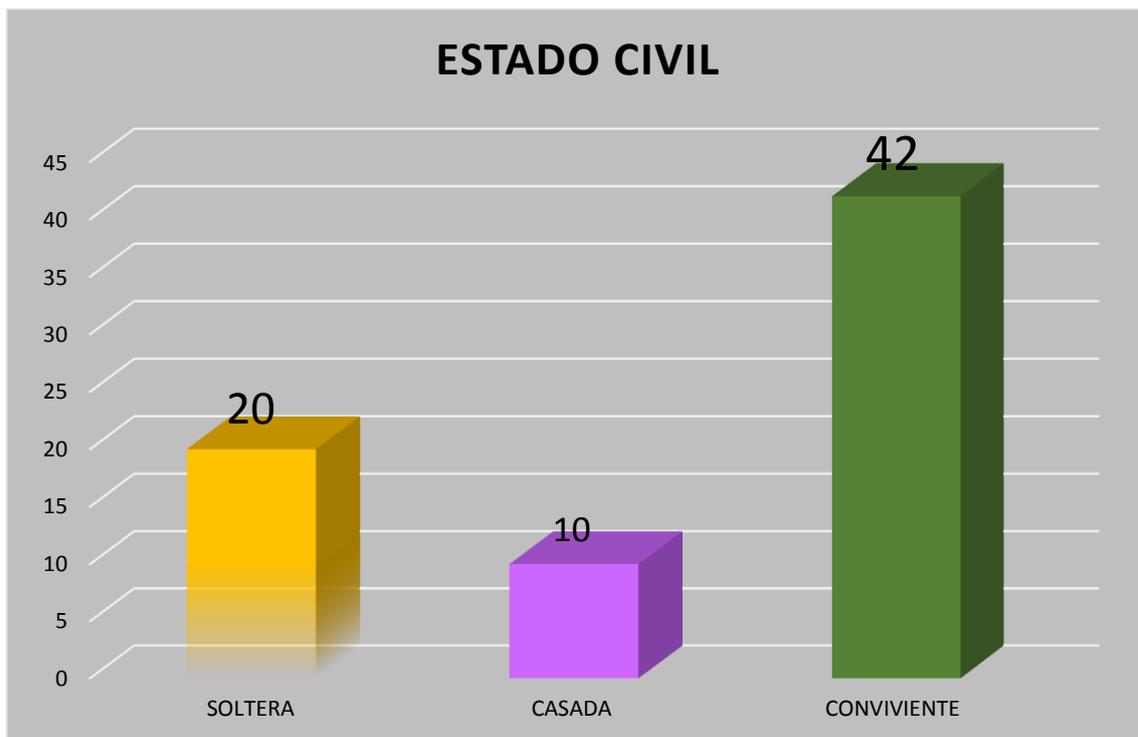
GRAFICO I: Se evidencia que existe mayor frecuencia de hiperémesis gravídica en mujeres gestantes mayores de 20 años con N° 61, y menor frecuencia de hiperémesis gravídica en mujeres menores de 20 años con N° 11.

TABLA II
 “FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
 GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO,
 MARZO-FEBRERO DEL 2015”

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERA	20	28%
CASADA	10	14%
CONVIVIENTE	42	58%
TOTAL	72	100%

TABLA II: se evidencia que las pacientes que cursaron con hiperémesis gravídica en un mayor porcentaje son convivientes con un 58% (42), seguido de soltera con un 28% y en un menor porcentaje el estado civil casada con un 14%.



Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO II: se evidencia que las pacientes que cursaron con hiperémesis gravídica en un mayor porcentaje son convivientes con un 58% (42), seguido de soltera con un 28% y en un menor porcentaje el estado civil casada con un 14%.

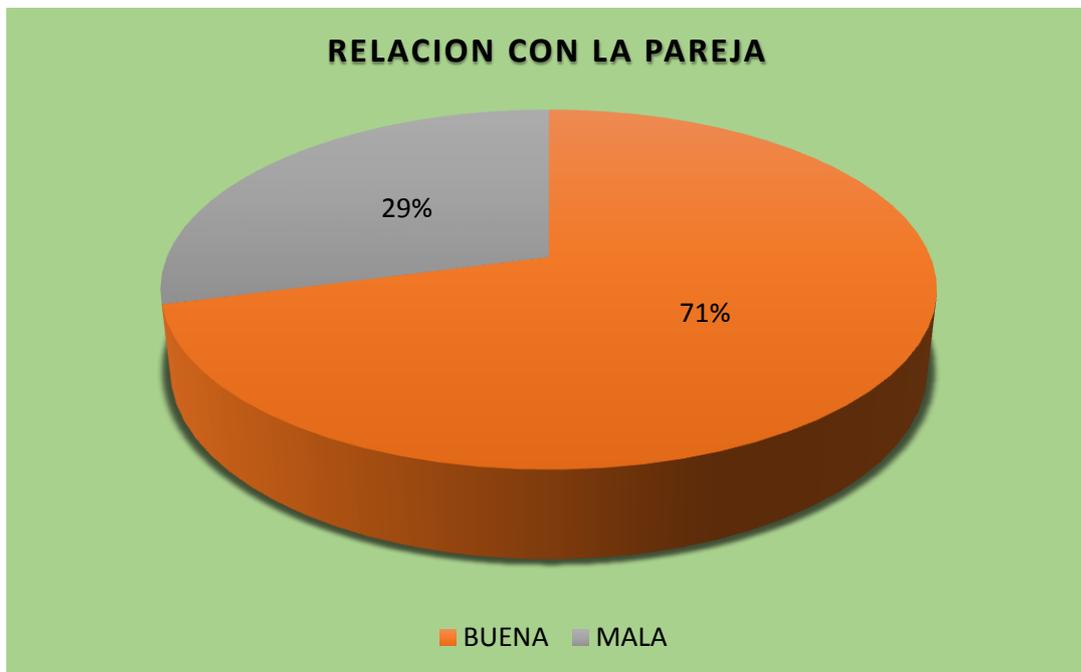
TABLA III

“FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO,
MARZO-FEBRERO DEL 2015”

SEGÚN RELACIÓN DE PAREJA

RELACIÓN DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	51	70.8
Mala	21	29.1
TOTAL	72	100.0

TABLA III.-Se evidencia que existe una frecuencia mayor de buena relación con la pareja con un 70.8% (51) y un 29.1% (21) de mala relación con la pareja.



Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO III.-Se evidencia que existe una frecuencia mayor de buena relación con la pareja con un 70.8% y un 29.1% de una mala relación con la pareja.

TABLA IV
 “FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
 GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
 SOCORRO, MARZO-FEBRERO DEL 2015”

SEGÚN FETO	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Masculino	35	48.6
	Femenino	37	51.3
	TOTAL	72	100.0

TABLA IV.- Se evidencia que existe una mayor frecuencia en pacientes con productos de sexo femenino con un 51.3% (37) y una frecuencia menor de pacientes con productos de sexo masculino con un 48.6 % (35).



Fuente: Historias Clínicas

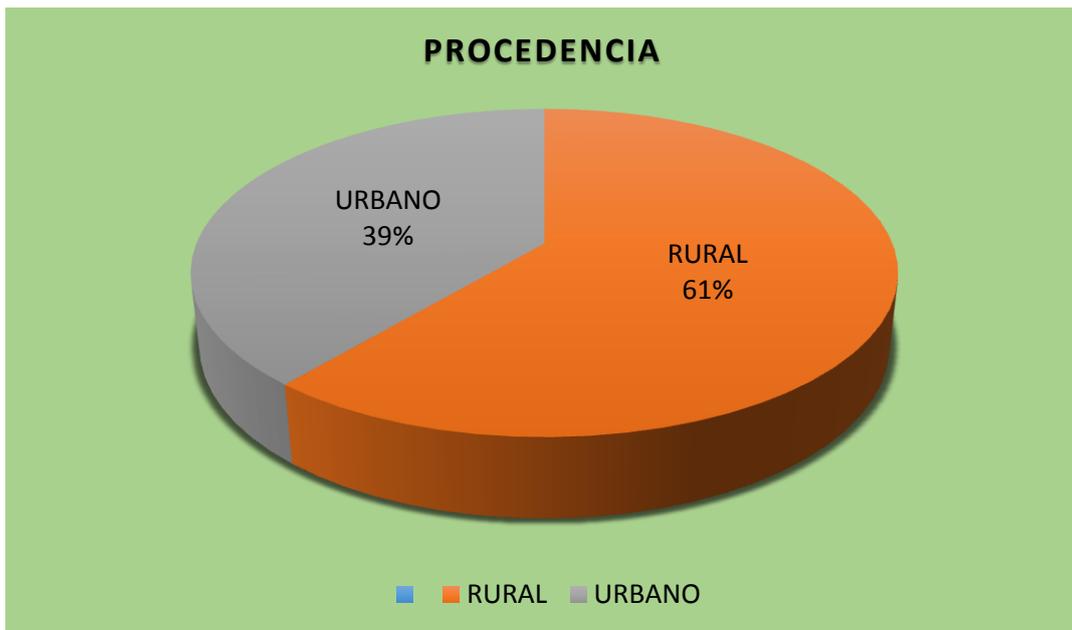
GRÁFICO IV.- Se evidencia que existe una mayor frecuencia en pacientes con productos de sexo femenino con un 51.3% (37) y una frecuencia menor de pacientes con productos de sexo masculino con un 48.6 % (35).

TABLA V
 “FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
 GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
 SOCORRO, MARZO-FEBRERO DEL 2015”

SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	44	61.1
Urbano	28	38.8
TOTAL	72	100.0

TABLA V.-Se puede observar que la mayor frecuencia de pacientes gestantes procede de la zona rural con un 61.1% (44) y el 38.8% (28) de la zona urbana en menor frecuencia.



Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO V.-Se puede observar que la mayor frecuencia de pacientes gestantes procede de la zona rural con un 61.1% (44) y el 38.8% (28) de la zona urbana en menor frecuencia.

TABLA VI

“FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO, MARZO-FEBRERO DEL 2015”

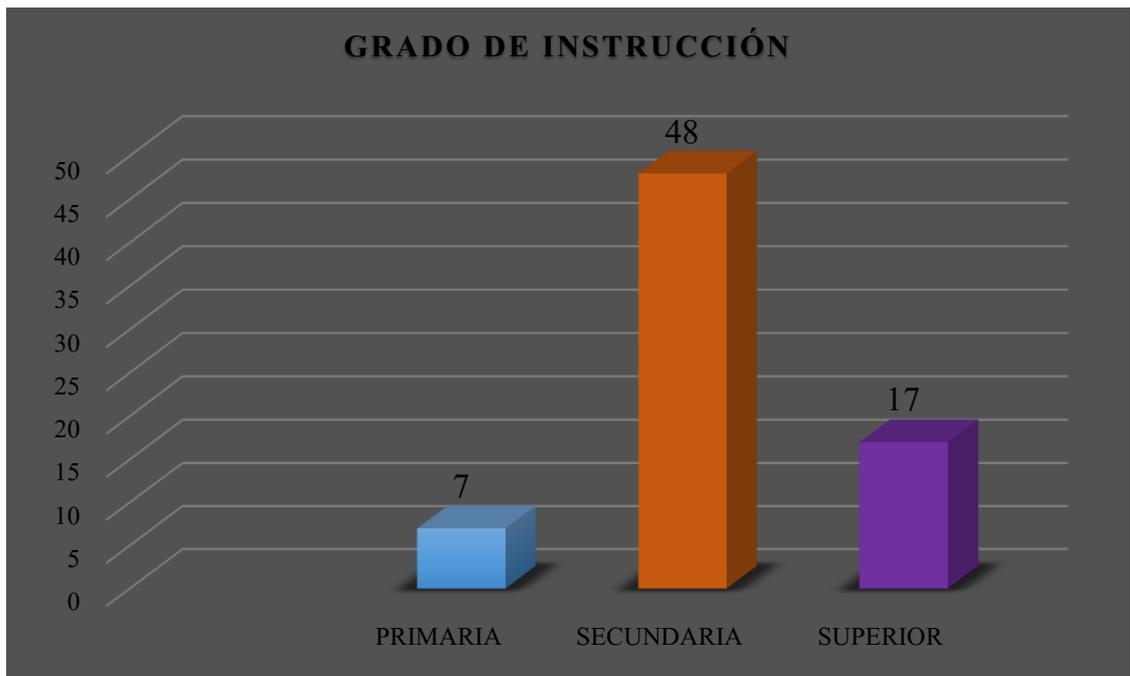
FACTORES CULTURALES

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	7	9.7
Secundaria	48	66.6
Superior	17	23.6

GRADO DE INSTRUCCIÓN

TOTAL	72	100.0
--------------	-----------	--------------

TABLA VI: En relación al grado de instrucción se puede observar que existe una mayor frecuencia en el grado de instrucción secundaria con un 66.6 % (48), seguido del grado de instrucción superior con un 23.6% (17) y con una menor frecuencia en el grado de instrucción primaria con un 9.7% (7).



Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO VI: En relación al grado de instrucción se puede observar que existe una mayor frecuencia en el grado de instrucción secundaria con un 66.6 % (48), seguido del grado de instrucción superior con un 23.6% (17) y con una menor frecuencia en el grado de instrucción primaria con un 9.7% (7).

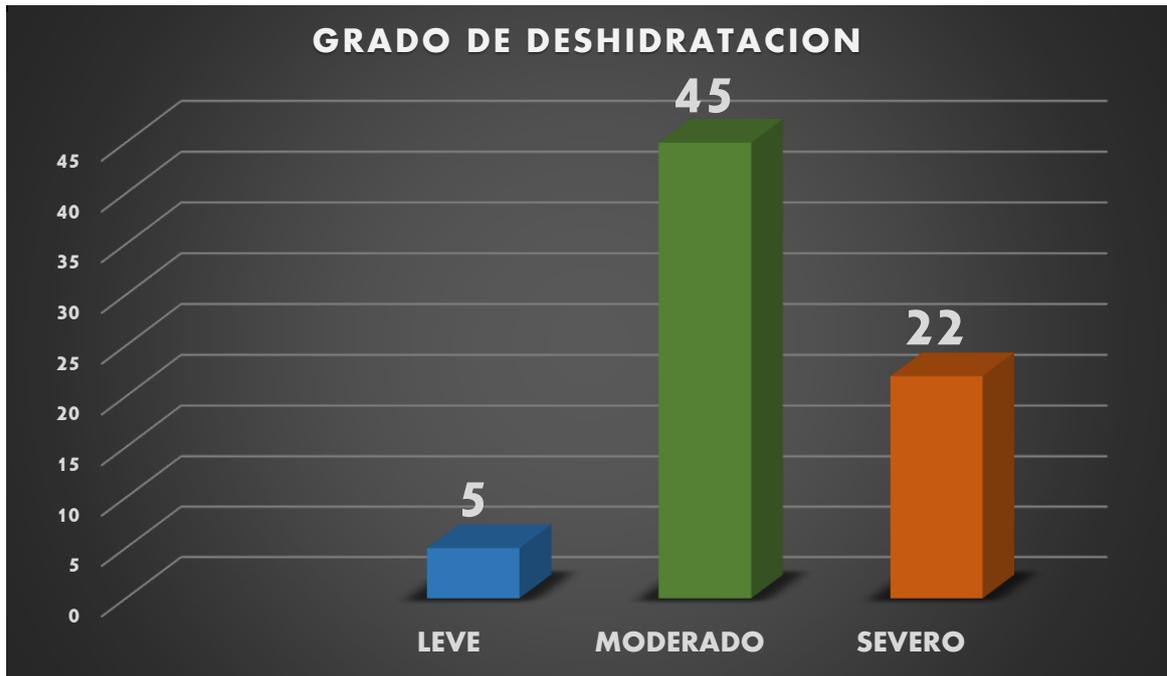
TABLA VII

“FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO, MARZO-FEBRERO DEL 2015”

GRADO DE DESHIDRATACIÓN DE LA HIPEREMESIS

GRADO DE DESHIDRATACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	5	6.9
Moderado	45	62.5
Severo	22	30.5
TOTAL	72	100.0

TABLA VII: Según el grado de deshidratación, encontramos en una mayor frecuencia 62.5% (45) de pacientes gestantes que cursaron con grado de deshidratación moderada, seguido de deshidratación severo con un 30.5% (22) y en menor índice el grado de deshidratación leve con un 6.9% (5).



Fuente: Historias Clínicas

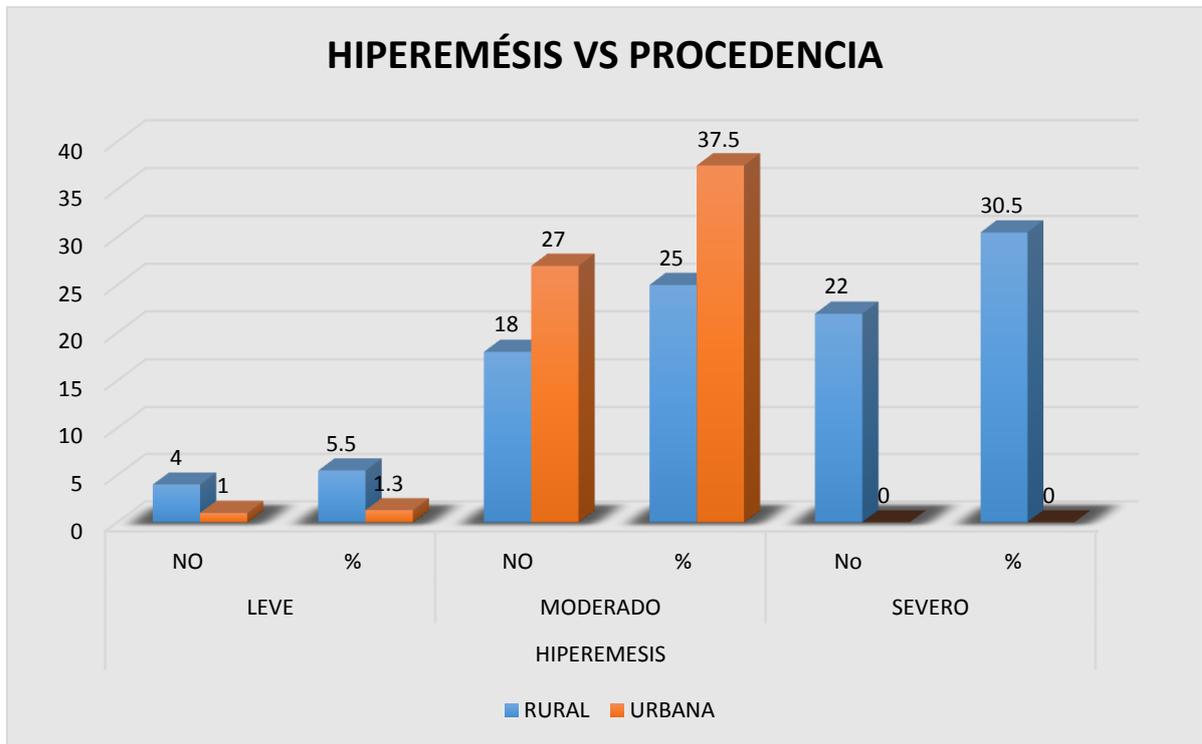
GRÁFICO VII: Según el grado de deshidratación, encontramos en una mayor frecuencia 62.5% (45) de pacientes gestantes que cursaron con grado de deshidratación moderada, seguido de deshidratación severo con un 30.5% (22) y en menor índice el grado de deshidratación leve con un 6.9% (5).

TABLA VIII
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

HIPEREMESIS GRAVÍDICA VS PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	HIPEREMESIS						TOTAL	
	LEVE		MODERADO		SEVERO		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%	No	%		
RURAL	04	5.5	18	25.0	22	30.5	44	61.1
URBANA	01	1.3	27	37.5	00	0	28	38.8
TOTAL	05	6.9	45	62.5	22	30.5	72	100

TABLA VIII: En el cruce de las variables de hiperémesis en relación a los factores sociodemográficos como es la procedencia; encontramos que las gestantes con hiperémesis gravídica que cursaron un grado de deshidratación moderado en un mayor porcentaje fueron las que proceden de la zona urbana con un 37.5% (27) y aquellas pacientes gestantes con hiperémesis gravídica que cursaron con un grado de deshidratación severa en un porcentaje mayor fueron las que proceden de la zona rural con un 30.5% (22).



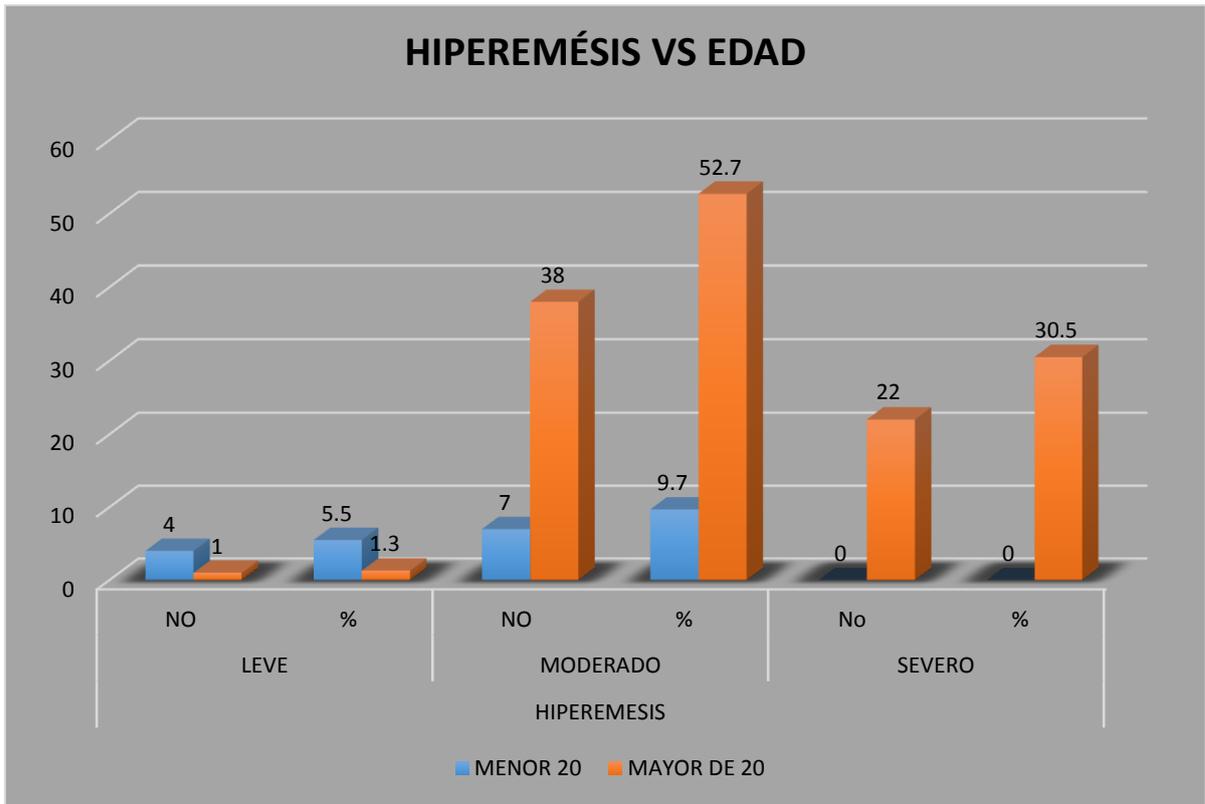
Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO VIII: En el cruce de las variables de hiperémesis en relación a los factores sociodemográficos como es la procedencia; encontramos que las gestantes con hiperémesis gravídica que cursaron un grado de deshidratación moderado en un mayor porcentaje fueron las que proceden de la zona urbana con un 37.5% (27) y aquellas pacientes gestantes con hiperémesis gravídica que cursaron con un grado de deshidratación severa en un porcentaje mayor fueron las que proceden de la zona rural con un 30.5% (22).

TABLA IX
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
HIPEREMESIS VS EDAD

EDAD	HIPEREMESIS						TOTAL	
	LEVE		MODERADO		SEVERO			
	N ^o	%	N ^o	%	No	%	N ^o	%
MENOR 20	04	5.5	07	9.7	0	0	11	15.2
MAYOR DE 20	01	1.3	38	52.7	22	30.5	61	84.7
TOTAL	05	6.9	45	62.5	22	30.5	72	100

Tabla IX: Se observa que la edad influye en las pacientes con diagnóstico de hiperémesis gravídica teniendo como mayor porcentaje a las pacientes mayores de 20 años que cursaron con un grado de deshidratación moderada con 52.7% (38), y también presentaron deshidratación severa en un mayor porcentaje aquellas mujeres gestantes mayores de 20 años con un 30.5% (22).



Fuente: Historias Clínicas

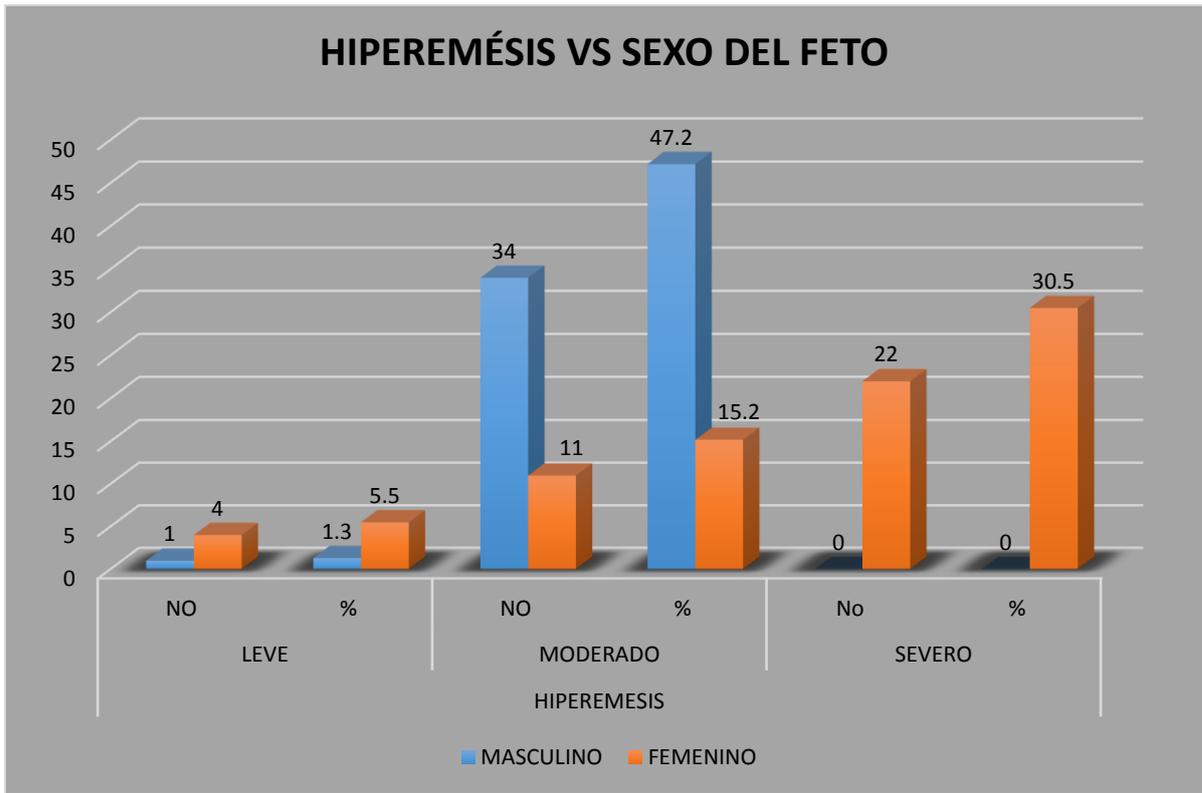
GRÁFICO IX: Se observa que la edad influye en las pacientes con diagnóstico de hiperémesis gravídica teniendo como mayor porcentaje a las pacientes mayores de 20 años que cursaron con un grado de deshidratación moderada con 52.7% (38), y también presentaron deshidratación severa en un mayor porcentaje aquellas mujeres gestantes mayores de 20 años con un 30.5% (22).

TABLA X
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

HIPEREMESIS VS SEXO DEL FETO

SEXO DEL FETO	HIPEREMESIS						TOTAL	
	LEVE		MODERADO		SEVERO			
	N ^o	%	N ^o	%	No	%	N ^o	%
MASCULINO	01	1.3	34	47.2	0	0	35	48.6
FEMENINO	04	5.5	11	15.2	22	30.5	37	51.3
TOTAL	05	6.9	45	62.5	22	30.5	72	100

Tabla X: Se evidencia que hay un mayor porcentaje de gestantes con deshidratación moderada que tuvieron un producto de sexo masculino con un 47.2% (34), y gestantes que cursaron con una deshidratación severa que tuvieron productos de sexo femenino 30.5% (22).



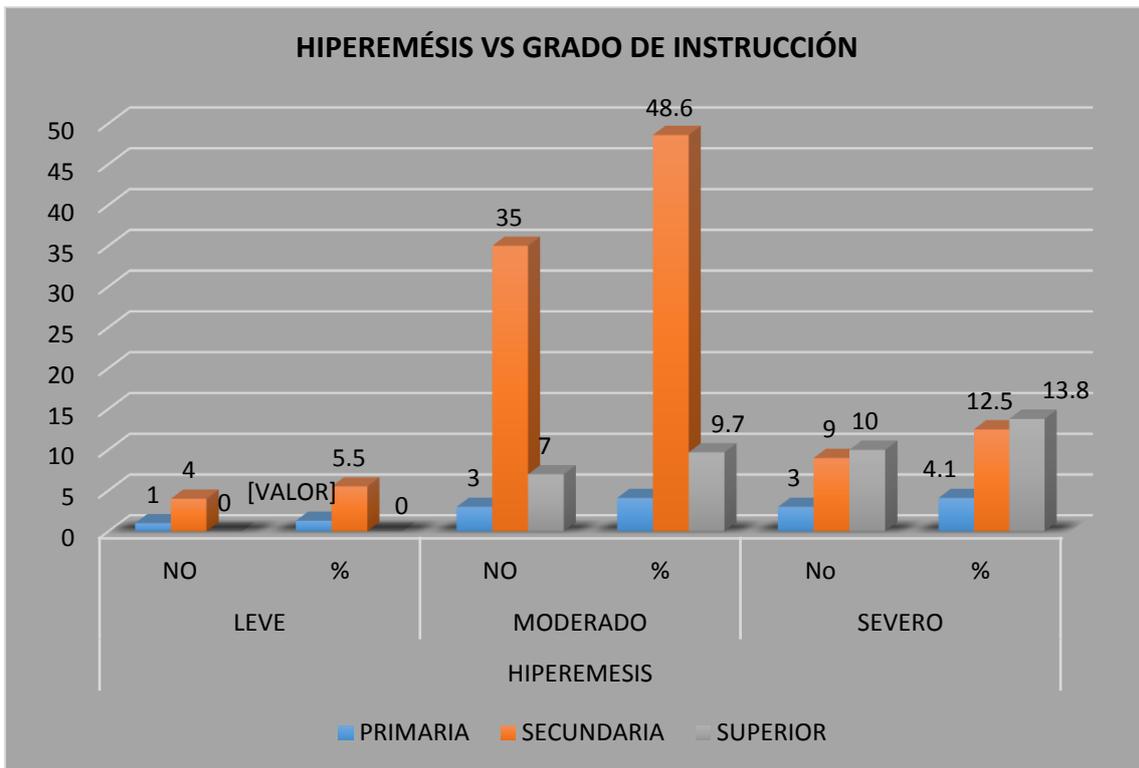
Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO X: Se evidencia que hay un mayor porcentaje de gestantes con deshidratación moderada que tuvieron un producto de sexo masculino con un 47.2% (34), y gestantes que cursaron con una deshidratación severa que tuvieron productos de sexo femenino 30.5% (22).

TABLA XI
 “FACTORES SOCIOCULTURALES
 HIPEREMESIS VS GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCION	HIPEREMESIS						TOTAL	
	LEVE		MODERADO		SEVERO		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%	No	%		
PRIMARIA	01	1.3	03	4.1	03	4.1	07	9.7
SECUNDARIA	04	5.5	35	48.6	09	12.5	48	66.6
SUPERIOR	0	0	07	9.7	10	13.8	17	23.6
TOTAL	05	6.9	45	62.5	22	30.5	72	100

Tabla XI: Se observa que las pacientes gestantes que cursaron un grado de deshidratación moderada son de mayor porcentaje las de grado de instrucción secundaria con un 48.6% (35).



Fuente: Historias Clínicas

Gráfico XI: Se observa que las pacientes gestantes que cursaron un grado de deshidratación moderada son de mayor porcentaje las de grado de instrucción secundaria con un 48.6% (35).

DISCUSION

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal, correlacional y de método Inductivo; a fin de determinar si existen factores sociodemográficos y culturales que influyen con el desarrollo de la Hiperémesis Gravídica, en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Socorro desde Marzo del 2014 a Febrero del 2015. Se contó con una muestra de 72 casos de gestantes que tuvieron el diagnóstico de Hiperémesis Gravídica que fueron obtenidos de los registros que se encuentran en el servicio de Gineco Obstetricia y estadística del Hospital Santa María del Socorro; así como en el SIP de la Estrategia Materno Perinatal, encontrando lo siguiente: En primer lugar se relacionaron las variables con posibilidad de confusión como es la edad, relación de la pareja, sexo del feto, y procedencia para la variable factores sociodemográficos. Grado de Instrucción para la variable factores culturales.

En relación a la edad : Gestantes de mayor de 20 años donde existe mayor probabilidad de hacer hiperémesis gravídica; que coincide con el trabajo realizado por **Martínez de Valencia (2010) España con el título “Aproximación psicológica a la Hiperémesis Gravídica;** donde tuvo también una edad de 19-38 años siendo estas portadoras de fetos únicos y no afectadas por otro tipo de enfermedad e igual con el trabajo realizado por Cárdenas Palomino, Rosmery Lisette (2013) Ica con el título : **“Prevalencia Y Factores Predisponentes De Hiperémesis Gravídica Hospital Santa María Del Socorro”**; donde también obtuvo edades promedio de 20-35 años.

En relación al grado de instrucción: Pacientes gestantes con mayor porcentaje en grado de instrucción secundaria la cual no coincide con el trabajo realizado por **Autores: Villanueva Flores, L. Zelada Leiva E. (2015).Titulo: Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperémesis gravídica.Trujillo, Perú.** Donde obtuvo como conclusión una significancia estadística en el grado de instrucción superior completa, pero coincidiendo con el trabajo realizado por Cárdenas Palomino, Rosmery Lissette (2013) Ica con el título : **“Prevalencia Y Factores Predisponentes De Hiperémesis Gravídica Hospital Santa María Del Socorro”**; donde también obtuvo que el grado de instrucción secundaria existe un mayor porcentaje 42.9%.

En relación al sexo del producto: Coincide con el trabajo realizado por: **Autores: Imelda Oscanoa-Huaman, Carlos Flores-Ragas. Título: Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011.** Donde obtuvieron productos de sexo femenino en un mayor porcentaje 55.1%

CONCLUSIONES

- La edad en que mayormente se presenta la hiperémesis gravídica es un mujeres gestantes mayores de 20 años con un 84.7%. Al cruce de variables se encontró con pacientes gestantes mayores de 20 años que cursaron un grado de deshidratación moderada en un 52.7% y una deshidratación severa con un 30.5%
- En el estado civil se encontró un mayor porcentaje de pacientes gestantes convivientes que cursaron con hiperémesis gravídica (58%), y en un menor porcentaje a pacientes gestantes casadas (14%).
- Existe una frecuencia mayor de buena relación con la pareja con un 70.8% lo que indica que no es necesariamente tener una mala relación con la pareja para poder hacer una hiperémesis gravídica.
- Existe una mayor frecuencia en pacientes con productos de sexo femenino con un 51.3% y una frecuencia menor de pacientes con productos de sexo masculino con un 48.6 %, al cruce de variables se encontró con un mayor porcentaje de pacientes que cursaron con una deshidratación severa que tuvieron productos de sexo femenino en un 30.5%
- La mayor frecuencia de pacientes gestantes procede de la zona rural con un 61.1% y el 38.8% de la zona urbana en menor frecuencia. Pero al cruce de variables se encontró que las pacientes que cursaron un grado de deshidratación severa procedieron de la zona rural con un 30.5%.
- Según el grado de deshidratación, encontramos en una mayor frecuencia 62.5% (45) de pacientes gestantes que cursaron con grado de deshidratación moderada, seguido de deshidratación severo con un 30.5% (22) y en menor índice el grado de deshidratación leve con un 6.9% (5).

RECOMENDACIONES

1. Realizar a futuro otras investigaciones que se relacionen con hiperémesis gravídica en la región.
2. Concientizar a las gestantes de hacer un control prenatal precoz para así evitar los cuadros de deshidratación y evitar sus complicaciones a futuro.
3. Promocionar que los embarazos sean planificados.
4. Realizar actividades preventivas promocionales acerca del embarazo planificado para evitar complicaciones.
5. Educar a la población sobre la sintomatología propia del embarazo para evitar que éstas se intensifiquen.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Roseboom Tessa, J. et al. 2011. Características maternas que explican en gran medida la Hiperemesis Gravídica, European Journal of Obstetrics y Ginecología Reproductiva Biología 156: 56-59

2.-González-González A, Álvarez-Silvares E, Veiga-Vázquez A, Gómez-Mosquera M. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica 2011. España. Semergen. 2011;37(10):559---564

3.- de Haro, K; Toledo, K; Fonseca, Y; Arenas, D; Arenas, H; Leonher, Karla Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura Nutrición Hospitalaria, vol. 31, núm. 2, febrero, 2015, pp. 988-991 Grupo Aula Médica Madrid, España.

4.- MP Martínez del Val , A Tejerizo-García , A Henríquez , SP González-Rodríguez , MA Ruiz , L Hernández-Hernández , R Alcántara , M Belloso , JL Lanchares , LC Tejerizo-López.(2010). Aproximación psicológica a la hiperémesis Gravídica.(España)

5.- Avilés Soriano, Blanca E , Santana Delgado, Katherine Ninoska. Hiperémesis gravídica estudio a realizar en pacientes que cursan su embarazo de 6 a 14 semanas de gestación en la consulta externa del área de obstetricia del centro materno infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo desde enero a junio del 2012(Ecuador).

6.- Dr. Bolivar Samaniego, Jiménez Aguirre, Diana Soledad. **Título:** Valores elevados de hCG en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora de Loja. (Ecuador)

7.- Larrabure, G. Farfán, H. Aragón, R. Cruz V. 2012. Características del crecimiento y desarrollo fetal en hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad de San Marcos Lima Perú. An Fac med. 2012;73 Supl 1

8.- Villanueva Flores, L. Zelada Leiva E. 2015. Características de personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperemesis gravídica. Universidad César Vallejo. Trujillo Perú.

9.- Minchola Alvarez, V. Hiperemesis Gravidica como factor de riesgo para retardo del crecimiento intrauterino en el Hospital Vista Alegre. enero – diciembre 2013

10.- Linares Mori, L. 2014. Hipermesis Gravídica severa como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

11.- Imelda Oscanoa-Huaman, Carlos Flores-Ragas. Resultados perinatales en gestantes con hiperémesis gravídica. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011.

12.-Loyola Rios, Carlos Anderson. -Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el hospital regional docente de Trujillo -2013

13.- Cárdenas Palomino. Rosmery Lissette.-“Prevalencia y factores predisponentes de hiperémesis gravídica hospital Santa María del Socorro- Ica 2013.

14.- Ochoa Sánchez, Luis Alberto. Determinación de Beta-HCG cuantitativa y electrolitos como pruebas de valor predictivo de Hiperémesis Gravídica en mujeres de entre 5 y 20 semanas de gestación. Ecuador 2012-2013

15.- Dr. Fernando Hernández Ruiz, Dr. Fernando Hernández Ruiz, Dr. Ricardo Alvarado Bestene. Pontificia Universidad Javeriana. Hiperémesis gravídica.

16.-Jiménez Aguirre, Diana Soledad- Valores Elevados de BHC-G en relación con Hiperémesis Gravídica en el hospital Isidro Ayora De Loja – Ecuador 2012

17.-N.González-Alonso, A.Sánchez-Calso y B. Corredor Palomino- Emesis e hiperémesis Gravídica, centro de salud Villalba - Estación . Madrid. España.

18.- Aviles Soriano, Blanca Esther y Santana Delgado Katherine Ninoska.- Hiperémesis Gravídica Estudio A Realizar En Pacientes Que Cursan Su Embarazo De 6 A 14 Semanas De Gestación En La Consulta Externa Del Área De Obstetricia Del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque De La Ciudad De Babahoyo Desde Enero A Junio Del 2012-Ecuador.

19.- Sibaja ML, Vargas QN. Manejo de la hiperémesis gravídica. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.2011; 68(899):1-5

20.- Juan Aller ,Gustavo Pagés, Síntomas menores del embarazo

21.-Guía de práctica Clínica de Obstetricia 2013.

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- MODELO DE FICHA DE ENCUESTA
- GRAFICOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuáles son los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015?	Determinar los factores predisponentes de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015	Determinar las características sociodemográficas que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015 Determinar las características culturales que influyen en la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital santa María del Socorro de marzo 2014 a febrero del 2015.	Por ser una investigación de tipo descriptivo no se plantea hipótesis alguna.	Hiperémesis gravídica	Sintomatología	Ficha de datos	HC
				Factores socio demográficos	Edad	Ficha de datos	HC
					Relación con la pareja	Ficha de datos	HC
					Sexo del feto	Ficha de datos	HC
					Procedencia	Ficha de datos	HC
					Factores culturales	Grado de instrucción	Ficha de datos
				Nutrición		Ficha de datos	HC.



1.- Número de HC.....

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

(SI) (NO)

3.- Factores sociodemográficos

-Edad.....

-Ocupación.....

-Estado civil:

(Soltera) (Casada) (Conviviente)

-Relación con la pareja

(Buena) (Mala)

-Sexo del feto

(Masculino) (Femenino)

-Procedencia

(Urbana) (Rural)

4.- Factor cultural

-Grado de instrucción

(Primaria) (Secundaria) (Superior)