

UNIVERSIDAD NACIONAL
``SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO``
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016 - 2017.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. CERNA HARO, Rosario del Pilar

Bach. PICÓN PINEDA, Lhizth Kcaren

ASESORA: Dra. QUISPE GÒMEZ, Maximiliana

HUARAZ – PERÚ

2019



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: CERNA HARO ROSARIO DEL PILAR
Código de alumno: 131.1004.202 Teléfono: 947 996583
Correo electrónico: charito_28c@hotmail.com DNI o Extranjería: 76508425

2. Modalidad de trabajo de investigación:

() Trabajo de investigación () Trabajo académico
() Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

() Bachiller (X) Título () Segunda especialidad
() Licenciado () Magister () Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS
GRAVIDICA EN GESTANTES, HOSPITAL VICTOR
RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016-2017."

5. Facultad de: CIENCIAS MEDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: QUISPE GOMEZ MAXIMILIANA Teléfono: 948 986 948
Correo electrónico: mquispes@hotmail.com DNI o Extranjería: 31673977

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 

D.N.I.: 76508425

FECHA: / /



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: PICON PINEDA LIZETH KAREN
Código de alumno: 102-1004-125 Teléfono: 975021800
Correo electrónico: karen.l.p.m.7@gmail.com.pe DNI o Extranjería: 70495593

2. Modalidad de trabajo de investigación:

() Trabajo de investigación () Trabajo académico
() Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

() Bachiller (X) Título () Segunda especialidad
() Licenciado () Magister () Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN
GRÁVIDICA EN GESTANTES HOSPITAL VÍCTOR RAMOS
GUARDIA INVARAZ 2016-2017"

5. Facultad de: CIENCIAS MÉDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: QUISPE GÓMEZ MAXIMILIANA Teléfono: 948 986 948
Correo electrónico: mquispes@hotmail.com.pe DNI o Extranjería: 31673977

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: [Firma]

D.N.I.: 70495593

FECHA: / /

MIEMBROS DE JURADO



Dra. Ada Eudocia Rodriguez Figueroa

PRESIDENTA



Dr. Rafael Marcos Norabuena Penadillo

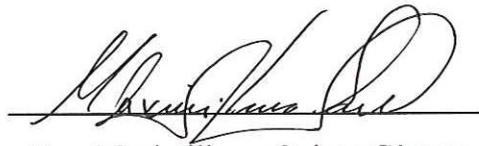
SECRETARIO



Mag. Gilma Aly Rojas Tello

VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to read 'Dra. Maximiliana Quispe Gómez'.

Dra. Maximiliana Quispe Gómez

ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por regalarme la vida, con virtudes y defectos que hacen que yo pueda ser una mejor persona y poder cumplir con cada una de mis metas y aspiraciones anheladas.

Rosario

A Dios por cuidarme, bendecirme, y darme mucha sabiduría para lograr todas mis aspiraciones y a mis padres por ser fuente de apoyo y valores siempre.

Lhizth

GRADECIMIENTO

A mis Docentes por haberme impartido sus conocimientos, por su paciencia y tiempo, que fueron cimiento para mi crecimiento profesional.

Rosario

A la profesión de obstetricia por convertirme en instrumento de cuidado y recuperación de la madre y el recién nacido que viene en camino.

Lhizth

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPÓTESIS	13
3. MARCO TEÓRICO.	16
4. MATERIALES Y MÉTODOS	39
5. RESULTADOS	47
6. DISCUSIÓN	58
7. CONCLUSIONES	61
8. RECOMENDACIONES	62
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, ¿Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017? teniendo como objetivo general: determinar los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017. Hipótesis: Los factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y obstétricos están asociados significativamente a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017. Estudio retrospectivo, de casos y controles, analítico, no experimental, de corte transversal. Se trabajó con 45 gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica y 45 gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V25.0 realizándose la contrastación de la hipótesis a través de la prueba chi cuadrado y el estadígrafo Odds ratio. Resultados: Los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la hiperémesis gravídica fueron la edad ($p=0,035$ OR= 2,471); procedencia ($p= 0,026$ OR= 8,105); grado de instrucción ($p=0,035$ OR= 3,250); ocupación ($p= 0,046$ OR= 2,473); estado civil ($p= 0,042$ OR= 2,558); los factores de riesgo psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica fueron el estado emocional ($p= 0,023$ OR= 2,923), violencia domestica ($p= 0,025$ OR= 3,250) y los factores de riesgo obstétricos asociados a la hiperémesis gravídica fueron la paridad ($p= 0,033$ OR= 2,531); número de gestaciones ($p= 0,017$ OR= 2,857); peso ($p= 0,036$ OR= 4,000); sexo del recién nacido ($p= 0,011$ OR= 4,000). Conclusiones: Los factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y obstétricos sí están asociados significativamente con la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017 ($p < 0,05$)

Palabras claves: Factores de riesgo, sociodemográficos, psicosociales, obstétricos hiperémesis gravídica, gestantes.

ABSTRACT

The following research problem was raised: What are the risk factors associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2016 - 2017? having as a general objective: to determine the risk factors associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2016 - 2017. Hypothesis: The sociodemographic, psychosocial and obstetric risk factors are significantly associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2016 - 2017. Retrospective, case-control, analytical, non-experimental, cross-sectional study. We worked with 45 pregnant women with diagnosis of hyperemesis gravidarum and 45 pregnant women without diagnosis of hyperemesis gravidarum, the instrument used was the data collection sheet, the information was processed using the SPSS V25.0 program, making the hypothesis test through the chi-square test and the Odds ratio statistician. Results: The sociodemographic risk factors associated with hyperemesis gravidarum were age ($p = 0.035$ OR = 2.471); provenance ($p = 0.026$ OR = 8.105); degree of instruction ($p = 0.035$ OR = 3,250); occupation ($p = 0.046$ OR = 2.473); marital status ($p = 0.042$ OR = 2,558); the psychosocial risk factors associated with hyperemesis gravidarum were emotional state ($p = 0.023$ OR = 2.923), domestic violence ($p = 0.025$ OR = 3,250) and obstetric risk factors associated with hyperemesis gravidarum were parity ($p = 0.033$ OR = 2.531); number of pregnancies ($p = 0.017$ OR = 2,857); weight ($p = 0.036$ OR = 4.000); sex of the newborn ($p = 0.011$ OR = 4,000). Conclusions: Sociodemographic, psychosocial and obstetric risk factors are significantly associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2016 - 2017 ($p < 0.05$)

Keywords: Risk factors, sociodemographic, psychosocial, obstetric hyperemesis gravidarum, pregnant women.

1. INTRODUCCIÓN

La Hiperémesis gravídica es un grave problema grave, considerado como una de las complicaciones más comunes que ocurre en la primera mitad del embarazo, que afecta la salud tanto de la gestante como la del feto. Asimismo, afecta la calidad de vida de la mujer e incrementa el riesgo de comorbilidades. Constituye la principal causa de ausentismo laboral en un 35% y alto coste para la sociedad.

(1) (2)

Esta enfermedad gravídica se caracteriza por la presencia de náuseas y vómitos incoercibles que inician alrededor de las primeras 12 semanas de embarazo, y se define como la presencia de tres a más vómitos entre las semanas 4 y 8 hasta la semana 14 y 16 de embarazo. (2)

Es el extremo más severo de náuseas y vómitos durante el período gestacional, provocando una pérdida de peso, asociado a deshidratación, cetosis y trastornos hidroelectrolíticos debido a cambios hormonales, con una recurrencia de 15,2% en embarazos posteriores. (3)

La hiperémesis gravídica es la causa principal de hospitalizaciones en gestantes. Es poco frecuente en los continentes como Asia y África y más frecuente en países occidentales y población urbana. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2011 la prevalencia de la Hiperémesis gravídica fue de 0,2% a 5,3% en todo el mundo. (5)

La carga económica total estimada en el año 2014 según McCarthy, a través de la Fundación para la Educación e Investigación de Hiperémesis, esta puede costar un mínimo de 200 millones de dólares anuales en hospitalizaciones en los Estados Unidos, debido a los casos presentados de hiperémesis. En las sociedades

occidentales es la causa más frecuente de ingreso hospitalario durante el primer trimestre; esta afecta al 1% de todas las mujeres embarazadas, dentro de las tasas reportadas por otros países industrializados; se registra en Noruega 1,1%, EE.UU 1,2%, Inglaterra 1,5% y Japón 3,6%. En Latinoamérica su incidencia se estima entre el 0,3 y el 2% de las gestantes. (4)

La hiperémesis gravídica puede llevar a un cuadro de deshidratación, deficiencias nutricionales y alteración metabólica. Presentando complicaciones como pérdida de peso superior al 5%, produciendo signos de hipovolemia, hipotensión, oliguria, acidosis, alcalosis, cetonuria, requiriendo en muchas ocasiones tratamiento hospitalario para corregir las alteraciones hidroelectrolíticas presentes y múltiples complicaciones tanto digestivas como neurológicas, afectando el rendimiento de la vida diaria, incluyendo el trabajo, tal es así que se le considera la principal causa de ausentismo laboral en 35 % de los casos. Solo la mitad de las mujeres experimenta alivio posterior a las 14 semanas, 90% a las 22 semanas y el resto hasta las 34 semanas. Alrededor, del 10%-20% de las mujeres afectadas experimentan síntomas durante todo el embarazo, también se ha mencionado su duración incluso después del parto. (6) (7)

Los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica se desconocen, y no se comprende en su totalidad, en diversos estudios se ha constatado que las edades más jóvenes, la multiparidad y la obesidad mostraban una correlación significativa con un aumento del riesgo de este trastorno. Entre los posibles factores patogénicos se han propuesto el aumento de los valores circulantes de estrógenos y de hormona gonadotropina coriónica, que están incrementados en forma característica durante el primer trimestre del embarazo. También están

implicados el aumento de la progesterona y las concentraciones reducidas de motilina (polipéptido liberado por las células del estómago), así como la disfunción suprarrenal y los trastornos tiroideos. Las modificaciones hormonales que ocurren durante el embarazo pueden provocar una alteración de la motilidad gástrica. En efecto, los estudios que comparan el vaciado gástrico de mujeres y varones comprobaron que las mujeres premenopáusicas y las posmenopáusicas que recibían hormonoterapia de reposición tenían un vaciamiento gástrico más lento que los varones; sin embargo, esto no ocurría en las mujeres posmenopáusicas sin reposición hormonal. Más recientemente, la electrogastrografía, realizada mediante electrodos cutáneos, ha demostrado la existencia de disritmias gástricas en las mujeres embarazadas que experimentan náuseas. Por último, se ha postulado que en las náuseas y los vómitos del embarazo pueden intervenir factores psicológicos. Insistiendo en este último aspecto, mientras que para algunos autores existen factores psicológicos subyacentes al trastorno, para otros la evidencia epidemiológica no sustenta esta opinión. (8)

Las complicaciones de la hiperémesis gravídica son los desgarros esofágicos de Mallory-Weiss (laceraciones de la mucosa donde se une el estómago con el esófago y ocasionan sangrado) y las deficiencias nutricionales a una encefalopatía de Wernicke (síndrome asociado a la deficiencia de tiamina que puede causar desorientación, confusión y coma). (9)

Estudios preliminares en el Perú muestran que la prevalencia de HG en el Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2011, fue de 1.1% (1 por cada 90 partos), hallándose dentro del promedio latinoamericano. Tasas más altas se

describen en la India o Sri Lanka donde la prevalencia es 3.2%, en nuestro país, según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el año 2012, una de las complicaciones obstétricas, más frecuentes de la primera mitad del embarazo es la hiperémesis gravídica, con una prevalencia de 0,2%, esta cifra podría tener un ascenso ya que se tomaron en cuenta solo las atenciones que se realizaron en el MINSA. (10)

Según un estudio realizado en el servicio de Gineco - obstetricia del Hospital de Trujillo, durante el año 2014, hubo 35 casos por esta patología, siendo el 20% hospitalizaciones. (11)

Algunos reportes del Hospital Hipólito Unanue en el año 2014, las cifras de hiperémesis gravídica se incrementaron, ya que durante el año 2011 no hubo hospitalizaciones por hiperémesis gravídica, los reportes epidemiológicos detallan que en el año 2014 las cifras de hospitalización por hiperémesis gravídica se incrementaron a 26 casos (5,7%) del total de hospitalizaciones, asimismo la incidencia de pacientes con hiperémesis gravídica que tuvieron parto eutócico del 2011 al 2014 se incrementó a 0,9%. (12)

En el Hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz, institución donde se realizó el estudio, durante el año 2016 se reportaron 82 casos de hiperémesis gravídica y durante el 2017 se presentaron 123 casos de hiperémesis gravídica. Siendo el 25% de los hospitalizados por esta enfermedad. (13)

Por las consideraciones anteriormente mencionadas se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017? Teniendo como objetivo general: determinar los factores de riesgo asociados a la

hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017. Los objetivos específicos fueron identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, determinar los factores de riesgo psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, analizar los factores de riesgo obstétricos asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes. Al finalizar el estudio se concluyó que: los factores de riesgo sociodemográficos, psicológicos y obstétricos están asociados significativamente a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de variables. En la segunda parte se presentan las bases teóricas y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación, en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta parte se presentan los resultados, en la quinta parte se discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de datos correspondientes, así como información relevante para la información.

El presente estudio se justifica debido a que la hiperémesis gravídica constituye uno de los puntos controversiales de la obstetricia moderna por la relación del cuadro clínico que presenta con el área de la salud mental que pudiera coexistir y las consecuencias negativas que pudieran observarse en los recién nacidos a su

nacimiento. El presente trabajo de investigación se considera importante, porque nos va permitió identificar cuáles son los factores de riesgo asociados en el desarrollo de la hiperémesis gravídica.

Conocer estos factores de riesgo son de gran utilidad, porque nos permitió determinar la frecuencia de las complicaciones clínicas y la severidad de ellas, de manera que se adopten medidas preventivas y plantear acciones de orientación y manejo para las gestantes, tanto en el estilo de vida, dieta y tratamiento eficaces y efectivos, así evitar el riesgo de con morbilidades que se puedan presentar tanto a nivel neurológico, cardiovascular y renal, lo cual nos ayudara a mantener una mejor calidad de vida de la gestante.

La hiperémesis gravídica contribuye significativamente costos a nivel de salud y pérdida de tiempo laboral, es por ello que actualmente el enfoque de las náuseas y vómitos debe incluir enseñanzas a la población gestante y familias, para esto se debe capacitar a este grupo sobre la sintomatología de la hiperémesis gravídica a fin de evitar complicaciones físicas y emocionales de la gestante. Por otro lado, el trabajo se justifica por su utilidad metodológica, ya que el instrumento de recolección de datos permitió recoger información de gran utilidad sobre los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica, esto a la vez servirá para nuevas propuestas estratégicas que encaminen la prevención de esta enfermedad, y así mejorar la calidad de vida de la madre y el recién nacido. El estudio fue viable debido a que se dispuso de tiempo necesario para su realización y el acceso al Hospital Víctor Ramos Guardia. La investigación es factible porque se dispuso de recursos bibliográficos, económicos, humanos para su desarrollo.

2. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y obstétricos están asociados significativamente a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

2.1. VARIABLES

Variable independiente

- Factores de riesgo.

Variable dependiente

- Hiperémesis gravídica.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Factores Sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 19 años y > 35 años • 20 – 35 años 	Razón
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	Nominal
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria • Superior • Sin estudios • Primaria 	Nominal
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadora independiente • Trabajadora dependiente • Ama de casa 	Nominal
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Sin unión civil • Con unión civil 	Nominal
		Factores Psicosociales	Estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión, Ansiedad • Estrés 	Nominal
			Violencia domestica	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja • Padres 	Nominal
		Factores obstétricos	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara 	Ordinal
			Número de	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta 	Nominal

			gestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Multigesta 	
			Peso de la gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso, • Sobrepeso • Normal 	Ordinal
			Sexo del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE: HIPERÉMESIS GRAVÍDICA	Trastorno del embarazo caracterizado por vómitos severos, persistentes e incoercibles que llevan a la Deshidratación, pérdida del 5% del peso, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos.	Hiperémesis gravídica	Diagnóstico de hiperémesis gravídica	Si No	Nominal

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Antecedentes de la investigación.

JIMENEZ, Diana (2012) Valores elevados de hormona gonadotropina coriónica en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora De Loja. Ecuador. Tesis de posgrado. Objetivo: Determinar los valores elevados de hormona gonadotropina coriónica en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora De Loja. Estudio prospectivo de corte transversal, que tuvo un universo de 2663 gestantes, con una muestra de 23 pacientes con hiperémesis gravídica. Los resultados obtenidos se detallan a continuación. La hiperémesis 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 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. (14)

RODRÍGUEZ, Jorge (2018) Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Junio 2017. Lima – Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a hiperémesis

gravídica en gestantes. Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Se contó con 47 casos y 99 controles. La información se obtuvo con una ficha de recolección de datos. Se utilizaron los métodos estadísticos de asociación (OR) y Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística menor a 0.05% y un intervalo de confianza de 95%. Los resultados de asociación obtenidos fueron: Estado civil: [(OR:1.852) IC95% 0.893-3.840 p:0.096], Escolaridad: [(OR:1.028) IC95% 0.488-2.168 p:0.942], Anemia: [(OR:0.265) IC95% 0.119-0.591 p:0.001], Paridad: [(OR:0.769) IC95% 0.376- 1.574 p:0.472], ITU: [(OR:0.607) IC95% 0.250-1.472 p:0.267]. Conclusiones: No se pudo demostrar que la anemia es un factor de riesgo para el desarrollo de hiperémesis gravídica, sin embargo, tiene un resultado estadístico significativo, indicando asociación a hiperémesis gravídica, el resultado del OR indica que la anemia podría considerarse como un factor de riesgo negativo o factor protector. (15)

QUISPE, Maked (2017) Factores asociados al desarrollo de hiperémesis gravídica y su relación con las complicaciones maternas en el Hospital José Agurto Tello De Chosica, año 2015. Lima. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores asociados al desarrollo de hiperémesis gravídica y su relación con las complicaciones maternas. Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se evaluaron 98 historias de gestantes que presentaron hiperémesis gravídica. El instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba chi cuadrado. Resultados: El 68.4% presentaron entre 18 29 años, el 75.5% tienen el nivel educativo de secundaria, el 67.3%

son convivientes, 66.3% residen en zona urbana, el 67.3% son amas de casa, y el 57.1% tienen el IMC normal, el 54.1% son primigestas, y además el 53.1% del sexo del recién nacido es femenino y el 67.3% de gestantes han tenido parto eutócico, el 89.8% aceptan su embarazo, el 100% de las gestantes dijeron que su embarazo no es producto de abuso sexual, el 95.9% no sufren violencia familiar, y el 77.6% no sufrieron en su embarazo anterior de hiperémesis gravídica. Las complicaciones que presentaron las gestantes con hiperémesis gravídica fueron: desequilibrio hidroelectrolítico 64.3%, ITU 46.9%, amenaza de aborto 11.2%, anemia 17.3%, desnutrición 2.0%, depresión 6.1%. Se llegó a la conclusión que los factores asociados a la Hiperémesis Gravídica no tienen relación con las complicaciones maternas.

(16)

GUTIERREZ, Carmen (2017) Hiperémesis gravídica y resultados perinatales Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique 2014 -2015. Lima. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los resultados perinatales de los recién nacidos de gestantes con Hiperémesis Gravídica en el Hospital nacional Sergio E. Bernales - Collique 2014 - 2015. Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 105 gestantes con hiperémesis gravídica y sus recién nacidos. Resultados: La edad promedio fue de 25 y 31 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), bajo peso para la edad gestacional 1.9% (n=2) fueron pequeños para la edad gestacional. Conclusiones: 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. (17)

HERNANDEZ, María (2017) Factores de riesgo de la hiperémesis gravídica en el Hospital Regional de Ica año 2016. Ica. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016. Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El diseño de estudio es descriptivo correlacional retrospectivo por que trata de interpretar los datos numéricos y los datos estadísticos.

Teniendo una muestra de 52 historias clínicas seleccionadas según criterios de inclusión y objetivos de estudio. El análisis es analítico e inductivo de las variables en forma independiente se tomará una conclusión general y de enfoque cuantitativo. Resultados obtenidos fueron: La desnutrición se asocia a cuadros de hiperémesis gravídica en el primer trimestre con 44.2, 6% con déficit de peso menor de 19.5 (IMC) según la clasificación. El sexo femenino del feto es un factor de riesgo con 55,7%. La edad encontrada para hacer hiperémesis gravídica fue entre las edades de 20-35 años con 59,6%. La paridad estuvo presente en gestantes multigestas con 65.3%. La depresión se asoció a los cuadros de hiperémesis gravídica que presentaron las

pacientes atendidas durante el embarazo en 70.5%. La obesidad estuvo en el segundo lugar cuando tratamos el tema de desnutrición 13.4%. La hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para hacer disfunción placentaria 46.1%; encontrándose relación con infección del tracto urinario y retardo de crecimiento intrauterino como informan los reportes de historias clínicas. A diferencia de los que no tuvieron hiperémesis gravídica con 53.8%. Conclusiones: existe relación entre los factores de riesgo de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica año 2016. (18)

BUZTINZA, Dayza (2016) Factores de riesgo edad, nuliparidad, obesidad y las complicaciones maternas de anemia e infección del tracto urinario con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna durante los años 2007-2014. Tacna. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar de qué manera se asocian los factores de riesgo edad, nuliparidad, obesidad y las complicaciones maternas de anemia e infección del tracto urinario con la Hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna durante los años 2007-2014. Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se seleccionaron 122 gestantes con hiperémesis gravídica (casos) y 122 gestantes sin hiperémesis gravídica (control). La prevalencia de la hiperémesis gravídica (HG) fue de 0,43%. El estado civil conviviente en las gestantes con hiperémesis fue de 59,8%. El grupo etario que predomina es de 20 a 29 años tanto en pacientes con y sin HG, en el grado de instrucción en ambos grupos predomina la educación secundaria. La edad de 30 a 34 años no se asocia con la HG (p: 0,734). La

nuliparidad no se asocia con la HG (p: 0,587). La obesidad se asocia significativamente con HG (p: 0,001). La infección del tracto urinario se asocia significativamente con la HG (p: 0,001). Conclusiones: La incidencia de HG durante los años 2007 – 2014 fue de 0,43%. La obesidad y la infección del tracto urinario se asocian significativamente con la HG (p: 0,001). (19)

GONZALES, Elizabeth (2015) Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para parto prematuro. Hospital Regional Docente 2010 – 2014. Trujillo. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar si la hiperémesis gravídica es factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 232 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin parto prematuro. Resultados: La frecuencia de hiperémesis gravídica en los pacientes con y sin parto prematuro fue de 14% y 4% respectivamente. El odds ratio de hiperémesis gravídica en relación a parto prematuro fue de 4.68 (p<0.05). Los promedios de edad gestacional en el grupo con y sin hiperémesis gravídica fue de 37.6 y 38.7 semanas respectivamente (p<0.05). Conclusiones: La hiperémesis gravídica es factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital Regional Docente de Trujillo. El promedio de edad gestacional de las gestantes con hiperémesis gravídica es significativamente menor que el promedio de las gestantes sin hiperémesis gravídica. (20)

PALACIOS, Jacinto (2014) Riesgo materno- perinatal asociado a hiperémesis gravídica en el Hospital Regional Huacho, 2008- 2013. Huacho. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Analizar la asociación entre Hiperémesis Gravídica y complicaciones Materno - Perinatales en el Hospital Regional Huacho, 2008-2013. El presente estudio es de tipo observacional, analítico de casos y controles, además retrospectivo y transversal. De las 167 gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica, mediante los criterios de Inclusión y Exclusión se seleccionaron 100 pacientes (Casos), las cuales fueron comparadas con 200 gestantes (Controles), quienes formaron la Muestra de este trabajo. Para la obtención de datos se revisaron las Historias Clínicas y las Hojas de Controles Perinatales del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Se utilizaron los métodos estadísticos de asociación (OR) y Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística menor a 0.05% y un intervalo de confianza de 95%. Resultados: En el presente estudio se encontró una asociación significativa de Hiperémesis Gravídica con Baja Ganancia Ponderal Materna (OR = 2.6 con $p = 0.001$); Parto Prematuro (OR = 5.4 con $p = 0.002$); y Bajo Peso al Nacer (OR = 3.06, con $p = 0.02$). Así mismo no se encontró asociación significativa con Pequeño para la Edad Gestacional (OR = 1.26, con $p = 0.68$); RCIU (OR = 1.62, con $p = 0.47$) y Apgar Bajo al Nacer (OR = 6.15, con $p = 0.07$). Conclusiones: La hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para baja ganancia ponderal materna, parto prematuro y bajo peso al nacer. (21)

DE LA CRUZ, Víctor (2013) Factores psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-

obstetricia del Hospital III Iquitos-ESSALUD de enero a diciembre 2012. Lima. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes hospitalizadas. Estudio tipo descriptivo - transversal realizado con pacientes con diagnóstico de hiperémesis gravídica hospitalizadas. Se trabajó con 92 gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica. El instrumentó empleado fue una ficha de recolección de datos el análisis estadístico fue a través de a estadística descriptiva. Resultados el 87% se encontraban entre las edades de 18 a 34 años, el 39% eran segundigestas, el 65% solo presentaron síntomas leves, el 71% eran convivientes, el 43% tenían un grado de instrucción superior universitario, el 49% tenían un nivel socioeconómico baja superior, según la ocupación el 64% eran profesionales, el 38% de las gestantes presentaron sintomatología ansiosa, solo un 9% de las gestantes presentaron sintomatología depresiva, se encontró asociación significativa entre las gestantes que presentaron sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica. Conclusiones: Las características epidemiológicas de las_ gestantes con hiperémesis gravídica como son: la edad, antecedentes de la hiperémesis en gestaciones anteriores, número de gestaciones y el grado de severidad de hiperémesis gravídica son similares a las encontradas por otros autores. (22)

3.2. Marco teórico.

A. Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

(23)

a. Factores Sociodemográficos.

Se refieren a aquellos eventos que están relacionados directamente con las características de las gestantes. Siendo considerado como el primer y más importante factor que interviene en la asociación con la hiperémesis gravídica. (24)

Procedencia

Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y la selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Las personas de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio. En cambio, los de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades. (25)

Grado de instrucción

Al igual que el nivel socioeconómico es un factor común para la mayoría de las enfermedades, su importancia recae en el grado de educación que tenga la madre, debido a que entre mayor grado de educación se ha visto que las mujeres posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por el cuidado de médicos para el control del embarazo y el parto. (25)

Ocupación

La mujer trabajadora tiene una mayor conciencia de lo que el sistema sanitario le aporta, la condición de formalidad en el campo laboral pone a la gestante en una situación legal más privilegiada, contando con una serie de beneficios que le permite buscar asistencia prenatal con mayor libertad, lo que contrariamente sucede en aquellas gestantes con una condición laboral informal quienes en su mayoría tienen la necesidad de seguir laborando a tiempo completo para cubrir sus necesidades básicas y dejándole muy poca opción de tiempo para buscar atención. (25)

Estado civil

Condición de la gestante en relación a derechos y obligaciones civiles, entre ellas tenemos: soltera, casada, conviviente y otros (aquí se considera las viudas y divorciadas)

Se consideró lo siguiente.

Sin unión estable: solteras, viudas, divorciadas

Con unión estable: casadas y convivientes. (25)

Edad

Edad de la gestante o puérpera en años cumplidos.

- Paciente o gestante añosa: edad mayor o igual de 35 años
- Paciente o gestante adolescente: edad menor o igual a 19 años. (25)

b. Factores Psicosociales.

Los factores de riesgo de tipo psicosocial suelen estar relacionados con “acciones” que el sujeto ha elegido realizar. entre ellos tenemos: (26)

Factores psicosociales

- **Depresión**

La depresión se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. (27)

- **Ansiedad**

Las personas con ansiedad suelen ir a lo largo de todo el día tensos y con preocupaciones excesivas, aunque no exista nada suficientemente importante que lo justifique. Estas preocupaciones anticipan el desastre y pueden abarcar cualquier tema (salud, dinero, pareja, familia, trabajo), aunque cada paciente suele tener un grupo de temas más frecuentes. La intensidad de las

preocupaciones puede llegar a bloquear la toma de decisiones cotidianas y a interferir de forma severa en la vida diaria. Físicamente aparece dificultad para relajarse o concentrarse y para el descanso nocturno. Todo esto tiende a facilitar la presencia de fatiga, dolores de cabeza, contracturas y tensión muscular elevada, como múltiples posibles síntomas inespecíficos digestivos, respiratorios o cardíacos que afortunadamente no corresponden a otras enfermedades. (28)

- **Estrés**

El estrés es una reacción normal y sana de nuestro cuerpo para afrontar los pequeños retos cotidianos y las situaciones excepcionales o difíciles de la vida. Nuestro cuerpo “se acelera” para tener, instantáneamente si es preciso, la energía y la fuerza necesarias. Todas las personas poseemos esta reacción y es necesaria. Para vivir, pero en su justa medida. Un poco de estrés es positivo, demasiado es perjudicial, y demasiado poco también. Se trata de encontrar cada cual el nivel adecuado para vivir y afrontar su propia vida. El estrés se convierte en un problema. Puede influir mucho en cómo nos sentimos y en nuestra calidad de vida. Además, puede tener relación con algunas enfermedades como problemas musculares, de la piel, digestivos, dolores de cabeza, insomnio. (29)

Violencia domestica

La violencia intrafamiliar abarca todo aquel comportamiento de violencia física, sexual o psicológica que llega a poner en situación de peligro la seguridad o el bienestar de una persona del grupo familiar; el comportamiento de las personas que recurren tanto a la fuerza física como al chantaje emocional; las amenazas que dan lugar al recurso a la fuerza física, entre las que se incluye la violencia sexual, tanto en la familia como en el hogar. Junto a este concepto se pueden incluir: el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva en el mismo hogar. (30)

c. Factores Obstétricos.

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal (30)

Paridad

Número de nacidos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, por vía vaginal. (28)

La nuliparidad se considera un factor de riesgo

- Nulípara: 0 partos

- Primípara: 01 parto
- Multípara: de 2 o más partos (2 a 5)
- Gran multípara: 6 a más partos. (30)

Número de gestaciones:

- Número de gestaciones (partos o abortos), incluida la actual.
- Primigesta: 01 gestación
- Multigesta: de 2 o más gestaciones (2 a 5). (32)

Peso:

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. (33)

Tabla de IMC del embarazo según Organización Mundial de la Salud

<18,5 kg/m ²	Bajo peso
18.5 a 24.9 kg/m ²	Normal
>25 kg/m ²	Sobrepeso

Sexo del recién nacido

Las mujeres con mayor riesgo de hiperémesis gravídica incluyen a aquellas que experimentan su primer embarazo, llevan en su vientre a más de un bebé, son menores de 24 años o llevan un feto de sexo femenino. Embarazos de fetos de sexo femenino. La Hiperémesis

gravídica es más frecuente cuando el producto es de sexo femenino en un 55.6%. Asimismo, las admisiones hospitalarias son más frecuentes (62.5%) cuando el sexo del producto es femenino. (34)

B. HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

a. Definición

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. La Presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta la semana 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. (35)

b. Etiología

La etiología de la hiperémesis gravídica es desconocida, aunque diferentes causas han sido propuestas: Niveles elevados de Beta-hCG

y estrógenos, la “masa placentaria” (las mujeres con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan con mayor frecuencia sintomatología de náuseas y vómitos), factores psicológicos y factores familiares (mujeres que tienen madres o hermanas que hayan presentado náuseas y vómitos tienen más probabilidad de presentarlas). (35)

c. Clasificación

La hiperémesis gravídica se clasifica en:

Leve

En este tipo no hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor al 5%. (35)

Moderada

Signos de deshidratación y pérdida de peso entre el 5% a 10%. (35)

Severa

Signos de deshidratación severa, ansiedad, ictericia, cetoacidosis, pérdida de peso al 10% oliguria y shock. (35)

d. Diagnóstico

El diagnóstico de hiperémesis gravídica muchas veces es un diagnóstico de exclusión y básicamente clínico:

- Paciente que explica varios vómitos al día en relación o no con las comidas. Intolerancia total o parcial a la ingesta.
- Ausencia de otra sintomatología: No fiebre, no dolor abdominal, no cefalea, no alteraciones neurológicas. No todas las pacientes que vomitan al inicio de la gestación presentan una hiperémesis

(diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan vómitos.

- Alteraciones analíticas: Hemograma (hemoconcentración), Alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica), alteración del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT $< 300\text{U/L}$, y Bilirrubina $< 4\text{ mg/dl}$) y alteración del perfil tiroideo (aumento de la T4 y la TSH). (35)
- Casi el 80 % de las gestantes presentan náuseas y vómitos durante el embarazo. La mayor parte de estas gestantes no son tributarias de exploraciones complementarias. Son pacientes que presentan 1 o 2 vómitos al día con tolerancia correcta a la ingesta, que inician sus síntomas entre la semana 6 y la 9 de gestación. Simplemente se van a beneficiar de tratamiento sintomático. La hiperémesis gravídica representa el espectro más grave de una situación clínica que aparece de forma gradual. Son pacientes que han ido empeorando clínicamente de forma progresiva hasta presentar vómitos persistentes con intolerancia parcial o total a la ingesta y con pérdida ponderal superior al 5%. (35)

Ante paciente que consulta por náuseas y vómitos hay que:

1. Realizar anamnesis adecuada: Frecuencia e intensidad de los síntomas, momento de aparición (si los síntomas aparecen más allá de la semana 9 valorar otras causas), tolerancia a la ingesta, valorar pérdida ponderal.

2. Aquellas pacientes que presentan más de 4-5 vómitos al día y/o pérdida ponderal son tributarias de otras exploraciones complementarias:
 - a) Analítica completa: Hemograma, perfil hepático, pruebas de coagulación, perfil tiroideo y equilibrio ácido-base
 - b) Ecografía: Las pacientes con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan vómitos con mayor frecuencia. (35)

e. Profilaxis y tratamiento

Existen diferentes estrategias de prevención de las náuseas y los vómitos del embarazo. La toma de complejos multivitamínicos de manera periconcepcional han demostrado disminuir la incidencia de náuseas y vómitos del embarazo. Así que parece razonable recomendar su administración sobre todo en aquellas pacientes que han presentado náuseas y vómitos en gestaciones anteriores. Comidas frecuentes, poco abundantes (repartir la ingesta en un mínimo de 5 comidas de menor cantidad), sólidas y evitar las comidas muy grasas y picantes. Las náuseas y vómitos del embarazo son una enfermedad con diferentes espectros de severidad. Es por ello que debemos añadir los tratamientos de forma escalonada. (35)

• Tratamiento farmacológico

Puesto que la aparición de la hiperémesis gravídica se produce de manera escalonada en la mayoría de las pacientes, la manera de tratarlas es ir añadiendo los fármacos que se refieren a continuación

en el orden en el que se citan, a medida que la sintomatología vaya empeorando.

- 1. Doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg:** La dosis habitual es un comprimido cada 6-8 horas, aunque se puede ajustar la dosis en función de la sintomatología hasta alcanzar una dosis máxima de 70 mg/d. Hay que tener en cuenta que ante la persistencia de sintomatología en una franja horaria determinada la dosis a aumentar es la inmediatamente anterior (p. Ej. si persisten las náuseas y vómitos matutinos hay que aumentar la dosis de la noche). Importante tener en cuenta la somnolencia como efecto secundario de la doxilamina. (35)
- 2. Añadir Dimenhidrinato 50-100 mg/4-6 horas (Biodramina®):** La vía de administración puede ser oral o rectal. Dosis máxima 400 mg /d.
- 3. Añadir Metoclopramida 5-10 mg/8 horas (Primperan ®):** La vía de administración es oral en comprimidos o suspensión. Este fármaco puede causar sintomatología extrapiramidal (espasmos en cara, cuello y lengua).
- 4. Cuando persiste la clínica a pesar de la asociación de 2 ó más tratamientos y la paciente presenta intolerancia total a la ingesta,** nos encontraremos ante el espectro más severo de la enfermedad y será necesario un ingreso hospitalario para rehidratación endovenosa.

5. Dieta y fluidoterapia: Suero Glucosado 10 % 500 cc /8 horas alterno con Ringer Lactato o Suero Fisiológico 500 cc/8-12 horas hasta corregir el trastorno electrolítico. En pacientes que requieren fluidoterapia y que presentan clínica de vómitos durante más de 3 semanas se recomienda añadir suplementos de tiamina (vitamina B1) intravenosa a dosis de 100 mg/d durante 2-3 días (Benerva Roche® 1 vial de 100 mg/d). En pacientes que presenten alteración en el ionograma se asociará 10-20 mEq de ClK en cada suero glucosado durante 24- 48 h o hasta corregir el trastorno hidroelectrolítico. Añadir Metoclopramida 5-10 mg/8 horas ev. (35)

6. En casos resistentes a todos los tratamientos mencionados o que requieren varios ingresos, además se puede asociar:

- Ondansetrón 8 mg/12 h ev (Zofrán®) (35)
- Metilprednisolona 16 mg/8h vía oral o endovenosa durante 3 días, seguido de dosis decrecientes durante 15 días hasta desaparición de los síntomas (Prednisona vo: 40 mg/día 1 día, 20 mg/día 3 días, 10 mg/día 3 días y 5 mg/día 7 días). Si no hay respuesta en los 3 primeros días, debe interrumpirse el tratamiento porque no es esperable una respuesta. Asociación con fisuras labiales y/o palatinas cuando se administra por debajo de la semana 10. En estas situaciones más severas que requieren varios ingresos, o en casos en que parece haber un

componente claro psicoafectivo, se puede valorar aislamiento de la paciente. (35)

- **Tratamientos no farmacológicos**

En pacientes con sintomatología leve de náuseas y vómitos que son reticentes a los tratamientos clásicos farmacológicos existen alternativas no farmacológicas con estudios randomizados que han demostrado su efectividad-

1. Jengibre 280 mg/6 h vo (Arkocápsulas jengibre®): Estudios versus placebo han demostrado su eficacia en el tratamiento de las náuseas y vómitos leves de la gestación. (35)
2. Acupuntura: es una forma de tratamiento alternativo en la que se insertan agujas en el cuerpo. Es parte clave de la medicina tradicional china. La acupuntura se usa principalmente en el alivio del dolor, aunque también en un amplio rango de enfermedades. Generalmente se usa en combinación con otras formas de tratamiento. (35)

3.3. Definición de términos

- a) **Grávida:** Mujer que está embarazada. (36)
- b) **Hiperémesis:** Vómitos continuos; este término se emplea, a menudo, para designar los vómitos incoercibles del embarazo. (36)
- c) **Emesis:** Expulsión espasmódica y violenta del contenido del estómago a través de la boca. (36)

- d) **Factores de riesgo:** Un factor de riesgo es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o condición. (23)
- e) **Nauseas:** Deseo de vomitar. Forman parte del complejo mecanismo del vómito y suele acompañarse de sudoración, sialorrea y mareos. (36)
- f) **Nuliparidad:** Es cuando una mujer no ha tenido hijos. El término nuliparidad se aplica también a una mujer que ha estado embarazada pero cuyo embarazo no ha llegado a término. (36)
- g) **Obesidad:** Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo. ((36)
- h) **Paridad:** Es cuando una mujer ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más. (36)
- i) **Comorbilidades:** También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. (36)
- j) **Incoercibles:** Que no se puede detener. (36)
- k) **Cetosis:** Enfermedad del metabolismo en la que se produce un aumento de acetona y de sus compuestos derivados en la sangre y en la orina; suele presentarse en pacientes diabéticos. (36)
- l) **Hipovolemia:** Disminución del volumen total de sangre que circula por el cuerpo. (36)

- m) **Hipotensión:** Presión excesivamente baja de la sangre sobre la pared de las arterias. (36)
- n) **Oliguria:** Disminución anormal del volumen de orina emitida en 24 horas. (36)
- o) **Acidosis:** Estado anormal producido por exceso de ácidos en los tejidos y en la sangre. (36)
- p) **Alcalosis:** Aumento excesivo de la alcalinidad en la sangre. (36)
- q) **Cetonuria:** Tasa de cuerpos cetónicos en la orina. (36)
- r) **Trastornos hidroelectrolitos:** Son todas aquellas alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano. Se clasifican según sean por defecto o por exceso. (36)
- s) **Hiponatremia:** Es un trastorno hidroelectrolítico caracterizado por una concentración de sodio (Na) en plasma por debajo de 135 mmol/L. (36)
- t) **Hipopotasemia:** También conocida como hipokalemia o hipocalemia, es un trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo, el cual se caracteriza por un descenso en los niveles del ion potasio (K) en el plasma, con niveles por debajo de 3.5 mmol/L. (36)
- u) **Hipocloremia:** Se define como hipocloremia la concentración sérica de cloro inferior a 96 mEq/L. (36)

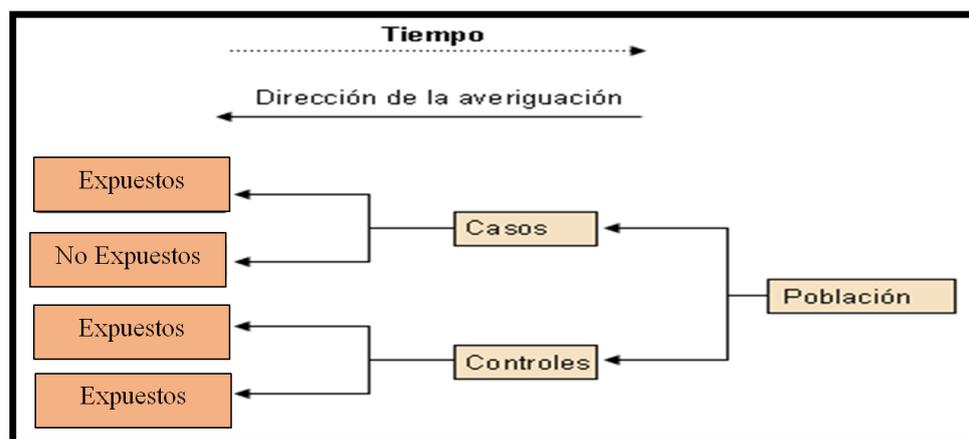
4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue retrospectivo ya que los datos se recolectaron de las historias clínicas del año 2016 y 2017. El presente estudio fue de casos y controles debido a que se seleccionaron dos grupos: Uno de control que no tuvieron hiperémesis gravídica y otro llamado casos que sí tuvieron hiperémesis gravídica. El estudio fue analítico porque mediante el análisis del estudio se buscó establecer relaciones de asociación o de causalidad. (37)

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue no experimental ya que no se manipuló deliberadamente las variables, ni la población en estudio. La investigación es de corte transversal o transeccional porque los datos se recolectaron en un solo momento. (37) El presente estudio siguió el siguiente esquema:



4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia, nivel II-2, ubicado en el Distrito de Huaraz, Provincia Huaraz, Departamento de Ancash. La población estuvo integrada por todas las gestantes atendidas con

diagnóstico de hiperémesis gravídica 2016 (82 casos) y el 2017 (123 casos), las cuales hicieron un total de 205 gestantes, las cuales cumplieron con los siguientes criterios:

a. **Criterios de inclusión:**

Grupo casos

- Gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica con datos completos en las historias clínicas.
- Gestante con diagnóstico de hiperémesis gravídica que han sido atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, durante el año 2016 ó 2017.
- Gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica con un solo embarazo.

Grupo controles

- Gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica con datos completos.
- Gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica que han sido atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, durante el año 2016 ó 2017.
- Gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica con un solo embarazo.

b. **Criterios de exclusión**

Grupo casos

- Gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica que tengan datos incompletos e ilegibles en las historias clínicas.

- Gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica con embarazo múltiple.
- Gestantes con diagnóstico de otras patologías.

Grupo controles

- Gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica que tengan datos incompletos e ilegibles en las historias clínicas.
- Gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica con embarazo múltiple.
- Gestantes sin diagnóstico de otras patologías.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS O MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Constituido por cada gestante con diagnóstico de hiperémesis gravídica que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados.

4.4.2. MUESTRA

Se utilizó la fórmula de comparación de proporciones, la cual es recomendable para estudios de casos y controles. El primer grupo estuvo conformado por gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica (casos) y el segundo grupo por aquellas gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica (controles).

Donde:

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 - (1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$P = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

n = Gestantes con o sin diagnóstico de hiperémesis gravídica
necesarias para cada uno de los grupos

$z_{1-\alpha/2}$ = es el valor z correspondiente al riesgo $\alpha = 0.05$ (95%)

$Z_{1-\beta}$ = es el valor z correspondiente al riesgo $\beta = 0.2$ (80%)

P_1 = Valor de la proporción de casos que estuvieron expuestos
(Grupo caso)

P_2 = Valor de la proporción de controles que estuvieron expuestos
(Grupo control).

P = Medida de las dos proporciones p_1 y p_2 .

Se sabe que, por la investigación realizada por Rodriguez J. en el año 2018 en Perú en su trabajo titulado: Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – junio 2017; el estado civil fue uno de los factores con mayor implicancia para la hiperémesis gravídica, con un $P > 0.005$ y $OR = 1.852$, con un IC 95%.

(14)

a) Proporción de casos que estuvieron expuestos (p_1): 41% = 0,41.

b) Proporción de controles que estuvieron expuestos (p_2): 82% =
0,82.

c) $z_{1-\alpha/2}$ = Valor que se obtiene de la distribución normal estándar en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. = 1,96.

d) $Z_{1-\beta}$ = Valor que se obtiene de la distribución normal estándar en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. = 0,84.

A continuación, se procedió a calcular el valor de p (Medida de las dos proporciones p1 y p2)

$$P = 0,41 + 0,82/2 = 0,82$$

Aplicando esta información en la fórmula, se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{\left(1,960 \sqrt{(2 \times 0,82) \times (1-0,82)} + 0,84 \sqrt{0,41 \times (1-0,82) + 0,41 \times (1-0,82)}\right)^2}{(0,41 - 0,82)^2}$$

$$n = 45$$

Por lo tanto, se trabajó con 45 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica (casos) y con 45 historias clínicas de gestantes sin diagnóstico de hiperémesis gravídica (controles).

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Se empleó como técnica el análisis documental de la información y como instrumento la ficha de recolección de datos (Anexo N° 01), con ítems y alternativas de una sola respuesta, distribuido de la siguiente manera:

I. **PARTE:** Factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y obstétricos.

Factores Sociodemográficos. 05 ítems del 1 al 5 (Procedencia, grado de instrucción, religión, ocupación, estado civil, edad).

Factores Psicosociales. 02 ítems del 1 al 2 (Estado emocional y violencia domestica).

Factores Obstétricos. 04 ítems del 1 al 4 (Paridad, número de gestaciones, peso y sexo del recién nacido).

II. **PARTE:** Hiperémesis gravídica 01 ítem.

Validación:

La validación del instrumento se realizó a través del juicio de expertos, los cuales serán 02 profesionales de Obstetricia expertos en el tema y 02 médicos Gineco-obstetras; luego de obtener la información se sometió al test de concordancia no paramétrica Tau – b de Kendall (Anexo N° 02)

Confiabilidad:

Para la confiabilidad del cuestionario se realizó una prueba piloto usando de referencia una muestra de 10 historias clínicas de hiperémesis gravídica del ESSALUD de la ciudad de Huaraz., las cuales no integrarán la muestra final. La confiabilidad se obtuvo calculando el coeficiente de alfa de Cronbach. (Anexo N° 03)

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO O INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los datos se procedió a elaborar una base de datos usando, el software estadístico SPSS Vss 25.00

Estadística descriptiva: Los datos de las variables cuantitativas fueron expresados en proporciones y porcentajes, presentados en tablas comparativas de doble entrada.

Estadística inferencial: Se analizó la asociación de las variables cuantitativas mediante la prueba paramétrica de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 5% ($p < 0.05$)

Estadígrafos propios del estudio: Como se trató de un estudio de casos y controles se midió la asociación entre el factor y la enfermedad, mediante la prueba Odds Ratio.

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio en la ética de la investigación científica, se consideró la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que fue promulgada sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

El deber del investigador es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. (Principio 4)

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. (Principio 5)

En la investigación médica, es deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. (Principio 9)

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica. (Principio 21)

En la investigación médica debe tomarse todo tipo de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la

confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. (Principio 24)

Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación. (Principio 32) (38)

5. RESULTADOS

I. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016 – 2017.

Tabla 01. Edad asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital

Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Edad	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
≤ 19 años y > 35 años	28	62,2	18	40	46	51,1
20 – 35 años	17	37,8	27	60	44	48,9
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$X^2 = 4,447$ $p = 0,035$ $OR = 2,471$ $I.C = 1,058-5,768$

Se observa que el 62,2% de las gestantes con hiperémesis gravídica tienen edades ≤ 19 años y > 35 años en comparación con el 40% de las gestantes sin hiperémesis gravídica tienen las mismas edades. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR) = 2,471$; $(OR > 1)$, implica que existe un riesgo aproximadamente de 2,471 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,035$; $(p < 0,05)$ por lo que se afirma la asociación significativa entre la paridad y la hiperémesis gravídica.

Tabla 02. Procedencia asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes,
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Procedencia	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Urbana	38	84,4	44	97,8	82	91,1
Rural	7	15,6	1	2,2	8	8,9
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$\chi^2 = 4,939$ $p = 0,026$ $OR = 8,105$ $IC = 0,954-68,875$

Se observa que el 84,4% de las gestantes con hiperémesis gravídica son de procedencia urbana; en comparación con el 97,8% de las gestantes sin hiperémesis gravídica tienen la misma procedencia. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR) = 8,105$; $(OR > 1)$, implica que existe un riesgo aproximadamente de 8,105 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,026$; $(p < 0,05)$ por lo que se indica la asociación significativa entre la procedencia y la hiperémesis gravídica.

Tabla 03. Grado de instrucción asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Grado de instrucción	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Secundaria, superior	32	71,1	40	88,9	72	80
Sin estudios, Primaria	13	28,9	5	11,1	18	20
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$\chi^2 = 4,444$ $p=0,035$ $OR= 3,250$ $I.C= 1,048 - 10,074$

Se observa que el 71,1% de las gestantes con hiperémesis gravídica tienen grado de instrucción secundaria, superior; en comparación con el 88,9% de las gestantes sin hiperémesis gravídica tienen el mismo grado de instrucción. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR)= 3,205$; $(OR > 1)$, implica que existe un riesgo aproximadamente de 3,205 veces de mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,035$; $(p < 0,05)$ por lo que se indica la asociación significativa entre el grado de instrucción y la hiperémesis gravídica.

Tabla 04. Ocupación asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes,
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Ocupación	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Trabajadora independiente	34	75,6	25	55,6	59	65,6
Trabajadora dependiente, ama de casa	11	24,4	20	44,4	31	34,4
TOTAL	45	100	45	100	90	100
X ² = 3,986		p= 0,046		OR= 2,473		I.C= 1,006-6,075

Se observa que el 75,6% de las gestantes con hiperémesis gravídica son trabajadoras independientes; en comparación con el 55,6% de las gestantes sin hiperémesis gravídica tienen la misma ocupación. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de (OR)= 2,473; (OR> 1), implica que existe un riesgo aproximadamente de 2,473 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de p = 0,046; (p<0,05) por lo que se afirma la asociación significativa entre la ocupación y la hiperémesis gravídica.

Tabla 05. Estado civil asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes,
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Estado civil	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sin unión civil	35	77,8	26	57,8	61	67,8
Con unión civil	10	22,2	19	42,2	29	32,2
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$$X^2 = 4,121 \quad p = 0,042 \quad OR = 2,558 \quad IC = 1,021-6,409$$

Se observa que el 77,8% de las gestantes con hiperémesis gravídica no tienen unión civil; en comparación con el 57,8% de las gestantes sin hiperémesis gravídica tienen el mismo estado civil. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de (OR)= 2,558; (OR> 1), implica que existe un riesgo aproximadamente de 2,558 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,042$; ($p < 0,05$) por lo que se indica la asociación significativa entre el estado civil y la hiperémesis gravídica.

II. FACTORES DE RIESGO PSISOCIALES ASOCIADOS A LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016 – 2017.

Tabla 06. Estado emocional asociado a la hiperémesis gravídica en gestantes Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Estado emocional	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Depresión, ansiedad	26	57,8	36	80	62	68,9
Estrés	19	42,2	9	20	38	31,1
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$\chi^2 = 5,184$ $p = 0,023$ $OR = 2,923$ $I.C = 1,142 - 7,482$

Se observa que el 57,8% de las gestantes con hiperémesis gravídica padecen de depresión y ansiedad; en comparación con el 80% de las gestantes sin hiperémesis gravídica también presentan depresión, ansiedad. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR) = 2,923$; $(OR > 1)$, implica que existe un riesgo aproximadamente de 2,923 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas en comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,023$; $(p < 0,05)$ por lo que se indica la asociación significativa entre el estado emocional y la hiperémesis gravídica.

Tabla 07. Violencia domestica asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Violencia domestica	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Pareja	30	66,7	39	86,7	69	76,7
Padres	15	33,3	6	13,3	21	23,3
TOTAL	45	100	45	100	90	100
$\chi^2 = 5,031$ $p = 0,025$ $OR = 3,250$ $I.C = 1,126-9,378$						

Se observa que el 66,7% de las gestantes con hiperémesis gravídica padecen de violencia domestica por su pareja; en comparación con el 86,7% de las gestantes sin hiperémesis gravídica también presentan violencia por sus parejas. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR) = 3,205$; $(OR > 1)$, implica que existe un riesgo aproximadamente de 3,205 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,025$; $(p < 0,05)$ por lo que se afirma la asociación significativa entre la violencia doméstica y la hiperémesis gravídica.

III. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016 – 2017.

Tabla 08. Paridad asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Paridad	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Primípara	31	68,9	21	46,7	52	57,8
Múltipara	14	31,1	24	53,3	38	42,2
TOTAL	45	100	45	100	90	100

X² = 4,555 p= 0,033 OR= 2,531 I.C= 1,070-5,986

Se observa que el 68,9% de las gestantes con hiperémesis gravídica son primíparas; en comparación con el 46,7% de las gestantes sin hiperémesis gravídica también son primíparas. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de (OR)= 2,531; (OR> 1), implica que existe un riesgo aproximadamente de 2,531 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de p = 0,033; (p<0,05) por lo que se indica la asociación significativa entre la paridad y la hiperémesis gravídica.

Tabla 09. Número de gestaciones asociada a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Número de gestaciones	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Primigesta	33	73,3	22	48,9	55	61,1
Multigesta	12	26,7	23	51,1	35	38,9
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$\chi^2 = 5,657$ $p = 0,017$ $OR = 2,857$ $I.C = 1,190-6,946$

Se observa que el 73,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica son primigestas; en comparación con el 48,9% de las gestantes sin hiperémesis gravídica también son primigestas. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR) = 2,857$; $(OR > 1)$, implica que existe un riesgo aproximadamente de 2,857 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,017$; $(p < 0,05)$ por lo que se indica la asociación significativa entre el número de gestaciones y la hiperémesis gravídica.

Tabla 10. Peso de la gestante asociado a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Peso de la gestante	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso, sobrepeso	42	93,3	35	77,8	77	85,6
Normal	3	6,7	10	22,2	13	14,4
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$$X^2 = 4,406 \quad p = 0,036 \quad OR = 4,000 \quad IC = 1,021-15,678$$

Se observa que el 93,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentaron bajo peso, sobrepeso; en comparación con el 77,8% de las gestantes sin hiperémesis gravídica también presentaron bajo peso, sobrepeso. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de (OR)= 4,000; (OR > 1), implica que existe un riesgo aproximadamente de 4,000 veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,036$; ($p < 0,05$) por lo que se indica la asociación significativa entre el peso de las gestantes y la hiperémesis gravídica.

Tabla 11.

Sexo del recién nacido asociado a la hiperémesis gravídica en gestantes, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016-2017.

Sexo del recién nacido	(casos)		(controles)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	40	88,9	30	66,7	70	77,8
Masculino	5	11,1	15	33,3	20	22,2
TOTAL	45	100	45	100	90	100

$\chi^2 = 6,429$ $p = 0,011$ $OR = 4,000$ $IC = 1,309-12,227$

Se observa que el 88,9% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvieron su recién nacido de sexo femenino en comparación con el 66,7% de las gestantes sin hiperémesis gravídica también tuvieron su recién nacido de sexo femenino. Calculando el Odds Ratio se obtuvo el valor de $(OR) = 4,000$; $(OR > 1)$, veces mayor de posibilidad de padecer hiperémesis gravídica en gestantes expuestas a comparación de las no expuestas. De la misma manera al realizar la prueba estadística Chi Cuadrado se obtuvo el valor de $p = 0,011$; $(p < 0,05)$ por lo que se indica la asociación significativa entre el sexo del recién nacido y la hiperémesis gravídica.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, que corresponde al primer objetivo específico que fue identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, fueron dados a conocer en las tablas 1, 2, 3, 4 y 5 donde los factores de riesgo sociodemográficos son: edad ($p=0,035$ OR= 2,471); procedencia ($p= 0,026$ OR= 8,105); grado de instrucción ($p=0,035$ OR= 3,250); ocupación ($p= 0,046$ OR= 2,473); estado civil ($p= 0,042$ OR= 2,558); estas variables están asociados significativamente a la hiperémesis gravídica. Resultados distintos a la investigación encontró Rodríguez el 2018 en Lima donde encontró como factores de riesgo sociodemográficos más relevantes y no significantes el estado civil (OR: 1,852); IC: 0,376 – 1,574; $p=0,472$; escolaridad (O.R: 0,265); IC: 0,488-2,168; $p=0,942$. (15) Por otro lado Buztinza en el año 2016 en Tacna encontró que el factor sociodemográfico más relevante, no significativo fue la edad de 30 a 34 años ($p: 0,734$). (19)

Respecto al segundo objetivo específico que fue determinar los factores de riesgo psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, fueron dados a conocer en las tablas 6 y 7 donde los factores de riesgo psicosociales, el estado emocional ($p= 0,023$ OR= 2,923), violencia domestica ($p= 0,025$ OR= 3,250); están asociados a la hiperémesis gravídica. Según De la Cruz en Lima el año 2013 encontró que el 38% de las gestantes presentaron sintomatología ansiosa y solo un 9% de las gestantes presentaron sintomatología depresiva, y menciona también que existe asociación significativa entre las gestantes que presentaron sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica. (22) Quispe el año 2017 en Lima encontró que el 6,1% de su población

en estudió padeció depresión y esta no tuvo relación con la hiperémesis gravídica. (16) En una investigación realizada por Hernández encontró que la depresión se asoció a los cuadros de hiperémesis gravídica que presentaron las pacientes atendidas durante el embarazo en 70,5%. (18) El embarazo no es un factor protector contra la violencia, por el contrario, se puede constituir en una etapa crítica en donde la mujer es vulnerable al abuso, dado que existen resultados adversos para la madre y sus niños. La salud física y mental de las mujeres embarazadas está comprometida con la violencia doméstica y los casos de hiperémesis gravídica en comparación con las mujeres que no sufren violencia. (39)

En cuanto al tercer objetivo que fue analizar los factores de riesgo obstétricos asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes, fueron dados a conocer en las tablas 8, 9, 10, 11 y 12 donde los factores de riesgo obstétricos son paridad ($p=0,033$ OR= 2,531); número de gestaciones ($p=0,017$ OR= 2,857); peso ($p=0,036$ OR= 4,000); sexo del recién nacido ($p=0,011$ OR= 4,000); están asociados significativamente a la hiperémesis gravídica. En una investigación realizada por Jimenez en el 2012 en Ecuador encontró que la nuliparidad agrava la hiperémesis en un 43,5%. (14) Mientras tanto Rodriguez en Lima el 2018 observó como factores obstétricos más relevantes a la Anemia: (OR: 0,265); I.C: 0,119-0,591 $p:0,001$; Paridad: (OR: 0,769) I.C: 0,376-1,574 $p:0,472$], ITU: (OR:0.607); I.C: 0.250-1.472; $p:0,267$. (15) En una investigación realizada por Gutierrez el 2017 en Lima encontró que la paridad fue (40% nulíparas); el sexo femenino del recién nacido (57,1%); concluyendo en gestantes con hiperémesis gravídica predominan los recién nacidos con sexo femenino. (17) Según Hernández en Ica

el año 2017 encontró que el sexo femenino del feto es un factor de riesgo con 55,7% y la paridad estuvo presente en gestantes multigestas con 65,3%. (18)

La causa exacta de la hiperémesis gravídica se desconoce, y no se comprende en su totalidad, en diversos estudios se ha constatado que las edades más jóvenes, la multiparidad y la obesidad mostraban una correlación significativa con un aumento del riesgo de este trastorno. Entre los posibles factores patogénicos se han propuesto el aumento de los valores circulantes de estrógenos y de hormona gonadotropina coriónica, que están incrementados en forma característica durante el primer trimestre del embarazo. Se ha postulado que en las náuseas y los vómitos del embarazo pueden intervenir factores psicológicos. Insistiendo en este último aspecto, mientras que para algunos autores existen factores psicológicos subyacentes al trastorno, para otros la evidencia epidemiológica no sustenta esta opinión. (8)

7. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo sociodemográficos asociados significativamente a la hiperémesis gravídica fueron la edad ($p=0,035$ OR= 2,471); procedencia ($p=0,026$ OR= 8,105); grado de instrucción ($p=0,035$ OR= 3,250); ocupación ($p=0,046$ OR= 2,473); estado civil ($p=0,042$ OR= 2,558), esto nos indica que los factores sociodemográficos tienen mayor riesgo para presentar hiperémesis gravídica.
2. Los factores de riesgo psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica fueron el estado emocional ($p=0,023$ OR= 2,923), violencia doméstica ($p=0,025$ OR= 3,250); concluyéndose que los factores psicosociales tienen un mayor riesgo para presentar hiperémesis gravídica.
3. Los factores de riesgo obstétricos asociados a la hiperémesis gravídica fueron la paridad ($p=0,033$ OR= 2,531); número de gestaciones ($p=0,017$ OR= 2,857); peso ($p=0,036$ OR= 4,000); sexo del recién nacido ($p=0,011$ OR= 4,000); afirmándose que los factores obstétricos tienen un mayor riesgo para presentar hiperémesis gravídica.

8. RECOMENDACIONES

- En cuanto a los factores de riesgo encontrados en el estudio, se debe continuar con los protocolos de vigilancia de hiperémesis gravídica, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y el Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Evitar y disminuir la hiperémesis gravídica mediante el apoyo de todo el equipo multidisciplinario y el compromiso social por parte de la familia.
- Orientar a las mujeres sobre los signos y síntomas de alarma de la hiperémesis gravídica que se pueden presentar durante la etapa del embarazo, la mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio riesgo de salud, además incentivarla a participar de una manera responsable en el autocuidado de su salud a través del reconocimiento de esta enfermedad.
- Crear y fortalecer un programa sobre prevención de hiperémesis gravídica, con la finalidad de disminuir la morbilidad de esta patología y sus complicaciones.
- Se debe considerar un mayor tiempo de estudio para futuras investigaciones, para obtener reportes más significativos, por tanto, con estos resultados se podrá realizar evaluaciones comparativas con años anteriores.
- Se recomienda realizar investigaciones similares al estudio con otras metodologías.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina S, Vásquez D, Benavides JA, Aramendiz JM, Vásquez GA, et al. Manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo. FECOPEN. Bogotá. ISSN. 2016; 38 (113): 168-189. [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va113/vomitos-embarazo/>
2. Sibaja L, Vargas N. Manejo de la Hiperémesis gravídica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 2011; 68 (599): 441-445. [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>.
3. Chunga CE. Paridad como actor de riesgo para Hiperémesis gravídica en gestantes durante el primer trimestre en el Hospital de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego - Facultad de Medicina 2017. [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2584>.
4. McCarthy FP, Lutomsky JE, Greene RA. Hyperemesis gravidarum: current perspectives. International Journal of Women's Health, 2014; 6 (1): 719-725. [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25125986>
5. Maltepe Caroline, Koren Gideon; "Manejo de las náuseas y vómitos e hiperemesis gravídica en el embarazo" 2013 update. J. Popul Ther Clin Pharmacol. 2013; 1 (20):184 - 192. [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: www.aulamedica.es/nh/pdf/8143.pdf

6. González A, Álvarez E, Veiga A, M.D.Gómez. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica: Semergen. 2011; 37(10):559-564.
7. Palacio M. Hiperemesis Gravídica, Servicio de Medicina Materno-Fetal: Hospital Clínic de Barcelona. 2014; 1 (1): 1-4.
8. Martínez del Vala, A. Tejerizo-García, A. Henríquez, SP. González-Rodríguez, MA. Ruiz, L. Hernández-Hernández, R. Alcántara, M. Bellosoc, JL. Lanchares, LC. Tejerizo-López. Aproximación psicológica a la hiperemesis gravídica. ELSEVIER. 2005; 32 (4): 137-181.
9. Hiperemesis gravídica [en línea]. España: INFOGEN; 2013. [Fecha de acceso 22 de enero del 2018]. URL disponible en: <http://infofen.org.mx/hiperemesis-gravidica-nauseas-y-vomitos-persistentes-en-el-embarazo/#indice-4>
10. Cabrera E. Hiperémesis gravídica y peso del recién nacido. Instituto nacional materno perinatal. Rev Perú Investig Matern Perinat 2013;2(1):34-8.
11. Muñoz ME. Características socioculturales y demográficas asociadas a las gestantes que presentan náuseas y vómitos e hiperémesis gravídica. Revista peruana de Obstetricia y Enfermería, 2016; 2 (1): 40-44.
12. Zea FC. Náuseas y vómitos durante el embarazo. REVCOG 2010; 15:(2):40-49.
13. Hospital Víctor Ramos Guardia. Datos epidemiológicos de hiperémesis gravídica. Huaraz: Hospital Víctor Ramos Guardia; 2017.

14. Jiménez, D. Valores elevados de bhcg en relación con hiperémesis gravídica en el Hospital Isidro Ayora De Loja. [Tesis de posgrado]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2012.
15. Rodríguez J. Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Junio 2017. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú. Universidad Ricardo Palma; 2018.
16. Quispe M. Factores asociados al desarrollo de hiperémesis gravídica y su relación con las complicaciones maternas en el Hospital José Agurto Tello De Chosica, año 2015. Lima – Perú. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú. Universidad San Juan Bautista; 2017.
17. Gutierrez C. Hiperémesis gravídica y resultados perinatales Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique 2014 -2015. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú. Universidad San Martín de Porres; 2017.
18. Hernández M. Factores de riesgo de la hiperémesis gravídica en el Hospital Regional de Ica año 2016. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú. Universidad Alas Peruanas; 2017.
19. Buztinza, D. Factores de riesgo edad, nuliparidad, obesidad y las complicaciones maternas de anemia e infección del tracto urinario con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna durante los años 2007-2014. [Tesis de pregrado]. Tacna – Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; 2016.

20. Gonzales E. Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para parto prematuro. Hospital Regional Docente De Trujillo, 2010 – 2014. [Tesis de pregrado]. Trujillo – Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
21. Palacio J. Riesgo materno- perinatal asociado a hiperémesis gravídica en el Hospital Regional Huacho, 2008- 2013. [Tesis de pregrado]. Huacho – Perú. Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión; 2014.
22. De la Cruz V. Factores psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III Iquitos-ESSALUD de Enero a Diciembre 2012. [Tesis de pregrado]. Iquitos – Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2013.
23. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo: Ginebra: OMS; 2015.
24. Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001.
25. Upichihua H. Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes. Iquitos – Perú. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
26. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. [en línea]. España: Academia Europea de pacientes; 2015. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2018]. URL disponible en: <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>
27. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. EE. UU: Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión; 2009.

28. Pastrana J. Guía de ayuda a pacientes y familiares: Trastornos de ansiedad y estrés. España: Fundación Arpegio; 2007.
29. Instituto de Salud Pública. El estrés. España: Instituto de Salud Pública; 2000.
30. Pueyo A. Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology. 2012; 42 (2): 199 – 211.
31. Mejía H. Factores de Riesgo para Muerte Neonatal, Revisión Sistemática de la Literatura, Paz-Bolivia, 2000; 39 (3): 104-117.
32. Organización Mundial de la Salud. Índice de masa corporal: Ginebra: OMS; 2015.
33. Factores de riesgo gestacional. [en línea]. Ecuador: Ecured; 2007. [Fecha de acceso 15 de octubre del 2018]. URL disponible en: https://www.ecured.cu/Factores_de_riesgo_gestacionales
34. Deshayne BF, Dodds L, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Risk Factors for Hyperemesis Gravidarum Requiring Hospital Admission During Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006 Feb; 107.2 (1): 277-284.
35. Hospital Universitario de Barcelona. Guía clínica: Hiperemesis gravídica. España: Servicio de Medicina Materno Fetal; 2014.
36. Mosby. Diccionario de medicina. España: Océano; 2009.
37. Hernández R. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: MC GRAW HILL; 2014.

38. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra: AMM; 2015.
39. Orozco L. Repercusiones Maternas y Perinatales de la violencia basada en el género. Rev. Per. Ginecol Obstet. 2007; 53(1):10-17.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNÉZ DE MAYOLO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICA

ANEXO N° 01

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN
GESTANTES, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016 - 2017.

Fecha: N° de Hcl:

I. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad
 - a) ≤ 19 años y > 35 años
 - b) b) 20 – 35 años
2. Procedencia
 - a) Rural
 - b) Urbana
3. Grado de instrucción
 - a) Sin instrucción
 - b) Con instrucción
4. Ocupación
 - a) Trabajadora independiente.
 - b) Trabajadora dependiente, ama de casa.
5. Estado civil
 - a) Sin unión civil
 - b) Con unión civil

B. FACTORES PSICOSOCIALES

1. Factores psicológicos
 - a) Depresión
 - b) Ansiedad
 - c) Estrés
2. Violencia domestica
 - a) Si
 - b) No

C. FACTORES OBSTÉTRICOS

1. Paridad
 - a) Primípara

- b) Multípara
- 2. Número de gestaciones
 - a) Primigesta
 - b) Multigesta
- 3. Peso
 - a) $<18,5 \text{ kg/m}^2$; $>25 \text{ kg/m}^2$
 - b) $18.5 \text{ a } 24.9 \text{ kg/m}^2$
- 4. Sexo del recién nacido
 - a) Femenino
 - b) Masculino

D. HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

- 1. Hiperémesis gravídica
 - a) Si
 - b) No

ANEXO N° 02

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 o 0 de acuerdo a su criterio.

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atinente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre a cada dimensión es correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
7. La hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De acuerdo

1

ED: En desacuerdo

0

RESULTADOS

JUEZ	Ítems 1	Ítems 2	Ítems 3	Ítems 4	Ítems 5	Ítems 6	Ítems 7	TOTAL
I	0	1	1	1	0	1	0	04
II	1	1	1	1	0	1	1	06

III	1	1	1	1	0	1	0	05
IV	1	1	1	1	0	1	1	06
TOTAL	3	4	4	4	0	1	2	21

Estos datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 21.0, haciendo uso de

la prueba de concordancia de Kendall, obteniéndose los siguientes resultados:

Rangos

	Rango promedio
VAR00001	3,25
VAR00002	5,00
VAR00003	5,00
VAR00004	5,00
VAR00005	1,50
VAR00006	5,00
VAR00007	3,25

Estadísticos de contraste

N	4
W de Kendall (a)	.684
Chi-cuadrado	16,143
g.l	6
Valor p	.012

(a) Coeficiente de concordancia de Kendall

Como el valor de p es menor al 0,05 nos confirma la validez del cuestionario

sometido a validación.

ANEXO N° 3

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Evaluación en el software SPSS v 22



Coeficiente de confiabilidad alfa de crombach:

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad alfa de crombach.

k: Número de ítems.

V_i : Varianza de cada ítem.

V_t : Varianza total.

Obteniéndose los siguientes resultados:

Alfa de Crombach	N de elementos
0,90	10

Fuente: Salida del Programa Spss.V.22

La confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.50. Por lo tanto, el valor obtenido fue de 0.90 el instrumento del presente estudio es altamente confiable.